

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

TRANSPLANTE CARDÍACO – O NINHO DA FÊNIX

Um estudo sobre as relações objetais de pacientes em processo de
transplante cardíaco

ANA AUGUSTA MARIA PEREIRA

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte
dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Orientador- Prof.Dr.J.Tolentino Rosa

SÃO PAULO
2006

TRANSPLANTE CARDÍACO: O NINHO DA FÊNIX. Um estudo sobre as relações
objetais de pacientes em processo de transplante cardíaco.

ANA AUGUSTA MARIA PEREIRA

Orientador- Prof.Dr.J.Tolentino Rosa

Tese apresentada ao Departamento de Psicologia
Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Doutor em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

*As palavras aí estão, uma por uma,
porém minha alma sabe mais.*

Cecília Meireles (1901-1964)

Aos meus filhos Andréa e Vitor, com muito amor.

AGRADECIMENTOS

Aos meus companheiros de viagem, minha gratidão, pelo apoio e carinho, para que eu pudesse realizar este trabalho, entre eles-

Ao Prof. Dr. J.Tolentino Rosa, meu orientador, pela confiança depositada e estímulo para que este trabalho fosse possível.

À equipe de Transplante Cardíaco do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e demais colegas, com quem divido as alegrias e tristezas do árduo trabalho no hospital.

Às amigas Edileide e Regina que estiveram comigo durante a tempestade.

Ao meu irmão Durvanei e sua esposa Sibebe, sempre presentes e confiáveis.

Às psicólogas do Programa de Aprimoramento em Psicologia Hospitalar do IDPC cujas inquietações de início de carreira diminuem a usura do tempo do trabalho institucional.

Pereira, Ana Augusta Maria – Transplante Cardíaco – O ninho da Fênix. Um estudo sobre as relações objetais de pacientes em processo de transplante cardíaco.

Resumo

Estudos anteriores demonstram que fatores psicológicos intervêm nos resultados de um transplante cardíaco. Diferem, em seus achados, em função dos paradigmas a que estão vinculados, que incluem ou não o campo intersubjetivo nos quais os fenômenos emergem. Nesta investigação objetivamos descrever o funcionamento mental de pacientes candidatos ao transplante, a partir de suas relações objetais inconscientes, delimitando uma vivência emocional comum nesta situação, bem como, buscamos averiguar se existem diferenças entre os pacientes, em função da realização ou não da cirurgia. Utilizou-se, como procedimento, o Teste de Relações Objetais de H. Phillipson (TRO), aplicado em 63 cardiopatas com indicação ao procedimento. O material clínico proveniente do acompanhamento psicológico destes pacientes também é utilizado para completarmos as observações. Os resultados apontam a presença de indicadores psicopatológicos, de acordo com a classificação de Grassano (1996) para depressão clínica em 60 casos. Em dois casos observaram-se indicadores para psicopatia e um caso para funcionamento psicótico, com repercussões negativas sobre o vínculo com o tratamento. Constataram-se diferenças estatisticamente significantes na performance dos pacientes frente às lâminas BG e C2, mas não podemos afirmar que as dificuldades de ajuste perceptual nestas lâminas, mais frequentes entre aqueles que não fazem a cirurgia, seja fator de obstáculo ao procedimento. Sugerimos, como hipótese teórica deste trabalho, a presença de refúgios psíquicos, de acordo com Steiner (1997) como estratégia de sobrevivência psíquica, nesta situação, tendo em vista o predomínio,

regressivo, de relações de objeto persecutórias, em virtude da extrema ansiedade depressiva. Assim, neste refúgio (ninho da Fênix), o paciente abriga-se da dor da perda (luto pela vida, pelo coração a ser retirado) e da aniquilação (devastação da doença, risco cirúrgico e da imunossupressão), conseguindo enfrentar o processo de transplante cardíaco. Caso contrário, o paciente sucumbe ao quadro depressivo.

PEREIRA, A A M. Heart Transplant: the Phoenix 's nest. A study of objects relations in in patients under cardiac transplant process. Clinical Psychology Department Doctoral Thesis. Adviser: José Tolentino Rosa. Brazil, São Paulo University, Institute of Psychology, 2006.

Abstract

Prior studies have shown that psychological factors influence the results not a hearth transplant. The findings are different in function of the paradigm linked to them that may include or not the inter-subjective field from which the phenomena emerge. The purpose of this research was to describe the mental functioning of patients who are candidate to a heart transplant, starting from their unconscious object relations that delimit a shared emotional existence upon that situation, and we also verified if there were differences between patients as to the accomplishment or not of the surgery. The procedure used was the Object Relation Test (ORT) applied over 63 cardiac patients who had indication for that procedure. The clinical material arose from the psychological follow-up performed with those patients was used to complete the observations as well. The results indicate the presence of psychopathological markers, following the Grassano's classification (1996) to the clinical depression in 60 cases. The markers for psychopathy were observed in two cases, and in one case it was observed the marker for psychotic functioning with negative repercussions on the link to the treatment. It was verified statistically significant differences in the patients' performance on the analysis of the BG and C2 plates, but it was impossible to assert that the difficulties in the perceptual adjustment in those plates which were more frequently found plates in patients who were not submitted to the surgery is an obstacle factor to the procedure. The theoretical hypothesis we have suggested in this paper is the presence of psychic refuges, according to Steiner (1997) as strategy for psychic survival to face such situation,

having in mind the regressive predominance of the relationships of persecutory object upon an extremely depressive anxiety. Thus, in such refuge (the Phoenix's nest), the patient has a shelter against the pain caused by the loss (mourning the life because one's heart has to be withdrawn), and the annihilation (devastation caused by the disease, surgical risk, and due to the immunosuppression), in order to face the heart transplant process. Otherwise, the patient succumbs to the depressive situation.

PEREIRA, A A M. Transplant cardiaque: le berceau de la Fênix. Une étude sur les relations objectales de patients dans processus de transplant cardiaque

Résumé

De précédentes études démontrent que des facteurs psychologiques interviennent dans les résultats d'une transplantation. Celles-ci diffèrent dans leurs découvertes en fonction des modèles auxquels elles y sont liées, incluant ou non un champ intersubjectif dans lesquels les phénomènes émergent. Dans cette recherche, nous prétendons décrire le fonctionnement mental de patients candidats à une transplantation, à partir de leurs relations objectales inconscientes, délimitant une existence émotionnelle commune dans cette situation. De plus, nous cherchons à vérifier s'il existe des différences entre les patients, en fonction de la réalisation ou non de la chirurgie. Le Test de Relation Objectales de H. Phillipson (TRO) a été appliqué sur 63 cardiaques indiqués dans ce processus. Le matériel clinique provenant de l'accompagnement psychologiques de ces patients est aussi utilisé pour que nous puissions compléter les observations. Les résultats montrent la présence d'indicateurs psychopathologiques, conformément à la classification de Grassano (1996) pour la dépression clinique de 60 cas. Dans deux cas, il a été observé des indicateurs à la psychopathie et un cas de fonctionnement psychotiques, avec des répercussions négatives concernant le traitement. Il a été constaté des différences statistiquement significatives dans la performance des patients en face des plaques BG et C2, toutefois, nous ne pouvons affirmer que les difficultés de combinaison de la perception de ces plaques, plus fréquentes entre ceux qui ne font pas la chirurgie, soient un facteur d'obstacle à la procédure. Nous suggérons, comme

hypothèse théorique de ce travail, la présence de refuges psychiques, en accord avec Steiner (1997), comme stratégie de survie psychique. Dans cette situation, nous avons en vue la prépondérance, la régression, de relations persecutoires entre objet, en vertu de l'extrême anxiété dépressive.

Ainsi, dans ce refuge (berceau de la Fênix), le patient se préserve de la douleur de la perte (lutte pour la vie, pour le coeur qui sera retiré) et de l'entière destruction (devastation de la maladie, risque chirurgical et de la immunosuppresseur), arrivant à affronter le processus de transplantation cardiaque. Dans le cas contraire, le patient succombe au cadre dépressif.

SUMÁRIO

	Pág.
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Breve Histórico.....	20
1.2 A Avaliação psicológica de candidatos a transplante cardíaco e os fatores psicossociais associados aos resultados deste procedimento.....	23
1.3 Acompanhamento de pacientes candidatos a transplante cardíaco.....	29
1.4 Dificuldades psicológicas para o processo de incorporação do coração transplantado.....	35
1.5 A teoria das Relações Objetais.....	42
1.6 O Teste de Relações Objetais.....	51
CAPÍTULO 2- JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS.....	54
2.1 Justificativa e objetivos.....	55
CAPÍTULO 3- AMOSTRA E MÉTODO.....	57
3.1. Desenho da pesquisa.....	58
3.2. Amostra.....	59
3.3. Método	60
3.4. Classificação do TRO.....	65
3.5. Análise Quantitativa do Ajuste Perceptual.....	67
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS.....	69
4.1. Série A	71
4.2. Série B	96
4.3. Série C.....	116

4.4. Lâmina Branca.....	137
4.5. Casos ilustrados –o autor contando histórias.....	143
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO	
5.1. Discussão	182
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÃO	
6.1. Conclusão.....	194
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	197

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Frequência de pacientes incluídos na lista de espera e que realizaram o transplante cardíaco, no período de outubro/91 a março/99, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.....	33
Tabela 2- Distribuição percentual dos pacientes que apresentaram dificuldades psicológicas relacionadas aos temas- doador/enxerto, imunossupressão e rejeição em função do sexo.....	39
Tabela 3- Distribuição percentual de pacientes, por grupo, em função da presença de Adição de Personagens à Lâmina A1.....	72
Tabela 4- Tipos de histórias produzidas frente à lâmina A1, por ordem de classificação.....	73
Tabela 5- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina A1, por ordem de classificação.....	75
Tabela 6- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina A1 por ordem de classificação.....	79
Tabela 7- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina A2, por ordem de classificação.....	82
Tabela 8- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina A2, por ordem de classificação.....	84
Tabela 9- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina A3, por ordem de classificação.....	86
Tabela 10- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina A3, por ordem de classificação.....	87
Tabela 11- Soluções para as histórias produzidas frente à lâmina A3, por ordem de classificação.....	89
Tabela 12- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina AG, por ordem de classificação.....	91
Tabela 13- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina AG, por ordem de classificação.....	94
Tabela 14- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina AG, por ordem de classificação.....	95

Tabela 15- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina B1, por ordem de classificação.....	97
Tabela 16- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina B1, por ordem de classificação.....	98
Tabela 17- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina B1, por ordem de classificação.....	98
Tabela 18- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina B2, por ordem de classificação.....	102
Tabela 19- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina B2, por ordem de classificação.....	104
Tabela 20- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina B2, por ordem de classificação.....	105
Tabela 21- Tipos de histórias produzidas frente à lâmina B3, por ordem de classificação.....	107
Tabela 22- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina B3, por ordem de classificação.....	109
Tabela 23- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina B3, por ordem de classificação.....	110
Tabela 24- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina BG, por ordem de classificação.....	113
Tabela 25- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina BG, por ordem de classificação.....	114
Tabela 26- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina BG, por ordem de classificação.....	115
Tabela 27- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina C1, por ordem de classificação.....	117
Tabela 28- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina C1, por ordem de classificação.....	118
Tabela 29- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina C1, por ordem de classificação.....	119
Tabela 30- Tipos de histórias produzidas frente à lâmina C2, por ordem de classificação.....	123

Tabela 31- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina C2, por ordem de classificação.....	124
Tabela 32- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina C2, por ordem de classificação.....	125
Tabela 33- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina C3, por ordem de classificação.....	128
Tabela 34- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina C3, por ordem de classificação.....	129
Tabela 35- Soluções para as histórias produzidas frente à lâmina C3, por ordem de classificação.....	130
Tabela 36- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina CG, por ordem de classificação.....	133
Tabela 37- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina CG, por ordem de classificação.....	135
Tabela 38- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina CG, por ordem de classificação.....	136
Tabela 39- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina Branca, por ordem de classificação.....	137
Tabela 40- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina Branca, por ordem de classificação.....	141
Tabela 41- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina Branca, por ordem de classificação.....	141

APRESENTAÇÃO

Em 1984, ingressei no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, numa época em que a Psicologia Hospitalar nem sequer era cogitada como uma especialidade. Os psicólogos clínicos procuravam definir seu papel, dentro do *setting* hospitalar e o foco de sua atuação. Traduzir a especificidade deste trabalho e distingui-lo dos modelos da prática em consultórios, sem perder a identidade clínica era um compromisso tácito de todos os pequenos e incipientes grupos de psicólogos ingressos nas grandes instituições hospitalares da Capital de São Paulo.

Em 1988, meu vínculo com a instituição passou a ser de Pesquisadora Científica e, desde então, tenho procurado cumprir este papel, sem perder o contato real com o atendimento clínico dos pacientes do hospital.

As contribuições provenientes do campo da psicossomática sempre foram avidamente absorvidas, especialmente aquelas derivadas do campo psicanalítico – nomeá-las todas aqui, neste momento, exigiria uma monografia à parte dentro do corpo deste trabalho. Da Escola de Psicossomática de Chicago à Escola de Psicossomática de Paris, fomos encontrando uma profícua investigação sobre o binômio saúde/doença e a natureza dos processos mentais aí envolvidos. Nos dias de hoje, ninguém duvida mais do papel do psiquismo no adoecimento orgânico e sobre o desfecho de qualquer tratamento médico.

A preocupação com prevenção também influenciou meu percurso. Lembro aqui as tentativas de aproximação das idéias de psiquiatria e psicologia institucional de

Bleger, na prática diária, dificultadas pela impossibilidade de se manter distância operativa necessária e legitimidade para atuação como consultor, uma vez que era funcionária da casa. A função de psiquiatra também ficava restrita, o hospital está em níveis secundário e terciário de atenção à saúde e a tarefa é, na maioria dos casos, de reabilitação.

Em nosso grupo, o trabalho conjunto com a Prof^a Dr^a Anancy Giannotti, multiplicadora da proposta de Psicologia Preventiva do Prof. Dr. Ryad Simon foi solidificando alguns dos pilares de meu pensamento atual – a necessidade de se formular diagnósticos operacionalizados à determinada situação, considerando-se que, certos tipos de doença, pela sua natureza e pelos cuidados necessários suscitam remanejamentos ou vivências emocionais particulares. Além disso, estabelecer, através de pesquisa, grupos e momentos vulneráveis na história evolutiva da doença, poderia amenizar a angústia de lidar com uma gama muito grande e complexa de situações humanas dentro do hospital, sustentando projetos de atuação melhor direcionados.

De igual importância foi a influência recebida, dentro do modelo de interconsulta, baseada nos pressupostos de Balint e Luchina. Sem buscar um diagnóstico etiológico causal, centrado no paciente, este modelo propõe a feitura de um diagnóstico situacional, cujo objeto é a identificação de conflitos na relação que se estabelece entre a equipe assistencial e o paciente. O psicólogo deveria ater-se ao fato de não manter a dissociação mente-corpo, já reproduzida pelo discurso das ciências de ideologia médica, encarregando-se só da parte psicológica do paciente, mas agir para facilitar que uma tarefa conjunta, que inclui a convergência de várias disciplinas tenha êxito, dentro do hospital.

Neste sentido, trabalhando com o objetivo primordial de minimizar a dissociação mente-corpo do paciente, reproduzida também como sintoma institucional, procuramos trabalhar como um facilitador, favorecendo que a subjetividade e suas infinitas nuances possam se manifestar, atentos ao risco que sempre corremos de adoecermos do mesmo mal.

Em 1992, surge o convite para participar da equipe de transplante cardíaco da Instituição, na ocasião, uma verdadeira força-tarefa conjunta. Esta equipe, anos atrás, tinha sofrido algumas desilusões, perdendo alguns pacientes transplantados pelo abandono do tratamento, após a cirurgia. O pedido da equipe centrava-se na identificação de qualquer comportamento que pudesse predizer que o paciente quebraria o compromisso assumido com eles. Devo confessar que minha primeira idéia a respeito foi a seguinte: *quem é o louco que aceita passar por isso?* Tal qual Fênix, quem se ateará fogo para ressurgir das cinzas?

É sobre essa loucura criadora que vou falar a vocês. Esta investigação faz parte de um caminho que já conta 14 anos; alguns trabalhos a precederam, principalmente a dissertação de mestrado, sob orientação do Prof. Dr. José Tolentino Rosa e algumas publicações que dela derivaram. Espero poder avançar, com consistência, no conhecimento sobre esta experiência humana tão singular e rever algumas hipóteses anteriormente lançadas.

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

1.1. Breve histórico

O transplante de coração, de uma utopia no início do século XX, passou nos dias de hoje a ser rotineiramente empregado em pacientes cardiopatas, para os quais o tratamento clínico, procedimentos intervencionistas (por cateter) ou mesmo cirurgia cardíaca não são suficientes para melhorar ou prolongar a vida.

Carrel e Guthrie (1905) realizaram o primeiro experimento animal, transplantando o coração de um cão pequeno, para o pescoço de um cão maior, através de anastomoses na artéria carótida e veia jugular deste último, indicando ser viável o funcionamento do coração em outro corpo, que não o próprio. Lower e Shumway (1960) foram os pioneiros da técnica operatória do transplante ortotópico, que permanece até hoje com poucas modificações.

O primeiro transplante cardíaco entre os seres humanos foi realizado em dezembro de 1967, na África do Sul por C.Barnard. Os resultados obtidos nesta época, em diferentes centros transplantadores foram desanimadores, devido a complicações como rejeição e infecção, interrompendo o emprego deste procedimento no mundo.

Borel (1976) descreveu o efeito imunossupressor de uma substância extraída de um fungo - a ciclosporina. Pouco tempo depois, Oyer e colaboradores (1983) relataram os primeiros resultados de seu uso em transplantes cardíacos no ser humano, com melhora da sobrevida (80% em 1 ano) e diminuição de complicações. Esta descoberta, acrescida da experiência acumulada sobre a seleção e manutenção fisiológica dos doadores, preservação do enxerto (coração do doador) e cuidados pós-operatórios

alavancaram o número de transplantes realizados no mundo. De acordo com os registros da *International Society of Heart and Lung Transplantation* foram notificados 61.533 transplantes de coração até 2.002, pela maioria dos centros transplantadores no mundo.

No Brasil, os três primeiros transplantes foram realizados pela equipe do Dr. Zerbini, nos anos de 1968 e 1969 e, aqui também, a retomada da técnica ocorreu a partir da década de 80.

O transplante cardíaco está indicado para pacientes que apresentam cardiopatia terminal refratária ao tratamento clínico, sem possibilidade de tratamento cirúrgico convencional, que se encontram em classe funcional III e IV da *New York Heart Association- NYHA*, com expectativa de vida inferior a um ano.

Em outros termos, o paciente queixa-se de falta de ar e cansaço aos mínimos esforços ou até mesmo em repouso, razão pela qual, na maioria dos casos, necessita dormir inclinado; apresenta edema de membros inferiores, que pode se tornar particularmente intenso, quando a restrição de sódio e ingestão de água não é obedecida; além de distúrbios digestivos, devido aumento do fígado, pela diminuição do débito cardíaco.

A indicação da cirurgia é feita, ao paciente, pelo cardiologista clínico, após discussão preliminar com o cirurgião responsável, quando os exames confirmam uma fração de ejeção ventricular esquerda inferior a 20%. Feito isso, o paciente é encaminhado para diferentes setores da Instituição, no intuito de realizar procedimentos complementares (clínicos e laboratoriais) que vão confirmar a ausência de patologias associadas que possam inviabilizar a sobrevida do paciente, especialmente com a

introdução da terapia imunossupressora, condição *sine qua non* para manutenção do funcionamento do enxerto (coração transplantado).

As I Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Transplante Cardíaco (1999) contempla todos os critérios adotados nos centros transplantadores do país, acompanhando as recomendações internacionais e a experiência nacional acumulada.

1.2. A avaliação psicológica de candidatos ao transplante cardíaco e os fatores psicossociais associados aos resultados deste procedimento.

Luchina (1971), numa retrospectiva histórico-evolutiva da medicina, demonstra como foi inevitável o reencontro da ciência médica com a Psiquiatria e a Psicologia, não só pelas modificações sócio-culturais após a 2ª Guerra Mundial, como pelas mudanças nos esquemas referenciais tradicionais dentro de cada uma dessas disciplinas, para dar conta da complexidade do fenômeno humano que adentra o hospital. A prática de separar o “enfermo” da “enfermidade” tornou-se a cada dia mais difícil de ser empreendida dentro da instituição médica.

A experiência inicial na área de transplante de órgãos reproduziu estas dificuldades. A crise foi gerada pelo insucesso dos transplantes nas décadas de 60 e 70, devido a falta de conhecimento dos possíveis desfechos desta modalidade de tratamento e a impossibilidade de fixá-lo numa história natural da enfermidade. A ineficiência no controle dos sintomas, na fase terminal da doença cardíaca, as seqüelas dos procedimentos operatório e trans-operatório e os efeitos secundários da medicação imunossupressora, especificamente as altas doses de corticóides administradas aos pacientes provocavam freqüentes síndromes cerebrais orgânicas que requeriam presença constante de manejo psiquiátrico.

Assim estabeleceu-se demanda, para a Psiquiatria clássica, para o estabelecimento de critérios para a seleção de candidatos a esta modalidade cirúrgica que pudessem prever a ocorrência de fenômenos mentais adversos. Mais tarde, a Psicologia Comportamental começa a traçar características psicossociais presentes nas

diferentes fases do processo de transplante, correlacionando-as a eventos clínicos, não se distanciando também do paradigma médico.

Para facilitar a compreensão dos fenômenos psicológicos que acompanham os pacientes, desde que recebem a indicação desta modalidade de cirurgia, os achados são comumente relatados por etapas cronológicas: o período de avaliação compreende a etapa na qual o paciente submete-se a vários exames complementares, no intuito de se descartar qualquer doença associada, por exemplo, um câncer, que possa consubstanciar-se num fator de risco para sua sobrevivência, após o transplante, com a introdução da imunossupressão. Incluem-se aqui os distúrbios mentais que impedem a compreensão consciente do procedimento e a adequação ao cumprimento do protocolo pré e pós-cirúrgico, como discutiremos mais adiante.

Temos, ainda, a fase de espera pelo órgão; o pós-operatório imediato e os dados provenientes dos resultados alcançados ao longo do período de sobrevivência do transplantado.

O primeiro foco de atenção dos investigadores centrava-se na identificação de distúrbios mentais, que poderiam se agravar após o procedimento ou tornavam inviável a participação consciente do paciente ao longo do processo. Seguiu-se uma segunda etapa, na qual os pesquisadores procuravam estabelecer correlações entre a classificação preliminar com base no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III (1980)* e os dados aferidos sobre qualidade de vida, através de outros instrumentos de avaliação.

Atualmente, as investigações procuram, através de controle estatístico rigoroso demonstrar que a avaliação psíquica não está dissociada dos índices de morbidade e

mortalidade após a cirurgia e que a metodologia empregada é suficiente para avaliar a capacidade de adesão ao protocolo de tratamento.

Um levantamento constata que mais de 70% dos programas de transplante no mundo reconhecem, como critérios de exclusão absoluta, para este procedimento, as seguintes condições mentais: esquizofrenia com sintomas psicóticos agudos, ideação suicida, histórico de múltiplas tentativas de suicídio, demência, retardo mental severo (coeficiente de inteligência menor que 50), abuso alcoólico e outras dependências químicas, ainda em curso no momento da avaliação (Levenson & Olbrisch, 1993; Olbrisch & Levenson, 1991).

Estas recomendações são levadas em conta em nosso país, conforme recomendações das Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Transplante Cardíaco. Todavia, conforme já constatamos em trabalhos anteriores, com exceção do abuso e/ou dependência alcoólica, são condições mentais raras neste tipo de amostra (Pereira, 1998, 2000 a, 2000 b, 2002 a, 2002b).

Outras categorias diagnósticas, tais como: desordens de personalidade, especificamente as do tipo anti-social e borderline são tratadas como de risco para a situação. Pressupomos aqui, que isto se deva ao comportamento irresponsável, impulsivo e autodestrutivo, implícito nestas duas categorias, incompatível com a disciplina imposta pelo tratamento e o alto grau de adesão aos procedimentos da equipe (Stilley et al, 2005).

Incluem-se, ainda, entre os fatores de contra-indicação para transplante cardíaco: obesidade e tabagismo e outras categorias não classificadas no DSM tais como: a presença de expectativas irreais em relação ao procedimento, história de não adesão ao tratamento médico, falta de suporte social e familiar.

O emprego isolado do DSM III (*Diagnostic and Statistical Manual, 3rd. edition, 1980*), ou versões atualizadas, gerou considerável divergência nos critérios de seleção dos candidatos a transplante cardíaco. Os estudos indicavam que a maioria dos pacientes não preenchia os critérios para esta classificação diagnóstica. Além disso, os sintomas afetivos sub-clínicos não eram detectados por este método (Grandi e colaboradores, 2001).

Seu emprego também é criticado por mostrar-se limitado para avaliar uma população crônica e gravemente doente. A ênfase dada ao papel das desordens de humor (depressão) e de ansiedade, comumente encontradas na fase terminal da insuficiência cardíaca, na evolução dos casos transplantados tiveram grande destaque nas pesquisas da década de 80 e 90.

Os estudos de Khun e colaboradores (1998; 1990), Dew e colaboradores (1994), de grande repercussão na ocasião, mostravam que desordens de ansiedade e depressão maior eram os diagnósticos mais freqüentemente cotejados entre os candidatos a transplante cardíaco. Entretanto, os sintomas melhoravam significativamente, ao longo do tempo, após a cirurgia e recuperação do transplantado, não se constituindo de valor preditivo absoluto. Alertavam que estas condições podiam estar presentes em outras situações médicas, podendo denotar uma resposta sadia à situação.

Assim, tanto era válido pensar que uma morbidade psiquiátrica podia comprometer os resultados deste procedimento médico, como a realização do transplante, podia resultar num evento disparador para a recuperação de um funcionamento psicológico mais adaptativo.

O trabalho de Phipps (1997) que abrangeu o acompanhamento de pacientes do programa de transplante do *Royal Victoria Hospital* (Montreal) de 1984 a 1995 discute os problemas do diagnóstico diferencial da depressão em pacientes com insuficiência cardíaca terminal. Este autor afirma que era igualmente difícil distinguir, nesta situação, uma distímia de uma desordem de ajustamento com humor depressivo e que, após a cirurgia, a elevada dose de corticóides ministrada confundia a avaliação de desordens de humor. Há neste estudo o reconhecimento que a depressão após a cirurgia pode sinalizar um ajustamento à situação, devido ao luto pela perda do órgão e ao trabalho psíquico de incorporação do novo coração.

Um outro tema de controvérsia diagnóstica é o da dependência de substâncias psicoativas. O abuso alcoólico situa-se entre os motivos mais frequentes para a rejeição de candidatos ao procedimento, com provável participação etiológica ou agravante na dilatação do músculo cardíaco. Estudo realizado, em nosso meio, mostrou como a pronta exclusão de pacientes com histórico de abuso de bebida alcoólica, antes do aparecimento da cardiopatia e a inclusão de pacientes abstinentes de álcool, por um período considerável, pode ser enganosa, quando o objetivo é avaliar o vínculo que o paciente estabelece com o tratamento, baseando-se apenas numa descrição sintomática (Pereira e colaboradores, 1998).

A comparação entre as variáveis psicológicas obtidas antes do transplante e os resultados obtidos após este procedimento, em parâmetros tais como morbidade e mortalidade, tem sido foco de interesse atual. Quando o método de avaliação preliminar é o DSM III, os resultados médicos (sobrevida, re-hospitalizações, infecções e rejeição) mostram-se proporcionalmente distribuídos entre os pacientes, com ou sem uma desordem psiquiátrica previamente determinada (Skotzko e colaboradores, 1999).

Quando a investigação utiliza outros procedimentos, os resultados são diversos. Maricle e colaboradores (1991), por exemplo, demonstraram que pacientes com melhor função cardíaca apresentavam mais queixas psicológicas, enquanto os demais, com pior função, relatavam poucas queixas dessa natureza.

Contrariando estes resultados Chacko e colaboradores (1996) e Brandwin e colaboradores (2000), através do uso de escalas psicométricas, identificaram como fator preditivo inequívoco para uma menor sobrevida após o transplante, um grupo de pacientes de risco que se caracterizaria por apresentar uma maior vulnerabilidade para o estresse e, associando-se a este fator, a inadequação do *coping*, falta de suporte social e histórico de não adesão ao tratamento médico, antes do transplante. Recomendam que estes indicadores sejam cotados, antecipadamente, durante a fase de espera, a mais estressante para o paciente, para que medidas psicoprofiláticas possam ser tomadas.

Destaca-se no trabalho de Brandwin e colaboradores (2000) a identificação de um padrão de atitudes, entre aqueles que não se ajustavam ao transplante, que se caracterizava por instabilidade, na qual o paciente, alternadamente, mostrava-se necessitado e abstinha-se de relacionar-se com os demais.

De modo geral, as pesquisas dentro deste paradigma buscam o refinamento das medidas objetivas de mensuração destas variáveis psicossociais e sua correlação estatística com variáveis orgânicas. Nenhuma dessas disciplinas leva em conta o impacto psicológico que a indicação de transplante provoca no paciente e o conflito que se estabelece entre o desejo de manter-se vivo e a resistência natural em submeter-se a uma mudança tão radical no corpo e no estilo de vida pessoal.

1.3. Acompanhamento de pacientes candidatos a transplante¹

Na dissertação de Mestrado a autora desta tese realizou um levantamento retrospectivo, através de prontuário psicológico, com base nos dados da primeira entrevista psicológica e *follow-up* de 221 candidatos ao transplante cardíaco, no período de outubro/1991 a março/1999. Uma síntese deste trabalho foi posteriormente publicado em dois artigos, um em língua inglesa e outro em português (PEREIRA et. al, 2002; 2003).

Foram classificados oito diferentes grupos, de acordo com a especificidade das queixas psicológicas em relação ao transplante cardíaco, na fase inicial do programa, quando o procedimento é indicado. Aos dados obtidos nas entrevistas de acompanhamento destes pacientes foram aplicados a EDAO – Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada, R.Simon (1989). Os resultados obtidos são sinteticamente descritos abaixo.

Grupo 1 – Ambivalência (N=11)

Os pacientes deste grupo explicitavam suas dúvidas em realizar o procedimento. Eles reconheciam a necessidade do transplante e não negavam a gravidade de sua condição clínica. Entretanto, não confiavam que pudessem ser bem sucedidos na cirurgia ou ter uma melhor qualidade de vida após o procedimento. A inclusão do

¹ Adaptado do artigo original “*Adaptação Psicológica, fatores de risco e probabilidade de sobrevida em transplante cardíaco*”. Mudanças, Psicologia da Saúde. 2002, 10(1) 41-61.

paciente no programa de transplante permanecia na dependência dele tomar uma decisão.

Grupo 2- Autocrítica (N=38)

Neste grupo, os pacientes demonstravam sentimentos de desvalia, estigma e fatalismo que os levavam a criticar-se intensamente. Eles não se consideravam aptos ou adequados para receber este tratamento. Queixas depressivas eram explícitas entre os componentes do grupo. Além disso, culpavam-se por condutas no passado (etilismo; abandono de lar e filhos; prejuízos materiais e danos a terceiros). Consideravam-se pessoas de “pouca sorte”, destinadas ao fracasso e sofrimento.

Grupo 3 – Onipotência (N=39)

Estes pacientes negavam a gravidade da doença sem, contudo recusar a indicação cirúrgica, submetendo-se aos exames laboratoriais preparatórios. Nos atendimentos psicológicos revelavam que bastariam corrigir as dificuldades de adesão ao tratamento médico para recuperar a saúde novamente. O transplante cardíaco era tratado como assunto banal, cujos benefícios ou eram desvalorizados ou superestimados. Os pacientes deste terceiro grupo eram, comparativamente, aqueles que mais freqüentemente apresentavam histórico de dificuldades para seguir o tratamento prescrito e antecedente alcoólico.

Grupo 4- Desesperança (N=39)

Neste grupo, os pacientes demonstravam estarem desesperançados; duvidavam de sua capacidade de sobrevivência até a obtenção do órgão, permaneciam

obsessivamente preocupados com o tempo de espera e insones. Apresentaram intensa queda da probabilidade acumulada de sobrevivência (inferior a 6 meses) antes do transplante, diferenciando-se, em nível de significância estatística, quando comparados aos demais grupos de pacientes estudados.

Além de terem maior vulnerabilidade emocional na situação, apresentaram-se mais desadaptados no Setor Sócio-Cultural, quando comparados aos demais grupos, em nível de significância estatística. Eram pacientes que se ressentiam da falta de convívio social pela presença da doença ou que buscavam na religiosidade a única forma de vínculo significativo.

Grupo 5- Dependência (N=23)

Estes pacientes queixavam-se que tinham dificuldades para pensar sobre o transplante e ficavam confusos quando eram indagados sobre o que desejavam fazer para recuperar a saúde. Dificuldades para pensar e falar sobre seus sentimentos eram muito comuns entre os pacientes deste grupo. Não tinham uma opinião própria; a aceitação da cirurgia dependeria somente da decisão médica, da opinião de algum familiar e de várias contingências externas, tais como o destino, a sorte e os desígnios de Deus.

Grupo 6 – Recusa (N=13)

Estes pacientes recusaram prontamente o transplante cardíaco. Essa posição foi firmemente sustentada e não aceitaram se submeter aos exames preliminares. Eles alegaram motivos religiosos, idade avançada, não aceitação da cardiopatia, compromissos familiares, constrangimento com o fato de vir a possuir o coração de

outra pessoa, não aceitação da doação de órgãos, desconfiança em relação à obtenção da medicação imunossupressora e “alto risco” de rejeição para justificarem sua decisão.

Grupo 7 Adaptação (N=42)

Observou-se nestes pacientes clara aceitação da piora da cardiopatia e reconhecimento do insucesso do tratamento clínico convencional para insuficiência cardíaca. Eles desejavam que o transplante fosse realizado enquanto “estivessem bem”, ou seja, com as demais funções corporais estáveis. Comentavam que quando “pensamentos ruins” vinham à mente (morrer, por exemplo), procuravam afastá-los, pensando nos benefícios que obteriam, realizando a cirurgia. Eles construía planos para o futuro: pretendiam viver melhor após o transplante.

Além da posição favorável em relação à indicação de tratamento, os pacientes deste grupo apresentavam uma melhor eficácia adaptativa no setor afetivo-relacional do que os pacientes dos demais grupos ($p < 0,001$), ou seja, apresentavam respostas adequadas para a solução de seus problemas no relacionamento com seus semelhantes e com si próprio, promotoras de satisfação, auto-estima, sem provocar conflitos com os demais e consigo.

Grupo 8- Dissociação (N=16)

Estes pacientes aceitavam a indicação do transplante cardíaco, reconheciam a gravidade da cardiopatia, mas não acreditavam que fossem realizar a cirurgia. Mantinham estas duas atitudes dissociadas e caso fossem indagados sobre a real motivação para o transplante, esforçavam-se para atestar a veracidade de suas intenções. Estes pacientes preocupavam-se em obter informações sobre as normas do

programa e o que a equipe desejava deles. Quando indagados sobre sua vida pessoal, demonstravam um comportamento de esquiva. O depoimento de familiares (principalmente o cônjuge), desmentia a capacidade de autocuidado do paciente e a estabilidade alegada de suas relações familiares, justificando a reação contra-transferencial de desconfiança, despertada na equipe.

A Tabela 1 mostra a freqüência de pacientes incluídos na fila de espera e que realizaram a cirurgia de transplante cardíaco. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em função da inclusão de seus integrantes na fila de espera para obtenção do órgão e da realização do transplante cardíaco ($p < 0,001$), indicando que a modalidade de vínculo relacional-emocional ao transplante pode influir na organização e execução do tratamento. Somente no grupo 8 (dissociação) constatou-se desistência do tratamento, durante o período de espera e a ocorrência de abandono de tratamento imunossupressor em um caso, após a cirurgia.

Tabela 1- Freqüência de pacientes incluídos na lista de espera e que realizaram o transplante, no período de outubro/1991 a março/1999, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia.

Grupo	N	lista de espera		tx cardíaco	
		N	%	N	%
1	11	3	27,3	1	9,1
2	38	2	5,3	1	2,6
3	39	1	2,6	0	0
4	39	14	35,9	9	23,1
5	23	8	34,8	7	30,4
6	13	0	0	0	0
7	42	35	83,3	30	71,4
8	16	9	56,3	7	43,8
Total	221	72	32,6	55	24,9

Tx= transplante cardíaco

Pretendemos neste primeiro estudo demonstrar que o modo como o paciente se vincula ao tratamento, externalizando aspectos emocionais que se expressam na maneira como se comporta no enquadre do tratamento, dentro do hospital, pode ser objeto da investigação psicológica e predizer fatores de risco, tais como o abandono de tratamento ou mecanismos auto-agressivos que neutralizam a esperança na luta pela sobrevivência.

Foi possível constatar ainda que a ausculta dos sentimentos, reações emocionais e atitudes destes pacientes, nesta situação, é difícil: acentuados mecanismos de defesa, minimização ou omissão deliberada de dificuldades, deficiência na capacidade de simbolização, urgência de tempo para a definição de condutas no âmbito hospitalar, resistência ao tratamento e a própria descatexia do coração, como veremos adiante, são responsáveis, já reconhecidos como obstáculos para a investigação e intervenção psicológica.

Além disso, no período de observação do estudo, constatou-se que havia mobilidade entre os grupos, ou seja, a natureza do vínculo com o tratamento podia ser mudada, indicando ser possível para o paciente utilizar o atendimento prestado pela equipe multiprofissional para os ajustes necessários, o que ameniza o peso da decisão da equipe, quando ela esbarra em algum fator negativo. Há tempo disponível para intervenções, conforme demonstrou as tábuas de sobrevivência em cada grupo. Na verdade, o resultado obtido na fase de preparação para o transplante, antes do evento cirúrgico, foi o melhor indicador prognóstico deste tratamento.

1.4. Dificuldades psicológicas para o processo de incorporação do coração transplantado²

O sucesso do transplante cardíaco dependeria, entre outras variáveis, do processo pelo qual o receptor lida com a perda de seu coração e incorpora o órgão transplantado (enxerto). A rejeição psicológica ao enxerto e os conflitos intrapsíquicos que surgem a respeito da figura do doador estão associados à rejeição fisiológica. As repercussões destes problemas sobre a vinculação do paciente ao programa de transplante cardíaco, ou seja, sua aceitação ao procedimento e relação com o tratamento imunossupressor, ainda não estão, suficientemente, estabelecidas.

Incorporação psicológica é aqui empregada para designar o resultado do processo projeção-introjeção. Simon (1986) apresenta uma explanação didática a propósito deste processo: *“A projeção consiste no transporte, para o “exterior” de aspectos de vivências do ego que ele precisa manter “fora”. E a introjeção, no transporte para “dentro”, de aspectos de vivências do ego que ele quer ou precisa retirar do exterior”*. A projeção se faz sobre algo da realidade (no bebê, poderá ser a mãe ou algum aspecto parcial desta). Ao ser efetuada a introjeção correspondente, o objeto incorporado já estará um tanto modificado. Na situação de transplante, o alvo da projeção é o enxerto ou a pessoa que o representa. Sua incorporação psicológica dependerá do predomínio das vivências que relatamos adiante.

Castelnuovo-Tedesco (1978) considera que, quando partes de outro ser humano são colocadas no corpo, recria-se o modelo de simbiose dos primórdios da vida

² Adaptado do artigo original “PEREIRA, AAM; ROSA, JT, HADDAD, N.- Dificuldades psicológicas para o processo de incorporação do coração transplantado: repercussões sobre a vinculação do paciente ao programa de transplante cardíaco”, publicado em *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 2002, **12** (2sup1A), 8-13, 2002.

humana, onde mãe e bebê encontram-se indiferenciados, num estado de fusão. Esta situação, segundo o autor, pode ameaçar a estabilidade, a continuidade e a natureza do *self* do transplantado. *Self* é o termo empregado por autores anglo-saxões para designar a instância representativa dos investimentos narcisistas que fundam o sentimento de identidade: o EU.

Basch (1973) encontrou, entre seus casos clínicos, indivíduos que incorporavam imediatamente o enxerto, segundo este modelo, mas não considerou o processo como favorável, porque os pacientes apresentavam excessiva dependência e auto-estima diminuída, isto é, *self* indiferenciado.

Em suas observações, Castelnuovo-Tedesco (1978) constatou que o receptor sente ter “roubado” uma parte vital de outra pessoa e passa, por sua vez, a vivenciar uma profunda regressão, acompanhada de culpas primitivas e medo de punição e retaliação. Chiriaco (1998) refere que o paciente sente-se devedor da vida a outrem e passa a ter dúvidas sobre quem detém a propriedade do corpo.

Knijnik (1989,1993) observou que o sentimento de ter assassinado alguém foi muito marcante entre seus pacientes. Na avidez para conhecerem e serem aceitos pelos familiares do doador, eles buscavam alívio para a acusação que se faziam. A partir das informações que obtinham sobre o doador, com a família deste, passavam a imitar o morto, numa tentativa de amenizar intensas ansiedades persecutórias. O doador, atacado e morto em fantasia, durante o período de espera, transforma-se em objeto interno perseguidor, após a cirurgia. São estados de perseguição interna ou externa, característicos da posição esquizo-paranóide, proposta por Melanie Klein (1946), as quais podem prejudicar a evolução psicossocial do paciente (Rosa, 1995)

Machado Nunes (1996) coloca que a relação persecutória com o novo órgão agressor e sua projeção, no exterior (quando o paciente torna-se querelante, por exemplo), depende do nível de regressão psicológica alcançado no decorrer do agravamento da cardiopatia. Rodgers (1984) afirma que um “transplante psicológico” ocorre, na medida em que o receptor sente que tem que incorporar alguma característica proveniente do doador. Este ponto é controverso, pois o doador é, na esmagadora maioria dos casos, anônimo ao paciente e o intercâmbio com a família não é preconizado. Pode-se constituir, portanto, numa tela branca para as projeções do universo psíquico do receptor.

Bunzel e colaboradores (1992 a) observaram receptores, no terceiro mês, após a realização do transplante e identificaram três padrões de resposta a este tema, de acordo com a quantidade de negação utilizada para contornar a ameaça à identidade. No primeiro grupo, estes autores constataram a presença de negação maciça, um mecanismo de defesa denominado por Melaine Klein (1946) de “escotomização” da realidade psíquica. Estes pacientes relataram que não apresentavam qualquer pensamento ou sentimento a respeito do doador ou do enxerto e se recusaram a conversar sobre o assunto. No segundo grupo, os pacientes admitiram ter consciência de que evitavam pensar sobre isso, pela ansiedade que lhes causava. No terceiro grupo, os pacientes falaram e repartiram suas fantasias sobre o doador e o enxerto com o entrevistador e pareciam lidar de maneira realística com a situação.

Em outro trabalho (1992 b), estes autores demonstraram que a maior parte dos pacientes estudados revelou não ter percebido qualquer mudança em sua “personalidade”. Os demais referiram manifestações de mudanças, mas pelo evento de

vida em si e não pela presença do enxerto. Apenas três casos declararam mudanças de sentimentos e reações, atribuídas ao coração transplantado.

De acordo com Mai e Kuhn e colaboradores (1986) e Young e colaboradores (1991) a negação constituiu-se num mecanismo de proteção à integridade psíquica dos receptores observados, desde que não fosse acentuada e não perdurasse por um período excessivamente longo.

Machado Nunes (1996) afirma que o paciente promove uma descatexa do coração, no pré-operatório, transformando-o numa “máquina não funcionante” para, após a cirurgia, investi-lo de uma nova catexa emocional e afetiva, com possível “apropriação” de qualidades ou características dos doadores.

A transformação do coração em apenas uma “bomba, músculo, motor, máquina”, de proveito defensivo para o receptor, torna qualquer contato com a família do doador em uma experiência desconfortável, pelo enfoque diferente sobre a doação, para ambas as partes.

Pode-se compreender, portanto, que as respostas emocionais ao enxerto e ao doador variam dentro de uma amplitude que vai desde a incorporação imediata do enxerto até a total impossibilidade de efetuar-la, além da constatação de que forças defensivas são necessárias para o êxito deste processo.

Em estudo anterior (Pereira, 2002) foram analisadas a frequência e a natureza das dificuldades psicológicas para aceitação do transplante cardíaco, atribuídas pelo paciente, ao fato de vir a possuir o coração de outra pessoa (doador/enxerto). Observou-se se esta ocorrência poderia estar atrelada à adesão ao tratamento imunossupressor e ao risco de rejeição.

Analisou-se a freqüência dos casos em que isto ocorreu, previamente à realização da cirurgia, em função da consecução do transplante e a recorrência destas preocupações (ou seu aparecimento), após o procedimento (pós-operatório).

A Tabela 2 mostra a freqüência de pacientes que, antes do transplante cardíaco, relataram dificuldades psicológicas para aceitar o transplante cardíaco, pelo fato de vir a possuir o coração de outra pessoa (doador/enxerto), ao tratamento imunossupressor e ao risco de rejeição, em função do sexo do paciente.

Tabela 2- Distribuição percentual dos pacientes que apresentaram dificuldades psicológicas relacionadas aos temas: doador/enxerto; imunossupressão e rejeição, em função do sexo

Tipo	masculino		feminino		total	
	N	%	N	%	N	%
Doador/enxerto	12	6,8	1	2,3	13	5,9
Imunossupressão	5	2,8	1	2,3	6	2,7
Rejeição	3	1,7	4	9,1	7	3,2
não apresentaram	157	88,7	38	86,3	195	88,2
Total	177	100	44	100	221	100

Analisando-se a natureza das preocupações verbalizadas sobre o doador/enxerto verificou-se que estas se caracterizavam nos seguintes tipos: medo de transformar-se em outra pessoa; medo de adquirir uma deformidade física; sentimento de estranheza pelo fato de vir a submeter-se a um tratamento antinatural; medo de mudar de sexo (virar mulher caso o doador fosse do sexo feminino); medo de receber o coração de um travesti; medo de o enxerto ser de tamanho menor; recusar converter-se num abutre, esperando que alguém morra; contrair uma dívida impagável; não aceitar ter este grau de dependência em relação a outro ser humano.

Diferentemente do que se postula, essa ameaça à identidade, a culpa pela morte de outrem e ansiedades persecutórias de caráter reivindicativo, vingativo, podem se manifestar antes mesmo da realização da cirurgia, consubstanciando-se num fator de resistência à aceitação, independentemente do sexo do paciente. Esses fatores podem ocorrer pela projeção que o paciente faz sobre sua futura condição ou por sua relação com experiências de perdas, em sua história de vida, como também constataram Götzmann e Schnyder (2002), ao analisarem sintomas de distúrbios de stress pós-traumático em transplantados.

Os pacientes, em sua esmagadora maioria, não relataram dificuldades psicológicas para aceitar o transplante cardíaco, atribuídas ao fato de vir a possuir o coração de outra pessoa (doador/enxerto), ao tratamento imunossupressor e ao risco de rejeição. Pode-se constatar, no material analisado, que isto ocorria, mesmo quando eram indagados sobre o assunto. Para ilustrar este aspecto, um deles comentou: “*O computador da gente está na cabeça e não no coração*”.

Ao contrário, quando isto aparece como preocupação, parece indicar que os mecanismos de defesa, especificamente a negação, deixam de exercer sua função protetora, podendo, a depender do caso, levar ao fracasso na adaptação do paciente à situação (Young et al. 1991).

Após o transplante cardíaco, a eclosão dessas dificuldades é percebida pelos pacientes como um fator perturbador, prejudicial à recuperação física e emocional. No entanto, a presença desses problemas não se constituiu, a rigor, fracasso no processo de adaptação, naqueles casos em que o paciente procurou, durante o atendimento psicológico, integrar o acontecimento, imprimindo-lhe um sentido simbólico, ou em

outros nos quais as fantasias associadas à presença do doador/enxerto ligavam-se a situações de conflito prévias.

A necessidade de mostrar-se grato à família do doador e à equipe assistencial é outro fenômeno observado. Este mecanismo parece estar atrelado também a ansiedades persecutórias que estão intensificadas no período pós-operatório.

Em nossa casuística, diferentemente das observações de Basch (1973), a incorporação imediata do órgão, segundo o modelo da simbiose, parece ser benigna ao sucesso do tratamento. O indivíduo cede uma parte de sua independência e individualidade, um tributo irremediável na situação, para que ele possa preservar sua sobrevivência; esta seria a *imunossupressão psicológica* necessária ao êxito da situação.

O medo, entre os homens, de mudar de gênero, deformar o corpo e perder aspectos de sua identidade sexual, não foi encontrado nas mulheres, mais preocupadas com o risco de rejeição. É possível que a tarefa de incorporação do enxerto possa diferir em função do sexo do paciente. A gravidez biológica pode ser a melhor metáfora desse processo: *quem vive no próprio corpo a presença de outro precisa acolher este acontecimento e encontrar sentido para este encontro* (Ramminger, 2000). Tarefa particularmente difícil para os homens e extremamente ameaçadora para as mulheres que já se deixaram fecundar outras vezes e que, no momento do transplante, fazem-no com um desconhecido.

1.5. A teoria das relações objetais

Toda experiência humana pressupõe a existência de outra(s) pessoas. As pessoas reagem e interagem com outras reais, e também com outra(s) internas (objetos internos) - representações psíquicas de pessoas que foram internalizadas na mente, durante o processo de constituição psíquica do indivíduo, que irão impingir suas características às pessoas do mundo externo e modular estados afetivos e condutas.

O modo como estes objetos internos são constituídos, organizados ou se relacionam entre si determina o que o indivíduo antecipa da realidade a ser vivida, fornece-lhe a noção de quem ele é e de sua psicopatologia. Essa é a premissa central da teoria das relações objetais no corpo teórico da psicanálise, particularmente da escola kleiniana.

Melanie Klein (1952) sugere que o bebê, dada sua herança filogenética, ao nascer já tem imagens e traços de memória de objetos para os quais se dirige, condição a seu ver essencial para que seu ego rudimentar sobreviva à ameaça interna da destruição, por seus próprios instintos e pelo desconforto gerado por suas necessidades corporais e sensações físicas.

“Por projeção, ao dirigir para fora a libido e a agressão e imbuir o objeto com elas, surge a primeira relação objetal do bebê” (Klein, 1952, p. 58).

Assim, naquela que denominou posição esquizo-paranóide *“cada estímulo desagradável está relacionado com os seios maus, negadores, perseguidores, cada estímulo agradável, com seios bons, gratificantes (1935, pp.305-306).*

Simultaneamente, pela introjeção, um bom e mau seio são estabelecidos dentro dele, mas já transformados pela fantasia e pela realidade de suas percepções desses objetos reais.

Um dos núcleos da psicopatologia neste modelo residiria neste estágio, quando a agressão constitucional é suficientemente forte e não consegue ser mitigada pelos bons cuidados dos pais. Sob o domínio dos maus objetos internalizados, o mundo externo passa a ser ameaçador para o indivíduo e espelhar suas motivações destrutivas; os bons objetos internalizados permanecem enfraquecidos, confirmando sua incapacidade amorosa e libidinal, desacreditando que na realidade possa usufruir relações seguras e apoio para os tempos de intempéries.

Klein coloca que a inveja e a voracidade seriam os representantes deste excesso de agressão constitucional. Na voracidade extrai-se todo conteúdo do bom objeto – secar a fonte; não há intenção de danos, embora as conseqüências não sejam levadas em conta e o bom objeto possa ser danificado. Na inveja, ao contrário, o bom objeto é destruído intencionalmente, porque não é possível tolerar que seu conteúdo valioso não pertença a si próprio. Na prática clínica este conceito tem vigorosa aceitação na compreensão de reações terapêuticas negativas, visto que a inveja torna estéril o êxito de qualquer tratamento.

“A inveja excessiva, expressão dos impulsos destrutivos, interfere com a divisão primária entre o seio bom e o seio mau e a construção de um objeto bom não pode ser suficientemente alcançada. Dessa maneira, não é lançada a base para uma personalidade adulta, plenamente desenvolvida e integrada; porque a diferenciação posterior entre bom e mau é perturbada em diversas conexões” (Klein, 1957, p. 49)

A partir do segundo trimestre de vida inicia-se a posição depressiva. O ego, já provido de suas funções básicas permite que a criança faça a união dos objetos parciais (bom e mau) num objeto total - a mãe frustradora é a mesma que traz a satisfação. A luta da criança é por reparar o objeto que, em sua fantasia, pensa ter danificado com sua agressão. Este impulso para a reparação está vinculado a sentimentos de culpa. Se a criança é exitosa em seu empreendimento, desenvolve-se com uma crença em si mesma positiva. Se ela fracassa predomina o senso de que possui em seu interior só maldade ou arrependimento à espera de perdão. A capacidade para reparação é o meio pelo qual a depressão é mantida sob controle ao longo de toda vida.

Na impossibilidade de superação da ansiedade depressiva, lança-se mão de uma tríade de defesas – o controle, o triunfo e o desprezo, a serviço de negar a dependência do objeto, sua valorização, a dor da perda e o concomitante sentimento de culpa, prototípica para as futuras situações de perda.

Simon (1994,p.241) coloca *“sugiro que a intolerância à perda do objeto amado seja um tipo específico de ataque perceptivo: ataque à percepção do tempo e concomitantemente ataque à percepção do espaço. O sujeito quer acreditar que nada aconteceu e que as coisas continuam no mesmo lugar”*.

O cardiopata, na fase final de sua doença, ante a decisão de submeter-se ao transplante necessita suportar a dor diante da iminência de perder-se a si mesmo, perder um órgão vital e muitas vezes, renunciar a um estilo de vida, caso contrário, ele abdica do tratamento, mesmo que ele não tenha consciência de que esteja fazendo isso.

Caso a ansiedade depressiva seja extrema, Klein (1952) afirma:

“O resultado poderá ser uma duradoura sufocação do amor, um distanciamento dos objetos primários e um aumento na ansiedade persecutória, isto é, a regressão à posição esquizoparanóide” (Klein, 1952, p. 231).

Dado nossos impulsos agressivos e libidinais, esta será uma luta constante e o destino de nossos objetos será sempre uma preocupação central, especialmente, em situações de perda, quando nosso amor, criatividade e capacidade de preservar objetos bons internamente e externamente será colocada à prova.

Diferentemente de M.Klein, W.R.D.Fairbairn e D.W.Winnicott ao longo de suas obras vão considerar a possibilidade de que problemas na personalidade dos pais ou no seu modo de viver possam contribuir para o estabelecimento de maus objetos internalizados e contribuir para a gênese da psicopatologia do adulto.

Para Fairbairn, *apud* Greenberg e Mitchell (1994), o comportamento humano se funda na procura *por* e na manutenção de relação com os outros e não com o propósito inicial de redução da tensão, como estabelecido na metapsicologia freudiana ou já está a priori constituído em imagos, parte dos instintos, como a teoria kleiniana.

Para este autor os objetos internos são constituídos para compensar as lacunas no cuidado materno, inevitável a seu ver pelo caráter civilizatório. Assim, quanto pior a relação com os pais, maior a internalização de maus objetos, que se tornam o núcleo do reprimido, segundo sua postulação teórica.

Na patologia, o indivíduo torna-se devotado a estes maus objetos, que carregam em si a promessa de uma satisfação nunca alcançável - as escolhas na vida cotidiana seriam feitas com base nesta relação interna e perpetuariam seu fracasso.

Para Winnicott (1945) o objeto é criado pelo bebê:

“O bebê vem ao seio quando excitado e pronto para alucinar algo adequado a ser atacado. Naquele momento, o bico do seio real aparece e ele é capaz de sentir que foi o bico do seio que ele alucinou. Assim, as suas idéias são enriquecidas por detalhes reais de visão, tato, cheiro e, da próxima vez, este material é usado na alucinação. Assim, ele começa a construir uma capacidade de intentar aquilo que está verdadeiramente disponível. A mãe tem que continuar a dar ao filho este tipo de experiência” (Winnicott, 1945, pp.152-153).

O *“fracasso graduado de adaptação”* (1949, p.246) da mãe permite que a criança saia, aos poucos, deste estado de onipotência alucinatória e passe a demandar seus cuidados, através de gestos e sinais. Desta forma, o mundo real é apresentado à criança homeopaticamente.

Há, no entanto, um espaço intermediário entre a *“criatividade primária”* (objeto alucinado) e a percepção objetiva baseada no teste de realidade da criança – a *experiência transicional*. Nela, pais e bebê aceitam, de comum acordo, que o objeto transicional (a fraldinha ou ursinho, por exemplo) pertence, simultaneamente, à criação e posse do bebê e à existência objetiva, compartilhada por outras pessoas. Esta experiência permite à criança ter o senso de existir, entre outras pessoas (Winnicott, 1951).

Goetzmann (2004) afirma que a experiência de integração psíquica do órgão transplantado e do doador pode ser compreendida através do modelo de fenômeno transicional de Winnicott. O paciente transplantado assimilaria o órgão e o doador como objetos transicionais. O doador seria percebido pelo receptor como alguém onipotentemente presente, a quem atribuiria qualidades pessoais. Assim, o transplante permaneceria neste espaço intermediário, realizando uma função criativa e ajudando o paciente a enfrentar o dia-dia de sua condição. Trata-se de uma estratégia de assimilação que, segundo este autor, só pode ser atingida parcialmente.

Perturbações nestes pontos-chaves dos estágios iniciais do desenvolvimento emocional da criança levaria, no modelo winnicottiano, ao desenvolvimento do “*false self*”, moldado à imagem da criança pela mãe, pautado nas reivindicações dos outros e falhas ambientais e não de acordo com suas próprias necessidades e gestos espontâneos – o *self verdadeiro*.

Outros autores psicanalíticos, até os dias de hoje, a depender de sua experiência clínica, com determinados tipos de pacientes, foram destacando modalidades de relações objetais presentes em determinados quadros clínicos, nos quais este mundo objetal interno, com seu organograma e hierarquia singulares, entre bons e maus objetos internalizados, configuram o *continuum* entre saúde e patologia mental.

Destacamos, neste trabalho o modelo proposto por J. Steiner (1997). Ele propõe uma posição fronteira entre a posição esquizoparanóide e a depressiva, que se constitui como opção de refúgio psíquico, nas situações em que indivíduos normais irão recorrer quando a ansiedade a ser enfrentada excede os limites toleráveis, mas que são abandonados assim que a crise passa. Nela, o paciente fica estagnado numa ilusão de que nada ameaça e nada se perde, onde a realidade não precisa ser

enfrentada, evitando assim o contato com as ansiedades persecutória e depressiva das duas posições.

Interessa-nos, particularmente aqui a idéia de Steiner de propor uma relação especial de lidar com a realidade, nestes refúgios, diante de certos fatos da vida, tais como a velhice e a morte.

Primeiro, ele vai ampliar o conceito de perversão, para além de sua conotação sexual, situando-o como um modo alterado de interpretar a realidade. Utiliza o conceito de fetichismo em Freud (1940) para sustentar a tese de que, sob determinadas circunstâncias (a diferença sexual seria uma das primeiras delas), duas versões contraditórias da realidade possam coexistir, pelo horror que desperta. Reproduzimos abaixo uma citação de Freud, elucidativa quanto este aspecto:

A visão (anterior) dos órgãos genitais femininos poderia ter convencido nossa criança dessa possibilidade. Mas ela não tirou essa conclusão, já que sua aversão a fazê-lo era grande demais e não havia motivo presente que a compelisse a isso. Pelo contrário, qualquer apreensão que pudesse ter sentido foi acalmada pela reflexão de que aquilo que faltava ainda apareceria: ela desenvolveria um (pênis) mais tarde.(...)

Essa maneira de lidar com a realidade, que quase merece ser descrita como astuta, foi decisiva quanto ao comportamento prático do menino. Ele continuou com sua masturbação como se esta não implicasse perigo para seu pênis; ao mesmo tempo, porém, em completa contradição com sua aparente audácia ou indiferença, desenvolveu um sintoma que demonstrava que, todavia, reconhecia o perigo (Freud, 1940: 294-5)

Não escapou a Steiner, a sutileza com que Freud captou o mecanismo mental de dois pacientes que estavam com dificuldades para enfrentar a realidade da morte dos pais. Ressalto aqui, que estamos diante de um mecanismo mental que não pode ser reduzido a um simples mecanismo de negação.

Contudo, a pesquisa posterior conduziu-me a outra solução para o problema. Ficou evidente que os dois jovens não haviam “escotomizado” a morte dos pais mais do que um fetichista escotomiza a castração feminina. Fora apenas uma corrente de sua vida mental que não reconhecia a morte deles; havia outra corrente que reconhecia plenamente este fato. A atitude que se ajustava ao desejo e a atitude que se ajustava à realidade existiam lado a lado (Freud, 1927: 158-9).

Não é esta a atitude de Fênix, ou seria melhor dizer, as duas atitudes da ave mítica: enfrentar a morte, voar para o ninho, preparar-se com mirra e incenso e queimar-se para renascer, ressurgir ou regenerar seu ciclo? Não é esta a atitude de nosso paciente candidato ao transplante? Preparar-se para uma cirurgia, retirar seu coração (morte) e renascer com outro? Como se manter “bem” para conseguir fazer isso? Como aprofundarmos a idéia proveniente do grupo 7, o mais adaptado, no qual os pacientes dizem que preferem fazer o transplante “enquanto estão bem” dentro da sua doença? Por que nem todos se sentem bem para fazer isso?

Esta terceira versão da realidade, também aparece em Bianchi (1993) quando ele diz que, para enfrentar a velhice e a morte, o EU, para manter-se vivo até o final, coloca-se como observador externo, contemplativo à sua própria catástrofe, atendendo,

ao mesmo tempo, tanto ao desejo de manter-se vivo, como atestando a realidade de seu fim, conseguindo, assim, dar continuidade ao trabalho psíquico.

Elliot Jaques (1990), quando fala da crise da criatividade na meia idade vai ressaltar, entre outras coisas, para o enfrentamento da realidade da velhice e do fim, uma re-elaboração da posição depressiva infantil, na qual se adquire maior tranqüilidade e contemplação, graças à superação de culpas primitivas e ao retorno ao objeto bom primário.

De comum, estes autores parecem indicar que uma estratégia de sobrevivência psíquica é requerida, para que esta tranqüilidade, contemplação ou maturidade, vamos chamar assim, frente ao fim, evite uma desorganização que possa aniquilar o ego, antes mesmo da morte em si.

Dessa forma, surge a hipótese teórica central neste estudo: os pacientes candidatos a transplante cardíaco, possivelmente, lançam mão de abstrair-se nestes refúgios que, metaforicamente, vamos chamar de o *“ninho da Fênix”*, como uma forma de adaptação, estratégia de sobrevivência, no momento agudo de tomar a decisão e aceitar passar pelo procedimento de transplante cardíaco.

1.6. O teste de relações objetais de Phillipson

O Teste de Relações Objetais (TRO) de Herbert Phillipson criado em 1955 baseia-se na teoria das relações objetais de Klein e Fairbairn. Ele reúne características de estímulos que o inserem entre o Rorschach e o T. A T (Teste de Apercepção Temática), como teste de forma e de conteúdo, dinâmico e dramático (Ocampo e Arzeno, 1981).

O teste consta de treze laminas. Cada uma delas apresenta situações de relações objetais básicas de uma pessoa, de duas, de três e de grupo.

A primeira série, denominada *Série A* é a que contem menor estruturação, predominando o cinza, carência de detalhes e conteúdo humano impreciso.

A segunda série, denominada *Série B* apresenta a melhor estruturação, com alta definição do conteúdo humano e do ambiente, deixando pouca liberdade ao paciente para interpretar a prancha e por isso, permite avaliar o grau de adaptação à realidade e índices prognósticos.

A terceira série, denominada *Série C* é rica em detalhes e inclui cores, permitindo perceber a qualidade dos afetos que o paciente estabelece com seus objetos.

Por último, o teste impõe a apresentação de uma lâmina branca que permite observar como o paciente vivenciou a situação do teste e de que forma se despede da situação.

O TRO tem sido utilizado na área da saúde como instrumento precioso na identificação de fenômenos mentais em pacientes com diversas enfermidades,

orientando, inclusive medidas preventivas para diminuir o impacto destes mecanismos sobre o vínculo com o tratamento e o curso natural da doença.

Nascimento (1988) em sua casuística demonstra, a partir do exame da natureza das relações objetais, através do TRO, em mulheres com câncer de mama que a utilização maciça de negação retarda o diagnóstico e o início do tratamento. Mesmo que procurem o médico, devido a intensa culpa persecutória, por seus impulsos sexuais ou agressivos podem recusar o tratamento, por acreditarem que não merecem a cura. Induzidas pelos objetos internos para o auto-sacrifício mantêm um comportamento de abnegação perante os familiares, sobrecarregando-se de encargos e responsabilidades domésticas.

A culpa experimentada por um ego que não é capaz de suportá-la é sentida como perseguição e o objeto que desperta a culpa, transformado num perseguidor. Nesses casos, não há elaboração da ansiedade depressiva, nem da persecutória, porque uma está confundida com a outra (Klein, 1957). Os indivíduos nesta condição tendem a comportamentos autopunitivos (Grinberg, 1978).

Helena (2000) comparando pacientes diabéticos do tipo 2, com bom e mau controle glicêmico identifica no grupo não aderente, por meio do TRO, a presença de organizações patológicas, segundo a teoria dos refúgios psíquicos de Steiner (1997). Neste estado o paciente tem a ilusão de que nenhum prejuízo poderá lhe ocorrer. Mantém-se sob predomínio de poderosos objetos internos, que à semelhança da máfia, prometem proteção contra qualquer dor e sofrimento, mesmo que isto signifique, em última instância o preço da própria vida.

A utilização do Teste de Relações Objetais no presente estudo deve-se, primordialmente, à necessidade de conseguir melhor acesso ao mundo mental destes

pacientes que, como vimos, acham-se numa posição de defesa extrema, sentem-se ameaçados com a possibilidade de exclusão, restringindo a compreensão que poderíamos ter de cada caso em particular e da especificidade da vivência emocional que esta situação acarreta. Existe a necessidade de um diagnóstico compreensivo (Trinca, 1983,1997,2002), no sentido de se reconhecer o que é relevante e as razões recônditas da vida emocional destas pessoas que modulam o seu comportamento na situação médica que pretendemos estudar. O teste foi construído de tal forma que, o modo de se relacionar com pessoas e coisas possa ser projetado pelo paciente, portanto, serve de instrumental diagnóstico para averiguarmos a relação que o paciente estabelece com o tratamento proposto.

CAPÍTULO 2

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2.1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A avaliação e o tratamento de possíveis dificuldades psicológicas, numa situação de transplante cardíaco, vem se constituindo num desafio permanente.

Estudos anteriores demonstraram, inequivocamente, que fatores psicológicos intervêm no curso dos acontecimentos, levando ao êxito ou fracasso deste tipo de tratamento. Diferem, no entanto, em função dos paradigmas a que estão vinculados, que incluem ou não o campo intersubjetivo, nos quais os fenômenos emergem.

A condição crônica destes pacientes, as perdas sofridas em vários campos de suas vidas exigem a superação de dificuldades metodológicas para a definição do que seria favorável ou não para a realização de um transplante cardíaco, considerando-se o caráter dinâmico, contraditório e mutável, a um só tempo, do funcionamento mental. Deve-se levar em conta, o paciente, como sujeito participativo e opinante no processo. Lembramos que a realização de um transplante deve propiciar não só anos de vida ao paciente, mas qualidade e um quinhão que possa ser suportável, emocionalmente, ao paciente.

Objetivamos, neste estudo, conhecer o funcionamento mental de candidatos ao transplante cardíaco, a partir de suas relações objetais inconscientes e delimitar a vivência emocional particular frente à situação.

É nossa intenção testar nossa hipótese de que, nesta situação, os pacientes lançam mão de refugiar-se numa área da mente, nas quais sentem-se protegidos de ansiedades persecutórias e depressivas, como uma forma de uma estratégia de sobrevivência psíquica, para manter a integridade do Ego e suportar o processo, sem enlouquecer ou definhar.

Considerando-se ser possível atingir aos dois objetivos anteriormente definidos, acreditamos, a partir disso, distinguir diferenças psicológicas, entre esses pacientes que realizam o transplante, daqueles que não o fazem, identificando fatores psicológicos de risco, que podem levar o paciente ao ajustamento ou à falência de sua capacidade adaptativa na situação.

CAPÍTULO 3

AMOSTRA E MÉTODO

3.1.DESENHO DA PESQUISA

Esta investigação é qualitativa e quantitativa e foi empreendida durante o atendimento clínico de pacientes candidatos ao transplante cardíaco. Ela permite uma análise da relação *sujeito-objeto*, ou seja, da performance dos pacientes em relação ao instrumento utilizado, o Teste de Relações Objetivas, e sua sensibilidade para diagnosticar fenômenos mentais presentes nestes pacientes, nesta situação, bem como, associá-los a um possível prognóstico terapêutico.

O presente estudo insere-se no campo da Psicologia Clínica aplicada à área hospitalar, sob o enfoque psicanalítico. Depreende-se, a partir disso, que esta pesquisa também se definiu como qualitativa. São apresentados casos clínicos, notas e observações sobre os encontros entre a psicóloga e os pacientes, neste contexto médico, com a finalidade de ampliar a compreensão dos fenômenos que pretendemos conhecer.

Esta pesquisa aconteceu num campo de relacionamento – intersubjetivo (*sujeito-sujeito*) entre a psicóloga e o paciente. O enquadre no qual o TRO foi aplicado já estava impregnado da experiência subjetiva de ambos, além dos dados objetivos, propriamente observados durante as entrevistas, e das hipóteses sobre uma possível problemática do paciente, reformuladas ou confirmadas, a partir dos assinalamentos que foram feitos, no próprio bojo do atendimento clínico.

Desta forma ambos se apresentavam e se conduziam, durante a aplicação do instrumento, a partir de uma interpretação subjetiva daquela experiência vivida e de um

conhecimento presumido sobre ela. O profissional, com suas experiências anteriores, pessoal e profissional, com outros pacientes, na mesma situação, além do conhecimento adquirido anteriormente sobre as dificuldades emocionais na situação de transplante e os obstáculos que elas podem causar. O paciente com as impressões do encaminhamento médico, o que foi aprendido com as orientações dos demais profissionais, principalmente, enfermeira e assistente social, suas próprias fantasias e temores em relação ao profissional e seu mundo interno e o que seus colegas, os outros pacientes, dizem sobre o atendimento psicológico.

3.2. AMOSTRA

A amostra foi constituída de 62 pacientes adultos e 01 adolescente, seqüenciais, candidatos ao transplante cardíaco, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo.

A idade dos pacientes adultos variou de 23 a 65 anos, o adolescente tinha 16 anos. A maioria (N=49) era do sexo masculino.

Os pacientes foram subdivididos em dois grupos: no primeiro deles incluíram-se os pacientes que não fizeram o transplante cardíaco (Grupo A) e no segundo grupo aqueles que realizaram a cirurgia para serem transplantados (Grupo B).

3.3. MÉTODO

Os pacientes são encaminhados, rotineiramente, pelo cardiologista-clínico da Seção de Transplante Cardíaco do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, após sua ciência e concordância inicial, da necessidade de se submeter ao transplante. Juntamente com o encaminhamento à Seção de Psicologia, ele leva vários outros encaminhamentos, aos demais profissionais da equipe e para realização de outros exames de parâmetros biológicos, todos com caráter de obrigatoriedade de execução.

As entrevistas psicológicas clínicas com os pacientes, além de estarem subordinadas ao pensamento clínico tradicional, para apreensão da dinâmica intrapsíquica dos pacientes e delimitação de alguma possível dificuldade emocional, que possa tolher o ajustamento do paciente à situação, obedecem, inicialmente, aos princípios das recomendações da psicologia clínica preventiva de Simon (1993).

Tendo em perspectiva que o paciente não sabe a razão de sua consulta psicológica cabe, nos encontros iniciais, esclarecê-lo quanto aos seguintes aspectos, no sentido de minimizar a ansiedade frente à situação:

- a)- que ele não é o único a ser encaminhado para este tipo de consulta, todos os pacientes na mesma situação o fazem.
- b)- as pessoas que padecem de uma doença de coração, como a dele, têm, naturalmente, preocupações e sentimentos por ela gerados.
- c)- uma indicação de transplante cardíaco traz, em si mesma, a esperança de uma solução, mas, ao mesmo tempo, a angústia dos riscos a serem enfrentados.

d)- naquele momento específico, não só a equipe estuda o seu caso, para averiguar qualquer doença associada que possa prejudicar a sua recuperação, mas ele (o paciente) também deve *estudar* a sua situação e ter uma opinião formada sobre a sua decisão. Conversar com um profissional especializado poderá prepará-lo melhor para o processo que se inicia.

e)- alguns provérbios ou outros elementos da cultura podem ser utilizados, para diminuir a persecutoriedade, quanto ao fato universal de que todos nós temos problemas a serem enfrentados (*e que ninguém precisa ser santo para fazer transplante*).

f) o psicólogo compromete-se a expressar sua opinião sobre o que ele julga, de seu ponto de vista profissional, fator preocupante no processo de transplante cardíaco, antes de qualquer colocação que possa ser feita aos demais membros da equipe. Enfatizar que os aspectos de sua intimidade pessoal serão preservados sob sigilo. As colocações à equipe circunscrevem-se ao vínculo com o tratamento médico-cirúrgico.

Nas entrevistas, o incentivo ao paciente é constante, para que ele aborde, espontaneamente, sobre seus sentimentos, atitudes e reações emocionais, frente ao agravamento da cardiopatia e perspectiva de um transplante cardíaco.

Há, no entanto, alguns assuntos que obrigatoriamente devem ser abordados, preferencialmente, a partir do próprio material que vai aparecendo durante os encontros. São eles, história pregressa de abuso alcoólico ou outra substância psicoativa, a adesão ao tratamento médico, suas dificuldades atuais e evolução desde o descobrimento da perda da saúde e, por último, a percepção do paciente em relação à participação de familiares em seu tratamento. Problemas nestas áreas específicas constituíram-se em fatores de desajustamento ao processo de transplante, conforme

demonstramos em nossas publicações anteriores (Pereira, 1998; 2000 a, 2000 b; 2002 a, 2002 b).

Além disso, a maneira como o paciente relata a história de sua enfermidade, a partir da interpretação subjetiva com que a modela, juntamente com as associações que traz de suas experiências pessoais e relacionais, permite ir-se delimitando um foco, para um atendimento nos moldes preconizados pela psicoterapia breve de orientação psicanalítica (Fiorini, 1978). A tentativa é de unificar as questões atualizadas no transplante e possíveis dificuldades emocionais prévias à situação atual. A capacidade de os pacientes fazerem estas associações, atrelando a doença orgânica à sua história, bem como, tecer fantasias, criando teorias próprias sobre a sua enfermidade, sem perder de vista a objetividade e racionalidade com que ela deve ser entendida já se constitui num bom indicador psicológico no processo de transplante (Pereira, 2000 a; 2000 b; 2002 a; 2002 b).

Há um esforço no sentido de transformar o caráter estrito de avaliação psicológica em um espaço terapêutico, para que o paciente possa expressar seu sofrimento emocional e ser acolhido.

O número de encontros com o paciente é variável, dependendo do engajamento no acompanhamento psicológico e sobrevida.

Não podemos escapar, no entanto, ao embate ético, impingido por duas racionalidades nesta situação. A primeira, confirmada por evidências científicas de que existem pessoas que destroem ativamente o tratamento e que não se dispõem de tantos corações assim, para serem descartados. A segunda, alicerçada pelo direito incontestado de que todos têm direito a qualquer tratamento médico e preservar sua própria vida. Tanto paciente, quanto equipe, especialmente o médico, trabalham com uma espada

no pescoço, quando há algum fator de risco— o paciente pode ser excluído e o médico processado juridicamente, além do peso na consciência de todos os envolvidos, pela exclusão do paciente.

Quando os riscos observados estão relacionados a uma co-morbidade orgânica ou problemas concretos econômicos, observa-se maior aceitação da equipe, especialmente do médico responsável, para discutir o problema com o paciente, devido sua visibilidade. Quando se trata de um fator de risco psicológico, há maior resistência, por parte da equipe médica, em discutir o assunto com o paciente ou aceitar que este fator possa interferir negativamente após a cirurgia. Lembramos aqui que, no geral, os problemas não se encaixam nas contra-indicações formais, apontadas anteriormente.

A decisão, caso haja indícios de uma possível necessidade de exclusão, é sempre polêmica e é influenciada também por experiências anteriores, vivenciadas com pacientes semelhantes e pela própria impressão pessoal e sentimentos que os envolvidos têm da pessoa do paciente.

Nossa experiência prévia e observação sistematizada (Pereira, 2000b) fornecem uma margem de alívio quanto à possibilidade de exclusão do paciente, por fatores psicológicos de risco – ela não é freqüente. Como já destacamos, existe uma *seleção natural*, os pacientes atuam na situação sob predomínio de mecanismos de resistência psicológica ao tratamento, negação da doença, além da agressão da patologia e das condições de holding de sua rede de apoio social. Não há necessidade de se criar protocolos rígidos de seleção, afunilando a entrada destes pacientes neste tratamento. Convém lembrar que esta seleção, o sinergismo de inúmeras variáveis, já começa, por exemplo, na primeira consulta do paciente, numa unidade básica de saúde. Quando ele chega ao hospital com tal complexidade tecnológica podemos entender que várias

etapas já foram superadas e o instinto de vida do paciente não pode ser menosprezado.

Se nosso esforço terapêutico é bem sucedido, acreditamos que indivíduos sob risco psicológico para transplante cardíaco poderão ser beneficiados, possibilitando-se a elaboração de conflitos e o uso de defesas menos primitivas, deixando-se as contra-indicações para casos excepcionais. Somente sob a perspectiva de uma aliança terapêutica é possível falar sobre o que *vai mal*, quando surgir um impasse no modo pelo qual os objetivos devem ser alcançados, entre as partes (paciente e equipe).

Nesta posição, deixando de ser objeto e tornando-se sujeito do tratamento, o paciente pode ser comunicado a respeito de sua responsabilidade e de sua possível *quebra de compromisso* em relação à preservação do tratamento. Esta parece ser a postura ética mais aceitável, por parte da equipe: permitir ao paciente a liberdade de escolha quer no sentido de continuar a utilizá-la, buscando as mudanças necessárias, quer no sentido de procurar outro centro transplantador.

3.4. Aplicação do TRO

O Teste de Relações Objetivas não foi utilizado no atendimento como teste em seu sentido restrito, mas como técnica projetiva para que o interesse e a expressão do mundo mental do paciente pudesse ser ampliado, além do que podia ser verbalizado durante o acompanhamento psicológico no hospital.

Dada às dificuldades no atendimento psicológico destes pacientes, como temos discorrido, insistíamos quanto ao caráter da aplicação do TRO, na situação – uma forma de jogo, brincadeira imaginativa, técnica que podia ajudar a psicóloga a auxiliá-los naquele momento. Às vezes uma comparação com a atividade médica, tão bem conhecida deles era empregada, por exemplo, *o médico não precisava ver seus exames de sangue para dar o remédio certo, pois o psicólogo também lançava mão de algumas técnicas para poder fazer a terapia.*

Respeitou-se a liberdade do paciente em não aceitar participar do TRO. Isto ocorreu em dois casos que não foram incluídos na amostra.

A análise das pranchas para atingir os objetivos deste estudo só feita realizada depois do desfecho do tratamento no hospital, de tal sorte que ela não interferisse no curso dos acontecimentos. Conduzíamos-nos apenas com a experiência já adquirida, uma vez que os resultados que poderiam fornecer novos parâmetros de conhecimento, ainda estariam sendo processados.

Consideramos desfecho do tratamento as seguintes possibilidades –

a)- realização da cirurgia

b)-óbito

c)-melhora clínica e postergação da cirurgia, só com seguimento ambulatorial pela equipe médica

d)-não inclusão no programa de transplante por co-morbidade clínica, falta de condições sócio-econômicas mínimas

Observação – nenhum paciente desta amostra foi excluído por fatores psicológicos.

Iniciava-se o encontro seguinte à realização do TRO, solicitando que o paciente tecesse suas impressões sobre o mesmo. Pretendia-se que ele abrisse perspectivas para que o campo do atendimento psicológico se ampliasse e que ele próprio selecionasse o aspecto a ser trabalhado no atendimento.

Caso ele solicitasse de forma direta uma devolutiva, pela persecutoriedade que a situação despertava (*passsei no teste, estou louco?*) os comentários da psicóloga restringiam-se à colocação dos medos que se expressavam frente à Lâmina A1, para que pudessem ser trabalhados neste encontro, além da própria ansiedade despertada pela participação na técnica.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi entregue ao paciente (ou ao seu familiar em caso de óbito), depois do desfecho do tratamento, considerando-se todos os preceitos de sigilo, não obrigatoriedade e autorização para publicação dos dados que estão disponíveis no prontuário psicológico do paciente.

Tomou-se esta precaução para que o consentimento do paciente só fosse solicitado após o desfecho do tratamento, para que não se corresse o risco, mesmo que na fantasia do paciente, de ficar atrelado a qualquer decisão sobre a cirurgia deste, uma vez que ela é eletiva.

3.5. Classificação das Produções ao TRO

As histórias produzidas frente a cada lâmina foram classificadas quanto ao tipo de narrativa apresentada pelo paciente, a natureza das relações entre os personagens e a solução apresentada na sua finalização. Seguimos como modelo de interpretação dos dados as recomendações de Grassano (1996) e Ocampo (1981). Não optamos, neste estudo, pela tradicional classificação pelo Sistema Tensional Inconsciente (STI): sentimentos (medos, angústias, sensações de persecutoriedade, depressão e confusão), desejos inconscientes e mecanismos de defesa, embora tais aspectos estivessem implícitos na escolha pelo tipo de narrativa, vínculo entre os personagens e o desfecho de cada história e que são, necessariamente, levados em conta na análise dos resultados.

Baseamos nossa decisão, quanto ao tratamento dado às respostas obtidas, pela necessidade de se estabelecer padrões comuns de respostas, em categorias mais amplas, numa amostra nunca antes estudada por este instrumento, identificando-se o que pode ser esperado neste contexto específico, de outros aspectos inusitados.

3.6. Análise quantitativa do Ajuste perceptual ao TRO

Os problemas encontrados no ajuste perceptual ao TRO foram analisados quanto à sua frequência, através do programa SPSS-Windows e a comparação entre os grupos foi realizada utilizando-se o teste do *qui-quadrado*. Foi utilizado o nível de significância $\alpha \leq 0,05$.

As seguintes categorias de desajuste perceptual foram analisadas:

- a)- omissão de personagens
- b)- adição de personagens
- c)- bloqueios
- d)- desumanização dos personagens
- e)- histórias alternativas (começa com uma possibilidade de tema, muda em seguida)
- f)- encadeamentos (referência a uma lâmina anterior, para dar seguimento à lâmina seguinte)
- g)- ilusões
- h)- não integração da cor na história
- i)- omissão da cor
- j)- distorções

CAPÍTULO 4
RESULTADOS

Apresentação dos Resultados

Os resultados deste estudo são apresentados em duas partes. Na primeira delas apresentam-se a análise da performance dos pacientes ao TRO. Os tipos de histórias narradas, os vínculos entre os personagens, as soluções encontradas ao drama da narrativa para cada lâmina. Analisam-se, comparativamente os dados observados em cada grupo observado, procurando-se estabelecer possíveis diferenças entre eles. Os problemas encontrados no ajuste perceptual a cada lâmina são citados, na medida em que adquirem relevância, quanto à frequência e significância estatística.

Na segunda parte relatamos alguns casos clínicos, cotejando-se os dados das entrevistas e algumas lâminas do TRO. Pretendemos, na singularidade de cada caso, ilustrar as dificuldades emocionais e sua expressão através do TRO.

RESULTADOS

4.1. Série A

Houve muita dificuldade para a realização do TRO. Foi necessário incentivar cada paciente, a todo o momento, para que ele não desistisse da narrativa das histórias. Eles se justificavam, alegando, por exemplo, não terem muita imaginação, falta de escolaridade, não estarem habituados a interpretar quadros, ler gibis.

Além disso, a preocupação com um possível resultado negativo, que pudesse ser prejudicial à realização do transplante, manteve-se no clima emocional do encontro, nem sempre de maneira velada: *“Quanta coisa, melhor não falar, você vai me tirar da fila”*. Muitos perguntavam se era um teste de inteligência ou se era uma prova com resposta de natureza “certo ou errado”.

No encontro subsequente ao teste perguntavam se haviam passado, se estavam realmente loucos. No atendimento psicológico era exigido muito mais que se amenizasse essa persecutoriedade em relação à técnica empregada, do que propriamente ao seu conteúdo revelado.

LAMINA A1

Um total de 65% de pacientes, proporcionalmente distribuído entre os dois grupos, adicionou um personagem na Lâmina A1, indicando ser esta uma resposta freqüente à lâmina. A busca de objetos protetores para não ficar sozinho, numa situação de ameaça real à vida, pode manter a esperança destes pacientes.

A fantasia de cura destes pacientes prevê a inclusão de uma outra pessoa, o que é condizente com a situação, visto que para o transplante é necessário outrem: o doador. Trata-se, ainda, de ser capaz de criar, num segundo personagem, um continente acolhedor, para poder suportar a angústia (tabela 3)

Tabela 3- Distribuição percentual de pacientes, por grupo, em função da presença de adição de personagens na Lâmina A1.

grupo	Adição de Personagens				Total	
	Sim		Não		N	%
	N	%	N	%	N	%
Grupo A Não Transplantado	14	41,2	21	58,8	35	54
Grupo B Transplantado	8	27,6	21	72,4	28	46
Total	22	34,9	41	65,1	63	100

Em 18 casos (28,6%) as adições eram com personagens desumanizados. Tratavam-se de santos, anjos, Deus ou Jesus. Neste refúgio religioso, os objetos são onipotentes e reivindicam respeito por sua divindade e poder. O indivíduo não precisa

lidar com a culpa e a vergonha pelos danos causados. Esta característica salva o indivíduo de estados afetivos dolorosos associados à depressão.

Não se constatou distorções, bloqueios, respostas alternativas ou qualquer outra forma de falha de ajuste perceptual à lâmina A1 digna de nota, em ambos os grupos.

Uma análise qualitativa do tipo de história produzida revela elementos adicionais, que norteariam as possíveis diferenças encontradas nos dois grupos.

Tabela 4- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina A1, por ordem de classificação.

Tipos de história				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Contemplativa	15	Contemplativa	12
2º	Desesperança	9	Religiosa	5
3º	Religiosa	6	Desesperança	4
4º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	3
5º	Violência	1	Cuidados	3
6º	Cuidados	1	Violência	1
	Total	35	Total	28

Observando-se a tabela 4, verificamos que ambos os grupos produzem mais histórias contemplativas. Nelas os personagens pensam, meditam, observam, procuram resolver mentalmente as situações, sem explicitação de sentimentos ou de conflitos. Colocam-se como observadores externos da situação. Ilustramos abaixo este tipo de resposta.

Caso 35 (grupo A)- Vejo um homem parado, braços cruzados. No meio de um redemoinho. Está parado, olhando ele passar. Por que no redemoinho; o que aconteceu? Estava observando algo e um redemoinho passou por ele. Final? O redemoinho passa. E o homem? Continua observando o que estava olhando.

Em segundo lugar, entre os tipos de histórias produzidas estão aquelas cujo clima emocional é de desesperança, desamparo e desproteção. Elas foram mais freqüentes entre os pacientes que não realizaram o transplante. Os personagens encontravam-se na escuridão, às vezes eram apenas sombras, pessoas que estavam se apagando. O caso nº 4 exemplifica, abaixo, este tipo de resposta.

Caso 4 (grupo B)- Uma pessoa quase se apagando, como no fim. Querendo se erguer, tentando melhorar para viver a vida, procurando uma luz, porque está no escuro. E no final? Creio que termine bem, se for fazer transplante ter saúde. Não vê a hora de sair do hospital.

Entre os pacientes que realizaram o transplante com este padrão de resposta à lâmina 1(4 casos), apenas 2 sobreviveram ao ato cirúrgico. No grupo que não realizou o transplante, 2 pacientes desistiram de realizá-lo e outros 5 casos não sobreviveram além do período de avaliação. Supomos que a desesperança seja um fator que pesa negativamente tanto sobre a vinculação do paciente ao tratamento como sua sobrevivência.

As histórias do tipo religiosas foram produzidas, proporcionalmente, nos dois grupos (GA= 6 casos e GB= 5 casos). Todavia, não foi possível para todos os pacientes

manter o equilíbrio do ego, lançando mão da idealização de proteção e do poder destas figuras santificadas.

Caso 58(grupo B)- No claro a imagem de Jesus. O outro ajoelhado, também olhando. O que acontece? Estão no infinito, nas nuvens, contemplando a imagem, orando. Todos nas nuvens. No final? Meditam sobre o dia-a-dia, como eu oro todo o dia. O que pedem? Um dia melhor, um futuro melhor. Se tiver fé vão conseguir.

A Tabela 5 mostra diferenças entre os dois grupos, na maneira como os pacientes incluem o segundo personagem e a natureza desta relação. Particularmente, a lâmina A1 indica como o paciente enfrenta sozinho uma nova situação, entretanto, constatou-se que é muito difícil esta tarefa, razão pela qual a criação de um segundo personagem parece ser uma necessidade emocional esperada, tendo em vista a debilidade egóica destes pacientes; o caráter benigno ou não deste procedimento, dependerá da natureza da relação que se estabelece na história.

Tabela 5- Natureza das relações objetais produzidas frente à Lâmina 1, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	R-O narcísica	18	Amistosa	12
2º	Idealizada	8	R-O narcísica	8
3º	Amistosa	6	Idealizada	4
4º	Persecutória	3	Persecutória	4
	Total	35	Total	28

No grupo A - não transplantado verificamos que em 21 casos (59%) não houve a inclusão de um segundo personagem (Tabela 3).

Quando a inclusão ocorria, podia mostrar-se deficitária (4 casos, GA). A adição do personagem, tanto humanos como santos, não possibilitava a instauração de uma relação objetual que auxiliasse para uma saída plausível para a situação. O paciente podia, por exemplo, ficar em círculos, criando histórias alternativas, sem conseguir um desfecho para a mesma.

Caso 34(grupo A)- Nossa... não está muito nítido. Esta pessoa estará de costas ou de frente. A impressão é que está de costas, caminhando, penetrando num túnel. Vai para a escuridão. Está de braços cruzados, porque não vejo os braços. Ou será que procura uma saída, porque onde está é escuro. Caminha para uma saída, para um túnel, uma porta. Reclama da falta de nitidez. Pergunta: isto é abstrato, o que é isto? Será uma pessoa? Este quadro tem claro e escuro. Estão no lado escuro. No meu entender tem parte clara e parte escura. Estão no lado escuro e procuram uma saída com luz. No final? Como no conto de fada, pergunta; será que ela alcança, pergunta novamente – não sei. Difícil saber se consegue ou não. Seja para onde for, ela está buscando. Não sei se é luz... é sim, se ela vai alcançar, não sei.

Além do benefício no acréscimo de um segundo personagem, na primeira lâmina, entre os pacientes que recebem uma indicação de transplante cardíaco, devemos, portanto, considerar se esta manobra é eficaz para o ego manter-se em equilíbrio e, mesmo mantendo-se num ótimo ajuste perceptual, sem qualquer acréscimo, o ego é capaz de enfrentar sozinho seus temores.

Dentre os 8 casos do grupo G1 transplantado que não fizeram adições, apenas um paciente mostrou-se confiante em sua capacidade de enfrentar sozinho a situação.

Os demais não apresentaram produções à lâmina, diferentes dos pacientes do grupo A não transplantado, neste aspecto analisado.

No grupo B transplantado prevaleceram as histórias em que a natureza da relação que se estabelece com o segundo personagem é amistosa. Em algumas delas (7 casos) há clara evidência do tipo de vínculo entre os dois: um amigo, parente ou figura idealizada como santo, anjo da guarda, entre outras. Há, também, explicitação da demanda em relação ao objeto que é criado. No exemplo abaixo observamos a demanda do paciente, por compreensão e sentido, para temas inevitáveis da condição humana: as diferenças de temporalidade, de geração e o caráter imutável desta condição – o rio da vida, que não muda seu curso e que desemboca no morrer.

Lâmina 38 (grupo B)- Aparentemente, vejo uma pessoa adulta e parece que está com outra ao lado; pode ser uma criança. Estão à margem de um rio e observam uma cachoeira, as águas correndo. Acho que ele deve falar à criança, a contemplação e a paisagem, explicando o sentido da vida, da natureza. É isso.

Em outros casos (N=5), apesar do caráter amistoso estar presente, verifica-se que o personagem procura manter controle sobre o grau de proximidade e de dependência em relação ao objeto criado.

O aspecto superficial da relação faz-se também presente na conduta durante as entrevistas, em alguns pacientes. É possível que isto se deva à resistência ao vínculo com o psicólogo e à intensificação de mecanismos de defesa.

Caso 18 (grupo B)- Vejo alguém com outra agachada, olhando para ela. No caso a pessoa que está em pé comenta algo com a outra agachada. Ao fundo, uma nuvem escura, o tempo está nublado, parece que vai chover. Estão esperando o tempo fechar para sair deste lugar. Estão esperando vir uns pingos de chuva, terminar de contar o caso e irem embora. No final? Esperam os primeiros pingos para irem embora. Vão debaixo de chuva? No início dela. Sobre o que conversavam? Sobre o tempo que está fechando; olham o horizonte. Falam sobre o tempo que está fechando.

Menos freqüentes são as histórias, em ambos os grupos, nas quais a relação com o segundo personagem não foi amistosa, mas sim promotora de persecutoriedade, abandono, submissão e confusão.

Caso 20 (grupo B)- Complicado... como vou inventar? É a sombra de um homem. Pausa. Psicóloga incentiva. Paciente pergunta se tem alguma coisa aqui (na prancha). Pergunto o que seria. Ele está olhando a outra pessoa sentada. Eles se conhecem? Não se conhecem. Está escutando o que a pessoa está falando. Lugar estranho. Não tinha lápis de cor, só grafite preta. Qual assunto? Falam baixo e eu não escuto nada... brincadeira. Essa pessoa sentada pede ajuda para ele. Que tipo de ajuda? Pode ser um monte coisa, ajuda financeira. Futuro? Vão se encontrar mais para frente, em outra situação. Vai conseguir ajuda? Acredito que sim.

Registrou-se a ocorrência de uma produção atípica, em relação ao padrão encontrado na amostra. Nela o personagem do sexo masculino atacava uma mulher, sem qualquer preocupação em reparar o dano causado. Este caso será ilustrado com detalhes, na próxima sessão deste capítulo.

Predominantemente no grupo GA não transplantado, as histórias não tinham solução, ou seja, o ego, diante dos estímulos provocados pela lâmina, não conseguia

lançar mão de recursos defensivos eficientes para o domínio da ansiedade e, por conseguinte, uma melhor adaptação à situação estudada (Tabela 6).

Caso 16 (grupo A)- Um casal numa fonte. Estão olhando o chafariz. Vieram do interior e foram passear num domingo, numa praça pública e ficaram felizes de ver o chafariz. Futuro? Um dia eles vão morrer. É só isso.

Tabela 6- Soluções para as histórias produzidas para a Lâmina A1, por ordem de classificação.

Ordem	Solução			
	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Não tem solução	16	Plausível	11
2º	Mágica	8	Mágica	5
3º	Relato na 1ª pessoa	7	Relato na 1ª pessoa	5
4º	Plausível	3	Não tem solução	4
5º	Fuga	1	Fuga	3
	Total	35	Total	28

No grupo B transplantado, entretanto, predominaram as respostas com solução plausível, realista para a história produzida, indicando um melhor manejo defensivo frente à ansiedade mobilizada pela lâmina e pela situação do teste.

Caso 19 (grupo B)- Vejo uma pessoa olhando uma criança, vendo ela desanimada (a criança). Não sei se é pai ou mãe. E vejo ele olhando e falando para ela o que ela sente. Pergunta isso. Ela responde que está tudo bem. Qual o motivo? Ela se sente abandonada e está com dó. Ele vê isso nela. Ela diz que está bem. Por que? Acha que para não contrariar ele usa desse termo. Por que não confessa seus sentimentos? Porque não confia na pessoa; não se conhecem. É a primeira vez que se vêem e não quer se manifestar. Futuro? Vão se conhecer e se entender.

O desfecho “mágico” foi encontrado proporcionalmente nos dois grupos. Ele foi mais comum naquelas histórias do tipo religiosa, com relações objetais idealizadas, nas quais o ego permanece passivo e submisso ao poder dos objetos criados.

Caso 7 (grupo A)- Uma igreja, um padre em pé e uma fiel orando ou confessando. Nada mais. A fiel? Deve ter problema de saúde e pede através da oração a sua cura. Final? Ela sai e com fé que isto está curando ela e volta para casa com esperança.

O relato na primeira pessoa foi outra modalidade de saída encontrada para a situação de ansiedade produzida pela lâmina A1, nos dois grupos (GA=7 casos; GB= 5 casos). Nestes casos os pacientes não conseguem utilizar a lâmina como representante simbólico de objetos internos, representações e experiências emocionais. Em 6 casos foi possível averiguar que a história nada mais era, desde o início, do que a descrição concreta da situação vivida de doença e tratamento médico.

Caso 6- (grupo 0) – É um homem doente e ele lutou pela vida e se recuperou. Ele hoje em dia é uma pessoa feliz (chora de emoção). E é isso que eu quero fazer também. No meu sonho ficar com saúde, ver meus filhos casados e eu ser avó. Meu sonho é este.

Lâmina A2

O ajuste perceptual à Lâmina A2 mostrou-se preservado, para a maioria dos pacientes, em ambos os grupos. Manteve-se, ainda, um percentual de 23,8% de desumanização de personagens.

Destacou-se a ocorrência de apenas 2 casos (Grupo A) de grave distorção perceptual. Um destes pacientes era alcoólatra desde a adolescência (*caso 56*) e o outro havia sofrido quatro episódios de acidente vascular cerebral (*caso 61*). É possível que haja, nestes dois casos, um comprometimento neurológico que, somado a outras variáveis psicossociais seja responsável pela distorção perceptual à lâmina e do restante da produção no TRO.

Caso 56 (grupo A)- Aí meu Deus, o que é isso? Parece uma mata. Vejo o tempo meio assim. Chove ou não chove. Deve estar muito frio aí também. É só.

Caso 61 (grupo A)- Um pulmão. Esse pulmão não é normal. Por que? Porque ele tem uma mancha no lado esquerdo. O que vai acontecer? Queria ver se é uma mancha, se tem jeito de fazer uma operação ou tirar essa mancha do pulmão.

De modo geral, a inclusão real de um segundo personagem possibilitou um alívio à ansiedade da maioria dos pacientes e uma melhora qualitativa na produção das histórias. Houve predomínio, nos dois grupos (GA=51,4% e GB=67,8%), de histórias do tipo contemplativo, nas quais os dois personagens estavam diante de problemas que tinham que resolver.

As histórias produzidas dentro do espectro de temas ligados à depressão, tais como aquelas em que os personagens estão desesperançados, desamparados, separados, sozinhos e enlutados pela perda de alguém apareceram em menor número nesta lâmina (GA=8 casos e GB=4 casos), mas qualitativamente mais organizadas, com explicitação dos sentimentos envolvidos, no lugar da escuridão tão referida da primeira lâmina.

O número de histórias do tipo religioso também decresceu nos dois grupos (GA=6 casos e GB=3 casos).

A análise das relações objetais (Tabela 7) mostra homogeneidade entre os grupos. Observou-se o predomínio de relações positivas, de pares amorosos e fraternos, comprometidos na superação de dificuldades.

Tabela 7- Natureza das relações objetais produzidas frente à Lâmina 2, por ordem de classificação.

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Par amoroso	8	Par amoroso	9
2º	Par fraternal	8	Par fraternal	7
3º	Par simbiótico	6	R-O Idealizada	4
4º	R-O Idealizada	5	R-O Persecutória	4
5º	Não classificável	3	Não classificável	2
6º	R-O Persecutória	3	Par simbiótico	2
7º	R-O Narcísica	2	R-O Narcísica	0
	Total	35	Total	28

Em 8 casos houve a inclusão de filhos ou gravidez, encobrendo com este terceiro personagem a ansiedade de estabelecer um vínculo a dois, incluindo-se aqui, a própria

relação com a psicóloga. Os personagens preocupavam-se com o futuro e a integridade da prole ou apenas contemplavam a sua criação.

A diferença mais palpável entre os grupos foi a maior frequência de pares simbióticos no grupo GA. Nelas, os dois personagens da lâmina estavam mergulhados na mesma situação emocional, de tal forma que o compromisso de ajuda ficava prejudicado.

Caso 32(Grupo A)- São duas crianças. Parecem crianças, não é? Pode ser que estejam de mãos dadas. Olham para frente, sem objetivos. Só andam. Só isso. Final? Vão para um lugar mais claro. A impressão é que estão conversando, só isso.

As relações idealizadas, menos frequentes, acompanharam as histórias de tipo religioso.

Diferenças mais significativas foram encontradas, entre os grupos, no tipo de solução das histórias (Tabela 8). Observa-se que, enquanto os pacientes do grupo B conseguiam produzir, com mais frequência, um desfecho plausível para as histórias da lâmina 2, os pacientes do outro grupo (GA) produziam histórias sem solução, passavam a narrativa para a 1ª pessoa ou ainda, depositavam dúvidas sobre a capacidade dos personagens superarem suas dificuldades ou a solução ficava dependente do acaso.

Caso 5 (grupo B)- São duas pessoas, homem e mulher, pensando. Algum problema para se relacionar. Querem resolvê-los juntos. Estão tristes, não alegres. Não sei se estou vendo muita tristeza. Qual o tipo de problema? Pode ser dela ou dele. Um deles está doente e querem ajudar um ao outro. Estão de cabeça baixa. Como termina? Para mim acham uma solução, cabível para os dois. É só ter paciência e fé para se obter alguma coisa na vida. Comentário: vamos ver se tiro isso (o TRO) de letra.

Caso 16 (grupo A)- Um casal, numa varanda, olhando a paisagem e parece que oram a Deus. É isso. O que pedem? Saúde e felicidade. No futuro? O futuro da gente é sempre a morte. Ficar doente e morrer. É sempre o fim da linha.

Tabela 8- Soluções para as histórias produzidas para a Lâmina A2, por ordem de classificação

Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Não tem desfecho	10	Plausível	12
2º	Relato na 1ª pessoa	7	Mágica	6
3º	Plausível	5	Não tem desfecho	5
4º	Desfecho duvidoso	4	Desfecho duvidoso	3
5º	Fuga	4	Relato na 1ª pessoa	1
6º	Mágica	3	Não classificável	1
7º	Não classificável	2	Fuga	0
Total		35	Total	28

Na lâmina A2, ocorreram poucas referências (9 casos) a uma relação de casal erotizada. Para apenas dois deles a abordagem da sexualidade, nas histórias, não foi motivo de persecutoriedade. Nas entrevistas, sexo e a relação amorosa do casal raramente eram comentados.

Lâmina A3

O ajuste perceptual manteve-se preservado para a quase totalidade dos pacientes, frente esta terceira lâmina da série A. A frequência de desumanização decresceu para 6,3%.

A análise de conjunto da produção no conteúdo das histórias não mostrou diferenças significativas entre os dois grupos.

Nesta lâmina prevaleceram também as histórias de tipo contemplativa (*caso 48*) seguidas das de tema depressivo (*caso 19*), nas quais o tema é a perda ou a separação irreversível de um dos personagens. A tabela 10 sintetiza os tipos de histórias produzidos frente à lâmina.

Caso 19 (grupo B)- Aqui eram três amigos procurando uma aventura, numa mata fechada, com muito vento. Um deles ficou para trás e os dois continuaram. Um dia, há muito tempo, eles resolveram voltar no mesmo lugar que o outro tinha ficado. Não se encontraram. O que aconteceu? Não ficaram sabendo o que aconteceu com ele.

Caso 48 (grupo A)- À direita dois homens, à esquerda um homem. Entre os três um pequeno riacho, vegetação baixa. Apreciam a paisagem; descanso mental.

Tabela 9 - Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina A3, por ordem de classificação

Tipos de história				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Contemplativa	22	Contemplativa	19
2º	Julgamento	5	Julgamento	4
3º	Depressiva	4	Depressiva	2
4º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	1
5º	Bloqueio	1	Bloqueio	2
	Total	35	Total	28

Incluíram-se aqui, as histórias cujo tema é a avaliação ou o julgamento do terceiro personagem, que se submete à autoridade do par e está sendo examinado pelo seu comportamento pregresso, adequação e valor pessoal. Esboça-se aqui a autocrítica característica do estado melancólico .

Caso 60 (grupo A)- Pausa. Aqui duas pessoas, pai e mãe, olhando triste, vendo um filho indo embora, assim... parecem desanimados. Até a pessoa que está indo embora está desanimada, com os braços para trás. Por que? Eu acho que os pais chegaram no limite. “Vai, escolhe a sua vida”. Vejo assim. A pessoa que vai embora está arrependida e vai se arrepender muito mais... está de cabeça baixa.

O caráter persecutório do teste fica evidenciado no exemplo abaixo, em que se expõe o medo de “*não passar na seleção*”.

Caso 20 (grupo B)- São três pessoas, sendo duas falando da terceira. Vêem se dão uma oportunidade ou não de emprego, pois acharam o currículo dessa pessoa um

pouco fraco para o cargo, mas achando o currículo fraco, mesmo assim deram oportunidade para ela.

As modalidades de relações objetais frente aos estímulos evocados pela lâmina, cujo tema central é a separação ou exclusão do terceiro personagem, em relação ao par, que pode ser visto como casal parental ou autoridades, não mostrou diferenças entre os grupos (Tabela 10).

Tabela 10- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina A3, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Exclusão	13	Exclusão	11
2º	Persecutória	6	Persecutória	7
3º	Amistosa	5	Amistosa	4
4º	Separação	3	Separação	2
5º	Não tem	4	Bloqueio	2
6º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	1
7º	Bloqueio	1	Não tem	1
	Total	35	Total	28

De modo geral os pacientes mantiveram-se alinhados dentro do clima emocional estimulado pela lâmina. Em 5 casos (grupo A) o terceiro personagem era um bebê ou criança, indicando uma condição emocional mais regressiva que os demais do mesmo e do outro grupo.

Nos dois grupos prevaleceram as histórias em que a relação aparta o terceiro personagem. No exemplo abaixo, a exclusão se dá por um sentimento de minusvalia.

Caso 45 (grupo A)- São três pessoas; desigual. Um mais embaixo, outro em cima e outro baixo. Isto significa a desigualdade entre as pessoas; um pelo outro; neste momento que, não é porque um é baixo, outro alto é menos, tem que ser tudo igual.

As relações objetais em que há predomínio de persecutoriedade também estão entre as mais cotadas nos dois grupos. Verificamos que, na impossibilidade de lidar com os sentimentos que a lâmina desperta, os pacientes tentavam deslocar a ansiedade para o ambiente: *noite escura, mata fechada, chuva, frio.*

Caso 8 (grupo B)- Vejo três pessoas. O que podem estar fazendo (pergunta). Trabalhando ou esperando alguém. É uma noite com muito frio e chuva. Não consegui definir o que elas estão fazendo... sumiu... deu branco... hoje eu morro aqui.

Constatou-se em 7 casos a ocorrência de relato na 1ª pessoa em toda a narrativa e não apenas como desfecho da história ou, ainda, completo bloqueio. Sugere-se nesta condição ser inviável uma distância saudável da situação e a tolerância dos sentimentos despertados pela lâmina, todavia, isto não se mostrou como critério diferencial para a realização do procedimento, nesta lâmina, aparecendo igualmente nos dois grupos.

Caso 6 (grupo A)- Só falta uma pessoa. Só tem três pessoas. Digamos que só tem três: meu marido, meu filho e minha filha. Onde eu estou? Deveriam ser quatro.

Nesta lâmina, os dois grupos estiveram equiparados quanto à elaboração da solução das histórias produzidas (Tabela 11). Interessante notar, nesta lâmina, que o

grupo transplantado não teve soluções na categoria plausível, enquanto isto pode ser observado no Grupo A, não transplantado.

Tabela 11- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina A3, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Não tem	11	Não tem	9
2º	Plausível	5	Afastamento Físico	4
3º	Relato na 1ª pessoa	5	Mágica	4
4º	Submetimento	4	Relato na 1ª pessoa	3
5º	Indiferença	4	Submetimento	2
6º	Afastamento Físico	2	Bloqueio	2
7º	Mágica	2	Fuga	2
8º	Bloqueio	1	Indiferença	1
9º	Anulação	1	Formação Reativa	1
10º	Formação Reativa	0	Anulação	0
11º	Fuga	0	Plausível	0
Total		35	Total	28

Podemos sugerir que isto ocorreu porque a percepção de risco (de ser excluído, de separar-se ou perder-se irremediavelmente) que a lâmina suscita tem maior ressonância neste grupo, com menor manobra defensiva, o que possivelmente os coloca em marcha para um engajamento mais rápido no tratamento.

Lâmina AG

A maneira como os pacientes lidam com suas perdas e elaboram seus lutos é captada, primordialmente, pela lâmina AG. Ela possui importante valor preditivo para averiguar a adaptação do paciente ao tratamento e possíveis abandonos de tratamento, na medida em que avalia como o ego suporta a dor, a tristeza e a aceitação da realidade penosa da doença.

Na amostra estudada, a análise do ajuste perceptual não mostrou distorções (1 caso, grupo A), mantendo-se preservado na maioria dos casos. Verificou-se, no entanto, uma frequência maior de desumanização da lâmina, em relação às demais desta primeira série, em ambos os grupos (38%).

Esta desumanização fez parte das histórias do tipo ambiental, nas quais o clima depressivo, sem possibilidade de elaboração como drama humano era deslocado para paisagens. Este tipo de história apareceu, proporcionalmente nos dois grupos, como mostra a Tabela 12 e o exemplo abaixo.

Caso 26 (grupo A)- Um rio... um céu, várias nuvens, projetando chuva. Depois que terminar, está escondido nas nuvens, vai vir o sol, fazer a paisagem ficar mais bonita. Depois do sol, vem as estrelas, iluminando o nosso lar.

Tabela 12- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina AG, por ordem de classificação.

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Contemplativa	12	Contemplativa	14
2º	Ambiental	9	Ambiental	6
3º	Religiosa	5	Religiosa	3
4º	Depressiva	5	Depressiva	3
5º	Bloqueio	2	Relato na 1ª pessoa	2
6º	Relato na 1ª pessoa	1	Bloqueio	1
7º	Distorção	1	Distorção	0
Total		35	Total	28

Outro aspecto que se destacou foi a ocorrência de bloqueios frente à lâmina. Em 3 casos o bloqueio foi total, estes pacientes devolveram a lâmina, sem conseguirem qualquer produção frente à mesma. Em 14 casos, o bloqueio foi durante o desenrolar da produção e constituiu-se no desfecho, ou melhor, na impossibilidade de elaborar uma saída mesmo ruim para a história, mostrando uma paralisação do ego e a dificuldade de uma melhor adaptação à situação que está sendo vivida (caso 17 a título de ilustração).

Caso 17 (grupo B)- Parece um monte de pessoas, de cabeça baixa, como quem está rezando, numa montanha. Não dá para pensar mais nada.

A Tabela 12 apresenta as freqüências de tipos de histórias produzidas frente à lâmina AG. Continuam prevalecendo as histórias de tipo contemplativa, nos dois grupos.

A presença de uma árvore, sob a qual alguns personagens protegiam-se, apareceu em 15 casos, independente do grupo. O impacto emocional provocado pela lâmina parece fazer com que um objeto protetor seja alucinado, mas sua eficácia para que o ego possa manter-se em equilíbrio nem sempre acontece.

Caso 15 (grupo A)- O que é isso? Ficou difícil... aqui seria uma árvore (no alto à direita) e algumas pessoas olhando para a árvore e outras mais distantes, também olhando a árvore. Por que? Sei lá... é o que parece. No futuro? Esperam o dia passar e acabou.

Analisando-se, ainda, os tipos de histórias verificamos que as de tema religioso voltaram a aparecer com mais frequência que nas lâminas A2 e A3.

A capacidade de desenvolver um tema depressivo frente à lâmina AG tem sido considerada medida de um bom equilíbrio psicológico. Todavia, quando analisamos as produções temáticas de natureza francamente depressiva nesta amostra (8 casos), observamos diferenças qualitativas em função dos grupos.

No grupo B de pacientes transplantados pode-se observar uma elaboração depressiva parcial. Nas histórias, uma parte dos personagens sofre pela dor da perda e outra parte elabora ou está em condições de suportar o que aconteceu, mostrando aspectos do ego destruídos e aqueles em condições de reparar.

Caso 10 (grupo B)- Temos seis pessoas num campo. Tem uma árvore ao fundo. Estas pessoas conversam algo entre si. Os que estão perto da árvore parecem mais alegres. Os três que estão afastados parecem tristes; estão curvados; é o que eu vi... O que se passa? Estão num campo e os que estão perto da árvore comentam sobre os que estão afastados. Estão falando delas ou para elas. No final? São pessoas humildes, do campo, trabalhadores. Uns tentam auxiliar os outros, por algum problema afetivo. Os

que estão perto da árvore tentam motivar os que estão afastados. Comentários: acho que você pensa que só vem louco aqui; cada um tem uma visão, não é?

Os pacientes do grupo A, não transplantado, que abordaram a temática depressiva frente à lâmina, apresentaram ansiedade e culpa predominantemente persecutória; os personagens passando por suplícios, indicavam um ego submetido a um superego muito cruel, impedindo seu funcionamento e possibilidade de superação da situação.

Caso 60 (grupo A)- Parece um monte de gente no deserto (não é a primeira-A1- que estão todos no inferno). Parece um deserto. Aqui ninguém enxerga ninguém, ninguém vê ninguém. No final vejo alguns ajoelhados e outros em pé...não imagino... O que aconteceu? Eles morreram e não tiveram salvação. Agora estão neste lugar sem esperança; este lugar não tem nada de paraíso... é o deserto.

Ambos os grupos apresentaram, com mais frequência, produções nas quais as relações objetais são indiscriminadas, ou seja, os personagens estavam unidos pelo mesmo sentimento, circunstância ou clima, de tal forma que não se diferenciavam entre si. São histórias que demonstravam uma ansiedade confusional e uma ameaça à integridade do ego.

Caso 21 (grupo A)- Nossa! Esse é mais complicado, aqui tem muita gente, não dá para viajar. Vejo vultos de pessoas, de corpo vejo cinco. Vejo só a cabeça de outra pessoa. Só sei falar isso. Está difícil... Um monte de gente, em que situação... duas curvadas e uma de perfil... não sei... devolve... não tem saída... não tem porta...

Nas histórias desumanizadas, por exemplo, a descrição do clima, paisagem indicava esta mesma indiscriminação e ameaça de aniquilamento.

Caso 19 (grupo B)- O tempo estava nublado para chover e deu uma chuva forte, alagando muita água. Depois ela fez uma enxurrada e inundou as casas que estão perto. No outro dia, de manhã, amanheceu limpo o tempo.

Tabela 13- Natureza das Relações objetais produzidas frente à Lâmina AG, por ordem de classificação.

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Indiscriminada	19	Indiscriminada	10
2º	Persecutória	7	Parcial	9
3º	Idealizada	5	Persecutória	4
4º	Bloqueio Total	2	Idealizada	2
5º	Relato na 1ª pessoa	1	Relato na 1ª pessoa	2
6º	Distorção	1	Bloqueio	1
7º	Parcial	0	Distorção	0
	Total	35	Total	28

Observa-se como a elaboração de tipo maníaco é freqüente; a negação maciça é o desfecho dominante na situação que avaliamos, conforme mostra a Tabela 14, em ambos os grupos.

Caso 31 (grupo A)- Não tem outra coisa. Não se enxerga nada aqui. Parece um piquenique. Meus colegas debaixo de uma árvore, fazendo um piquenique. Como o passeio estava bom, divertiram-se muito.

Tabela 14- Soluções para as histórias produzidas para a Lâmina AG, por ordem de classificação.

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Maníaca	14	Maníaca	10
2º	Não tem	10	Bloqueio	8
3º	Bloqueio	6	Plausível	5
4º	Relato na 1ª pessoa	4	Relato na 1ª pessoa	3
5º	Distorção	1	Não tem	2
6º	Plausível	0	Distorção	0
	Total	35	Total	28

4.2. Série B

Lâmina B1

A Lâmina B1 oferece ao paciente uma situação de estar só perante sua própria interioridade e identidade. Diferentemente da Lâmina A!, na qual o foco recai sobre a reação do paciente, frente ao fato de estar só, diante do desconhecido, do teste, da situação de tratamento; a lâmina B1, menos ameaçadora, permite averiguar dificuldades mais cristalizadas nestes aspectos.

Houve, em ambos os grupos, um bom ajuste perceptual. Ocorreu distorção perceptual em apenas um caso (nº 14, grupo A): "... é uma praça...", logo retificada pelo paciente, adequando-se aos estímulos da prancha.

As adições foram os fenômenos relacionados ao ajuste perceptual mais observados nas produções (11%), mas bem menos freqüentes do que o perceptual total obtido na lâmina A1 (65%). Elas associaram-se a um personagem que visita aquele que está no quarto. Foi possível observar alusão ao fato de ali ser um quarto de casal, baseados no tipo de cama, sem a explicitação de um segundo personagem no local.

Observa-se na Tabela 15 que 73% dos pacientes produziram histórias de tipo descritivo, na qual a ação do personagem restringia-se ao ato de subir ao quarto, geralmente para descansar, após um dia de trabalho.

Tabela 15- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina B1, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Descritiva	27	Descritiva	19
2º	Relato na 1ª pessoa	3	Depressiva	4
3º	Depressiva	2	Atípica	2
4º	Contemplativa	1	Relato na 1ª pessoa	2
5º	Atípica	1	Contemplativa	2
6º	Bloqueio	1	Bloqueio	0
	Total	35	Total	28

Em três casos, os tipos de história produzida mostraram-se atípicas, quando comparadas ao conjunto produzido pela amostra. Correspondem aos casos 8 e 36, com temas de violência e agressão que, conforme já referimos, serão ilustrados na próxima sessão. A terceira produção pertence ao caso nº 14, abaixo ilustrada.

Caso 14 (grupo A)- Psicólogo é complicado... de psicologia não sou muito bom. Aqui é igual a mim. Acabou o amor e está saindo rumo à porta. É como se fosse o fim ou o começo. Está saindo e aqui foi o fim. Não tenho mais o que dizer.

A explicitação do desconforto de estar na situação, de maneira tão direta e crítica não foi usual na amostra estudada. Ao olhar-se interiormente acha que não possui recursos de natureza amorosa, e isto, sendo muito ameaçador, desencadeia a fuga do contato com esta percepção interna.

Analisando-se as modalidades de relação objetal nas produções frente à primeira lâmina da série B, constatou-se que o contato com o mundo interno e a própria identidade produzia persecutoriedade em 71% dos casos do total da amostra. Pode-se

dizer que esta constatação é esperada, visto que o que está em jogo, neste momento, é a precariedade da vida e o risco iminente de deixar de existir (Tabela 16).

Tabela 16- Natureza das relações objetais produzidas frente à Lâmina B1, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	25	Persecutória	18
2º	Relato na 1ª pessoa	3	Abandono	4
3º	Abandono	2	Violência	2
4º	Violência	1	Relato na 1ª pessoa	2
5º	Confusional	1	Confusional	1
6º	Bloqueio	1	Amistosa	1
7º	Narcísica	1	Bloqueio	0
8º	Amistosa	1	Narcísica	0
	Total	35	Total	28

Prevaleceu como desfecho, para ambos os grupos, a negação como solução para as histórias produzidas, na qual o personagem entrava no quarto para dormir (Tabela 17).

Tabela 17- Soluções para as histórias produzidas para a Lâmina B1, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Negação	10	Negação	10
2º	Não tem	8	Não tem	6
3º	Relato na 1ª pessoa	5	Plausível	3
4º	Maníaca	3	Maníaca	3
5º	Onipotência	3	Relato na 1ª pessoa	3
6º	Paralisação	2	Paralisação	2
7º	Plausível	2	Bloqueio	1
8º	Bloqueio	1	Onipotência	0
9º	Idealização	1	Idealização	0
	Total	35	Total	28

Este tipo de desfecho foi comum, entre os avaliados. O dormir, nestes casos, indicava a negação dos sentimentos despertados ao tomar contato consigo mesmo, na situação induzida pela lâmina.

Caso 15 (grupo A) Está mais fácil. Um quarto e uma pessoa subindo a escada para ir para o quarto dormir. É o fim da história.

Foi possível observar, também, fantasias de descuido, de desordem, em relação à organização, integridade e valorização do quarto, pelo personagem central (12 casos). Todavia, este dado não esteve associado a nenhuma característica específica, seja em relação ao grupo ou material obtido nas entrevistas.

Caso 29 (Grupo A)- Deve ser uma pessoa chegando numa casa, onde tem cadeira, móvel com espelho. Chegou abriu a porta e está tudo molhado – o chão. Não sabe se entra ou não. Está só observando. Final? Acho que entra para enxugar toda essa água. Pareço eu; encontrei a casa assim; choveu, a porta ficou aberta; vi esta molhadeira..

O vínculo que o paciente estabelecia entre o personagem e o quarto permite-nos visualizar como sente sua própria identidade. Em três casos os pacientes tinham dúvidas se o quarto era próprio, de hotel ou tratava-se de um quarto de hospital. Em outros 5 casos houve afirmação de que o quarto não pertencia ao personagem.

Uma análise global desta lâmina, quando somamos a persecutoriedade em relação ao mundo interno, a negação dos sentimentos despertados e a instabilidade na manutenção da própria identidade mostra-nos como o paciente vê sua identidade

ameaçada, pela agressão da doença crônica , perspectiva de finitude e o advento do transplante, com toda sua configuração fantasmática.

Uma produção atípica, nesta lâmina, ocorreu num caso que, além da omissão do personagem apresentava uma distorção das qualidades emocionais emanadas da característica da lâmina, substituindo o ambiente escuro, austero e simples da cena, por uma casa elegante, construída por um engenheiro famoso, indicando uma distorção na interpretação da realidade. A idealização prestava-se a manter sobre si uma imagem de perfeição, e suficiência. Este paciente trazia, nas entrevistas psicológicas, uma história de não adesão ao tratamento médico e alcoolismo. Gabava-se do fato de ter sempre controlado a ingestão de destilados; usava sempre a expressão “extravagância controlada”. Prometia nunca mais beber, mas perguntava se, após um ano de transplante, poderia tomar uma ou duas cervejas, nos finais de semana.

Caso 30(Grupo A)- Uma sala de uma casa. Posso falar dos móveis? Com uma escada para o primeiro andar. No primeiro andar existe uma suíte, com uma cômoda e um quadro muito bonito. É uma linda casa, de um engenheiro famoso, pois ele construiu com muito trabalho para o seu lar, ao lado de sua família.

Lamina B2

De modo geral, houve um bom ajuste perceptual à lâmina B2. Todavia, apesar de sua nitidez, ocorreram casos de distorção perceptual (N=6), independente do grupo, até então só registrados frente à lâmina A2.

No caso de nº 9 (grupo B) a história ocorria numa caverna. Para o nº 19 (grupo A), tratava-se do desmoronamento de uma pedreira. No nº 26 (grupo A) eram nuvens e mar. O caso 29 (grupo A) disse ser um tapete recortado. Os casos nº 56 (uma montanha) e nº 61 (uma parte de corpo não identificada) do grupo A já foram comentados por ocasião das distorções produzidas frente à lâmina A2. No caso nº 51 (grupo B) a distorção foi inicial (água, ribeirão, casa), melhorando em seguida.

A lâmina B2 evidencia possíveis dificuldades no estabelecimento de vínculos terapêuticos, importante, portanto, para o nosso estudo que objetiva conhecer os fatores facilitadores ou que impedem e destroem esta vinculação. Na prancha isto pode ser observável no desejo comum do par em entrar na casa. Esta entra em cena como terceiro elemento que inclui, exclui o par que está fora ou que contém elementos que não podem ser tolerados. Transferencialmente a casa seria representativa do hospital, onde se produz o tratamento.

O grupo A, não transplantado, diferenciou-se do grupo B, transplantado, no que tange ao tipo de história produzida frente à lâmina (Tabela 18). Neste grupo as histórias classificadas como banal foram mais freqüentes, quando comparadas ao outro grupo. Neste tipo de história o par está na situação de forma casual, não há um envolvimento entre eles, o interesse pela casa é fortuito e a produção, de forma geral, recai sobre um

tema de lazer. Na ilustração abaixo, a casa é um mau continente, o par refugia-se no lado de fora, mas sem aliança terapêutica para enfrentar a escuridão, ou seja, a depressão.

Caso 52 (grupo A)- Esses quadros escuros identificam-se comigo. Estou sempre no escuro. Aqui, duas pessoas debaixo de uma árvore. À frente tem um prédio. Aqui estão batendo papo, mas nada de muito sério. São amigos, vizinhos do prédio. Estão bem e felizes.

Tabela 18- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina B2, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Banal	8	Contemplativa	8
2º	Romântica	7	Romântica	6
3º	Contemplativa	6	Transformadora	4
4º	Distorções	4	Refúgio	3
5º	Relato na 1ª pessoa	4	Banal	2
6º	Transformadora	2	Distorções	2
7º	Refúgio	2	Relato na 1ª pessoa	1
8º	Bloqueio	1	Violência	1
9º	Violência	1	Bloqueio	1
	Total	35	Total	28

Nas histórias classificadas como tema de transformação, encontramos no cenário a casa ou prédio em demolição, reforma para dar lugar ao novo, moderno ou necessitando de conserto após danos sofridos. Estas histórias foram freqüentes no grupo transplantado (grupo B), em relação ao não transplantado (grupo A). Apesar do par, nesta situação, encontrar-se desprotegido e da casa ser depositária desta vivência de destruição, no desenrolar destas histórias encontramos soluções positivas, nas

quais há reconstrução no futuro e um novo recomeço. Estas produções, ao nosso ver, são emblemáticas da vivência da pessoa que está diante da necessidade de fazer um transplante, seu self vive esse processo de desmoronamento, ao mesmo tempo em que se mantém na expectativa da transformação para dar lugar ao novo coração.

Caso 58 (grupo B)- Uma casa e na frente uma árvore bonita, sombria e um casal descansando, trocando idéias, namorando, conversando. Provavelmente é o dono da casa. Do lado esquerdo tem uma pedra grande. Pensam em reformar a casa, porque está avacalhada, mas não têm dinheiro, a situação está difícil. No final? Chegam à conclusão, pensam se o dinheiro vai dar para reformar.

Uma produção atípica, de assassinato foi encontrada no caso de nº 8, do grupo de transplantados. Os aspectos mortíferos, violentos e vingativos neste caso apareceram desde a terceira lâmina (B3) e constitui-se num padrão não encontrado em nenhum paciente da amostra, em nenhuma lâmina.

Nas histórias de tipo contemplativo o par apresenta um interesse pela casa, mas mantêm-se apenas numa atitude de observação. Nas produções românticas, como o próprio nome já diz, o par é um casal que namora e faz planos para o futuro. Nas de tipo refúgio, o par está sob ameaça (sol, chuva, escuridão, tempestade), o abrigo encontrado está sob a árvore ou na casa. Os dois grupos foram equivalentes nestes tipos de produção.

Caso 55 (grupo B)- Duas pessoas adultas debaixo de uma árvore. Tem uma casa também. Eles estão namorando. Só. Futuro? Pode ser que se conheçam ou se casem. Só.

Caso 32 (grupo A)- Parece um casal de namorados, observando um casarão, numa noite nublada. Acredito que vão entrar na sala. Só.

A modalidade de relação objetal predominante na lâmina B2 foi persecutória, definida aqui como não entrar na casa. Isto parece representar o temor de submeter-se ao procedimento, mesmo que o paciente, em seu discurso demonstre claramente o reconhecimento da necessidade de fazê-lo e sua intenção em submeter-se a todo processo (Tabela 19).

Tabela 19- Natureza das relações objetais produzidas frente à Lâmina B2, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	18	Persecutória	20
2º	Amistosa	6	Amistosa	3
3º	Distorções	4	Desamparo	2
4º	Relato na 1ª pessoa	4	Relato na 1ª pessoa	1
5º	Desamparo	2	Distorções	1
6º	Bloqueio	1	Bloqueio	1
	Total	35	Total	28

O par, na maioria das produções, mantinha uma relação positiva, conheciam-se (N=31), em algumas delas era uma relação indiscriminada (N=15), estavam ali por acaso. Em apenas 3 casos havia desconforto, porque o casal havia brigado (casos 47 e 21) ou porque a perspectiva de serem de sexos opostos produzisse uma ameaça ao paciente. Transferencialmente, neste último caso, havia constrangimento em estabelecer com outra mulher -a psicóloga, uma relação de proximidade.

Caso 21 (grupo A)- Quando a gente vê pessoas juntas pensa que é um casal, mas podem ser dois amigos, conversando debaixo de uma árvore, uma casa. Não vou dizer um casal, podem ser duas mulheres. Outro dia eu também conversava com um amigo à sombra. Só isso.

Caso 47 (grupo B)- Tem um casal debaixo de uma árvore, deve ser namorando, pegando um escurinho lá no fundo. Um casal, uma árvore, uma casa ao fundo. Abaixo uma montanha. O que acontece ao casal? Estão juntos, podem até aconselhar-se, fazer as pazes; estão felizes. Brigaram antes? Ciúmes, casal é só isso que dá.

Os grupos foram homogêneos no que tange as soluções encontradas para as produções (Tabela 20). O grupo A, não transplantado, no entanto, diferenciou-se por apresentar narrativas na 1ª pessoa, não só no desenrolar das produções, mas como desfecho de histórias que tiveram um desenvolvimento inicial dentro do plano da criação imaginativa, mas que se tornaram, no final, no presente concreto da realidade do paciente.

Tabela 20- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina B2, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Não tem	16	Não tem	14
2º	Plausível	8	Plausível	8
3º	Relato na 1ª pessoa	6	Bloqueio	3
4º	Distorções	4	Distorções	2
5º	Bloqueio	1	Relato na 1ª pessoa	1
	Total	35	Total	28

Constata-se que, para os dois grupos, predominaram histórias que não tem um desfecho adequado. Idealização, paralisação, intenso controle onipotente e desesperança foram responsáveis pela ausência de soluções mais adaptadas.

Lâmina B3

Destaca-se na análise do ajuste perceptual frente à Lâmina B3 uma frequência de omissão de um personagem de 47,1% para o grupo A – não transplantado e de 27,6% para o grupo B- transplantado. Os demais desajustes perceptuais foram pouco frequentes e ocorreram proporcionalmente nos dois grupos.

Também nesta lâmina predominaram, em ambos os grupos, as histórias de tipo contemplativo. Nelas os personagens conversam, pensam resolver um problema que está por vir, vão ou vêm de algum lugar, mas nenhum drama é explicitado.

Tabela 21- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina B3, por ordem de classificação.

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Contemplativa	10	Contemplativa	14
2º	Romântica	8	Romântica	6
3º	Religiosa	6	Depressiva	5
4º	Depressiva	4	Religiosa	1
5º	Relato na 1ª pessoa	4	Relato na 1ª pessoa	1
6º	Violência	3	Violência	1
	Total	35	Total	28

Aliado ao fato de existir freqüente omissão do terceiro personagem verificou-se, com regularidade nos dois grupos, histórias de temática romântica, nas quais o foco recai sobre o encontro amoroso de um casal.

Para alguns pacientes (Tabela 21) a lâmina B3 foi utilizada para dramatizar a situação de tratamento médico. Nela incluía-se um paciente, um acompanhante e um terceiro personagem - um médico, que está explícito na cena ou inferido no contexto, que se passa numa instituição hospitalar. Estas histórias foram classificadas como de tipo depressiva, por envolver uma situação de perda e de busca de reparação.

Caso 4 (grupo B)- Parece uma pessoa e o acompanhante, saindo do quarto para ir embora ou fazer exame fora. Tem outra pessoa, médico, esperando na porta os exames. Final? Vai ver depois dos exames como está indo.

As relações objetais foram de natureza persecutória, para a maioria dos pacientes de ambos os grupos (Tabela 22). A percepção de exclusão propiciada pelo estímulo da lâmina foi promotora de intensa ansiedade, entre os pacientes, e pode ser evidenciada pela negação da percepção do terceiro personagem, responsável pela frequência de omissões. Este, mesmo sendo visto, não era incluído na história ou sobre ele eram projetados aspectos ruins de quem espia, censura, intromete, inveja.

Caso 39 (grupo A)- Nota-se um casal conversando e sendo observados por uma terceira pessoa. Quase uma espreita; não está definido o que faz. Observa os outros, quase numa escuta. Espreita? Uma conversa sigilosa, o casal conversa com tranqüilidade. Pelo aspecto da terceira pessoa, escuta, revela uma maldade. O claro do casal revela que não têm nada a esconder.

Tabela 22- Natureza das Relações Objetais, produzidas frente à Lâmina B3, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	22	Persecutória	19
2º	Amistosa	4	Amistosa	8
3º	Relato na 1ª pessoa	4	Relato na 1ª pessoa	1
4º	Confusional	3	Confusional	0
5º	Desamparo	2	Desamparo	0
	Total	35	Total	28

Em 4 casos as produções mostraram-se incomuns, quando comparadas com as demais, frente à lâmina B3, da amostra estudada. Tratava-se de narrativas sobre vingança (caso nº 8); crime e castigo (caso nº 13) e um enterro (caso nº 27).

O grupo A, mais freqüentemente (Tabela 23) não conseguiu construir desfechos para as suas histórias, enquanto que o grupo B lançou mão da idealização como defesa, ou mesmo, conseguiu soluções plausíveis, utilizando-se de repressão de forma eficiente para suportar a situação de exclusão propiciada por esta terceira lâmina da série B.

Caso 38 (grupo B)- Vejo um quarto de criança. Está com a porta aberta. A criança está encostada no batente da porta. Contempla um casal, pode ser pai e mãe. Estão deixando o quarto, dialogando. A criança pensa: são meus pais e conversam a meu respeito. É só uma criança, conversam sobre a vida deles; o clima entre eles é de harmonia.

Tabela 23- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina B3, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Não tem	13	Idealização	10
2º	Idealização	7	Plausível	7
3º	Relato na ^a pessoa	4	Não tem	6
4º	Plausível	3	Maníaca	2
5º	Maníaca	3	Relato na 1ª pessoa	1
6º	Negação	2	Indefinida	1
7º	Indefinida	1	Negação	1
8º	Dominação	1	Dominação	0
9º	Punição	1	Punição	0
	Total	35	Total	28

Lâmina BG

Analisando-se o ajuste perceptual à Lâmina BG encontrou-se diferença estatisticamente significativa ($P < 0,05$) entre os dois grupos, quanto à omissão de personagens, proporcionalmente mais freqüente no grupo A – não transplantado, quando comparado ao grupo B – transplantado.

As omissões verificadas ocorreram de duas formas: o personagem que está só, na porta, não é visualizado, fazendo-se deliberadamente a história apenas com o grupo de cinco pessoas (o número de pessoas no grupo é mencionado) ou o próprio grupo é descartado da percepção, produzindo-se uma história apenas entre dois personagens.

A lâmina BG permite-nos compreender a posição do paciente frente à sua entrada no programa de transplante, representada pelo grupo (equipe) que se encontra dentro de um ambiente. Além disso, possibilita verificar sentimentos de rejeição ao tratamento, projetados no grupo, em função de seus próprios temores. Assim posto, podemos colocar que esta lâmina é particularmente sensível para captar uma reação transferencial negativa ao tratamento. As distorções observadas no grupo A não transplantado atestaram a impossibilidade destes pacientes para adaptarem-se à situação.

A análise qualitativa das produções reflete também as dificuldades para alguns pacientes “entrarem” na situação, porque não se sentem capazes para suportá-la, ou inversamente, projetam sua agressão neste continente, convertendo-o em perseguidor.

Ambos os grupos produzem, mais freqüentemente, histórias contemplativas, nas quais os personagens estão observando paisagens, ruínas ou assistem a uma aula,

numa escola. O grupo A (não transplantado) utiliza mais a temática religiosa para compor sua história, que se passa numa igreja e envolve os fiéis e o padre. Em menor número está as de temática depressiva (o personagem ficará abandonado, só, carente), romântica (trata-se de uma cerimônia de casamento). Tema de violação ocorreu no caso nº 2 (ilustrado no próximo capítulo) e de violência no caso nº 62, cuja produção está abaixo relatada.

Caso 62 (grupo A)-Vejo um monte de crianças, adolescentes de 10 a 12 anos, época que os adultos mais aproveitam para levá-los ao mundo do crime. O maior, mais velho ofereceu drogas para quatro garotos, na porta de uma escola. Teve um deles que não aceitou, entrou na escola. Os outros estão voltando para trás com o maior. É isso que eu vejo – e assim começa a perdição.

O ego deste paciente parece enfraquecido diante de seus impulsos (as crianças) comandados por um objeto cruel “maior”, com poder de comando. Este caso, com histórico de dependência de substâncias psicoativas parece ensejar um mau prognóstico, no que tange à recidiva do comportamento adicto.

Tabela 24- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina BG, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Contemplativa	18	Contemplativa	17
2º	Religiosa	11	Religiosa	5
3º	Depressiva	3	Depressiva	2
4º	Relato na 1ª pessoa	2	Romântica	2
5º	Violência	0	Violação	1
6º	Romântica	0	Relato na 1ª pessoa	1
	Total	35	Total	28

Ambos os grupos produziram histórias nas quais predominavam as relações objetais de natureza persecutória, revelando-se aqui, mais uma vez o caráter altamente ansiogênico da situação. O expediente de se converter o personagem isolado na porta, num líder: padre, professor, guia turístico, anfitrião, foi bastante utilizado pelos pacientes como forma de manterem controle sobre seus temores de ficar fora, sem a cirurgia e sucumbir à doença ou de entrar e correr os riscos do transplante. No exemplo abaixo, queremos destacar o aspecto persecutório do TRO, neste momento em que o paciente teme a idéia de ser recusado para transplante, por alguma insuficiência que a equipe possa identificar.

Caso 7 (grupo A)- Imagino uma escola com calçada grande e duas entradas. Numa das portas, cinco alunos estão discutindo sobre a prova que irá realizar-se no dia. E, na outra entrada, outro aluno está pensativo e muito preocupado com a prova do dia. Chegada a hora da prova, todos realizarão a prova com muita facilidade e irão para casa, imaginando terem obtido boas notas.

Um dado que chamou atenção foi a freqüência de relações objetais de natureza indiscriminada, entre os pacientes do grupo não transplantado. Nelas havia referência de pessoas que estão numa dada circunstância: contemplam uma paisagem, esperam um trem, numa reunião religiosa, não havendo discriminação do personagem que está só, tampouco elementos que constatassem que ele não fosse visualizado, para confirmarmos uma omissão perceptual. De qualquer forma ele estava omitido da lógica emocional da lâmina. Pensamos que nestes casos o paciente não tem mais a crença de pertinência a nenhum lugar, dentro ou fora do hospital.

Caso 16 (Grupo A)- Aí é uma estação de trem. O pessoal esperando o trem vir e fazer aquela viagem; o destino que eles desejam: encontrar a paz e o sossego na vida.

Tabela 25- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina BG, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	24	Persecutória	19
2º	Indiscriminada	7	Amistosa	5
3º	Amistosa	2	Indiscriminada	2
4º	Relato na 1ª pessoa	2	Relato na 1ª pessoa	1
5º	Abandono	1	Abandono	0
	<i>Total</i>	<i>35</i>	<i>Total</i>	<i>28</i>

Não houve diferenças dignas de nota entre os grupos quanto aos tipos de solução encontrada para as histórias, conforme se observa na Tabela 26. O grupo B (transplantado) parece dispor de mais recursos para soluções plausíveis para o conflito, entendidas aqui como repressão ou defesas obsessivas moderadas para o enfrentamento da situação. A idealização foi também bastante utilizada, a expectativa

de ser aceito, aprovado e bem sucedido, por suas boas qualidades, parece condizente com a situação de alguém que se candidata a um transplante.

Caso 20 (Grupo B)- Tem um grupo de jovens, em fila na porta de um teatro, aguardando o porteiro começar permitir a entrada para assistirem uma peça ou show de música, aonde vai ser um sucesso essa peça.

Tabela 26- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina BG, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Não tem	12	Plausível	9
2º	Plausível	5	Não tem	5
3º	Idealização	4	Idealização	5
4º	Bloqueio	4	Fuga	4
5º	Maníaca	3	Maníaca	2
6º	Fuga	3	Indiferença	2
7º	Paralisia	2	Relato na 1ª pessoa	1
8º	Relato na 1ª pessoa	2	Bloqueio	0
9º	Indiferença	0	Paralisia	0
	Total	35	Total	28

4.3. Série C

Lâmina C1

A lâmina C1 é a penúltima a ser apresentada ao paciente e por esta razão, permite que se possa avaliar como este se despede do psicólogo, como se sentiu e o que pensa em relação a olhar-se interiormente e ser olhado pelo profissional.

O ajuste perceptual a lâmina C1 mostra, predominantemente, omissão da cor para 85,7% do total da amostra e, como veremos adiante, esta omissão parece ser um padrão apresentado em ambos os grupos, ao longo de toda a série C. De modo geral, quando a cor é mencionada, dificilmente ela é integrada à história, apresentando-se intrusiva e perturbadora.

Frente à lâmina C1 a omissão do personagem foi freqüente (71,4%), indicando negação da parte que viu e que foi projetada no personagem omitido, transferencialmente, no psicólogo. Este dado, aliado à omissão da cor, representa a dificuldade de aceitação do mundo mental pelo paciente, com toda a sua efusão de emoções, impulsos e afetos. Nas entrevistas este dado pode ser observado, quando o paciente comunica que não deve se emocionar, ficar nervoso, estressado ou sofrer abalos de natureza afetiva por serem fenômenos prejudiciais à saúde do coração, preceito este respaldado pelo discurso institucional. Ou seja, este paciente não pode mais falar “*de coração*”.

Do ponto de vista qualitativo, as produções para os dois grupos foram do tipo descritivo para a maioria dos pacientes (Tabela 27). O cenário descrito era

principalmente de uma cozinha simples e para muitos deles, o ambiente era característico de uma casa de campo. Apenas dois casos descreveram o ambiente caracterizando-o como banheiro (grupo B- transplantado).

Tabela 27- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina C1, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Descritiva	28	Descritiva	24
2º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	2
3º	Distorção	3	Contemplativa	1
4º	Bloqueio	1	Violação	1
5º	Violação	0	Bloqueio	0
6º	Contemplativa	0	Relato na 1ª pessoa	0
	Total	35	Total	28

Um único paciente produziu uma história do tipo contemplativa, na qual a ênfase não recaía sobre o cenário, mas no personagem só, pensando na velhice.

Caso 33 (grupo B)- Parece uma casa, no quintal tem uma cadeira, um senhor de idade deve ter posto. Deve estar sentado. Não tem ninguém aqui, mas vai aqui pensar na vida dele. Quando se está velho se fica pensando na vida. Quando é novo não, só depois de uma certa idade... vai ficar pensando na vida.

Nesta lâmina, o padrão descritivo do cenário acabou constituindo-se na solução encontrada para lidar com o estímulo da lâmina, como controle obsessivo para suportar a ansiedade despertada. Esta manobra foi mais freqüente no grupo B, de pacientes transplantados (Tabela 28). Todavia, nem sempre o manejo obsessivo foi eficaz,

levando o ego à paralisação, como se pode observar, em maior número, nos pacientes do grupo A- não transplantado.

Caso 53 (grupo A)- Eu hein! O que será isso? Deve ser um sobrado. Aqui é um jardim, um quintal ou uma sala. Está mais com cara de quintal, com uma cadeira e um vasinho e dois enfeites. Parecem duas pedrinhas. Só isso.

Tabela 28- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina C1, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Paralisação	11	Obsessiva	10
2º	Obsessiva	5	Paralisação	7
3º	Plausível	4	Plausível	4
4º	Relato na 1ª pessoa	4	Não tem	3
5º	Negação	3	Negação	2
6º	Distorção	3	Relato na 1ª pessoa	2
7º	Mania	2	Idealização	0
8º	Idealização	1	Bloqueio	0
9º	Bloqueio	1	Distorção	0
10º	Não tem	1	Mania	0
Total		35	Total	28

Além da omissão do personagem já comentada, o caráter persecutório do que foi visto domina as modalidades de relações objetais encontradas (Tabela 29). No caso 16 (grupo A) ilustrado a seguir, observamos como o conteúdo agressivo de seu interior é projetado no personagem que está do lado de fora da janela que, para tanto, foi desumanizado (animais).

Caso 16 (grupo A)- Uma vez fui numa fazenda. Na copa ia tomar o café da manhã, sentar na cadeira de madeira. E uma bela janela para ver os animais. Só isso.

Tabela 29- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina C1, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	17	Persecutória	15
2º	Depressiva	11	Depressiva	11
3º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	2
4º	Distorção	3	Distorção	0
5º	Bloqueio	1	Bloqueio	0
	<i>Total</i>	<i>35</i>	<i>Total</i>	<i>28</i>

Apenas 5 pacientes (independente do grupo) construíram histórias nas quais o personagem do lado de fora da janela era visualizado e integrado no drama da produção. Em dois deles o personagem estava encarregado de limpar, cuidar, organizar o ambiente. Havia claramente aqui uma vinculação positiva com o psicólogo, que era tomado como um colaborador. Para o terceiro paciente, tratava-se de alguém indiferente, que apenas olhava para dentro. Nos outros dois casos, o personagem estava impingido de aspectos negativos – um vulto que saiu da cadeia e uma pessoa que está tentando abrir a janela.

Muitas vezes, o personagem referido estava dentro do cenário, fazendo alguma refeição, eram mais do que um (uma família, por exemplo), já haviam estado ali para alimentarem-se e saíram para o trabalho. Não havia, no entanto, neste aspecto, nenhuma diferença entre os dois grupos analisados. Estes pacientes pareciam temer a possibilidade de ter um interior sem vida, vazio, por isso, defensivamente, já haviam

feito as refeições, negavam, desta forma, a natureza depressiva de sua condição interior.

Por outro lado, observamos que há freqüentemente, nas produções em que o caráter depressivo podia ser sentido no mundo objetal, um cenário no qual a mesa estava posta à espera de alguém para a refeição, simbolizando um continente fértil, receptivo, criativo e o desejo de vinculação.

Apenas 4 produções mostraram-se atípicas, em relação às demais da amostra. Os casos nº 8 e 63 serão ilustrados integralmente no próximo capítulo. Os outros dois estão comentados abaixo.

No caso 19 observa-se o temor à violação, despojamento e a possibilidade reparatória como solução adaptativa.

Caso 19 (grupo B)- Uma casa abandonada, lugar que o pessoal ficava. Com o tempo o dono pediu de volta a propriedade. Aí como tinha muitas coisas na casa, ele tirou todos os móveis da casa. Ao sair o dono da casa não gostou. Eles trocaram conversas até chegar no ponto de resolver o problema e ficaram amigos.

O caso 40 era de um homem que, ao final do TRO confidenciou que começara a apresentar, em época recente, idéias intrusivas, por exemplo, de xingar Nossa Senhora, após o término de suas orações e que isto era totalmente inaceitável para o seu padrão de comportamento. Infelizmente ele foi a óbito depois deste encontro. Suas produções ao TRO, até o presente momento, não haviam evidenciado nenhum aspecto dissonante em relação à amostra estudada.

Caso 40 (grupo A)-Uma cozinha onde a pessoa estava tomando café pelo bule, o prato, estava comendo pão. Estava tomando café e saiu. Não consigo distinguir o significado dos riscos vermelhos. Provavelmente foi para fora. Vejo um vulto, saiu da cadeia. Aqui parece um vidro ou porta e está passando por detrás e só. Não distingo o que são os pontos vermelhos.

Lâmina C2

A Lâmina C2 estimula o paciente a se posicionar frente à doença, velhice, futuro e morte. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa ao proceder-se a análise do ajuste perceptual da amostra frente ao teste – a resposta de bloqueio frente à lâmina somente foi encontrada entre os pacientes do grupo A – não transplantado.

A resposta de bloqueio indica a paralisação do ego em relação à reparação e criatividade, expressão de desânimo e impotência. Sugere-se que, nestes casos, a perspectiva de sucesso no transplante já é dada como fracassada, a equipe nada pode fazer. O exame do material das entrevistas não revelou nenhuma característica distinta destes pacientes, em relação aos demais da amostra estudada.

Destaca-se, ainda, que 52,4% do total da amostra omitiu um personagem, indicando falha na fantasia de possuir um objeto reparador que pudesse ajudar, curar, aliviar. A omissão de cor na série C, sinal de bloqueio afetivo é uma constante, de tal sorte que sua visualização e integração à produção causam surpresa.

O grupo B transplantado realizou mais histórias nas quais houve predomínio de temática depressiva – alguém estava doente e/ou carecia de algum tipo de cuidado ou atenção (caso 10- grupo B exemplificado). Foram cotadas, em menor número no grupo B, as histórias contemplativas, enquanto que no grupo A elas predominaram (caso 35- grupo A ilustrado).

Tabela 30- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina C2, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Contemplativa	15	Depressiva	15
2º	Depressiva	11	Contemplativa	9
3º	Bloqueio	5	Distorção	3
4º	Relato na 1ª pessoa	2	Relato na 1ª pessoa	1
5º	Violência	1	Bloqueio	0
6º	Distorção	1	Violência	0
	Total	35	Total	28

Caso 10 (grupo B)- Vejo um homem à porta. Parece que a porta está aberta. Dentro há um quarto, leito de hospital, um criado mudo, um espelho ao lado. Uma cama e pelo volume tem alguém na cama, deitada. Deve estar doente, acamada. A pessoa que está aqui veio visitá-la. Para encerrar a história a pessoa vai tentar confortá-la para que ela possa restabelecer-se o mais breve possível.

Caso 35 (grupo B)- Parece uma senhora em frente a uma casa. Está com a porta aberta. Ela olha para dentro. Certamente deverá entrar e irá para cama dormir.

Analisando-se as modalidades de relações objetais observa-se o predomínio da persecutoriedade em relação à situação evocada (Tabela 31). No geral o personagem visto é o que está de pé à porta e entra para dormir, o que está deitado na cama não é mencionado, negando-se desta forma a doença e a morte. Menções à lâmina B1 também foram encontradas entre os pacientes, para justificar a semelhança entre as duas pranchas. As produções abaixo ilustram estes aspectos.

Caso 21 (grupo A)- Uma casa bem pobre, como a minha, antigamente. Cama antiga, um quadro na parede. Uma pessoa bem forte. Não sei se homem ou mulher. Esta pessoa me lembra o outro quadro (B1). A mesma pessoa, como se fosse continuação. Aqui não dá para ver a cômoda, antes a porta não estava totalmente aberta. A cama é a mesma. É a mesma pessoa. Não me mostra comida...

Caso 39 (grupo A)- Repetição de outro, sob outro ângulo. Uma pessoa dirigindo-se aos seus aposentos. Coloca de lado a lâmina.

Tabela 31- Natureza das Relações Objetais produzidas frente à Lâmina C2, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	17	Persecutória	11
2º	Amistosa	6	Amistosa	8
3º	Bloqueio	5	Depressiva	5
4º	Depressiva	4	Distorção	3
5º	Relato na 1ª pessoa	2	Bloqueio	0
6º	Distorção	1	Relato na 1ª pessoa	1
<i>Total</i>		<i>35</i>	<i>Total</i>	<i>28</i>

A natureza depressiva da relação de objeto caracterizou-se, principalmente, pela desesperança, abandono e fracasso da possibilidade de reparação.

Caso 37 (grupo B)- Representaria uma cama de fundo. Parece uma pessoa deitada sobre a coberta. Representa uma pessoa morta na cama. Dá medo. Tem uma pessoa chegando na porta do quarto. Na cabeceira duas coisas que representam duas velas. De fundo tem um móvel, uma cabeceira, um quadro. Lugar sombrio. Quem são? Uma mulher na cama e o outro é o marido dela. Final? Acho que vai vê-la. Se fosse só uma cama não haveria dois pontos amarelos de cada lado, representando vela. Coisa esquisita.

Caso 30 (Grupo A)- Vejo uma residência muito bonita. Vem chegando alguém que poderá ser seu dono. Vejo uma cama, tudo indica que ele chegou cansado e vai tomar seu banho. Vai se deitar para seu repouso. Ele não quer ser incomodado por ninguém. Ele mora sozinho, sem família, pois é um homem muito solitário. Ao mesmo tempo ele não se acha só, porque Deus está perto dele.

As soluções encontradas para as histórias foram variadas e não diferiram entre os grupos (Tabela 32), exceto que no grupo B (transplantado) encontramos a idealização como opção de saída para a situação, como ilustra o caso abaixo.

Caso 10 (grupo B)- Vejo um homem à porta. Parece que a porta está aberta. Dentro há um quarto, leito de hospital, um criado mudo, um espelho ao lado. Uma cama e pelo volume tem alguém na cama, deitada. Deve estar doente, acamada. A pessoa que está aqui veio visitá-la. Para encerrar a história a pessoa vai tentar confortá-la, para que ela possa se restabelecer o mais breve possível.

Tabela 32- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina C2, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Negação	9	Não tem	8
2º	Plausível	8	Negação	5
3º	Não tem	6	Plausível	4
4º	bloqueio	5	Idealização	4
5º	outras	4	Distorção	3
6º	Relato na 1ª pessoa	2	Outras	3
7º	Distorção	1	Relato na 1ª pessoa	1
8º	Idealização	0	Bloqueio	0
	Total	35	Total	28

Lâmina C3

A lâmina C3 é a primeira colorida a ser apresentada ao paciente. Espera-se que este possa tolerar seus afetos e impulsos ao mundo interno e externo e ter um bom controle racional sobre eles. Além disso, traz claramente distinguíveis três figuras que aludem, pela primeira vez, uma situação triangular.

A omissão da cor frente à lâmina C3 foi menor, quando comparada às demais lâminas coloridas. O impacto pode ser observado pela perturbação dos pacientes ao tentar integrá-la à história. Este dado não se mostrou dependente do grupo, indicando ser uma problemática comum, não predizendo um prognóstico desfavorável nesta situação.

A freqüência de distorções frente a esta lâmina, não observada nas outras da mesma ou das demais séries, demonstra a dificuldade que estes pacientes encontraram para lidar com emoções, afetos e impulsos. O choque inicial frente à cor, principalmente do vermelho, não era amenizado pelas outras cores difusas, mais cálidas e tranqüilizantes que sequer eram mencionadas.

A desorganização frente à lâmina também podia ser notada pela ocorrência de casos nos quais os pacientes viravam a lâmina na horizontal ou de cabeça para baixo, iniciando, rapidamente, uma história desconexa com o conteúdo de realidade da lâmina. Após a correção da posição a produção transcorria dentro dos padrões observados nos demais casos.

Vejamos como uma paciente justificou a mudança da posição da lâmina:

Caso 37 (grupo B)- Vi algo parecido... vira a lâmina de cabeça para baixo. Tem um coração doente, pegando fogo. Vejo ao fundo uma montanha com um riacho, um dragão e um jacaré. Embaixo parece uma cobra com uma maçã. Dois tipos de figuras. Uma representa o dragão pegando fogo. Psicóloga corrige a posição da lâmina. A paciente justifica-se – eu achei que o coração estava caindo, por isso virei o desenho. Vejo uma mesa com uma toalha, um bule com xícara. Vejo uma pessoa sentada na cadeira. Outra pessoa lá atrás recostada na parede. Tem um homem ou vulto, tentando chegar perto da janela. Essa parece que tem fogo ao fundo. Parece casa pegando fogo. Um balão que parece um coração. Representa uma sala. O homem tenta por ou tirar algo da lareira. Será que é pizzaiolo? Acho que esperam tirar algo dali para comerem. Acho que estão fazendo churrasco. Como termina? Esperam para comer. Não sei o que. Por que? Não dá para ver. Ou olha para a janela. Ali representa fogo. Se fosse janela estaria azul do céu.

As produções foram mais longas que as demais. Os pacientes procuravam na descrição da lâmina controlar as fantasias que a prancha estimulava. Por essa razão encontramos com mais frequência histórias que descreviam cenas do cotidiano (Tabela 33). Nelas os personagens achavam-se em atividades diárias: refeições, limpeza ou organização de algum aspecto da sala, particularmente pelo personagem que está de pé, à frente da lareira.

Caso 15 (grupo A)- Uma pessoa ligando um rádio, outra sentada e outra numa cozinha, conversando, bebendo, porque tem copos, não é? Aquele está ligando o rádio. O que se passa? Conversam. Assunto? Futebol ou trabalho. Final? Eles vão cada qual para o seu quarto dormir.

Tabela 33- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina C3, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Cotidiano	7	Cotidiano	8
2º	Distorção	7	Religiosa	6
3º	Religiosa	6	Distorção	5
4º	Depressão	5	Depressão	4
5º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	2
6º	Bloqueio	3	Repreensão	2
7º	Contemplativa	3	Contemplativa	1
8º	Bloqueio	0	Repreensão	1
	Total	35	Total	28

Outro dado que merece menção refere-se à omissão de um personagem em 29% dos casos, sendo mais um indicador das dificuldades de elaboração de uma situação triangular e dos sentimentos despertados por ela.

O tema religioso volta a ser freqüente e parece indicar, mais uma vez, que o refúgio na religião evita o contato com a situação e o sofrimento despertado pelo estímulo. Referências à presença de um crucifixo também foram observadas, indicando o aspecto culposos dos sentimentos despertados pela lâmina.

Na lâmina abaixo ilustrada destaca-se a presença de intensa culpa persecutória, sugerindo, ainda gratificação masoquista.

Caso 60 (Grupo A)- Aqui tem pessoas sentadas à mesa – duas pessoas. Estão bebendo. Não sei o que bebem. Tem uma jarra em cima da mesa. É um banquete. A pessoa em pé, ela parece encostada como uma cruz, como Jesus, mas está de costas. Só consigo ver isso. O final é que as duas pessoas estão felizes com o que está de pé, que está crucificado. Feliz com a desgraça dos outros.

Relações objetais de natureza depressiva estiveram homogeneamente distribuídas entre os grupos (Tabela 34). Nelas era comum o personagem estar deitado numa cama doente, assistido por outros dois familiares. A adaptação do ego à situação dependia do desfecho a ser encontrado para a situação, de possuir bons objetos internos que pudessem amparar e reparar a situação (Tabela 35).

Caso 52 (grupo A)- Tem três pessoas. Uma na cama, outra em pé e outra no sofá. Essa pessoa na cama está doente. Tem algo como uma jarra de água, suco ou leite. Uma tigelinha com alguma coisa. Agora, esse vermelho, não sei o que é. A pessoa em pé parece que está olhando para uma janela ou fazendo uma oração. A que está sentada parece ser uma mulher mais velha, uma mãe. Na cama o filho que está doente e parecem tristes. No lado da cama tem um abajur. Futuro? Na minha história o filho vai ficar bom, poder trabalhar e ser feliz.

Caso 16 (grupo A)- Não dá... É um senhor e vão ligar o rádio para ouvir o jogo do Corinthians, notícias. A esposa ao lado no sofá. É uma sala. Parece que o filho está enfermo e deitado no leito. Está passando as horas dele e ouvindo notícias. Final? O filho pode vir a falecer, só isso.

Tabela 34- Natureza das Relações Objetais, produzidas frente à Lâmina C3, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	16	Persecutória	16
2º	Distorção	7	Depressiva	5
3º	Depressiva	6	Distorção	5
4º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	2
5º	Bloqueio	3	Bloqueio	0
	Total	35	Total	28

A persecutoriedade frente ao estímulo prevalece nos dois grupos. Nos exemplos abaixo o impulso agressivo não pode ser controlado, o ego recorrendo à fuga, negação para libertar-se da ansiedade e do encontro com a psicóloga. Esta terceira lâmina provocava nos pacientes um rechaço à continuidade do TRO.

Caso 20 (grupo A)- Começou a entrar uma cor. Três pessoas que estão conversando numa sala. Duas sentadas e uma em pé. Uma conversa informal, depois do jantar, tem até uma jarrinha de café. Este aqui está de saco cheio destes dois e quer ir embora para casa descansar. Vai embora.

Tabela 35- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina C3, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Negação	8	Distorção	5
2º	Distorção	7	Idealização	5
3º	Não tem	4	Não tem	5
4º	Idealização	4	Outras	5
5º	Outras	3	Mania	3
6º	Relato na 1ª pessoa	3	Relato na 1ª pessoa	3
7º	Bloqueio	3	Negação	2
8º	Mania	3	Bloqueio	0
	Total	35	Total	28

O caso 54 mostrou-se atípico em relação às demais produções da amostra. Tratava-se de um paciente não aderente ao tratamento. Na lâmina ele evidenciava que precisava de vigilância por seus desejos e atividades proibidas.

Caso 54 (grupo A)- Para mim uma criança olhando uma bexiga subindo. Uma pessoa no sofá olhando esta criança. Tudo indica que é uma casa de dois andares. Lugar alto. Uma pessoa no sofá olhando a criança. Ao lado do sofá uma cama também, com uma pessoa que também está olhando para o menino. Só isso. Futuro?O balão vai subir, vai desaparecer. O menino vai achar outra atividade para fazer. As pessoas não vão mais vigiá-lo.

Lâmina CG

A lâmina CG permite explorar como o ego do paciente negocia com as demandas do id e do superego, bem como, sua capacidade para lidar com aspectos da autoridade interna e externa. Em última instância, como ele lida com o prazer e a realidade; aspecto este de importância capital na situação que avaliamos, tendo em vista o alto grau de exigência que o tratamento imunossupressor impõe.

Na amostra estudada, independente do grupo, o ajuste perceptual à lâmina mostrou-se deficitário. O conteúdo humano foi negligenciado numa frequência maior que a observada nas demais lâminas (32%). Somam-se, além disso, as respostas de bloqueio, distorções e a omissão de parte do segmento da prancha: ou omitia-se o personagem de cima ou omitia-se o grupo abaixo. Lembrando, ainda, a omissão da cor ou sua possível integração ao drama da narrativa. Sugere-se ocorrer aqui uma debilidade egóica para o gerenciamento das demandas do id e do superego. As falhas perceptuais indicam uma carga acentuada de agressão que, mantendo-se dissociadas, dificultam uma melhor adaptação à realidade da doença e do tratamento.

Observando-se a Tabela 36 verifica-se o predomínio de histórias do tipo descritiva, para os dois grupos, numa tentativa de controle da persecutoriedade do conteúdo despertado pelo estímulo da lâmina. Exemplificamos, também, com uma lâmina ilustrativa.

Caso 57 (grupo B)- Vai apertando a situação! Isso é uma cortina, como chama? Uma persiana. Vê-se do lado de fora uma nuvem. Aqui é um móvel, parece uma televisão, com várias pessoas sentadas no sofá, vendo TV. Estão sentadas no sofá. Só isso.

Tabela 36- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina CG, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Descritiva	8	Descritiva	10
2º	Competição	8	Depressiva	5
3º	Bloqueio	7	Competição	3
4º	Depressão	5	Reivindicação	3
5º	Reivindicação	3	Relato na 1ª pessoa	2
6º	Distorção	2	Religiosa	2
7º	Relato na 1ª pessoa	1	Distorção	2
8º	Religiosa	1	Bloqueio	1
	Total	35	Total	28

Outra temática abordada nas produções era do tipo depressiva, donde o risco de aniquilamento era palpável como ilustram as lâminas abaixo:

Caso 10 (grupo B)- Vejo uma imagem de uma pessoa ao lado. Parece um terreno arenoso, com uma viga de pedra ao lado. Várias pedras e plantas, tipo cactos do norte, resistentes. É o que eu vejo. O que se passa com a pessoa?É só um vulto, parece deitado, descansando. Não sei, é isso, não vejo mais nada. Acho uma paisagem triste, um lugar triste, com uma vegetação seca, num lugar sem vida, sem definição.

Caso 52 (grupo A)- Mais difícil ainda. Aqui parece um monte de gente... parece que tem um bebê, uma criança... parece que caiu nessa escada e ninguém ajudou, socorreu. Um homem aqui em cima bravo, por ninguém ter socorrido a criança, e os curiosos aqui. Futuro?Tudo se deu bem, a criança não morreu e foi socorrida.

A prancha foi ainda utilizada para narrativas de competição, possibilitando a projeção da agressão num contexto sadio, em que se vislumbra o desejo de progresso. Todavia, ao analisarmos este material verificamos que dificilmente o paciente conseguia lidar com o conflito, não conseguindo um desfecho para a história.

Caso 5 (grupo B)- São pessoas que talvez estejam subindo uma escada ou uma igreja devido corrimão grosso. Uma sombra lá, que pode estar descendo ou estes subindo. Um com a mão para cima. Pode ser um campo de futebol ou jôquei club, corrida de cavalos. Não é devido corrimão. Uma arquibancada. Um está descendo. São várias pessoas lá embaixo.

Caso 7 (grupo A)- Imagino uma piscina e a beira da piscina tem palmeiras. De lado um trampolim virado para a piscina. E, ao fundo, a gente vê o reflexo de uma pessoa que deve estar à beira da piscina e faz sombra sobre o fundo. Essa piscina está limpa para uma competição que irá acontecer em breve.

O caráter reivindicatório estimulado pela prancha foi pouco freqüente como tema, nas histórias. O caso abaixo ilustrado mostra como o paciente conseguiu, com sucesso, lidar com a situação, resultando no estabelecimento de relações de objeto positivas.

Caso 35 (grupo A)- Uma escadaria, um monte de homens embaixo, nervosos e vão subir a escada. Lá em cima se encontra outro homem. Vão ao encontro dele. Por que? (incentivo). Porque ele deve ter feito algo errado. Como resolvem? Vão se encontrar, dialogar e ver o melhor jeito de se resolver.

A tabela 37 mostra a freqüência das modalidades de relações de objeto encontradas nas produções desta lâmina. Como era de se esperar, pela precariedade com que a lâmina foi trabalhada, há predomínio de relações de objeto persecutórias.

Tabela 37- Natureza das Relações Objetais, produzidas frente à Lâmina CG, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	21	Persecutória	18
2º	Bloqueio	7	Depressiva	5
3º	Depressiva	4	Distorção	2
4º	Distorção	2	Relato na 1ª pessoa	2
5º	Relato na 1ª pessoa	1	Bloqueio	1
	Total	35	Total	28

A lâmina abaixo ilustrada pertence a um paciente que falhava na adesão ao tratamento e tampouco se empenhava em melhorar sua condição clínica. Não podemos afirmar que a lâmina possa ser utilizada como padrão para pacientes com dificuldades de adesão ao tratamento, mas não deixa de ser emblemática para visualizarmos a deficiência da função superegóica sobre as demandas pulsionais.

Caso 54 (Grupo A)- Parece um ringue de luta, um público em volta. Dentro do ringue tem um lutador e o seu adversário. Só vejo um, mas provavelmente deve ter dois. É o que me parece. Só isso. Quem ganha a luta? Aquele que permanecer de pé; o vencedor é aquele que não está visível. O que é visível já foi nocauteado. Na torcida alguém já faz o sinal de vitória.

De modo geral, os dois grupos foram similares pela falta de êxito para o desfecho das histórias, seja porque a própria criação da produção estava comprometida, seja porque o conflito era negado (Tabela 38).

Caso 61(Grupo A)- Pausa extensa. Pelo normal aqui, se não me enganar acho que é um jardim. Acho que o homem está tratando de um jardim. Quem é? O dono da casa ou o jardineiro. Só isso.

Tabela 38- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina CG, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Não tem	15	Não tem	10
2º	Bloqueio	7	Outras	6
3º	Negação	6	Plausível	4
4º	Outras	3	Negação	3
5º	Plausível	1	Relato na 1ª pessoa	2
6º	Distorção	2	Distorção	2
7º	Relato na 1ª pessoa	1	Bloqueio	1
	Total	35	Total	28

4.4. Lâmina Branca

A lâmina branca permite que se observe como a experiência do teste serviu ao paciente e como ele fica, para enfrentar a sua doença, agora que se despede do psicólogo. Basicamente, avaliam-se três possibilidades – a aceitação do sofrimento que implica estar doente, condição para aceitar ajuda e tratamento, negação ou desvalorização do processo e, ainda, regressão, interpretando o final como abandono.

Ao serem convidados a criarem sua própria cena e história e, seguindo o mesmo critério de classificação das lâminas anteriores registrou-se semelhanças nos tipos de narrativa, conforme mostra a Tabela 39.

Tabela 39- Tipos de histórias produzidas frente à Lâmina Branca, por ordem de classificação

Tipos de História				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Depressiva	7	Paisagismo	9
2º	Construtiva	6	Construtiva	8
3º	Atípica	6	Bloqueio	4
4º	Paisagismo	5	Curricular	3
5º	Curricular	4	Atípica	2
6º	Pacifista	4	Depressiva	1
7º	bloqueio	3	Pacifista	1
	Total	35	Total	28

No grupo B houve predomínio de histórias do tipo paisagismo, nas quais os pacientes descreviam cenários perfeitos, onde poderiam obter completa felicidade. Sugere-se aqui que, ao término do teste estes pacientes queriam deixar a impressão de

que tudo estava perfeito e não havia dificuldade de nenhuma ordem para que o psicólogo pudesse se preocupar. Vejamos o exemplo abaixo:

Caso 10 (grupo 1)- Vejo um sol ao fundo, bem vermelho, se pondo no horizonte, no mar, aquela bola vermelha. E bem ao lado uma jangada, com um pescador. Várias pessoas na praia, passeando, fazendo o seu Cooper, a areia branquíssima. Lugar próprio para relaxamento, reflexões, o dia a dia, analisar a vida em si.

Outro tipo de narrativa, bastante cotada entre os pacientes do grupo B foi do tipo construtiva. Nela os pacientes relatavam projetos pessoais para o futuro, pautados na necessidade de mudança e superação de obstáculos, incluindo-se aqui o transplante de coração.

Caso 23 (grupo B)- O que eu mais penso é agradecer à junta médica, os médicos, toda a corporação, psicóloga, assistente social, enfermeira, pessoal do atendimento. Não sei o que é resposta não, tudo dentro dos padrões. Espero entrar no time de futebol, já me convidaram e visitar todo o pessoal que me atendeu.

No grupo A as narrativas depressivas foram mais freqüentes. A produção ilustrada abaixo caracteriza bem este tipo de história, na qual prevalece o desvalimento e o abandono à própria sorte.

Caso 46 (grupo A)- Vejo uma casa, um casebre com uma árvore ao fundo, um riacho ao lado, um senhor cortando lenha, uma senhora com o filho no colo e vários pássaros voando. Final? É o dia a dia de uma família pobre. Só.

Outra peculiaridade no grupo A foi a frequência de histórias atípicas, tanto de cunho negativo, como positivo, no aspecto transferencial com o psicólogo. Não foi possível, no entanto, agrupá-las, segundo uma interpretação comum. Algumas delas estão abaixo ilustradas:

Caso 21 (Grupo A)- Não vejo nada, um papel em branco.Incentivo. Ir embora, sair daqui, ir comer algo. Por enquanto neste momento é isto. Estou acordado desde as cinco horas. Você está aqui me castigando.

Caso 39 (Grupo A)- Coisa mais linda o branco. Quer falar algo? Começa a perguntar por que as lâminas da série B são escuras, qual a intenção disso.O tom inquisidor cria um desconforto muito grande no examinador.

Caso 52 (Grupo A)- O meu quadro é estar aqui com você, que você vai me ajudar a sair dessa.

Caso 56 (Grupo A)- Você me deu um papel para escrever uma carta para a namorada. O nome dela é Aparecida, baixinha, gordinha (sua esposa). É a mulher da minha vida, enfermeira, médica, tudo. Não vou elogiar mais, senão!

No grupo B as histórias atípicas ocorreram em dois casos:

Caso 36 (grupo B)- Estou com muita sede, querendo realmente tomar um líquido para o lasix. Estou morrendo de sede.

Caso 38 (grupo B)- Neste branco eu poderia, pela minha mente, mentalizar ou visualizar um objeto ou cena que eu quisesse. Examina a prancha. Aqui tem alguém que assinou este papel. Está ilegível, mas alguém antes assinou este papel ou foi em

cima deste cartão e ficou marcado. Alguém imprimiu seu nome aqui. Alguém assinou este papel.

Outra modalidade de história que merece destaque, em ambos os grupos, foi a de tipo curricular. Nela o paciente destacava um aspecto de sua história biográfica, para mostrar o êxito e o sucesso obtido no passado. Sugere-se aqui o caráter persecutório em relação ao teste, o paciente quer deixar destacadas suas boas qualidades.

Caso 55 (grupo B)- Não sei como dizer, duas pessoas, andando na rua. Só. Quem são estas pessoas? São meus dois filhos. Vão indo para a escola, estudam juntos. Vou levá-lo e vou buscá-lo para a casa da mãe dele. Só.

As histórias pacifistas caracterizavam-se pela utilização do branco da prancha para justificar a ausência ou abolição de qualquer sinal de sofrimento ou sentimentos negativos. A lâmina abaixo ilustra este aspecto.

Caso 7 (grupo A)- Um vazão que representa uma paz, tranqüilidade em todo o setor de nossa vida. Isso faz imaginar que o dia será tranqüilo e maravilhoso.

Como se pode depreender, o caráter persecutório predomina na relação de objeto (Tabela 40), seguida pelas relações de caráter positivo e amistoso, nas quais o paciente mostra-se aberto para formar vínculos (caso 24 exemplificado). As de natureza depressiva, também são freqüentes, nas quais o paciente vê-se abandonado, neste momento de separação.

Tabela 40- Natureza das Relações Objetais, produzidas frente à Lâmina Branca, por ordem de classificação

Relações Objetais				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Persecutória	16	Persecutória	15
2º	Amistosa	8	Amistosa	7
3º	Depressiva	7	Depressiva	2
4º	Bloqueio	3	Bloqueio	4
5º	Indiscriminada	1	Indiscriminada	0
	Total	35	Total	28

Caso 24 (grupo A)- É toda a minha vida para completar. Vai começar uma vida nova. Vai apagar tudo ruim e começar de bom. Quero arrumar mais amigos do que eu já tenho.

Conforme podemos depreender das características das narrativas nesta última lâmina, as saídas maníacas e idealizadas predominam em ambos os grupos. A Tabela 41 apresenta a distribuição de respostas quanto ao desfecho final ao TRO.

Tabela 41- Soluções para as histórias produzidas frente à Lâmina Branca, por ordem de classificação

Tipos de Solução				
Ordem	Grupo A	N	Grupo B	N
1º	Idealizada	10	Maníaca	9
2º	Maníaca	8	Idealizada	7
3º	Não tem	8	Não tem	4
4º	Plausível	6	Bloqueio	4
5º	Bloqueio	3	Plausível	4
	Total	35	Total	28

Para finalizar ilustramos abaixo um exemplo emblemático da idéia de refúgio psíquico, contra as ameaças de aniquilamento e depressão que estes pacientes vivenciam.

Caso 35 (grupo A)- Uma casa, um homem dentro dela, olhando pela janela, vendo as árvores se balançarem, com o vento forte que está lá fora. Ele irá fechar a janela e ficar dentro de casa, porque não dá para sair lá fora, para ir à igreja e rezar.

4.5. CASOS ILUSTRADOS: o autor contando histórias

Neste capítulo apresentaremos alguns casos, procurando trazer ao leitor a narrativa do autor, contando a história dos pacientes e a maneira como o drama de cada um foi particularizado, durante o atendimento psicológico. Pretende-se que eles ilustrem a vivência emocional do paciente candidato ao transplante, complementando os dados já anteriormente abordados. Alguns deles foram escolhidos propositadamente, porque subvertem o padrão comum encontrado no grupo, exteriorizando aspectos atípicos em relação à lógica emocional dos demais.

Caso 1 (grupo A)- A enfermeira que não se cuidava. Tratava-se de uma mulher, 35 anos, auxiliar de enfermagem, casada, dois filhos. Adquiriu a miocardiopatia na segunda gestação (6 anos antes), fez uso de antiabortivo até o oitavo mês, devido risco de descolamento da placenta. Na época interrompeu uso de lasix (diurético) porque passava para o leite materno e prejudicava o desenvolvimento do bebê (sic). Apresentava-se às consultas de cadeira de rodas, trazida pela mãe, também auxiliar de enfermagem. Queixava-se de desânimo para cuidar de si, de seus filhos, da casa e de investir no relacionamento com o marido que, segundo ela não lhe dava a atenção desejada e talvez estivesse mantendo relacionamentos extraconjugais, já que ela não tinha mais apetite sexual. Reclamava da mãe que era muito autoritária. Lembrava do sonho de fazer curso de medicina que seria pago por uma madrinha, mas como engravidou da primeira filha teve que casar. Falou com entusiasmo do tempo em que tinha os seios tão grandes e bonitos que a deixavam muito atraente – *Agora secaram,*

disse ela, estava totalmente diferente da mulher que fora um dia. Tivemos poucos e breves encontros devido à sua debilidade física e sua rápida evolução para óbito. No final do processo fui visitada pela mãe, protestando contra um médico-residente do pronto socorro, que disse à sua filha que seu caso era de psiquiatra, porque estava louca, uma vez que suas queixas excessivas não procediam, dentro do espectro de seu quadro clínico. Quanto à paciente, perguntou-me se eu concordava com o parecer do médico; respondi-lhe que não, sua tristeza, desânimo e pânico diante da falta de ar eram pertinentes diante da gravidade de sua doença.

Lâmina A1 – Um homem agachado ao lado e um de pé. Estão conversando... Sobre? Não sei. A sombra de duas pessoas conversando... O que vai acontecer? Sair da sombra. Só.

Observa-se aqui o estado depressivo da paciente caracterizado pela transformação da figura humana em sombra, a debilidade egóica no personagem agachado. Verifica-se que apesar da alucinação de um segundo personagem, influenciada pelas nuances de claro-escuro, ela não se mostra eficaz, o objeto criado não é visto com características distintas. Transferencialmente, apesar do pedido para não estar só na situação, a paciente via a psicóloga apenas como eco, extensão de seu mundo interno (duas sombras). De fato eu sentia muita impotência para atendê-la. A lâmina A2 repetirá a mesma situação, são dois personagens na escuridão, sem fisionomia, num lugar só para dois, conversando.

Nas lâminas C3, B3 e Bg o tema é de repreensão e punição –

Lâmina B3 – Parece um padre dando conselho a alguém. E alguém (terceiro personagem) está só escutando o que o padre está orientando o mais jovem. Só! Por que há necessidade de orientação? Porque é rebelde e a família, a mãe, no caso, pede o auxílio do padre, que é alguém mais sereno e mais calmo. Ele vai ouvir, não vai maltratar o padre. Ele vai ouvir, acatar, não sei.

A paciente parecia necessitar de um superego menos cruel (sereno e calmo) e que pudesse perdoar (o padre / a equipe) para aliviar sua culpabilidade (rebeldia). O tema parecia associar-se às dificuldades de aceitação de sua doença e de sua desobediência ao tratamento médico, que sua mãe não conseguia atenuar, pela severidade nela projetada.

Esta severidade superegógica, que estava também refletida no mundo externo, contra a qual se rebelava, parecia levar a paciente ao fracasso e a depressão. Para cada ganho existia uma perda correspondente, por exemplo, o nascimento da primeira filha e o casamento subtraiu-lhe o curso de medicina (não sabemos o que aconteceu com a fada madrinha que pagaria o curso); o segundo filho tirou-lhe a saúde (não considerava a interrupção do tratamento por conta própria e o benefício que poderia ter obtido com ele). Assim, não havia nada que pudesse exaltá-la, só recriminá-la. Observa-se como a paciente ia trabalhando contra ela mesma, satisfazendo um superego sádico, pondo em dúvida para o ego sua capacidade de restauração que, na fala da paciente estava representada em poder ter novamente seios grandes e atraentes.

Esta aritmética que sempre resultava zero podia-se notar nas lâminas C2 e branca. Quando ela considerava a possibilidade de ter objetos bons (ou sentimentos bons), que cuidavam e amparavam, logo eram destituídos desta possibilidade.

Lâmina C2- Vejo um quarto, uma cama, cômoda, espelho e uma velha, indo para o quarto dormir. Uma casa velha. Sozinha também. Está angustiada pela velhice. O que vai acontecer? Se ninguém visitá-la ou procurá-la vai morrer de angústia. O ser humano precisa de alguém. A velha não teve filhos, netos ou pode ter e não liga para ela.

Lâmina branca-Não tem nada, uma folha em branco. Ela pode ser pintada com qualquer coisa que vem à mente. Tanto de alegria, como de tristeza. Podemos ver uma família alegre, crianças alegres ou uma cena de tristeza. Vai da imaginação. Pode morar um pai, irmãos, mãe, filhos, pai. Pode morar ninguém. Vai do estado de espírito da pessoa. Pode-se ver coisas boas ou ruins. Só!

Sua desesperança fazia-se presente, com vigor, na produção à lâmina A3.

Lâmina A3- Pessoas num velório, sepultando alguém. Parece. Duas aqui... Acho que é um sepultamento. Quem morreu? Um ente querido. Só! Como estes vão ficar? Tristes... quando se perde alguém... não se morre de amor... Acostuma-se com as coisas ruins... Vai fazer falta. Dizem que vai descansar. Não se sabe para onde a alma vai.

Caso 2 (grupo B)- O homem ecológico. Suas produções ao TRO contemplavam a transformação da natureza, a preocupação com o futuro do ambiente, as conseqüências do progresso. Veio de uma cidade do interior, há 300 km de São Paulo. Aqui necessitou ficar alojado na Casa do Cardíaco, entidade beneficente ligada ao Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, que abriga pacientes, durante o processo de tratamento, antes da cirurgia. De acordo com as regras vigentes, após a cirurgia, o paciente transplantado fica em uma residência, seja de familiares, alugada ou pensionato, com recursos próprios ou provenientes do TFD (tratamento fora de domicílio) mantido por verbas do governo do município em que o paciente reside. Este

processo demanda uma série de providências burocráticas e administrativas, normalmente sob responsabilidade do cuidador imediato, as esposas, em geral.

Quando o paciente vem nestas condições, a separação da família, de sua rede de apoio social e as preocupações de ordem financeira, seja para manter-se em São Paulo, seja para manter o sustento da família em seu local de origem acaba sendo um desafio, tanto quanto a cirurgia para o paciente. Se, por algum problema, ele não consegue a manutenção de sua estada em São Paulo, sua inclusão no tratamento fica em suspenso até a resolução desta pendência. Para a realização de um transplante de coração, o receptor deve estar perto do centro transplantador, quando for chamado para a cirurgia, em função do tempo de isquemia do enxerto. Após a cirurgia, nos primeiros 6 meses, ele deverá comparecer com frequência semanal no hospital e não poderá utilizar transporte coletivo, em função do risco de infecção.

A queixa deste paciente era a separação e o distanciamento de sua filha de 3,5 anos. Os atendimentos psicológicos eram focados, além de suas preocupações com os arranjos necessários mencionados, nos contatos por telefone ou outra via que estabelecia com a filha: sua entrada na pré-escola, suas aquisições de habilidades. O outro filho praticamente não era mencionado e, durante a estada do paciente e sua esposa em São Paulo, permanecia sob cuidados de uma das avós, enquanto que a menina ficava sob cuidados de uma das tias. É provável que, em virtude do tempo de união do casal, e a idade do menino, ele fosse fruto de outro relacionamento da esposa, mas tal dado nunca foi explicitado. O paciente apresentava-se como alguém muito tímido e enfraquecido pela doença, atribuindo à esposa a desenvoltura necessária para resolver os problemas, naquele momento.

Suas histórias eram predominantemente contemplativas e apresentavam-se, qualitativamente com maior simbolismo do que, no geral, foi produzido pelo restante da amostra.

Lâmina 1- Uma figura embaçada. Pegou! Aqui tem outra pessoa (pergunta). Um senhor com uma pessoa sentada ao lado. Observando ao fundo tem uma floresta. Ele está admirado com a imagem que está vendo. Ele e o companheiro vêm ver esta imagem – a floresta. Neste local ele se sente bem, porque relaxa e por isso vem aqui todo o dia. No futuro? Ele observa que no futuro pode não ter mais nada, porque o ser humano está destruindo a natureza. Pode acabar com tudo.

Observa-se aqui a angústia pela devastação iminente da doença e o risco de morte, projetada, na história, na forma de catástrofes ambientais, diante da qual o paciente mantinha-se numa posição de observador externo, sem descartar sua implicação ética no processo de enfermidade (é o homem que causa a destruição da natureza). Este companheirismo solicitado transferencialmente, para não estar só no processo de transformação aconteceu e ele aderiu ao processo de acompanhamento psicológico que durou até sua alta hospitalar, quando retornou para sua cidade natal.

Lâmina B2- Aqui um casal, embaixo de uma árvore, observando o prédio. Um prédio antigo que lembra o tempo dos pais, dos avós dele. O prédio vai ser demolido para dar espaço ao progresso, para construir um edifício. Eles comentam que não estão conservando o patrimônio da cidade deles. Um comenta que vai tirar foto para mostrar aos netos, para mostrar o progresso e a mudança do tempo. De que tipo é este edifício? Um mais moderno para moradia. Ele lembra a casa de um barão de café, que poderia ser tombado. Vai dar espaço para um edifício mais moderno. Vão destruir as raízes do passado, as lembranças.

Sugere-se pensar a partir desta lâmina, como partes antigas do self vão ser eliminadas para dar lugar a novas estruturas, mais adaptadas às circunstâncias atuais – este parece ser o processo de transplante emocional, pelo qual o paciente passa, com sofrimento e nostalgia.

Lâmina BG – Aqui um pessoal, numa estação de trem, esperando o trem para viajar. Vão visitar seus parentes no interior. Uma senhora, num canto, isolada, preocupada com a demora do trem e com medo de ser assaltada na cidade grande. Com a violência está isolada, assustada. Final? Ela fica imaginando, com medo de ser assaltada. Hoje em dia não tem mais segurança; por causa do desemprego tem muita violência. Não vê a hora de chegar o trem... está preocupada.

Esta transformação com o transplante pode assumir a conotação de uma violação (um assalto) para o paciente, na qual vai ser despojado de seus pertences. De fato ele vai perder algo valioso – seu coração. Neste caso, ele consegue suportar a angústia, permanece na estação, a hora do trem chegar para viajar (voltar para a sua casa) ainda não chegou.

Caso 3 (grupo B) – O mendigo. Vem de outro estado acompanhado de sua mãe, deixando mulher e filhos em sua cidade natal. Passa pelo mesmo processo para obtenção do TFD citado no caso anterior. Na primeira entrevista refere ter sido condenado pelo médico de outro hospital, que considerava seu caso sem esperança, já que não tinha recursos econômicos mínimos para o transplante. O medo de ser

rejeitado para o transplante, por questões materiais, norteou toda a etapa preliminar à cirurgia.

Lâmina A1- Parecem duas pessoas. A de pé é um homem de braços cruzados. A sentada é um mendigo, na praça, com chafariz. Ele pede uma esmola. O homem não tem dinheiro, mas oferece uma conversa, uma palavra. Conversam por algum tempo e se tornam amigos. Porque aquela praça faz parte do percurso do homem e vê com frequência o mendigo. Vão conversar todos os dias.

A identificação com a figura do mendigo refletia sua história de exclusão social. Transferencialmente, a narrativa deste paciente sugere a necessidade de alguém para conversar todos os dias e que possa aceitar sua parte “mendiga”. Seu acompanhamento psicológico prosseguiu até seu retorno para sua cidade natal, 6 meses após a realização do transplante.

Esta parte mendiga estendia-se para além da questão econômica, era filho de mãe solteira e pertencia a uma família de ciganos. Embora conhecesse o pai biológico e tivesse meio irmãos, não era reconhecido por ele e não mantinham nenhuma relação de amizade. O paciente encontrara na igreja evangélica o sentimento de pertença a um grupo social, atingindo o posto de pastor, sentindo-se bem quisto na comunidade.

Após um período de demora na confecção dos exames laboratoriais, por parte da esposa, como praxe para averiguar se ela apresentava qualquer doença infecto-contagiosa, que pudesse ser transmitida sexualmente ao paciente, descobriu-se que a mesma era portadora de sífilis, enquanto que o paciente obtivera resultados normais para a mesma avaliação.

O paciente apoiava-se em seus preceitos religiosos e no suporte que recebia da equipe para não ceder aos seus impulsos de voltar para a cidade natal e confrontar-se com a esposa, diante da possibilidade de adultério. Tinha medo de “perder a cabeça”. A mulher e a filha não se comunicaram mais com o paciente em São Paulo, que manteve apenas contato esporádico com o filho. Sua separação conjugal acarretou também a perda do cargo de pastor na igreja.

O medo de seus impulsos, sentido como perigosos e mortíferos, pode ser observado nas lâminas abaixo ilustradas:

Lâmina A2- Vejo duas pessoas. Uma jovem e uma senhora. São mãe e filha. Conversam intimamente a respeito da vida, sua trajetória. A mãe aconselha e previne a jovem filha sobre os perigos da vida hoje. Observo que a filha aparenta reverência e ouve os conselhos da mãe. Para o futuro, a filha que ouve os conselhos da mãe experiente terá um futuro próspero e feliz.

Nota-se o papel de conselheira atribuído à psicóloga, em quem depositava a contenção da periculosidade que sentia abrigar dentro dele (para não perder a cabeça), papel este anteriormente depositado com exclusividade na igreja.

Lâmina CG – O que é isto?! Vejo uma arquibancada com algumas pessoas amontoadas do lado de baixo dessa mesma arquibancada. Pelos gestos dessas pessoas, observo que está acontecendo uma briga. Observo uma sombra de uma única pessoa que fica no alto da arquibancada, observando, enquanto os outros se esmurram. Infelizmente um outro quadro presente em nossos dias. As pessoas saem para se divertir e acabam causando entre si mesmas seqüelas e sofrimento. Peço a Deus que interfira no sentimento de tais pessoas e que no futuro possamos desfrutar de mais amor e harmonia. Como termina a história? Termina em tragédia, uns feridos,

outros presos e outros perdem a esperança de encontrar prazer em tais lugares. E esse aqui? É o único que conseguiu controlar seu impulso e se manteve quieto, longe da confusão e, conseqüentemente, da amargura que trará no futuro.

Observa-se aqui que para o paciente não há qualquer possibilidade de negociação entre seus impulsos e o superego, havendo predomínio da agressão sobre a libido, uma vez que não consegue ter esperança em sentir-se gratificado. Nota-se, como saída para o ego, o refúgio numa condição que silencia o impulso e evita a tragédia.

No final do processo, antes de seu retorno, confidenciou ter vivido uma situação de confronto na rua, em que disparou com arma de fogo num homem, respondendo a processo criminal por tentativa de homicídio.

Voltou para a sua cidade fazendo planos para oficializar uma nova relação amorosa, com a filha de outro transplantado.

Caso nº 8 – A surpresa. Este paciente era muito simpático e bem humorado nos encontros. Vinha acompanhado de sua segunda esposa e ambos, até a piora do quadro clínico, viviam na estrada, gozando tanto do desconforto de viver num caminhão, como das aventuras de viajarem pelo país, como caminhoneiros. Com exceção do histórico de abuso alcoólico, interrompido 15 anos antes, nada chamava atenção. Também era do interior do estado e passou a fase preliminar em entendimentos com uma tia-madrinha, idosa, solteira, para permanecer hospedado em sua casa. Após a cirurgia, rompeu com a tia, pela mania de limpeza (sic) desta velha senhora. Esta escreveu uma carta ao hospital, mostrando-se decepcionada com a

ingratidão do sobrinho e preocupada com sua real capacidade para preservar o tratamento no futuro.

O paciente tornou-se inabordável e não parecia a mesma pessoa, durante o período de internação, por infecção que o levou à morte. Desvalorizava e desqualificava todas as tentativas para reverter sua situação. Dizia-se arrependido de ter feito o transplante e parecia reagir com muito ódio. A surpresa aconteceu depois do desfecho do caso, ao analisarmos as produções ao TRO, que se mostraram atípicas em relação à amostra estudada.

Lâmina C3- Vejo um sábio, sentado na poltrona. Um laboratório que ele tem. Está procurando um produto para a cura, para alguma descoberta que ele quer fazer. Tem uma pessoa perto que atrapalha. Por que? Com barulho, com conversa que não serve para nada. Por que isso acontece? Porque a pessoa tem instinto para fazer alguma coisa, tem outra para atrapalhar e impedir a sabedoria. No futuro? Ele, sem maldade, conseguiu que tudo isso que perturbava fosse afastado dele e hoje ele é um grande sábio.

Observa-se aqui o ataque ao atendimento psicológico: *conversa que não serve para nada*. No mundo interno verifica-se que a conquista para o progresso pessoal é ameaçado por um objeto mau. A negação do conflito (*sem maldade*) e seu afeto correspondente (*omissão da cor*), permitem uma saída mágica da situação, sem obter contato com estes aspectos destrutivos.

Lâmina B1- Vejo uma pessoa que está entrando numa residência, com certeza é um ladrão que entrou para assaltar, mas da maneira como ele entrou, ali havia um berço, no aconchego uma criança e ele se comoveu. Pediu perdão ao ver o que praticava e foi

embora sem fazer mal a ninguém. Hoje ele é uma pessoa que se converteu e segue a vida em paz. Comentários: Não vai acabar? Vou fazer histórias pequenas.

Novamente aqui, a reação transferencial é negativa: a psicóloga é um ladrão que vai invadir sua interioridade. Tenta mitigar sua agressão, transformando-se numa criança inocente ou convertendo-se no adulto virtuoso. Esta manobra, todavia não é eficaz, pois no final ataca novamente a relação, reduzindo sua colaboração na forma de *histórias pequenas*.

Lâmina CG- O que eu estou vendo aqui? Fogo não é, porque não é vermelho. É verde. Uma cerca que impede uma travessia para salvar uma pessoa que está do outro lado. Essa pessoa não se enxerga, mal dá para ver a sombra. Ficou difícil. Como isso ocorreu com essa pessoa? Essa pessoa acabou morrendo. Era uma eletricidade, com alta tensão e não teve como alguém socorrer.

Observa-se aqui como a capacidade de reparação do paciente é nula, tanto porque ele não enxerga o outro, tanto porque nega sua agressão (*fogo/vermelho/alta tensão*), não havendo contato com a culpa.

Lâmina B3- Aqui eu vejo, numa escuridão, uma pessoa pedindo ajuda numa residência. É uma noite muito fria. Está pedindo um abrigo para descansar. A pessoa que foi procurada, ele negou fazer caridade. Por que? Porque ele era uma pessoa que viveu só, por conta dele, com bastante dinheiro e achou que não precisava de ninguém (a que está pedindo ajuda). E a pessoa que não quis ajudar esse peregrino, um dia ficou doente e pediu ajuda a uma pessoa. Essa pessoa ajudou, tirou ele do mal que estava. Depois a pessoa que ajudou declarou que:- Eu sou aquela pessoa que você um dia negou ajuda. Futuro? Ele pedindo perdão. Ele foi perdoado e hoje são amigos inseparáveis.

Na seqüência percebe-se como o paciente teme que o objeto (transferencialmente a psicóloga, por ter sido atacada na prancha anterior) se vingue dele, por sua arrogância e egoísmo, excluindo-o e deixando-o à mercê do abandono e morte.

Lâmina B2- Vejo uma árvore, um castelo e duas pessoas à espera de alguém, embaixo da árvore. Quem vai chegar? As pessoas que moram na casa. E assim passou a noite e a pessoa esperada não apareceu. Por que? Aí descobriram que estavam dentro da casa. Tinham morrido envenenados e até hoje ninguém sabe qual o fundamento.

Novamente destaca-se a emergência da violência na narrativa (assassinato por envenenamento), a atuação sem clareza das motivações e a finalização da história, temendo a percepção de seus impulsos destrutivos.

Lâmina BG- Vejo uma escola, bastante criança. A professora saindo em busca de alimento para as crianças. É um lugar muito pobre. Essa pessoa fazia tudo por espontânea vontade. Por ter o prazer de fazer o bem às outras pessoas. Terminou.

Observa-se a desqualificação do continente que lhe é oferecido; é melhor ficar fora e não se manter junto ao grupo. Não percebe que o hospital possa lhe oferecer algo bom; na verdade não acredita que possua algo bom (alimento) dentro dele.

A desesperança em sua recuperação e a ausência de um objeto bom que pudesse amenizar a violência de sua destrutividade são ilustradas abaixo, nas lâminas C1 e C2.

Lâmina C2- É uma pessoa que saiu à procura de uma ajuda, porque a sua companheira estava agonizando. Procurou muito; quando ele conseguiu retornou para a sua casa e a companheira que o esperava já tinha agonizado. Ficou revoltado por não poder salvá-la.

Lâmina C1-Vejo uma cadeira, uma mesa, um vaso de flor, uma janela fechada. Quem morava aqui ficou desgostoso e sumiu no mundo. Só pode ser isso que aconteceu com ele.

Caso 12 (grupo B)- O Retrartista. Este adolescente de 16 anos diagnosticara sua doença cardíaca aos 9 meses de idade. Tratava-se de uma Miocardiopatia Hipertrófica, patologia transmitida geneticamente pela mãe, portadora da mesma doença, mas sob controle clínico. O rapaz era conhecido no hospital, em função de suas internações anteriores, pela sua habilidade em copiar, ampliando fotos ou ilustrações de revistas. Era muito calado às consultas; a mãe justificava-se dizendo que era assim, porque nunca consultara um psicólogo e, por isso, não sabia conversar e responder às minhas perguntas. O paciente não tinha vida social, não saía de casa e não tinha amigos. Só se queixou que ficara apavorado na hora do cateterismo, porque a mãe dissera que iria doer muito. A mãe ocupava os atendimentos relatando as vicissitudes de sua própria doença. O mesmo repetia-se com os outros profissionais da equipe. Também eram de cidade interiorana. A mãe pretendia deixar o menino sozinho na Casa do Cardíaco, justificando-se pelas limitações de seus sintomas e dispunha-se a estar presente somente na hora da cirurgia. Tal conduta seria recusada pelas normas de funcionamento do local, que não aceita pacientes sem acompanhante. O pai negava-se a participar; alegava não poder ausentar-se do trabalho e não saber dirigir em São

Paulo, o que impossibilitava arcar com o transporte do filho de sua cidade para o hospital, com a frequência necessária. A indisponibilidade dos pais atrasou sobremaneira a organização do tratamento. Ele realizou a cirurgia e não sobreviveu ao pós-operatório.

Lâmina A1- É xerox ou foi pintado? Como foi feito? Parecem duas pessoas. Um em pé e outra sentada. O lugar aqui... parece um coqueiro aqui atrás, pelo formato. Estão num tipo de grama. É um gramado? O que acontece com eles? Estão dialogando, conversando. Sobre? Assuntos familiares, só isso. No futuro? Aí me pegou. Não sei. Melhorar a vida profissionalmente, o trabalho. Vão melhorar.

O paciente parece projetar seu desamparo na lâmina, criando um gramado, não amenizado no encontro humano, entre os dois personagens, que se mantém num diálogo superficial. Transferencialmente este jovem parece comunicar sua perspectiva duvidosa para o futuro: *Você me pegou*, ou seja, eu não penso no futuro.

As histórias são breves, empobrecidas, não recorre sequer ao contexto de realidade da lâmina; a aproximação dos personagens é mínima. Prevalece a negação e a mania.

Lâmina AG- Esse aqui... vejo várias pessoas juntas... agora o lugar (pergunta-se)... deixa eu ver... tipo uma praia... parece areia... está um sol, um dia bonito, sol quente. Estão se divertindo. Acho que só.

Lâmina B1- Um quarto, de novo, agora bem mais nítido. Uma cama aqui, uma pessoa indo dormir, para depois acordar, para mais um dia de trabalho, só isso.

Seu sentimento de solidão e abandono apareceu com clareza frente às lâminas C1 e C2.

Lâmina C2 – Um quarto, de novo. Como tem quarto aqui. Uma pessoa indo dormir; é o que parece. Para descansar, para mais um dia longo e só. Falta muito?

Lâmina C1 – Uma cozinha. Estou vendo uma pessoa do outro lado da janela de fora. Não sei o que ela pode estar fazendo ali. Deixa ver... Parece que esta casa está abandonada, está tudo bagunçado. Só isso.

A ênfase no quarto, que ele sente como tema de repetição no TRO parece sugerir um aprisionamento e, sua contrapartida, o desejo de vínculos mais próximos e de dependência confiável.

Na lâmina C3, ilustrada abaixo, averigua-se como a noção internalizada de família que o paciente possui é precária e confusa, evidenciada pelo desajuste perceptual e pelo caráter impessoal e superficial dos personagens. O final é praticamente o desejo explícito de ter parentes mais próximos.

Lâmina C3- Aqui parece uma lanchonete com várias pessoas. Estou vendo uma xícara aqui. Estão tomando café da manhã. Conversando sobre assuntos gerais. No futuro? Pegou... deixa eu ver... Eles vão realizar os seus desejos, profissionalmente, como na família. O que? Amizade entre todos: parentes mais próximos com parentes mais distantes.

Caso 13 (grupo A) Vidas Secas- Este paciente vinha do interior de Minas Gerais. Apesar de adulto (31 anos) era muito franzino. Vinha acompanhado por uma das irmãs. A doença cardíaca foi diagnosticada na mesma ocasião em que se submeteu a tratamento para tuberculose em 1994. Tinha sido alcoólatra. Nas primeiras entrevistas ficava de cabeça baixa, não me olhava nos olhos e pouco falava. Sua irmã completava as informações, sempre que necessário. Achava que o alcoolismo fora motivado pelo ambiente familiar. Eclodiu na ocasião que a mãe saíra de casa, para tratamento de um tumor no útero, em cidade fora do estado e permaneceu por 10 anos longe da família. O pai era alcoólatra. Não havia diálogo na família. O paciente vivia na casa da avó e cada um dos filhos (7 no total) residia num lugar diferente. Não tinham recursos financeiros ou parentes em São Paulo e necessitariam do TFP. O paciente queixava-se que a mãe não aceitava o transplante e que, se ela não concordasse, não iria aceitar a cirurgia. A irmã procurava justificar a mãe, explicando que ela tinha medo que o paciente não agüentasse a cirurgia, pois tinha a “pressão muito baixa”. Com o passar do tempo passou a conversar um pouco comigo, voltou a participar das atividades comunitárias da igreja, onde tocava violão e na última vez que estivemos juntos relatou seu envolvimento com uma jovem da cidade, que mais parecia uma fantasia platônica, uma vez que era casada e não havia contato físico entre os dois, até aquele momento. Ele melhorou clinicamente e a indicação de transplante ficou adiada.

Lâmina A1- Uma pessoa em pé. Ele veio lá do fundo. Um homem, pensativo... Sobre? Não responde... Parece outra pessoa deitada. O que faz? Está se escondendo de alguma coisa. Que coisa seria? Do outro homem em pé. Por que? Vergonha de se aparecer. O homem, o que poderia fazer para ocasionar este receio? Um homem ruim. Só. E no futuro? Quem sabe podem se tornar amigos, ter uma amizade.

Observa-se o caráter persecutório frente ao atendimento. Tem vergonha em mostrar seus conteúdos, que procura esconder da psicóloga. A perspectiva de um entendimento, no entanto, pode ser idealizada. Na lâmina A2, o caráter amistoso da relação dos personagens (namorados que se casam e vão fazer coisas boas juntos) confirma a viabilidade de algum êxito terapêutico.

Suas produções, no entanto, revelam traços depressivos e culpa persecutória; personagens que apresentam má conduta e, portanto merecem castigo. Na Lâmina C2 é possível que o paciente aproprie-se de sua doença como um castigo; tinha vergonha de ter sido um alcoólatra. A mãe que desacreditava o transplante confirmava sua crença interior de falta de merecimento.

Lâmina B3- Pessoas entrando dentro de casa. Outra parece que está saindo. Esses dois homens parecem que estão entrando mesmo. Quem são, o que fazem? Este que está saindo pode ser inimigo daqueles que entram. O que houve entre eles? Desentendimento. Motivo? Por causa de um roubo. O que foi roubado? Muito dinheiro. No futuro? O bandido acaba sendo preso.

Lâmina C2- Parece uma prisão, fechado, caminha para dormir. Um rapaz. Não vê a hora dele sair. Por que está preso? Ele violentou a lei. Natureza do crime? Matou. Quem? A mulher dele por causa de ciúmes. Quanto falta para ele sair? Um ano e meio, depois que sair vai estar arrependido do que fez.

Frente à lâmina AG sugere a debilidade de sua capacidade defensiva contra as pressões externas (vento que derruba tudo) ou sua falta de energia e vontade própria, já diagnosticada pela mãe: tinha pressão baixa. Permanece passivo: a solução vem do

exterior, a tempestade passa. Ou seja, esperava que sua decisão fosse tomada pela família que, na prática, não funcionava enquanto tal.

Lâmina AG- Está difícil... um mar bravo... uma tempestade com muito vento. Vento tão forte, que está derrubando tudo, só. No futuro? O vento pára e o mar se acalma, pondo um fim na tempestade.

Ao despedir-se da situação, frente à lâmina branca, reitera sua falta de autonomia e independência, por falta de um objeto que lhe dê sustentação interna.

Lâmina branca – Branco!... Convido para criar uma história. Está um vazio. Falta tudo: amigos da gente, parente, falta trabalho... é um buraco que não tem fundo, vai caindo e nunca chega no fundo.

Caso 23- O papagaio. Este paciente de 54 anos ainda estava ativo em sua profissão, quando recebeu a indicação de transplante. Recebera o diagnóstico de sua cardiopatia em 1996. Associava sua piora a um seqüestro e roubo sofrido numa viagem a serviço da empresa. Sua primeira esposa morrerá de causa indeterminada, após uma cirurgia. No passado, pedia a seu médico que não o deixasse morrer, até que sua filha concluísse o curso universitário. A filha, no entanto, morre em janeiro do ano seguinte à conclusão do curso, após uma infecção respiratória, com a mesma idade da mãe, 22 anos. O paciente explicava que sua morte ocorreu devido à desnutrição, porque se alimentava mal, em função da sobrecarga de trabalho e estudos. A filha graduara-se em psicologia e o paciente sempre a comparava comigo. A segunda esposa passou a acompanhá-lo, nas entrevistas, na medida em que o caso piorava. Existia uma preocupação focada no destino do papagaio que pertencia ao paciente, visto que a

presença de animais domésticos na residência, após a cirurgia é proibido, devido ao risco de infecção. A relação com o animal era muito peculiar, considerando-se que se tratava de uma ave: fazia as refeições à mesa e utilizava o sanitário do banheiro, por exemplo. Depois de alguns acordos em família, decidiu-se que ele ficaria com a cunhada que, inclusive, receberia pagamento mensal para cuidar do bicho. A esposa solicitou uma entrevista à parte, alegando descontentamento com a postura do paciente. Relatou que este abandonara a filha no hospital, com infecção por AIDS, não a visitando, nem no Natal e Ano Novo. Temia que o marido não cumprisse as normas do protocolo, visto que gostava de viajar muito e estar em comemorações com os executivos da empresa. O marido mantinha relacionamentos extraconjugais. A frieza afetiva do marido e a falta de retribuição aos esforços por ela empreendidos eram motivo de decepção. Ele realizou com sucesso o transplante. Para a esposa, a continuidade do casamento era posta em dúvida, sentia-se tratada apenas como uma serviçal da casa, o marido tornara-se obsessivo em relação à limpeza. Não tinha tempo ou sobrava energia para si. O marido proibia gastos que pudessem aliviá-la ou a fizesse sentir-se melhor, tais como uma faxineira para os trabalhos mais pesados, uma manicura, por exemplo. Neste caso, não houve aderência ao acompanhamento psicológico. Na verdade o paciente parecia sentir-se muito mal na minha presença.

Observou-se que o paciente tratava as lâminas como espelhos; parecia não se relacionar com nenhum objeto. A relação a dois parecia ser muito ansiogênica, talvez porque lembrasse perdas.

Ilustraremos algumas delas, pois o padrão é repetitivo. Os comentários são mais reveladores.

Lâmina A1 – Uma pessoa doente, procurando um tratamento, pacientemente aguardando sua vez para atendimento. A pessoa de baixo não está definido se é gente; não tenho certeza. A outra é. Parece ser a fila de uma igreja ou hospital. Parece ser de hospital. A solução é igual a minha. Pode ser um indivíduo que aguarda transplante ou ponte safena. Futuro? Um transplante bem sucedido e deve cumprir todas as normas. Seguir rigorosamente o tratamento para ter vida normal como outro ser humano. É o que eu penso de mim. Para ele deve ser o mesmo. Vou fazer tudo. Se a morte for descanso prefiro viver cansado.

Lâmina A2- Aqui significa (o claro) uma cirurgia. Parece um RX do tórax. Será que está errado (pergunta-se). Ou é o exame que fiz agora, de medicina nuclear. Parece a foto do miocárdio. O resultado do exame não está satisfatório. É necessária uma cirurgia, um transplante. No meu caso, o coração está crescido, dilatado, precisa fazer o cate para localizar o problema no coração. Você vai brigar comigo?

Lâmina AG- Vou relatar sobre o atendimento, não vou mentir, vou prometer falar a verdade, vou ser fiel. Não sei se isso pertence a minha doença. Fui bem atendido. Não vou sair fora do que vocês pedem. Sem vocês não sou ninguém neste momento. Confio tanto na minha psicóloga. A minha filha que morreu também era psicóloga e Deus levou... uma profissão honrada.

O paciente temia algum tipo de retaliação, ter-me identificado com a filha parecia colocá-lo numa posição de réu, à espera de uma condenação. O que ele verbalizava nas entrevistas era o mesmo conteúdo das pranchas, realmente parecia uma conversa de papagaio.

Caso 25 (Grupo A)- Ghost. Este paciente (53 anos) veio do sul do país, apresentava uma condição social e intelectual diferenciada, em relação aos demais. Hospedou-se num hotel da cidade, na companhia de sua segunda esposa. Perdera a primeira esposa num acidente automobilístico e o primeiro infarto ocorreu após este evento. Afirmava nunca ter superado esta perda. Era portador de um desfibrilador e acompanhava obsessivamente o funcionamento do aparelho, ou seja, se ele funcionava era porque havia tido uma parada cardíaca – uma espécie de contagem regressiva. Seu porte físico e peso corpóreo (acima de 70k) dificultavam a obtenção de um doador compatível. Fiscalizava a movimentação de pacientes da fila, pela internet. À medida que o tempo passava e a doença piorava, o paciente passou a relatar suas vivências espirituais. Contou-me de uma visão, com uma antiga amiga que morrera de câncer há muito tempo atrás; procurava especular os detalhes daquele encontro, para distingui-lo de um sonho comum, já que se encontrava acordado. Comparava esta experiência com outra, que tivera por ocasião da morte de seu pai, quando teve indícios de sua presença espiritual durante uma refeição. Ele não conseguiu sobreviver à espera.

Lâmina A1- De cara todos devem dizer que é um homem de costas. Ao lado um menino, que está meio sentado. Não é uma figura exata. Eles parecem observar, dá a impressão, primeiro de um portal ou cachoeira. Não sei definir. Parece ser uma cachoeira. Parece um lago. O que se passa entre eles? Uma espécie de contemplação da natureza, o barulho da cachoeira, lago. Seria isso o que eu vejo. Final? Na realidade, a partir de determinado tempo se retiram. Não posso afirmar que há afinidade entre eles, do tipo pai e filho. Que eles são amigos, realmente são.

Uma característica do paciente frente ao TRO era manter-se no contexto de realidade da lâmina, numa tentativa de controle obsessivo do conteúdo emocional que as lâminas iam despertando. Temia apresentar “algo diferente” dos demais pacientes. Precisava certificar-se que via o que todos vêem, a fantasia era promotora de descontrole. Transferencialmente esperava que nosso relacionamento não fosse tão próximo, a ponto de despertar dor na hora da separação.

Sua produção à lâmina C3 apresentou caráter inédito.

Lâmina C3- Quanta coisa! Melhor não falar nada, senão vai tirar da fila. A parte escura parece uma moça sentada, por causa do cabelo caindo. Há um altar com uma luz, uma pessoa ajoelhada. Uma luz (abajur). Não saberia definir o vermelho. Ao fundo vê-se uma menina sofrendo por algum motivo, pedindo a Deus alguma coisa para ela. Há mais pessoas sentadas na sala. Puxa vida!...Ao lado do sofá tem uma mesa, com uma xícara. Mudou a imagem. Uma pessoa sentada à mesa. Há pão e banana. A luz vermelha poderia dizer que fosse um candelabro para ajudar a iluminar o quadro. Mudou o quadro... Não é mais uma menina doente. É uma mãe, segurando a filha. Uma senhora segurando uma criança. Abraça carinhosamente. O que acontece? Alguém implora algo para a menina, uma oração. A imagem se modificou, andou. Não pode pular o final. A gente torce para que corra tudo bem. Quanto mais se olha, mais coisas surgem.

A mudança de imagem aparecia como um mecanismo de anulação, pelos sentimentos despertados, à medida que o compromisso afetivo entre os personagens era abordado e vivido como ameaçador.

Caso 27(grupo A)- Vestida de preto. Esta jovem de 35 anos foi a única paciente da amostra a trazer uma história de depressão, anterior à doença cardíaca e acompanhada por psiquiatra. Seu relato abordava basicamente as mortes na família: duas irmãs, um sobrinho, e continuaram, durante o período de nosso acompanhamento, com o atropelamento de um primo e o prenúncio da morte da própria mãe, devido seu precário estado de saúde. Viera para São Paulo para trabalhar na casa de uma senhora idosa e, como esta também falecera, permanecera como empregada da família do filho, que se responsabilizava pelo seu tratamento de saúde e sustento. Ela nunca tivera amigos, vida social ou relacionamentos afetivos. Vivia só e alegava não se incomodar com isso; era assim desde sempre e não atribuía este comportamento à depressão. Sua única preocupação era a mãe que temia perder, achava que ela não resistiria a mais nenhuma perda. Praticamente não falava e, mesmo que o fizesse, tinha-se que fazer um esforço para conseguir ouvi-la. Iniciou, na ocasião, a construção de uma casa, em terreno comprado com suas economias, era seu único sonho. Houve uma melhora do quadro clínico e, portanto, sua indicação de transplante ficou suspensa.

Lâmina A1- É um homem, parece alguém sentado em volta. A que está sentada pede ajuda. Ele está decidindo se ajuda ou não. Ela fala algo para ele. Ele está pensando se vai ajudar ou não. No final? Acho que ele não vai ajudar. Por que? Pela maneira que está de pé, não se curvou ou agachou para ouvir a pessoa. Ele está de braço cruzado.

Observa-se a falta de aproximação emocional e corporal entre os personagens; a dúvida projetada era se existia necessidade de dar e receber afeto e romper com o isolamento. A atitude do personagem parecia indicar muito orgulho dentro dela. O

curioso neste caso é que, de fato, para estar com ela e ouvi-la era necessário curvar-se e aproximar-se ao máximo.

Lâmina A2- Pausa. É mais difícil. Impressão de um casal. Acho que passeiam lado a lado. Conversam um com o outro, porque se olham de frente. Acho que estão bem. No futuro? Eles vão continuar juntos, mas dá a impressão que conversam sobre algo importante, mas no final dá tudo certo. Algo importante? Sobre filhos, talvez ela esteja grávida e não sei se estão numa situação difícil e conversam, mas no final dá tudo certo.

A idéia de que filhos podiam trazer dificuldades aos pais parecia aludir à sua própria condição clínica, cuja gravidade e prognóstico reservado poderia desfechar mais um duro golpe em sua mãe, que num curto prazo já havia contabilizado tantas perdas, identificando-se como uma filha ruim. Uma gravidez preocupante associava-se, ainda, a idéia de conter algo perigoso dentro dela – a própria doença.

A morte foi tema das lâminas C3, B3 e AG e indicam um mundo interno em que predomina a resignação frente sua destrutividade e a impossibilidade de reparação, para conter em seu interior objetos vivos, que lhe dê vontade de viver.

Lâmina C3- Nesta tem um sentado à mesa, mas não está comendo. O outro sentado é um senhor de idade. O que está de pé faz uma oração. O que está sentado é um senhor de idade e está doente. O que reza, o outro só observa, não está fazendo nada. Dá impressão que o que está em pé, em vez de rezar, está pegando alguma coisa, talvez para fazer a comunhão, para o que está doente. Vai dar a hóstia. É isso. No futuro? Acho que ele acaba morrendo, porque está bem de idade.

Lâmina B3- Esse parece o pai com o filho na porta e tem uma pessoa ajoelhada na porta. Não sei se é uma igreja ou parece uma cripta. Impressão que vai consolar o filho e a que está de joelhos é a mãe. Talvez tenham perdido alguém. Morreu alguém, avó, avô ou algum irmão. Futuro? Estão conformados. O que acontecerá com eles? Vão para casa e vão conseguir superar.

Lâmina AG- Pausa. Parece que estão no chão, de joelhos. Parece que estão rezando. Tem alguns um pouco afastados, que não estão de joelhos. Parece que rezam por alguém que foi sepultado. Parece um cemitério. Acho que é isto. No futuro? Vão para casa e acabam se conformando.

Caso 28 (grupo A)- O lapidador. Paciente de 44 anos, proveniente de outro Estado. Apresentou-se como lapidador de pedras preciosas, tendo, inclusive, clientes fora do país. Além de sua história clínica (coronariano, revascularizado duas vezes) havia estado 3 anos na prisão, por porte de cocaína, Fora usuário de cocaína até 1992, especificando o consumo de 30 gramas para cada final de semana. Suspeitava-se que sua atividade profissional também esbarrava em algum tipo de ilegalidade. Era tabagista de 60 a 80 cigarros por dia. Obeso mórbido, não suportava a dor de sua hérnia de disco, intratável cirurgicamente devido à debilidade cardiovascular. Usava corticóide injetável por conta própria para diminuir a dor. Reconhecia que poderia morrer a qualquer hora, por isso preocupava-se em treinar a esposa para assumir os negócios de lapidação de jóias e aborrecia-se, porque ela não era competente o bastante para isso. Falava com muita franqueza sobre a sua vida. Era filho de um garimpeiro, com quem aprendeu todo ofício. Relatava a crueldade da vida no garimpo e os desafios para sobreviver neste mundo. Aprendera a dominar o uso de armas de fogo com o pai, mas nunca a usara. Tomava muito tempo das entrevistas explicando-me

como se dava a lapidação de certas pedras e o preciosismo dos detalhes com que trabalhava, hipnotizando minha atenção. Presenteou toda a equipe, com uma pedra decorativa para cada um. Solicitou autorização para retornar à sua cidade, para tratar de negócios urgentes. Antes de sua partida recebi dele um livro espírita intitulado “*Voragens do pecado*”, dizendo que depois de lê-lo iria conhecê-lo. Não voltou no dia combinado. O filho informara por telefone que ele estava “sumido”, e não conhecia o seu paradeiro. O paciente retornou meses depois, com sua doença bastante avançada e morreu dias depois de dar entrada no hospital.

Com exceção das três lâminas abaixo ilustradas, o paciente apresentou histórias comuns ao TRO e neste sentido não se diferenciava dos demais:

Lâmina A2 – A figura de um homem e uma mulher, de costas, não é? Aparentemente caminham juntos. A impressão é que o da esquerda é mulher e a outra figura é do sexo masculino. Estão conversando e de braços dados também. Tipo de conversa? Sobre um bocado de abacaxi, ri. Discutindo problemas. Eu espero que estejam indo para um parque se divertir e relaxar.

A atitude jocosa despista qualquer conotação sofredora ou culposa para o ego. Observa-se que burla o enquadre da tarefa de se comprometer com a situação.

Lâmina B1- Um quarto, alguém chegando para verificar se o filho está dormindo, se está tudo bem. Ele olha, fecha a porta. É o mal de todo pai e mãe, ver se o filho está dormindo mesmo!

Observa-se nesta lâmina sua necessidade de manter suas necessidades primárias (criança dormindo) negadas, que sente como perigosas e, portanto, necessitam de vigilância.

Lâmina CG- Eu diria que mais ou menos em torno de cinco pessoas, conversando. Algum assunto mais ou menos sério. Está chegando outro (sombra), num calçadão mais ou menos largo, como em São Paulo e no Rio de Janeiro. Essa pessoa vai se juntar ao grupo. Qual o assunto? No mínimo futebol.

O conflito com a figura de autoridade, entre seus impulsos e o superego não existe. Voragem, do latim *vorágo*, *inis*, quer dizer sorvedouro, abismo, golfo, o que devora, o que engole, destrói com violência, ele parece dizer com isto que não tem recursos para lidar com seus impulsos, sendo totalmente tragado por eles.

Caso 36 (Grupo B) Tapa de amor não dói. Este paciente de 53 anos veio para tratar-se no hospital depois que perdeu seu convênio médico. Nunca fora aderente ao tratamento médico. Naquele momento de gravidade não conseguia reduzir a quantidade de líquido ingerida. Nasceu no interior do norte do país; trabalhava desde a infância. Apresentava-se como alguém que vivera em condições desumanas, como um animal, dizia ele, chegara a pernoitar ao relento e, até sua vinda para São Paulo, só realizara trabalhos braçais. Aqui trabalhava como mecânico e possuía uma pequena oficina que, devido à sua condição clínica estava sendo gerida pelos filhos. Tivera alguns estabelecimentos comerciais, de diversos tipos, inclusive casa noturna, mas perdeu tudo, pelo motivo de sempre: maus sócios. Sua incapacidade para controlar a ingestão de líquidos fazia com que os sintomas da insuficiência cardíaca piorasse

galopantemente. Ele, no entanto, negava qualquer dificuldade e apenas tinha pressa em realizar o transplante. Sua verbalização, nas entrevistas, apenas repetiam seus feitos, durante a vida. A cirurgia foi feita, a despeito das dúvidas, por parte da equipe, sobre sua capacidade para cuidar-se e aderir ao tratamento. Ele não sobreviveu ao pós-operatório.

Lâmina A1- Um homem de pé e a mulher deitada, pelo tipo de cabelo. Corpo de homem é muito conhecido. Comenta sobre o teste de seleção feito na Petrobrás, para interpretar umas manchas escuras. Falou que era um urubu, voando no mar. Foi reprovado. O homem foi passear com a mulher e brigaram. Ela caiu no chão. Ele foi covarde. Não sei o que aconteceu com o casal. Começa a falar sobre músicas românticas do Roberto Carlos. No final, o que acontece? No final ficam de mal. Pode ser que volte. Homem e mulher brigam e voltam. O amor não anda no coração? Às vezes se é apaixonado, ciumento, não agüenta que ninguém chega perto.

Constata-se o caráter persecutório vivido em relação ao TRO e o contato com a psicóloga. Teme ser reprovado, como ocorreu no passado. Tenta dominar a situação, mostrando que é “homem” e, portanto, completo, tem um corpo que nada falta, talvez, como uma referência à sua ansiedade de castração, desvalorizando a figura feminina. Como desenlace, procura seduzir e encobrir sua agressão e ataque ao atendimento, transformando a história numa cena romântica.

As brigas de amor, nas quais a personagem feminina é agredida se sucedem, nas lâminas A2, C3, B3, B1, C2 e BG.

Lâmina CG- Vira a lâmina na posição horizontal, depois retorna para a vertical. Parece um portão, uma grade, uma viga com cobertura. Nunca vi isso. Tem aqui uns tipos,

parecem macacos. Vai ser uma grade de proteção de animais. Olha os macacos aqui. Estão presos no zoológico. Se for homem é muito feio, parece macaco.

A maneira como percebe sua natureza instintiva faz com que se considere um animal, desumano, merece o encarceramento, não apresenta recursos egóicos positivos, para o manejo de seus impulsos, ficando à mercê de um controle superegóico cruel. Sua falta de recursos para dominar sua impulsividade fazia-se notar, ainda, frente à lâmina branca e em sua sede implacável, não domesticada pelas orientações médicas.

Lâmina branca – É um papel branco. Convido para inventar uma história. Estou com muita sede, querendo realmente tomar um líquido, para o lasix, estou morrendo de sede.

Caso 42 A grávida. Paciente de 42 anos, chagásica, sob tratamento para depressão. Três meses antes da indicação de transplante perdeu a mãe por Doença de Chagas; o pai falecera três anos antes, pelo mesmo motivo e mais dois irmãos, neste intervalo de tempo. A doença piorou, havia dois anos, após a segunda gestação, contrariando recomendações médicas, que contra-indicavam uma gravidez. O marido advertiu, na primeira entrevista, que não admitia que falassem que a esposa estava naquela situação, por causa da gravidez. A esposa havia retirado o DIU, por recomendação da ginecologista. Cogitou-se, na época, até pedido ao juiz para autorização do aborto, mas uma junta médica considerou a viabilidade de continuar com a gestação. A angústia da paciente era morrer e deixar as filhas ainda pequenas. Uma delas, de 13 anos, assumia o papel ativo de cuidadora. A cirurgia de transplante foi bem sucedida, mas devido ao

aumento de volume abdominal, logo nos meses subseqüentes, suspeitou-se de uma nova gestação, não confirmada por exames laboratoriais. Com evolução clínica acidentada, tenho oportunidade de estar com a paciente mais algumas vezes. Ela foi criticada pela equipe por retardar a procura pelo atendimento ambulatorial, para diagnóstico precoce de suas intercorrências. Nestes encontros, paralelo aos problemas clínicos, por infecção e recidiva da Doença de Chagas, a insegurança, o medo de morrer e passar por todo sofrimento novamente permanecia, como queixa explícita, a barriga e o incomodo de ser interpelada pelas outras pessoas, como uma mulher grávida.

Lâmina B2- Parece um apartamento. As janelas... apartamento ou casa... parece com os vidros quebrados. O que aconteceu? Jogaram pedra. Crianças de rua, brincando e jogando bola quebraram. E? Ainda não tiveram condições de arrumar. O que vai acontecer? Vão arrumar, não dá para deixar assim quebrado. Quem vai arrumar? O próprio dono. Ele vai economizar e arrumar.

Sugere-se, neste caso, que há um ataque à relação terapêutica, uma preocupação com a reparação, mas esta ficando ao encargo da equipe, permanecendo numa posição infantil. Quando quebra as janelas, parece indicar tirar os “olhos” da autoridade parental internalizada, sobre suas travessuras de índole sexual (o casal não é visto debaixo da árvore), sugerindo conflitos em relação à sexualidade, confundindo vida sexual e procriação, acreditando que ambos estão interditados pela equipe, razão pela qual reage com raiva.

Caso 51 (Grande Sertão: veredas)- Falar com este paciente era como estar com um personagem de Guimarães Rosa, pelo regionalismo de sua linguagem. Era necessário, muitas vezes, pedir uma tradução. Tinha 46 anos; casado e pai de três filhos. Era funcionário público de seu município, tinha um sítio, onde mantinha cultivo para sua subsistência e uma atividade singular: era solicitado em sua cidade a participar de todos os funerais. Sua missão: distrair os presentes contando casos, histórias curiosas, para ajudar a passar o tempo no velório. Atribuía sua doença ao halterofilismo. Sobre bebida dizia: *tem gente que pensa que nunca pôs bebida na boca*. Alegava uso apenas social. Fizera uso diário e contínuo de *fumo de corda*. Há doze anos um amigo o alertou para o fato do hábito estar lhe causando tosse; interrompeu imediatamente este comportamento. Realizou o transplante com sucesso. Digno de nota foi a ocorrência do medo de despersonalização (*não sou mais eu mesmo*), baseada no esquecimento de nome de ruas e amigos de sua cidade, de forma transitória, durante um grave quadro de infecção viral, além de mencionar à enfermeira a saudades que sentia de seu antigo coração. Nesta circunstância comentou que quando retornasse para sua cidade, não pretendia voltar a contar histórias em velórios. Ele era o pai da moça que pretendia se casar com outro transplantado (caso 2).

Lâmina A1- Está de braço cruzado. Bom estilo de roupa parece! É homem. Está em pé, com braços cruzados, parado. Está imaginando, o rosto não está legível perfeitamente. Aparência alegre, bem vestido. É um bom astral. Tem corpo forte. Tem esperança melhor de tudo que pode ser na vida dele. Uma esperança positiva.

Observa-se que o receio da perda de identidade já se faz presente antes do transplante (*rosto não legível*); acredita possuir recursos para enfrentar a situação (*corpo forte*).

Lâmina A2- Duas pessoas (pergunta). Uma está imaginando, pode estar olhando para os pés. Elas estão se relacionando e discutindo os problemas. Parecem serem irmãs ou amigas. Acho que é um problema familiar. São jovens; figura de jovem, não é (pergunta). O objetivo deles seria positivo. O talento em pé. Ser otimista e acreditar na verdade. Elas vão ter um resultado positivo.

Falar sobre a verdade é falar sobre a morte. Quando ele olha o pé, parece ter vergonha de ver o estrago causado pela doença. Defende-se da angústia de morte, colocando-se como jovem. O talento em pé é um regionalismo que expressa a crença em algo positivo.

Lâmina C3- Está difícil... tem uma pessoa... em cima da pessoa seria um coração. Ao lado dele existe uma mulher. Parece meio agitado. Ele leva flores; quem leva flores leva amor. Teriam um problema familiar. Seria um incentivo. Sempre que a gente briga com a mulher leva flores. Ela está sentada com a cabeça erguida. A vitória está entre os dois. Como? Discutindo o problema e se relacionando. Volta a frisar que o vermelho é o coração. Ele ganhou a vitória e está trazendo as flores para a mulher, com toda a luta que tem a vida. O futuro seria brilhante, com quem leva flores e um coração.

Este paciente consegue verbalizar a cor e integrá-la numa história, denotando capacidade preservada para lidar com o afeto despertado pela lâmina. Apesar de omitir um personagem, não conseguindo tolerar a possibilidade de sentir-se excluído, revela sua intenção de ser um homem mais amoroso e preocupado com seus objetos.

Recorre à mania para lidar com a angústia de morte, na lâmina CG observa-se a mesma cena de seu cotidiano: transformar o velório numa festa.

Lâmina CG- A vida tem vários traços, mas... não sei o que é isso, um caixão (pergunta). Jesus está dando a vitória, de braços erguidos. Reunidos com amigos ou colegas. Agradecendo a sua vitória. Porque ele está de frente para os amigos, naquele bate-papo. Quem é ele? Acho que o dono da casa. O que vai acontecer? Uma festa de amigos.

Caso 43 (grupo A) – O homem que mentalizava. Este senhor dizia deter conhecimento sobre uma determinada técnica de controle mental, através de meditação e da força do pensamento. Foi proprietário de uma farmácia, mas no momento da indicação de transplante estava inativo e não tinha nenhum benefício previdenciário. Casado, pela primeira vez, com uma mulher com “*diabetes emocional*”, enviuvou, ficando com três filhos, sendo que a menor contava com 5 anos. A criação da filha menor foi a justificativa apresentada para o segundo casamento, com a senhora que o acompanhava às consultas. Apesar de sua vivência em farmácia era irregular no tratamento médico; falava, por exemplo, que um drink ajudava a controlar a pressão arterial e, ainda na ocasião, não abdicava de um durante uma festa. Não conseguia entender porque sentia seus sintomas, por exemplo, sua falta de ar. A esposa queixava-se da quietude e isolamento do paciente: “*ele não se abre comigo, não fala o que está acontecendo ou o que está sentindo*”. Invalidou a possibilidade de possuir sentimentos de tristeza e solidão quando fiz menção às produções do TRO. O contato com o paciente era difícil; a esposa catalisava as atenções, durante o atendimento, devido sua ansiedade. Era portadora de hepatite e recebia tratamento especializado,

em ambulatório de hepatologia; temia a possibilidade de ser fonte de contágio para o paciente. Ele morreu logo a seguir.

Lâmina B1- Aqui é um quarto, com cômoda e mais uma cama. A porta está aberta e tem uma pessoa em pé. Provavelmente uma mulher. Há uma escada. Pela idéia que tenho está à espera de alguém. Ele está numa solidão, numa depressão. Então, no caso, se ele encontrar seu ego poderá concretizar a sua vontade. Como encontraria o ego? Há várias interpretações. Simplesmente ele poderia fazer uma mentalização positiva e relaxar ou encontrar uma parceira que satisfaça uma vontade.

Percebe-se como o paciente tenta mitigar sua solidão e vazio, buscando um estado de auto-suficiência, sem incluir nenhuma relação de objeto. Se a presença de alguém é cogitada ela não pode ser percebida como um objeto total, porque isto levaria o paciente a experimentar a própria ambivalência de sentimentos e impulsos, e a considerar a responsabilidade sobre seus impulsos destrutivos, o que levaria ao início de superação de sua depressão.

Lâmina B2- Pelo que vejo é uma pessoa que está sentada e atrás dela uma outra pessoa, tentando instigá-lo para algo, porque a primeira pessoa, pelo que vejo está tranqüila, sóbria. Ao passo que a segunda está agitada e procura instigá-lo. Porque? Para uma discussão, talvez uma conversa mais ríspida. Está com os punhos fechados, levantados. No final? Acho que o mais sóbrio não vai dar ouvidos à segunda pessoa. Vai procurar manter-se tranqüilo, sem meter-se em aborrecimento.

A percepção de que existe agressão dentro dele origina ansiedade de que possa ser dominado pelos seus instintos (pelo id). Recorre, então, à negação onipotente, não dando ouvidos ao que se passa dentro dele, o que pode fortalecer seu estado

depressivo, já que desta forma sua capacidade de reparação não pode ser empreendida.

Lâmina C1- Pelo que vejo é uma sala. Foi preparada provavelmente para um café. Num lado tem um vitrô, uma mesa, uma jarra, uma xícara, um prato e uma cadeira. Pelo jeito foi preparada a mesa para um café. Talvez um café da manhã. Só que com todo esse efeito, a pessoa mais importante não está, o que se pode entender que há um vazio e esse vazio só pode ser concretizado com o aparecimento da pessoa.

Observa-se, nesta lâmina, que a relação com a psicóloga não é importante, não preenche o vazio e, portanto, não pode causar qualquer emoção diante do final do teste: não há nada a perder, o objeto está sempre por vir.

Caso 63 (grupo B) Indefinido. Paciente de 43 anos, casado, procedente de cidade litorânea. Na época, dono de um bar e restaurante. O paciente apresentava-se confuso, tinha dificuldade em concluir seu raciocínio e expressar sua opinião. Além das dificuldades de aderir ao tratamento, trazia como queixa as dificuldades conjugais, particularmente, na esfera sexual. Precisava beber para ter fantasias sexuais e manter uma relação sexual com a esposa. Como faltava às consultas e não seguia o tratamento, a equipe considerou a possibilidade de não aceitar o caso para transplante. No entanto, dada à piora da doença e a vinda das irmãs do paciente para São Paulo, assumindo a responsabilidade de fazer valer as exigências do protocolo e o fato trágico da esposa do paciente estar com câncer no estômago, de mal prognóstico e submetendo-se à quimioterapia, resolveu-se realizar a cirurgia. Ao terminar o TRO, coincidentemente, na véspera do transplante, o paciente confidenciou que a natureza

de suas dificuldades sexuais datava de longa data e originou-se no relacionamento com o pai, que duvidava de sua masculinidade. Até o seu casamento só mantivera relacionamento com prostitutas e sentia-se muito confuso a respeito desse assunto. Infelizmente este paciente nunca se recuperou do coma, após a cirurgia, permanecendo neste estado por vários meses. A esposa, felizmente, obteve sucesso em seu tratamento.

Lâmina C3- Vejo um homem diante de um juiz, ao lado uma mulher deitada, uma cabeça decepada no chão. Essa bola vermelha seria uma gota de sangue (passa o dedo). Não sei o que poderia ser, parece um ambiente macabro e como termina a história (pergunta-se). O que você acha? Todas têm que ter um fechamento, pergunta. Se você conseguir (respondo) Não sei mais o que dizer.

O paciente revela o ataque a seu aparelho psíquico: *a cabeça decepada*, o que justificaria sua dificuldade para pensar e a confusão de que se queixava. Seu mundo interno continha objetos macabros, tingidos de sangue. Sugere-se aqui a presença de um funcionamento mental de feições psicóticas.

O aspecto aterrorizante de seu mundo interno é sugerido na lâmina B1:

Lâmina B1- Vejo um garoto que sobe um corredor, uma escada, de repente dá de frente para um quarto escuro e ficou com medo de entrar. Só isso.

A falência de suas defesas psicológicas está evidenciada na falta de desfecho das histórias. Na lâmina AG observa-se o auto-abandono suicida (*jogado ao mar, numa tempestade*) e a falta de energia e lentidão para salvar-se (*tartaruga*).

Lâmina AG- Vejo alguma coisa que parece ser empurrada por uma ventania e, ao fundo, três imagens de pessoas, ao lado de uma árvore. O que aconteceu? Vejo... dá impressão que algo foi jogado ao mar, tipo uma tempestade e viesse empurrando... parecem animais... tipo tartaruga. Futuro? O que acontece depois? Não vejo um desfecho para isso. Vai ficar assim? Sim.

CAPÍTULO 5

DISCUSSÃO

5.1. DISCUSSÃO

Os pacientes estudados nos colocam desafios semelhantes àqueles que um glaciólogo encontra para distinguir as diferentes cores e texturas da neve e do gelo ártico, onde só se enxerga o branco e, com isso, indicar-nos, com alguma margem de garantia as possibilidades de êxito para pisarmos no solo.

As dificuldades para a aplicação da Técnica de Relações Objetais e as produções empobrecidas de dramaticidade, imaginação e simbolismo faz, num primeiro momento, acreditar que a riqueza da técnica tivesse se perdido ou que todos os pacientes estivessem mergulhados, irremediavelmente, num estado mental precário.

Encontrar particularidades que pudessem delimitar quais reações conduziriam os pacientes a obter o benefício da realização de um transplante, pressupondo-se que para isso deve-se ter condições psíquicas mínimas para suportar os sintomas debilitantes da insuficiência cardíaca, apego ferrenho às restrições e tratamento medicamentoso e, ainda, estar disposto a fazer mudanças significativas no seu próprio corpo e no seu estilo de vida foi um dos nossos objetivos.

O estudo de pacientes cardiopatas, em fase terminal, com indicação de transplante cardíaco conduz, necessariamente, a uma discussão inicial sobre depressão, na medida em que esta parece ser a problemática universal a ser enfrentada por estes pacientes, neste momento no qual a perspectiva do risco de morte é anunciada. A questão que se coloca é como, dado o comprometimento psicológico

destas pessoas, um percentual delas consegue sobrepujar as dificuldades, realizar com sucesso o transplante e, até mesmo, obter melhora clínica sem o procedimento, adiando-o para um futuro não datado.

Tomando-se a propriedade diagnóstica do TRO observamos, numa análise macroscópica, a presença de vários índices de depressão clínica, de acordo com a classificação de Grassano (1996), baseada em investigações pregressas para sistematização de padrões comuns de respostas ao TRO, relacionadas a diferentes quadros psicopatológicos.

Destacam-se, no material clínico os seguintes indicadores para depressão: o controle da fantasia, estereotipia de temas, poucas associações e um padrão descritivo, pontual, do conteúdo formal percebido nas pranchas.

A dificuldade de síntese, reflexo da incapacidade para uma elaboração depressiva gerava a produção de histórias, sem noção de causalidade, desenvolvimento e desfecho, havendo sempre a necessidade de incentivo, para que o paciente pudesse criar uma história mínima.

Assim, não havia um passado e o futuro tinha que ser inquirido com insistência. Viver só um presente imóvel, além de indicar a situação de crise na qual o ego estava submerso parecia ter um valor defensivo para não pensar na morte e estancar a vivência de finitude, anunciada pelo avanço progressivo da doença cardíaca.

Havia pouca ou nenhuma comunicação entre os personagens, eles simplesmente estavam ali, a natureza do vínculo, na maioria dos casos não era definida. Quase nenhuma menção às diferenças de caracteres sexuais e geracionais ocorria nas produções. Este último dado parece ter ressonância com a idéia de Bianchi (1993) de que, diante da morte, a sexualidade e os modelos parentais introjetados na

infância e adolescência, que serviram para nortear o indivíduo, durante a vida e gerar culpa perdem sua força.

Esta retirada para um universo narcisista, em que a distinção entre o bom e o mau, o amor e o ódio, diferenças sexuais e entre gerações também são apontadas por Steiner (1997) como solução de compromisso para evitar manifestações psicóticas diante dos fatos penosos da vida. Em nosso material, as dificuldades de produção nas lâminas de três personagens, de grupo e o bloqueio afetivo nas lâminas coloridas indicam esta mesma fuga.

O relato na primeira pessoa foi outro indicador depressivo. Diante da lâmina, o paciente relatava seus próprios problemas ou recordações pessoais. De acordo com Grassano (1996) *“a lâmina, como representante da realidade, sofre o mesmo tratamento por parte do paciente: é confundida com partes do ego e com objetos internos”* (p.213).

Havia, no entanto, diferenças que merecem nossa atenção. Encontramos, basicamente, três tipos de narrativas: a contemplativa, a religiosa e aquela explicitamente depressiva.

Esta última poderia ser dividida em dois padrões de apresentação. No primeiro deles encontramos pacientes cujo conjunto da produção caracterizava-se pela predominância dos sentimentos de desesperança, tristeza, abandono e desvitalização dos personagens, com evidente dificuldade para produzir um desenlace satisfatório ou uma saída mínima para o desfecho da história. Sugerimos, nestes casos, que o quadro depressivo possa ser compreendido como uma condição reativa, secundária ao sofrimento ocasionado pela doença orgânica.

No segundo padrão de apresentação das histórias depressivas encontramos aqueles pacientes cuja característica central das produções se dava a partir de um superego rígido e punitivo. Os personagens estavam subjugados e viviam situações de sofrimento, devido suas más condutas, alimentando a culpa e a desvalia. Comumente nestas histórias o desfecho caracterizava-se pelo submetimento masoquista dos personagens, sem protesto ou reação hostil. É possível, nestes casos, pensarmos na possibilidade de uma doença depressiva pregressa, de característica melancólica.

Outro aspecto que chama atenção é que, neste grupo, os pacientes eram explicitamente queixosos em relação aos sintomas depressivos e à possibilidade de conseguirem serem bem sucedidos no processo de transplante, enquanto que os demais se mantinham, numa atitude, tanto quanto possível defensiva, em relação ao sofrimento emocional.

Este grupo parece corresponder ao grupo da autocrítica, cujas características foram descritas em nosso trabalho anterior. A malignidade deste universo interno reside no fato de subsidiar condutas autopunitivas ou de pouca eficácia - as pulsões destrutivas se expressam internamente através de um superego cruel que, dissociadas das pulsões amorosas, não possibilita que a agressividade do paciente seja utilizada para lutar e modificar sua situação (Winnicott, 1995; KLEIN, 1957; Grassano, 1996).

Apesar do número circunscrito de pacientes estudados e do delineamento qualitativo desta investigação, o seguimento dos casos que corresponderam às narrativas depressivas revela que eles não realizavam o transplante, quer por mortalidade durante a fase preliminar, quer porque não se engajavam nos preparativos para a cirurgia (ou não confiavam que a família pudesse ajudá-los). Aqueles que realizaram o transplante não obtiveram um resultado cirúrgico satisfatório. Estes dados

estão consoantes com os da literatura mundial de que a depressão é uma condição clínica que influi no resultado de tratamentos médicos.

As produções contemplativas e religiosas, embora guardem também indicadores de depressão, na medida em que os personagens estão imóveis, sem empreenderem um esforço real para resolverem seus problemas ou que se submetem à proteção de objetos idealizados, nos oferecem, como pretendemos sugerir como hipótese teórica neste trabalho uma compreensão psicológica alternativa.

Elliot Jacques (1990) ao refletir sobre as mudanças psíquicas diante da velhice e da morte propõe para que tal processo ocorra, sem deterioração da personalidade, uma re-elaboração da posição depressiva infantil, num nível qualitativamente diferente: *“Inconscientemente, tal perspectiva requer a capacidade de manter o objeto bom interno e alcançar uma atitude resignada para com as limitações e os impulsos destrutivos em si mesmo, assim como as imperfeições do objeto bom interno”* (pp.263). Na impossibilidade de tal êxito, as ansiedades de perseguição, e não somente de perda, dominariam o cenário.

Mas, não é esta atitude resignada perante o fim que deve ser posta de lado, perante a perspectiva de um transplante cardíaco, ao mesmo tempo em que ela é requerida para que o paciente possa decidir-se sobre a cirurgia. Qual operação mental deve ser empreendida para dar conta destas duas verdades simultâneas: a da morte e do renascimento com o transplante?

Pensamos que o modelo dos refúgios psíquicos de Steiner (1997) possa nos fornecer um modelo compreensivo para esta realidade propiciada pela tecnologia. Como vimos na introdução, o refúgio psíquico é um estado mental que serve de abrigo

para o paciente evitar a ansiedade esquizoparanóide e a depressiva; ele pode ter um valor transitório benéfico sob certas condições traumáticas.

Sugerimos que os pacientes que optam pelas narrativas contemplativas e religiosas encontram-se abrigados nestes refúgios psíquicos, numa situação extrema de dependência dos bons objetos, como por exemplo, a equipe de transplante cardíaco, protegidos do confronto com a realidade da perda: da saúde e dos anos de vida que não virão, ao mesmo tempo em que observam a devastação ocorrendo, de um ponto de vista de um observador externo.

Bianchi (1993) fala também a este respeito, a propósito do olhar do velho sobre o seu corpo alquebrado, como se ele estivesse numa posição de ausência, em relação às catástrofes do tempo.

O exemplo emblemático desta hipótese é o homem em meio ao redemoinho (caso 35, lâmina A1). Neste local, o personagem permanece a salvo da persecutoriedade da destruição e da escuridão do luto da elaboração depressiva, uma vez que no olho do ciclone há luz. O refúgio na religião é o mais conhecido de todos e, desde os primórdios ajuda o homem a preparar-se para morte, prometendo a imortalidade. Uma expressão coloquial de nosso cotidiano no hospital, a respeito destes doentes parece, também, ilustrar este refúgio: “estar bem dentro de sua doença”.

A indicação de um transplante cardíaco talvez favoreça este espaço ilusório por algum tempo, para que o paciente possa avançar no processo, caso contrário, ele, como vimos anteriormente, vai tentar alcançar uma elaboração depressiva cujo êxito parece depender, como bem aponta Elliot Jacques (1990) da crueldade e da severidade do superego.

A superação do luto, dificultada pelo encobrimento da verdade da morte, com a ilusão do transplante, ainda pode ser discutida pelo manejo especial da culpa, nesta situação, para que o abrigo no refúgio psíquico possa ser viabilizado.

Tomando-se o Édipo, como ponto de balizamento, vamos encontrar, novamente em Steiner (1997), duas possíveis leituras sobre o que acontece com este personagem mítico, em Colona, frente à sua própria morte. Na primeira, que corresponde à visão clássica, Édipo pode aceitar o que aconteceu e, adquire, através de seu sofrimento, uma dimensão heróica. “*A negação da culpa é então adequada à sua posição (p.138)*”. Esta parece, como pretendemos sugerir, ser uma condição requerida para que o refúgio funcione como tal.

Na segunda versão, baseada em Vellacott (1991, apud Steiner, 1997) Édipo não suportará pensar sobre a natureza de sua culpa e esta irá transformar-se em ódio, arrogância, frieza e crueldade. Ele não nega a responsabilidade e a culpa por seus atos, mas atesta que eles foram cometidos *contra* ele e *não* por ele. Aqui a culpa e a vergonha não são negadas, mas impróprias e injustificadas.

A abordagem destas duas versões parece indicar-nos um fator diferencial, na apreciação do quadro depressivo destes pacientes, particularmente, no que tange ao manejo da culpa. O caso nº 8 ilustra o caráter patogênico descrito por Vellacott (1991).

Steiner (1997), utilizando a concepção de refúgio psíquico para abordar a questão da morte vai denominá-lo de uma perversão romântica da realidade do tempo, na medida em que se trata de um estado da mente que cria uma visão distorcida da realidade, que leva a um mundo de idealizações, em que as coisas boas continuam para sempre.

Esta loucura transitória deverá ceder, depois da realização da cirurgia e, de fato, isto tende a acontecer: as intercorrências médicas parecem favorecer a saída do refúgio, após a cirurgia. Aos poucos, o paciente vai integrando esta nova realidade, que possui seus aspectos bons e maus e a aceitar que nem tudo está sob seu controle – ele continua sendo mortal, lidar com a perda é inevitável. Ele precisa aceitar o fato de que sua sobrevivência depende de um objeto que não se originou dentro dele – o enxerto, e que este bom objeto, não é perfeito, daí a necessidade do permanente acompanhamento médico.

A explicação de Goetzmann (2004) de que o paciente transplantado assimilaria o órgão e o doador como objetos transicionais se aproximaria desta situação que explanamos. Completamos apenas que este espaço de ilusão não está localizado apenas no pós-operatório, com a materialidade do enxerto, mas já presente antes, para dar conta das duas verdades/realidades que falamos – a da morte e do renascimento.

Sugerimos que futuros estudos possam comparar nossos dados, em outras situações médicas de gravidade, utilizando-se estes mesmos procedimentos, para averiguarmos se os refúgios psíquicos são, também, utilizados desta forma benéfica ou se este estado da mente só é possível com a indicação de um transplante.

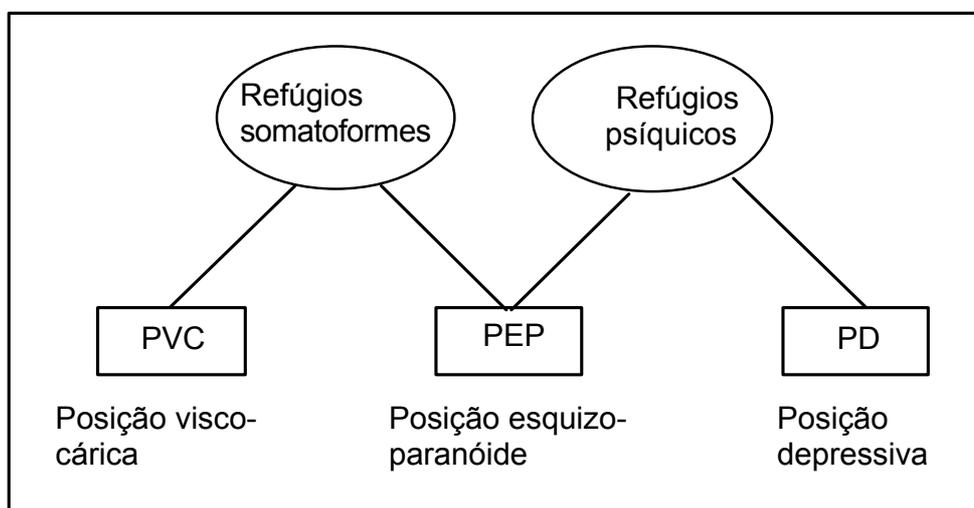
O trabalho de Nascimento (1988) com mulheres com câncer de mama não indica este mesmo processo, as pacientes analisadas estavam sucumbidas pela presença de culpa persecutória. A pesquisa de Heleno (2000) constatou que pacientes diabéticos tipo II não aderentes ao tratamento estavam sob o abrigo de refúgios psíquicos, mas que, nestes casos, continham aspectos superegóticos cruéis e punitivos que aprisionavam o progresso destes pacientes no tratamento. Ao que tudo indica,

culpa, remorso, vergonha, senso de falta de merecimento, castigo são obstáculos à criatividade deste espaço ilusório.

Outro aspecto ligado à depressão, sem possibilidade de retirada para o refúgio psíquico, refere-se à sua influência sobre o já precário equilíbrio psicossomático do paciente. Como vimos, os dados sugerem sua associação com a morbi-mortalidade destes pacientes. É possível que, dada a impossibilidade ou mesmo bloqueio da expressão emocional ou o uso apropriado da riqueza emocional e afetiva, detectada pela precariedade de respostas obtidas na série C do teste, o paciente lance mão de manter como única via de expressão o soma.

Pensamos na hipótese de haver, nestes casos, um refúgio somático, dentro de sua própria doença orgânica, donde o indivíduo permanece, garantido sob a proteção da equipe médica, ou melhor, na ilusão de que assim permanece protegido. A equipe médica, por identificação projetiva, mantém este refúgio, até mesmo quando recomenda que o paciente não se emocione, passe por estresse ou coisas semelhantes, trata, também adequadamente seus sintomas, mas não pode garantir a cura e a possibilidade de sua sobrevivência.

Acrescentamos à formulação original de Steiner os refúgios somáticos, uma organização patológica que se forma entre as posições viscocárica (Bleger, 1985; Rosa, 1995) e esquizo-paranóide (Klein, 1946). Colocamos abaixo um diagrama que ilustraria esta proposição.



É necessário, ainda, comentar sobre a operacionalidade do TRO, no *setting* hospitalar. A aplicação das trezes lâminas é extenuante para este tipo de paciente. Sugerimos, se houver só interesse diagnóstico, as Lâminas A1, BG e C2, em virtude das diferenças encontradas entre os grupos, deixando-se uma quarta lâmina a critério do examinador, a depender das características singulares do paciente em questão.

O uso Teste de Relações Objetais revelou-se, potencialmente neste contexto, como um instrumento mediador, favorecendo o contato terapêutico e a expressão/comunicação do universo emocional do paciente, conforme procuramos ilustrar nos casos apresentados. É necessário, ser estudado como procedimento diagnóstico interventivo. O grau de persecutoriedade que o encontro com o psicólogo suscita nesta situação e a delicadeza do estado mental destes pacientes requer uma avaliação cuidadosa neste sentido. O paciente parece temer sair deste refúgio psíquico e ter que lidar com a ameaça e o risco de aniquilamento.

Procuramos demonstrar o padrão comum das respostas obtidas em cada lâmina. Todavia, encontramos em apenas dois casos, um padrão substancialmente diferente dos demais – os casos 8 e 36. As produções eram de violência física, assassinato, vingança, sem qualquer qualidade de reparação e pouca preocupação moral pelos danos causados. A agressividade, conforme demonstramos no restante da amostra está abafada e alimentando o quadro depressivo, diferindo desta modalidade de apresentação.

De acordo com Grassano (1996) este padrão de violência é típico de personalidades com uma organização defensiva psicopática. No caso 36, o paciente foi transplantado, apesar das evidências quanta a sua falta de responsabilidade em relação ao tratamento. No caso 8, a reação hostil e disruptiva, rompendo com um dos cuidadores e rechaçando os esforços da equipe para mantê-lo vivo, após a cirurgia, surpreendeu, evidenciando a limitação do alcance e uso exclusivo de entrevistas, que mostrava um paciente respondendo positivamente aos cuidados e atenção que eram oferecidos. O insucesso de ambos, morrendo no decorrer do primeiro mês, após a cirurgia coloca este padrão de resposta como de risco associado ao transplante, e que não pode ser atribuível, ao nosso ver, à presença da doença cardíaca.

Destacou-se, ainda, como padrão atípico de resposta ao TRO, as produções do caso 63 ilustrado, de feições nitidamente psicóticas, também com repercussão negativa sobre o vínculo com o tratamento e insucesso cirúrgico.

Quanto à adesão ao tratamento medicamentoso ou possíveis falhas de autocuidado, devemos lembrar que a própria concepção de refúgio psíquico, em outras situações da clínica psicanalítica, remete à idéia de um funcionamento mental deficitário, no qual o indivíduo não pode usar plenamente de suas emoções e afetos

para pensar, a versão da realidade está deturpada, daí, decorrendo uma aparente e falsa estreiteza cognitiva. O trabalho de Heleno (2000), já comentado anteriormente, mostrou como os pacientes sob a proteção de refúgios psíquicos mostravam-se ignorantes quanto aos riscos de não aderirem ao tratamento do diabetes.

O comprometimento orgânico aliado ao excesso de ansiedade destes pacientes pode diminuir sua capacidade de compreensão e de tomada de decisão, minando os esforços do paciente para atender o grau de exigência emocional que é solicitado pelo protocolo médico.

A precariedade das produções frente à lâmina colorida CG, dificultou a obtenção de qualquer padrão distinto de resposta para avaliar o risco de déficit na aderência ao tratamento. A correspondência entre o material obtido nas entrevistas de alguns pacientes, com histórico de déficit na aderência, incluindo a presença de abuso alcoólico e algumas lâminas não pode ser generalizada. Serão necessários novos estudos, utilizando procedimentos combinados, em diferentes grupos de pacientes cardíacos para encontrar um padrão estável, e não reativo, de respostas para esta questão.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO

6.1. CONCLUSÃO

Constatou-se, no material examinado, evidências de que os pacientes cardiopatas, frente à indicação de um transplante cardíaco apresentam um funcionamento mental depressivo, no qual abrigam ansiedades tanto depressivas, como persecutórias. O quadro apresenta-se como inexorável, pela constatação do risco de morte iminente, cuja resolução nunca será completa; pode ser dimensionado por dificuldades pessoais pregressas, mas, sobretudo alterado pela indicação de um transplante cardíaco que, modifica a percepção da realidade da morte.

O transplante de coração coloca o paciente numa dupla realidade – a da morte e do renascimento. Ao mesmo tempo em que apela à elaboração do luto, diante da constatação dos estágios finais da doença cardíaca, condição *sine qua non* para aceitar-se um transplante, requisita um empreendimento para a vida e, portanto, está a serviço do encobrimento da verdade da morte.

O paciente, além de enfrentar a ameaça interna, cujo paradigma é o da posição esquizo-paranóide, uma vez que ninguém tem uma experiência prévia pessoal da morte, candidata-se a uma situação de risco assistido (a cirurgia e a imunossupressão).

Como estratégia de sobrevivência a hipótese destes pacientes abrigarem-se num estado mental de refúgio, no qual observam à distância, ou protegidos por objetos religiosos, do sofrimento da realidade da perda e da destruição parece ser plausível como medida de adaptação, desde que temporária até garantir-se a sobrevivência física.

De modo geral, a performance dos pacientes ao Teste de Relações Objetais apresentou homogeneidade, mesmo considerando-se a precariedade e a dificuldade na elaboração das narrativas, podendo-se identificar alguns padrões comuns, ou seja, estes pacientes não diferem substancialmente no que contam e como contam e, quando as diferenças ocorrem elas não se associam, necessariamente à um prognóstico desfavorável à situação, estando também presentes em pacientes transplantados e bem sucedidos após a cirurgia. Portanto, salvo os casos destacados anteriormente como atípicos e mal sucedidos no processo, nos quais a aliança terapêutica não foi possível (N=3) podemos afirmar que a maioria das pessoas, mesmo afetadas psicologicamente e, com o devido apoio familiar e assistencial têm condições de ultrapassar as dificuldades do processo de transplante cardíaco.

A riqueza do procedimento utilizado parece estar na expressão emocional que ele favorece, levando inclusive a uma mudança positiva na condição clínica de alguns pacientes, que melhoram e se afastam temporariamente da fase de indicação de transplante. Sem dúvida, no futuro, merece ser estudado como diagnóstico interventivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual, third edition (DSM III). Washington; APA Publications, 1980.

BALINT, M. O Médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro. Edições Atheneu, 1984.

BARNARD, C.N. – A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at groote Schuur Hospital, Cape Town. *South African Medical Journal*, v.41, p.1271, 1967.

BASCH, S.H. The intrapsychic integration of new a new organ; a clinical study of kidney transplantation. *The Psychoanalytic Quarterly*, v. 42, p. 364-84, 1973.

BLEGER, J. Simbiose e Ambiguidade. Tradução de Maria Luiza X. de A Borges. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1985.

BOREL, J.F. Comparative studies of “in vitro” and “in vivo” drug effects on cell mediated cytotoxicity. *Immunology*, v. 31,p.631, 1976.

BRANDWIN, M. et al. Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 49, p. 141-7, 2000.

BUNZEL, B.; WOLLENEK, G.; GRUNDBOCK, A. Living with a donor heart: feelings and attitudes of patients toward the donor and the donor organ. *Journal of Heart Lung Transplantation*, v.11, n.6, p. 1151-5, 1992.

BUNZEL, B.; SCHIMDL-MOHL, B.; GRUNDBOCK, A; WOOLLENEK, G. Does changing the heart mean changing personality? *Quality of life research*. V.1, n. 4, p 251-6, 1992.

CARREL, A; GUTHRIE, C.C. – The transplantation of vein and organs. *American Medicine*, v. 10, p. 1101, 1905.

CASTELNUOVO – TEDESCO, P. Ego vicissitudes in response to replacement or loss of body parts: certain analogies to events during psychoanalytic treatment. *The Psychoanalytic quarterly*, v. 47, p. 381-97, 1978.

CHACKO, R.C. et al. Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival, *American Journal of Psychiatry*, v. 153, p. 1607-12, 1996.

CHIRIACO, S. Transplante autógeno, transplante alógeno, o Outro. In: *Boletim de Novidades – Pulsional*, Centro de Psicanálise, v. 107, n.11, p. 43-7, 1998.

CHRISTOPHERSON, L.K.; LUNDE, D.T. Heart transplant donors and their families. *Seminars in Psychiatry*, v.3, n.1, p. 36-45, 1971.

DEW, M..A, et al. Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychological Medicine*, v. 24, p. 929-45, 1994.

FERRARI, H.; LUCHINA,J.; LUCHINA, N.- La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario. Buenos Aires: Nueva Vision, 1972.

GOTZMANN, L.; SCHNYDER, V. Posttraumatic stress disorder (PTSD) after heart transplant: the influence of earlier loss experiences on posttransplant flashbacks. *American Journal of psychotherapy*, v, 56, n.4, p.562-7, 2002.

GOTZMANN, L. “Is it me, or isn’t it?” – transplanted organs and their donors as transitional objects. *The American Journal of Psychiatry*, p. 64, n.3, p.279-89, 2004.

GRANDI, S. et al. Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychoterapy and Psychosomatic*, v.70, p.176-83, 2001.

GRASSANO, E. Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas. Trad. LSLPC.Tardivo. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.

GREENBERG, J.R.; MITCHELL, S.A. Relações Objetais na Teoria Psicanalítica. Trad. Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

HERTZ, M.I., et al- The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: nineteenth official report – 2002. *The Journal of Heart & Lung Transplantation*, v.21, p. 950-70, 2002.

JOHNSON, M.R., et al. The incremental risk of female Sex in heart transplantation: a multinstitutional study of peripartum cardiomyopathy and pregnancy. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, v.16, p. 801-11, 1997.

KHUN, W.F., et al Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, v.9, p. 314-23, 1990.

KHUN, W.F., et al. Psychopathology in heart transplant candidates. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, v.7, p. 223-6, 1998.

KLEIN, M. Notes on some schizoid mechanism. *International Journal of Psychoanalysis*, v. 27, p. 99-110, 1946.

KLEIN, M. (1935)- Uma contribuição à psicogênese dos estados maníacos-depressivos. In: *Contribuições à Psicanálise*. Tradução de Miguel Maillet. 2ª ed. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

KLEIN, M. (1952)- Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: KLEIN, M et al. *Os Progressos da Psicanálise*. Tradução de Álvaro Cabral, 2ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

KLEIN, M. (1952)- Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M et. al. Os Progressos da Psicanálise. Tradução de Álvaro Cabral. 2ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

KLEIN, M. (1952)-Sobre a teoria de ansiedade e culpa. In: KLEIN, M. et al. Os Progressos da Psicanálise. Tradução de Álvaro Cabral. 2ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

KLEIN, M. (1952)- Inveja e Gratidão: Um estudo das fontes do inconsciente. Tradução de José Otávio de Abreu. 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1984.

KNIJNIK A. Uma contribuição da psiquiatria ao transplante cardíaco: aspectos clínicos e psicodinâmicos. Depto. de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1989.

KNIJNIK, A. – Aspectos psiquiátricos do transplante cardíaco. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do SUL*, Porto Alegre, p.37, n-19-24, 1993.

KNIJNIK, A. – Uma contribuição da psiquiatria ao transplante cardíaco: aspectos clínicos e psicodinâmicos. Porto Alegre, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, 1989.

LEVENSON, J.L.; OLBRISCH, M.E.- Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and Kidney transplantation. *Psychosomatics*, v.34, p.314-27, 1993.

LEVENSON, J.L., OLBRISCH, M.E.- Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria and outcomes. *The Journal of Heart and Lung Transplant*, 10 (6): 948-55, 1991.

MACHADO NUNES, J.M. Psiquiatria de ligação e sua importância para o ensino, para a clínica e para a investigação em saúde mental e psiquiatria. In: *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicanalíticos*, IMES, SBC, São Paulo, vol. 5/6, 1996.

MAI, F.M. Graft and donor denial in heart transplant patients. *American Journal of Psychiatry*, v.143, p. 1159-61, 1986.

MARICLE, R. A , et al. The lack of predictive value of preoperative psychologic distress for postoperative medical outcome in heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, v.10, p.942-947, 1991.

MARICLE, R.A .; BURT, A .R.; HOSENPUD, J.D. Correlations of cardiac function and SCL-90-R in heart transplantation candidates. *International Journal of Psychiatric Medicine*, v. 21, p. 127-34, 1991.

OCAMPO, M.L.S.; ARZENO, M.E.G.; GRASSANO, E.N. O processo diagnóstico e as técnicas projetivas. Tradução M. Felzenswalb. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

PEREIRA, A .A .M. & ROSA, J.T. Abuso de bebida alcoólica em cardíacos: fatores psicológicos para inclusão no programa de transplante cardíaco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v.8, suplemento 6 A, p.1-9, 1998.

PEREIRA, A .A .M. Configurações vinculares em candidatos a transplante cardíaco. 2000. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

PEREIRA, A .A .M.- Considerações éticas sobre papel dos profissionais de saúde mental que atuam junto a centros de transplante cardíaco. *Mudanças: Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, v.8, p. 59-71, 2000.

PEREIRA, A .A .M.; ROSA, J.T.;HADDAD, N. Adaptação psicológica, fatores de risco e probabilidade de sobrevida em transplante cardíaco. *Mudanças Psicologia da saúde*, v.10, p.41-61, 2002..

PEREIRA, A .A .M.; ROSA, J.T.; HADDAD, N. Dificuldades psicológicas para o processo de incorporação do coração transplantado: repercussões sobre a vinculação do paciente ao programa de transplante cardíaco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, v.12, suplemento 2 A, p. 8-13, 2002.

PHIPPS,L. Psychiatric evaluation and outcomes in candidates for heart transplantation. *Clinical Investigation of Medicine*, v.20, p.388-95, 1997.

RAMMINGER, T. Corpo grávido: deixando-se fecundar pela vida. *Psicologia Ciência e profissão.*, p.20, p.54-63, 2000.

RAUCH J.B, KNEEN K.K. Accepting the gift of life: heart transplant recipients` post operative adaptive tasks. *Society of Work Health Care*, v.14, p.47-59, 1989.

RODGERS J. Life on the cutting edge. *Psychology Today*, p.58-67, 1984.

ROSA J.T.; VIEIRA DA SILVA, J.C.V.V. Atualizações clínicas com o Teste das Relações Objetivas de H. Phillipson. São Paulo, Vetor, 2005.

SIMON,R. Introdução à Psicanálise: Melaine Klein. In: *Temas Básicos de Psicologia*, São Paulo: EPU, 1986.

SIMON,R. Contribuições ao estudo do objeto interno. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v.18, p.283-300, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretrizes para Transplante Cardíaco, v.53, 57 p., 1999.

STEINER, J. Refúgios Psíquicos- Organizações Patológicas em Pacientes Psicóticos, Neuróticos e Fronteiriços. São Paulo. Imago, 1997.

STILLEY, C.S., et al. Personality characteristics among cardiothoracic transplant recipients. *General Hospital Psychiatry*, v. 27, p. 113-8, 2005.

SKOTZKO, C.E., et al. Psychiatric disorders and outcome following cardiac transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, v.18, p. 952-956, 1999.

TRINCA, W. Investigação clínica da Personalidade: O Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.

TRINCA, W. et al. Diagnóstico psicológico: a prática clínica. São Paulo, EPU, 1984.

TRINCA, W. et al. Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de famílias com estórias. São Paulo, Vetor, 1997.

YOUNG, L.D., et al. Denial in heart transplant candidates. *Psychotherapy Psychosomatics*, v.55, p.141-4, 1991.

WINNICOTT, D.W (1945) – Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W (1949) – A mente e sua relação com o psique-soma. In: *Textos Seleccionados- Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W (1951) – Objetos transicionais e fenômeno transicional. In: *Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W (1960)- Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In: Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993.

ZERBINI, E.J; DÉCOURT, LV.- Experience on three cases of human heart transplantation. In: Symposium Mondial Deuxieme Level Heart Transplantation. 2, Quebec, p.179-82, 1969.