

PUC

ANNA CAROLINA LO BIANCO

DIAGNÓSTICO DE ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:
UM INSTRUMENTO AUXILIAR NO MANEJO DA GESTAÇÃO COMO SITUAÇÃO CRÍTICA

Dissertação de Mestrado
Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, agosto de 1975

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 — CEP 22453

RIO DE JANEIRO — BRASIL

N.Cham. 150 C626 TESE UC
Título Diagnostico de aceitação da gravidez



Ex.2 PUCB

0104241

ANNA CAROLINA LO BIANCO

DIAGNÓSTICO DE ACEITAÇÃO DE GRAVIDEZ:
UM INSTRUMENTO AUXILIAR NO MANEJO DA GESTAÇÃO COMO SITUAÇÃO CRÍTICA

Dissertação apresentada ao departamento de psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Vera Lemgruber Garcia

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

BB 12644-V

71164



104241

150
C 626
720 VC
ex 2

RESUMO

O presente trabalho parte do pressuposto de que a díade materno-infantil poderia beneficiar-se da contribuição de um saber psicológico.

Procura mostrar a relação entre a diminuição das respostas de conteúdo anatômico no Teste de Zulliger e pontos conflitantes na forma como a mulher encara o desenvolvimento de sua gravidez.

Usando este instrumento como uma forma de aproximação às questões das mulheres serve de referencial de apoio para auxiliar o enfrentamento de tais questões, que, dada a "situação crítica" que experimentam, poderiam vir a se tornar intensamente problemáticas no futuro vínculo mãe-filho(a).

ABSTRACT

The starting point of the present work concerns the contribution that psychological knowledge could give to the mother-child relationship.

It is an attempt at showing the relation between the low number of anatomic content answers (in the Zulliger Test) and conflict in the way the women see the development of their pregnancy. A tool is therefore developed as a way to approach women's questions concerning their pregnancy.

Once pregnancy is considered a "critical situation", help in the confrontation of such questions is necessary since they could become very problematic to the mother-child bond to develop after birth.

Agradecimentos

- À Vera Lemgruber Garcia que orientou este trabalho durante a gestação de Paula. Atravessando uma situação crítica, nem por isso deixou de estar presente, com todo o seu empenho, dando uma orientação segura e contribuindo com inúmeras idéias na apresentação do texto.
- Às estagiárias da mini-equipe de Psicologia Preventiva de 1974.
- Ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ.
- Ao Conselho Nacional de Pesquisas.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO 1 - A Gravidez e a Possibilidade do A <u>pa</u> recimento de uma Crise. | 4 |
| 1.1 - Delimitação do Conceito de Crise | 7 |
| 1.2 - Delimitação das Características Psicológicas da Gravidez | 30 |
| CAPÍTULO 2 - As Respostas de Conteúdo Anatômico no Teste Z. | 48 |
| 2.1 - Utilização do Conteúdo | 51 |
| 2.2 - As Respostas de Conteúdo Anatômico | 55 |
| 2.3 - O Significado das Respostas de Con <u>te</u> údo Anatômico na Gravidez | 64 |
| CAPÍTULO 3 - Diagnóstico de Aceitação da Gravidez | 67 |
| 3.1 - Método | 73 |
| 3.2 - Resultados | 78 |
| 3.3 - Discussão | 79 |
| CONCLUSÃO | 88 |
| BIBLIOGRAFIA | 92 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| I - Percentagem de Respostas Anatômicas nos Protocolos das Gestantes | 82 |
| II - Percentagem de Respostas Anatômicas nos Protocolos das Não-Gestantes | 83 |
| III - Resumo dos Dados Obtidos nos 20% inferiores da distribuição | 84 |
| IV - Resumo dos Dados Obtidos nos 20% superiores da distribuição | 86 |

INTRODUÇÃO

Durante os últimos anos viemos desenvolvendo um trabalho de caráter preventivo com gestantes que estavam em tratamento pré-natal. Visávamos de forma imediata, um preparo para a maternidade, através da discussão dos problemas emocionais ligados à situação gestacional, e de informações prestadas acerca dos processos físicos e fisiológicos da gravidez e do parto. O trabalho era realizado por uma equipe de psicólogos, obstetras, assistentes sociais e psiquiatra, que organizavam palestras e coordenavam grupos de discussão.

O objetivo mais amplo do serviço era promover a saúde mental da mãe, proporcionando a ela meios de lidar adequadamente com a fase de gravidez. Naturalmente, que, ao conseguirmos tal objetivo estávamos favorecendo um desenvolvimento estável para o filho, prevenindo possíveis distúrbios que surgiriam de uma ligação materno-filial deficiente.

Ao realizarmos tal trabalho tivemos a possibilidade de, não só desenvolver novas práticas de atendimento psicológico, como, no decorrer das tarefas, nos foram aparecendo questões teóricas e técnicas que necessitavam ser respondidas.

O presente trabalho surgiu da tentativa de análise destas questões.

O primeiro problema que se nos apresentou foi o da necessidade de determinação da gravidez como uma situação crítica. Para tanto, era preciso que explicitássemos o conceito de situação crítica, e o de crise. Em seguida, seria preciso uma caracterização mais acurada dos processos específicos ocorridos na gravidez, os quais levam a gestante a atravessar a situação crítica de uma maneira peculiar. Ambas as delimitações foram realizadas no Capítulo I.

A tarefa a que nos propúnhamos impôs ainda, a necessidade de desenvolvermos ^{instrumentos} auxiliares no trato direto com a gestante. Este fato, levou-nos a lançar mão do Teste de Zulliger, já que a utilização deste instrumento possibilitaria-nos ampliar a compreensão da atitude da grávida frente à gravidez.

Uma vez que, neste teste, uma determinada configuração de respostas emergiu de maneira bastante flagrante - as Respostas de Conteúdo Anatômico - tornou-se imprescindível a realização de um estudo que avaliasse a relação existente entre estas respostas e a situação gestacional. O que foi realizado no Capítulo II.

Em seguida, averiguamos que a presença ou ausência das Respostas Anatômicas, no protocolo de uma gestante, poderiam ser utilizadas como índice de aceitação ou rejeição da gravidez. No Capítulo III, portanto, procuramos desenvolver uma pesquisa que demonstrasse a

possibilidade de utilizarmos tal instrumento, com bastante segurança, como um meio diagnóstico de aceitação ou rejeição da gravidez.

CAPÍTULO 1

A GRAVIDEZ E A POSSIBILIDADE DO APARECIMENTO DE UMA CRISE

A gravidez foi tida sempre como uma fase de grande importância na vida da mulher. Quer tenha sido considerada a época maravilhosa de expectativa, quer tenha sido ressaltada a ansiedade que acompanhava esta espera, ela sempre mereceu a atenção de todos. Esta atenção foi dada não só por leigos que pressentiam a importância do período, como por estudiosos que reconheciam na gestação uma situação de mudança com implicações em várias áreas orgânicas e psicológicas. A gravidez, é indiscutivelmente, um ponto de interesse no desenvolvimento do ser humano. Tentaremos demonstrar aqui em que medida se justifica o interesse sobre este período e de que maneira ele contribui para o desenvolvimento posterior da mulher e do ser humano então gerado.

Começemos por localizar o período gestacional junto a outros que se processam no ciclo de vida do indivíduo. Isto é, aqueles períodos de transição onde vários dados da realidade do sujeito sofrem alterações e tendem a se reorganizar em um novo todo ou seja, em uma nova realidade. Situações que como a gravidez, se caracterizam por uma mudança externa e/ou interna do indivíduo e que podem ser determinadas pelo meio ambien -

te, tanto como pelo próprio desenvolvimento vital da pessoa, e, todas elas ocasionando uma exigência de modificações físicas, psicológicas e muitas vezes também fisiológicas. Assim, o indivíduo durante a sua vida, torna-se sujeito a sofrer alterações que podem advir tanto de eventos do meio externo, como por determinação de seu próprio crescimento e desenvolvimento.

A gravidez, junto com a adolescência e o climatério, se enquadra neste último tipo de modificações. Estes três períodos estão presentes como partes integrantes da evolução individual, e, são estados que por outro lado apresentam características específicas, comuns aos três, de serem pontos de transição, durante os quais se processam mudanças físicas e metabólicas importantes, além de alterações psicológicas intensas. Não cabe aqui uma referência mais ampla aos processos de mudanças física e fisiológica pelas quais passam os indivíduos nestes períodos, no entanto, é interessante notar o que muitos autores constataram em relação às modificações psicológicas bastante acentuadas, que ocorrem em pessoas acompanhadas por eles durante estas fases. A observação recai, principalmente, sobre a facilidade com que elas expressam conteúdos que num processo psicanalítico normal, levariam anos para que aflorassem.

Caplan (12), observou que ao conversar com mulheres grávidas, estas reportavam quase sempre "all *linda*

of peculiar fantasies that have a dream-like quality and are not at all the kind of talk that characterizes their normal non-pregnant condition".

Pudemos observar tal fato também, no trabalho que realizamos na sala de espera de um Pré-Natal⁽¹⁾. Esse trabalho foi feito enquanto as gestantes, que chegavam cedo ao hospital, esperavam a sua vez de consulta ao médico. Reuniam-se todas as que estavam presentes naquela hora e ao nos apresentarmos dizíamos que teríamos uma hora ali reunidas, para que houvesse uma "troca de idéias" sobre a situação de gravidez. Imediatamente surgiam várias questões e não raro elas tratavam de conteúdos tais como conflitos infantis com a figura materna, problemas de masturbação ou outros problemas sexuais que tivessem aparecido antes ou durante aquela fase, e que habitualmente custariam a ser trazidos à tona, principalmente quando se tratava de um grupo amplo e composto de pessoas que praticamente não se conheciam.

A mesma situação é citada por Erikson (20) agora, não em relação à gravidez, mas ao período da adolescência. Ele se viu alarmado "*by the closeness to consciousness in the adolescent's perception of dangerous id contents (such as the oedipus complex)*", mostrando as

(1) Pré-Natal do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz.

sim o mesmo fenômeno que havia sido constatado por Caplan e confirmado na nossa experiência clínica.

Os indivíduos nestas etapas da vida sofrem, pois, alterações psicológicas profundas, que vão ser de grande importância porque delimitam por sua vez modificações essenciais no ser humano. O adolescente que se transforma em adulto, a mulher que se torna mãe e a mulher que se defronta com a velhice.

1.1 - Delimitação do Conceito de Crise -

A observação acerca da existência de fases críticas durante a vida dos indivíduos, sejam eles do sexo masculino ou feminino, data de longo tempo. No entanto, em nossos dias uma atenção especial a estes fatos foi dada por estudiosos de psiquiatria que, como veremos, começaram a perceber uma possível relação entre estes pontos de mudança e a instalação posterior de um distúrbio mental.

Consideramos imprescindível um esclarecimento maior acerca destes pontos e do termo crise, já que a importância que atualmente é atribuída a este conceito, tem possibilitado uma vulgarização excessiva, que por sua vez, gera uma série de mal entendidos quanto à compreensão e utilização do mesmo. Para que seja conseguido um entendimento mais acurado do termo é necessário que procu

remos tanto quanto possível, obter uma univocidade na linguagem a ser usada.

Para tanto, procuraremos aqui acompanhar o histórico do desenvolvimento da noção de crise, de modo a ressaltar as principais contribuições existentes na literatura especializada, precisando de forma a mais adequada, o referido conceito.

Um dos primeiros estudos acerca deste assunto foi feito por Lindemann (39) em 1944 quando observou o sentimento de luto que envolvia familiares e amigos de pessoas que haviam falecido recentemente. Ele observou que a morte ou o corte repentino de uma interação social estavam comumente presentes entre os fatores psicogênicos de desordens psicossomáticas. A partir daí estabeleceu uma sintomatologia específica do luto normal, segundo a qual após a morte de uma pessoa querida, o indivíduo apresentava imediatamente, a seguinte síndrome: "sensações de angústia somática ocorrendo em ondas que duram de 20 minutos a 1 hora de cada vez, um sentimento de aperto na garganta, respiração curta e ofegante, necessidade de suspirar e um sentimento de vazio no abdome, falta de poder muscular e uma angústia subjetiva referida como tensão ou dor mental". Estas reações, no entanto, poderiam aparecer de maneira distorcida e conturbada caracterizando um quadro de luto patológico. (Também estudado por Freud (25) e por Grinberg (30)). Este quadro estaria

presente sempre que houvesse uma dificuldade em resolver se a situação de luto de uma forma mais adequada, acarretando o aparecimento de reações exacerbadas em relações comumente encontradas, e sintomas diferentes dos apresentados no luto normal, constituindo um quadro de "atraso de reação ou reações distorcidas que levam a uma superatividade, sem um sentido de perda, à aquisição de sintomas que pertenciam à última doença da pessoa morta, a uma doença médica, à alteração no relacionamento com amigos e parentes, a uma hostilidade marcante contra pessoas específicas, a uma conduta parecida com a de quadros esquizofrênicos, a uma perda duradoura de padrões de interação social, à atividades que acarretam um detrimento à sua própria existência econômica e social e, finalmente a uma depressão agitada com tensão, agitação, insônia, baixa estima, auto-acusação e... necessidade de punição".

As observações de Lindemann acerca do luto e a delimitação destas duas sintomatologias, constituem um dos trabalhos mais importantes para a sistematização dos estudos acerca das situações críticas. A partir deste trabalho, ficou claro não só a influência de determinadas situações na vida humana, mas também como elas ocorrem e que significado podem adquirir.

Também por este autor foi introduzido o conceito de crise que mais tarde seria revisto por ele pró-

prio, junto com Klein (32) em 1961, quando ambos fizeram uma distinção entre "crise" e o que denominaram de "emotionally hazardous situation". Aplicando esta distinção no caso da morte de uma pessoa estimada, vemos que o indivíduo ao sofrer a perda se encontraria na "situação de risco emocional" referida, e a partir desta situação poderia ou desenvolver um quadro de "luto normal" ou então, uma sintomatologia de "luto patológico", sendo que este último caracterizaria a "crise" propriamente dita, a qual apareceria como um "distúrbio agudo e frequentemente prolongado que pode ocorrer... como resultado de um risco emocional"(1).

Anos mais tarde, esta distinção viria a ser definitivamente adotada por vários autores e cabe citar a utilizada por Lent (36) que reconhece uma "situação crítica", na qual o repertório básico que o indivíduo possuía para a resolução de problemas não pode ser utilizado na presente situação, e, a partir da qual o indivíduo toma um dos três caminhos:

(19) o sujeito busca reorganizar a situação através de meios diferentes dos utilizados até aquela época para resolver o problema a contento, o que acarreta um fortalecimento do ego e resulta na aquisição de novos

(1) o trecho citado é de Lindemann e Klein (op.cit.), mas o grifo é nosso.

conhecimentos, ou

(29) a pessoa se dirige a uma "solução rígida e estereotipada", criando uma "pseudo-hómeostase" que possivelmente será rompida mais tarde, acarretando o que a autora denomina de "crise larvada"⁽¹⁾ e,

(30) aparece o fracasso, acompanhado de uma ambiguidade, em resolver a situação depois de várias tentativas, o que constitui a crise mesma.

Vários trabalhos sobre este assunto, trouxeram contribuições de relevo para sua compreensão. Pros seguiremos citando outros autores que estudaram tais situações críticas e que possibilitaram uma conceituação mais precisa destas e da própria crise.

Depois de Lindemann, Klein e Lent citaremos a colaboração de um neuropatologista, Adolph Meyer (44) que, em 1950, tentou estabelecer uma relação entre eventos externos marcantes e o aparecimento de doenças mentais. Ele esquematizou um "gráfico de vida" do indivíduo onde definiu por meio de uma curva a relação entre o início de uma doença e a ocorrência de fatos básicos, como mudança de casa, entrada para a escola, datas de nascimentos ou mortes importantes na família, e outras in-

(1) o termo "larvado" do castelhano poderia ser traduzido em nosso idioma por encoberto.

Influências do meio exterior Meyer observou que estes acontecimentos estariam quase sempre na base de vários tipos de doenças mentais, aparecendo como um facilitador para o desencadeamento das mesmas.

Ainda, em 1950 saíam publicados os estudos de Erik Erikson (22), onde ele também procurou relacionar fatos determinados e o aparecimento de algumas doenças, no entanto o fez de maneira mais completa do que Meyer porque considerava os fatores internos que estariam concorrendo para a instalação do problema, à par dos motivados pelo meio ambiente. Nesta obra, Erikson relata "uma crise de combate em um fuzileiro naval" onde se pode perceber a re lação entre um fato determinado e o aparecimento de uma doença. Re lataremos brevemente aqui o histórico do caso, pois este nos permi tirá obter um exemplo desta relação.

Tratava-se de um rapaz que aos 14 anos saiu de casa. A saída foi motivada por um incidente ocorrido com sua mãe. Esta, na ocasião, estava bêbada como de costume e apontou um revólver para o paciente. O rapaz conseguiu arrancar a arma de sua mão e que brá-la. Quando foi morar fora de casa, recebeu a orientação do di retor da escola em quem confiava e a quem prometeu não exercer atos de violência, não se entregar a nenhum vício e não xingar. Anos mais tarde havia ido para a guerra e, como já á í não gostasse de violência passou a servir no corpo de saúde. Nesta ocasião ele fi cou sob as ordens de um oficial-médico, a quem passou a respeitar e admirar, por ter este homem os mesmos pontos-de-vista que os seus. Permaneceu no "front", até que numa determinada noite, o seu pelo-

tão desembarcava em uma praia quando se abriu um fogo intenso sobre eles. Após este incidente o paciente relatou não se lembrar exatamente o que acontecera. Mas entre alguns fatos confusos conseguiu evocar três situações. A primeira era a do oficial-médico ter-se tornado violento e amaldiçoado a todos. A segunda se referia ao pânico que tomara conta dos homens de seu grupo, e o terceiro fato de que lembrava era o de terem-lhe empurrado, ao paciente, uma arma nas mãos. Depois disso ele havia sido retirado da frente de combate por uma febre intestinal grave acompanhada de uma cefaléia intensa. Esta cefaléia, mesmo depois de acabada a febre, passou a segui-lo em todas as circunstâncias. E, junto a ela, o fuzileiro passou a apresentar vários sintomas de ansiedade e insônia desenvolvendo tempos depois um quadro característico de neurose de guerra.

O exemplo deste caso é utilizado por Erikson para demonstrar como a condição de combate se uniu a outros fatores, para desencadear, a crise, ou seja, a neurose de guerra. É certo, segundo ele, que a guerra foi fundamental para que se instalasse o problema. Houve, no entanto, uma combinação de três circunstâncias, favorecidas pela situação de guerra. A primeira foi a debilitação do organismo que apresentou uma infecção aguda. A segunda foi um *"colapso na identidade do ego"*, quando o indivíduo se viu obrigado a empunhar a arma (quando havia prometido não ser agressivo) e não encontrou o apoio

esperado na figura do oficial (o qual havia se tornado também violento). A terceira circunstância que teria contribuído para a quebra do equilíbrio mantido pelo indivíduo, era o pânico que tomou conta, não só do próprio fuzileiro, que se julgava capaz de orientar os homens, como dos companheiros que pensavam poder tolerar todos os infortúnios.

Erikson define, então, a partir desta "crise humana", uma "fórmula didática" para que se compreenda o que ocorre na base de um distúrbio mental: *"a pertinência de determinado item na história de um caso clínico deriva da dos outros itens, aos quais aquele confere pertinência e dos quais, pelo próprio fato dessa contribuição, obtém significado adicional"*. Veremos então, que é necessária uma movimentação circular para entendermos o encadeamento causal de um dado problema.

Voltando ao caso apresentado constatamos a existência de três fatores interrelacionados, influenciando-se mutuamente. Isto é, cada um deles se alterando e vendo esta alteração influenciar os outros dois. No caso do distúrbio físico, por exemplo, é fácil notarmos que a febre deixou o sujeito mais fraco organicamente o que impossibilitou de resistir às decepções (reais para ele), que se apresentaram, e elaborá-las adequadamente. Assim, o autor pretende estabelecer a influência de um acontecimento crítico externo no desenvolvimento do indi-

víduo, levando em consideração, além daquele fato, a si tuação interna orgânica e mental da pessoa.

Erikson (19) (20), anos depois em 1959, con-
tinuou sua observação sobre a importância de determina-
dos períodos para o desenvolvimento da personalidade.

Não mais se referindo apenas à instalação de
neuroses a partir de uma época definida por um fato ex-
terno, agora ele tinha sua preocupação voltada para a
intervenção em certos conflitos, que segundo ele obser-
vara na obra de Freud, acompanhavam o indivíduo, duran-
te o seu crescimento. Estes conflitos quando não eram
resolvidos adequadamente se tornavam focos de problemas
neuróticos no adulto. Assim, ele tomou os estágios de
desenvolvimento psicosexual estudados pela psicanálise,
juntamente com os conhecimentos sobre o crescimento fí-
sico, cognitivo e social da criança e delimitou estágios
críticos.

Cada um desses estágios era acompanhado de
um conflito entre duas tendências, o que gerava uma "cri
se potencial" devida à mudança radical de perspectiva.
Esta "crise potencial" ou "crise normativa" acompanhava
cada fase, sendo específica dela. O indivíduo ia se de
senvolvendo através destas etapas. Cada uma delas esta
va relacionada com a etapa anterior e com a posterior,
de forma que era necessário que a pessoa houvesse solu-

cionado, de uma maneira ou de outra a "crise" passada, para que quando ocorresse uma pressão da sociedade, ela estivesse preparada para entrar no novo estágio.

Todos estes estágios eram determinados por conflitos básicos, cujos componentes vinham sofrendo uma maturação até eclodir em uma "crise" específica daquela etapa. Os conflitos apresentados eram: confiança versus desconfiança, autonomia versus vergonha ou dúvida, iniciativa versus culpa, indústria versus inferioridade e finalmente identidade versus autodifusão. A estes conflitos que ocorriam durante o crescimento vinham se juntar outros três, característicos da idade adulta: intimidade versus isolamento, "geratividade" versus auto-absorção e integridade versus desgosto e desespero.

O autor distingue ainda, estas "crises de desenvolvimento e normativas" de outras, que seriam crises neuróticas, traumáticas ou impostas, porque quando o indivíduo se defronta com aquelas ele apresenta uma pré-disposição interna, além de existir o fato de que a sociedade ao lhe impor o desempenho de uma nova atividade, lhe garante oportunidades novas e específicas para aquela etapa.

Erikson, neste trabalho, usa o termo "crise potencial" quase que indistintamente do termo "crise normativa". No entanto, parece-nos que, como no caso do

estudo de Lindemann sobre o luto (ã pag. 8) seria mais correto utilizarmos a expressão "situação crítica" para designar estas etapas que Erikson reconhece como podendo ou não, desenvolver no indivíduo a capacidade de resolver novos conflitos, acarretando a partir daí o crescimento do mesmo ou uma entrada na crise real.

Em 1963, um psiquiatra norte-americano, Gerald Caplan (14) utilizando principalmente os trabalhos de Erikson e Lindemann deu um novo enquadre ao estudo de "situações críticas", utilizando-o em um "modelo conceitual" que pretendia servir de base teórica a uma ação preventiva na área de saúde mental. O objetivo do modelo, a exemplo do que acontecera com outros autores, era estabelecido, a partir da observação de fatos, que pela sua ausência ou presença, pudessem desencadear um transtorno mental. Já que os estudos epidemiológicos acerca da doença mental estavam ainda pouco desenvolvidos e, do momento em que não se estava podendo estabelecer de forma acurada uma etiologia para a doença mental, ou os diversos tipos de doenças mentais, Caplan procurou desenvolver um modelo que pudesse ser aplicado a um controle básico daqueles eventos que estariam no desencadeamento, ou no início mais precoce, dos distúrbios mentais.

O estudo do autor, é portanto, de extrema importância, não só por ter apontado meios de intervenção

preventiva na comunidade, mas por ter contribuído com uma maior sistematização acerca destes meios.

O "modelo conceitual" ao cumprir o seu objetivo, não leva em consideração acontecimentos isolados ou esporádicos, que não atendem à necessidade de se trabalhar com a comunidade, mas lida principalmente, com fatos observáveis na grande maioria da população e aplicáveis a ela. Estes fatos estão compreendidos em duas categorias, que se referem à:

1º) "fatores contínuos que moldeam o desenvolvimento" vital do indivíduo, ou "apoios básicos", e

2º) "crises recorrentes associadas com mudanças repentinas nas estruturas de conduta" deste indivíduo.

Os apoios básicos que Caplan descreve podem ser de três tipos: físicos, psicossociais e socioculturais. Esta divisão é considerada apenas para efeito de estudo, uma vez que os apoios são interrelacionados e a realização de um, muitas vezes, depende do alcance obtido por outro. Ao mesmo tempo, eles tratam das necessidades que o indivíduo, de uma maneira geral, apresentaria durante o seu desenvolvimento vital. Não leva em conta as diferenças individuais e as possibilidades de uma vez a pessoa, tendo desenvolvido seus próprios re -

cursos, poder procurar os apoios necessários ou interfe-
rir de uma maneira ativa para a consecução dos mesmos.
 Isto, porque o enfoque usado pretende servir de base a
 uma ação comunitária e, sendo assim examina mais de per-
 to apenas os apoios que poderiam ser eventualmente for-
 necidos por este tipo de ação.

O primeiro tipo estudado, os "apoios físicos"
 se referem à satisfação adequada de necessidades físi-
 cas; a necessidade de alimentação, seguida da de mora-
 dia, de cuidados corporais e da estimulação sensorial
 estão entre os principais quesitos a serem atendidos pa-
 ra que não haja determinados defeitos posteriores.

Não nos cabe aqui descrever as várias modali-
 dades de atendimento às necessidades de cada apoio. No
 entanto, poderemos sugerir exemplos que dão idéia da im-
 portância de tal atendimento. Atualmente existem pro-
 vas bastante concretas que demonstram a relação entre
 danos cerebrais ocorridos por complicações na gravidez
 e no parto, e o aparecimento de problemas mentais na
 criança. O aparecimento destas complicações pode muitas
 vezes ser evitado através de um cuidado pré-natal que
 deveria ser garantido à mãe durante a gravidez. Esta
 tarefa, que aparentemente é bastante simples, deverá
 congrega, no entanto, esforços não só de líderes gover-
 namentais, que institucionalizem os cuidados pré-natais
 e garantam-nos a todos, mas também os esforços de traba

lhadores da área de saúde mental que instruem a população sobre a necessidade destes cuidados, e, obviamente do trabalho dos obstetras, junto às clínicas de pré-natal.

Os outros tipos de apoios, os "psicossociais" vêm em complementação aos físicos e demonstram a importância do estabelecimento de laços objetivos e interpessoais seguros, através da estimulação intelectual e afetiva adequadas, desde antes do nascimento da criança.

De acordo com vários autores, entre eles Freud (24), M. Klein (33) e Spitz (61), a relação mãe-filho, que é a primeira estabelecida pelo indivíduo, é que vai moldar a possibilidade do estabelecimento de todas as relações futuras da pessoa. E, é ainda Spitz(61) quem se refere à "relação mãe-filho normal" como sendo a condição básica para que sejam evitados transtornos ou desordens no desenvolvimento psicológico da criança. O conhecimento de tal fato é "lugar comum" para aqueles que estudam o desenvolvimento infantil, no entanto, é necessário uma difusão adequada destes conhecimentos, de forma que ele atinja as mães que se encontram na situação de desenvolver uma relação com o filho que acaba de ser gerado. É importante, uma ação que possa transmitir certos conceitos básicos acerca das necessidades da criança e da maneira de satisfazê-las.

O terceiro tipo de apoio são os "sócio-culturais". Eles se referem às influências que são recebidas da estrutura social e dos valores e costumes de uma determinada cultura. Ainda aqui, é importante o papel da relação mãe-filho e por extensão o papel da família, uma vez que é através dela que são apreendidos aqueles valores e costumes. Da mesma forma é importante o papel das organizações e instituições, como a escola por exemplo, uma vez que também elas ajudam a transmitir a ideologia de uma cultura além de determinar o papel do indivíduo na sociedade. Portanto, a provisão adequada destes apoios vai estar relacionado às possibilidades que uma determinada sociedade dá às pessoas de se desenvolverem e de obterem um estado mental saudável. Uma sociedade que, por exemplo, discrimina a divisão de recursos proporcionando-os apenas a uma ou outra camada da população, estará contribuindo para o aprimoramento de uns em detrimento do de outros e não dando facilidades a todos de se desenvolverem de forma integral.

De acordo com o modelo conceitual de Caplan, os apoios representam uma linha de influências sofridas durante o desenvolvimento da personalidade. Uma outra linha será dada pelas crises⁽¹⁾, pelas quais o indiví -

(1) aqui, veremos logo adiante, que o termo a ser empregado seria também "situação crítica".

duo passa durante o seu crescimento e que vão ajudar a determinar o seu estado de saúde mental.

O autor determinará dois tipos de crises, citando para tal o trabalho de Erikson. Crises evolutivas que são inerentes ao desenvolvimento vital, acompanhando cada etapa do crescimento e crises acidentais, de terminadas por situações inesperadas, como a de luto descrita por Lindemann (pág. 8).

Esta mesma divisão é feita por Lent (36), que as separa em situações críticas previsíveis e imprevisíveis, caracterizando as primeiras como universais dentro de uma cultura e relacionando as segundas às situações "muito intensas", que têm o seu tempo determinado pelas possibilidades do indivíduo e que são "completamente súbitas e inesperadas". Voltaremos adiante a nos referir a esta descrição de dois tipos de crise, quando a utilizarmos para estabelecer as possibilidades de intervenção preventiva.

Ainda, Caplan reconhece, como os outros autores abordados, que muitos distúrbios mentais foram desencadeados a partir da má resolução, por parte do sujeito, das situações problemáticas que se apresentavam a ele. E, faz uma descrição bastante precisa do processo por que passa o sujeito nesta ocasião, dividindo-o em quatro fases características, que achamos útil transcrever:

"Fase 1 - A elevação inicial de tensão pelo impacto do estímulo põe em ação as respostas habituais homeostáticas de solução de problemas.

Fase 2 - A falta de êxito e o prosseguimento do estímulo determinam a elevação da tensão e o estado... de alteração e ineficácia.

Fase 3 - A tensão continua aumentando e transpassa um terceiro umbral ao começar a atuar como poderoso estímulo interno para a mobilização de recursos internos e externos. O indivíduo recorre a suas reservas de energia e a seus mecanismos de emergência para resolver problemas... Como resultado desta mobilização de esforços e da redefinição da situação, o problema pode resolver-se. A solução geralmente traz em si uma alteração do papel do indivíduo frente a seu grupo, restabelecendo-se o equilíbrio perturbado durante a alteração prévia.

Fase 4 - Se o problema continua e não pode resolver-se com a gratificação da necessidade, ou evitar-se por meio da resignação à insatisfação, ou à distorção perceptiva, a tensão se eleva até um ponto de ruptura. Produz-se então, uma importante desorganização no indivíduo, com resultados graves".

Na apresentação destas quatro fases, pudemos notar nitidamente dois momentos distintos:

a) o primeiro, que iria desde a instalação do problema, até as tentativas sucessivas de resolvê-lo (fases 1, 2 e 3), e que seria o que viemos denominando de "situação crítica".

b) o segundo, que poderia ocasionar uma "resignação à insatisfação" ou uma "distorsão perceptiva", caracterizando a crise encoberta (Lent (36)), ou desembocaria na plena impossibilidade de atender às novas necessidades (fase 4), acarretando realmente uma crise.

Com a descrição fornecida por Caplan acerca do conceito de crise, terminamos o exame das contribuições mais relevantes na determinação desta noção. Tentaremos, portanto, estabelecer algumas conclusões sistemáticas que possibilitem um maior esclarecimento quanto ao conceito e a sua utilização na área de saúde mental.

Durante o desenvolvimento do indivíduo e no decorrer do seu ciclo vital, existem ocasiões em que ele depara com dificuldades, para as quais não possui soluções imediatas. Esta época foi denominada por Lindemann de "situação de risco emocional", mas seria útil deixarmos de lado esta denominação e outras que também são utilizadas, e, conservarmos o termo SITUAÇÃO CRÍTICA (Lent (36)) pois nele estaria incluído não só a idéia de risco, mas a de uma situação grave ou perigosa.

Apesar de não usarem o mesmo termo, todos os autores considerados por nós, abordam esta fase, como sendo aquela em que o indivíduo se defronta com um problema, imposto às vezes pelas circunstâncias externas, às vezes pelas necessidades internas e às vezes por uma conjugação desses dois fatores.

Ainda, se compreendermos esta época, tendo em vista a noção de equilíbrio⁽¹⁾, através do modelo termo dinâmico, veremos que a situação crítica se caracteriza por ser uma etapa em que o indivíduo vê alterada a configuração de "quase equilíbrio estável" ("*steady-state*") em que se encontrava⁽²⁾. Nesta configuração de "*steady-state*" ou "quase-equilíbrio estável" é que vai se dar, em ocasiões "normais", a compensação das perturbações externas através de um sistema ativo.

Entretanto, quando numa situação crítica, o indivíduo passa a um estado de "quase-equilíbrio instável", este "quase-equilíbrio instável" é facilmente rompível e comporta por sua vez duas possibilidades:

(1) tal como é aplicada por Lisbona(40) quando se baseia em Lotka e analisa esta noção na teoria de Piaget.

(2) O termo homeostase (Cannon (11)) também é muitas vezes empregado em relação a este período (Caplan (14)), no sentido de uma regulação biológica e manutenção de equilíbrio, conseguidos meramente através de um sistema de "*steady-state*".

a) um "deslocamento de equilíbrio", o qual terá como consequência a obtenção de uma nova configuração, que poderá ser "mais estável" ou "mais instável" que a anterior, e,

b) uma "ruptura do equilíbrio".

Portanto, ao transpormos esta noção para os termos psicológicos que viemos tratando, temos o indivíduo numa situação de "quase-equilíbrio instável" facilmente rompível, que é a SITUAÇÃO CRÍTICA. A partir de então ele poderá modificar esta situação e resolvê-la, obtendo um "equilíbrio mais estável" que o anterior. Poderá atingir um "equilíbrio mais instável" que terá a configuração de uma CRISE ENCOBERTA. Ou, poderá desembocar numa situação de "ruptura do equilíbrio", onde haverá uma quebra do sistema, que corresponderia à instalação da CRISE.

Por outro lado, ao encontrar-se na situação de instabilidade, o indivíduo torna-se extremamente suscetível a influências externas, sejam elas positivas ou negativas. Nesta época, então, a intervenção preventiva realizada de maneira sistematizada por um profissional, por mínima que seja, pode ser determinante quanto a dirigir o indivíduo à possibilidade mais positiva, dentre as três que se apresentam. Esta intervenção adquire uma dimensão ampla, com consequências definitivas em

bem nos períodos posteriores, em que o indivíduo tiver que passar por outras épocas críticas, já que ao receber tal ajuda ele estará sendo fortalecido para enfrentá-las.

As situações críticas, portanto, constituem um dos alvos primordiais de qualquer trabalho que vise a manter a saúde mental do ser humano.

Prosseguindo na necessidade de tornarmos mais explícitas as várias noções com que lidamos, vimos que as situações críticas podem advir do próprio desenvolvimento do indivíduo, acompanhando a sua evolução e como tal, sendo previsíveis, ou que podem surgir a partir de perturbações advindas do meio externo sendo por conseguinte imprevisíveis.

Esta distinção é determinada pela necessidade de estabelecimento de duas linhas básicas de ação no campo da prevenção de distúrbios mentais. Uma que se dedicaria às situações previsíveis, e outra que trataria das situações imprevisíveis. No caso das primeiras, esta ação poderia se dar a um nível social (Caplan (14)), onde se tentaria uma vinculação à instituições, para desenvolver-se um trabalho em nível comunitário, ou poderia ser realizada em nível interpessoal (Caplan (14)), onde se procuraria atingir aos indivíduos em particular.

A ação social consistiria basicamente em definir os lugares onde se encontram pessoas em situações crí

ticas, como por exemplo "clínicas pré-natais, salas de cirurgia, salas de espera de clínicas e hospitais, jardins de infância, escolas de 1º grau", etc.. A partir da definição destes lugares, haveria todo um planejamento que procuraria estabelecer regras e leis básicas que oferecessem condições aos seus frequentadores de superar, da maneira mais adequada, a situação crítica que se apresentasse.

A ação interpessoal se dirigiria a assegurar aos indivíduos em particular (através do contato direto com eles, ou do contato com pessoas que mantêm uma ligação com eles), uma forma sadia de superar a referida situação. Para tanto, é necessário que o profissional tenha um conhecimento tão profundo quanto possível da situação crítica específica com a qual irá lidar, a fim de que a intervenção seja realmente efetiva.


No caso dos períodos imprevisíveis a ação poderia sempre através deste último tipo, ou seja, do nível interpessoal, onde haveria uma intervenção precoce realizada tão logo aparecessem os primeiros sinais de dificuldade em resolver o problema.

Portanto, tomando um enfoque geral, o auxílio adequado consistiria em desenvolver no indivíduo, ou pelo contato direto com ele, ou por outras vias, a possibilidade de, ele próprio formular um meio para resol-

ver a situação, reestruturando as suas possibilidades prévias e enriquecendo-se com uma nova forma de ação que antes não lhe era conhecida. Nesta ocasião deverão ser estimuladas no sujeito técnicas de solução que sejam ao mesmo tempo condizentes com a sua realidade e aceitáveis pela sociedade, de forma que ele saia da situação crítica com um ganho de novas capacidades para enfrentar de uma maneira saudável dificuldades que ocorram no futuro.

E, novamente deixamos claro que, caso este resultado não seja conseguido, teremos um indivíduo usando mecanismos "rígidos e estereotipados" para tentar solucionar a situação, o que, o fará entrar em um estado de CRISE ENCOBERTA, o qual não podendo se manter ocasionará a crise.

A entrada em uma CRISE, voltamos a afirmar, significa que a pessoa não conseguiu elaborar respostas socialmente aceitas, e experimenta em consequência da sua incapacidade, uma importante desorganização na personalidade, que a deixa transtornada, sendo favorável à instalação de um distúrbio mental, quase sempre de graves proporções.



1.2 - Delimitação das Características Psicológicas da Gravidez -

Ao procurarmos delimitar os aspectos psicológicos presentes durante a gravidez é importante termos a idéia de que destacamos de forma um tanto artificial um período determinado, dentre aqueles que fazem parte do desenvolvimento vital da mulher. Como observou Erikson (20), a gestação constituiria uma das etapas de evolução do adulto (a de conflitos entre "geratividade" x auto-absorção). E, como tal, o período gestacional seria influenciado pelas etapas que o precederam, indo por sua vez dar continuidade aos períodos subsequentes. Ao estudarmos esta época, estaremos portanto, considerando todo o desenvolvimento psico-emocional da mulher e as consequências que ele vai determinar na situação de gravidez.

Ao mesmo tempo, é interessante relembrarmos que, como em outras situações críticas, há aqui também uma expectativa que vem do meio ambiente e que afeta a mulher grávida. E, que, por outro lado, também o próprio meio que a circunda sofrerá influências definidas pelo seu estado.

A gravidez pode ser abordada de dois pontos de vista principais, um que estuda o estado interno da gestante, outro que descreve a expressão externa que acompanha este estado. Naturalmente, ambos estão inextric

velmente relacionados, e qualquer tentativa de caracterização dos aspectos da gestação deverá alternar-se na explicação de um e na constatação de outro.

Há, por outro lado, alguns autores que ao estudarem a gravidez tentam dividi-la em três trimestres (Caplan (13), Pines (51)), esta sistematização, apesar de facilitar a explicação de alguns fenômenos, nos parece muito limitativa, uma vez que a maior parte das ansiedades e alterações presentes na gravidez, não são características apenas de um dos três estágios, mas podem ser encontrados durante os nove meses, às vezes de forma intensa, às vezes disfarçada.

Portanto, decidimos tomar como um todo, o processo global que se desenvolve durante a gravidez - caracterizado principalmente por um movimento regressivo - para em seguida nos aproximarmos dos fenômenos específicos desta situação.

Ao falarmos do estado de regressão em que se encontra a gestante, é necessário esclarecermos que utilizamos a sistematização de Malan (42) sobre o conceito de regressão na teoria freudiana. Segundo ela, há cinco linhas de movimento regressivo possíveis, porém podemos notar que o movimento ocorrido na gestação se atém apenas a três destas linhas que são:

a) passagem do Processo Secundário ao Processo Primário;

- b) volta ao objeto mais primitivo da Libido e,
- c) volta a estágios libidinais pré-genitais.

É importante salientar que a regressão tal como ocorre na gravidez não implica na perda do "exame da realidade", nem, por consequência, em dano no sistema percepção-consciência.

A regressão durante a gravidez foi evidenciada por grande parte dos que observaram este período. No entanto, citaremos apenas alguns autores, cujos trabalhos sobre o assunto, apesar de focalizarem uma ou outra linha de regressão, permitiram que se obtivesse uma compreensão dinâmica deste movimento regressivo.

Caplan (12) (13) caracterizou esta situação como a de uma "mudança no equilíbrio entre o id e o ego". Esta mudança possibilitaria um mau controle do ego sobre o id, o que facilitaria a expressão de conteúdos reprimidos.

Este fato, já havia sido citado anteriormente por nós, à página 6, quando fizemos notar que nossa experiência coincide com a de Caplan. Podemos observar o reaparecimento de fantasias, necessidades e desejos infantis, que numa situação habitual não costumam se apresentar e que durante a época da gravidez se estendem desde o 2º. ou 3º. mes até as primeiras semanas do puerpério. A gestante parece reviver uma série de problemas ocorridos na sua infância, cujos conteúdos te

riam permanecido esquecidos, até que durante esta etapa da vida voltam a se tornar conscientes, podendo ser expressos a qualquer momento, frente a algum estímulo significativo para ela.

As consequências do aparecimento destes conteúdos no comportamento da mulher grávida, serão examinados com mais detalhes, quando nos detivermos nas fantasias, necessidades e desejos específicos da gravidez.

Ainda, segundo observou Caplan nas duas obras referidas acima, existiram semelhanças entre certas características deste período e alguns aspectos apresentados em diversos quadros de psicoses. Essas semelhanças se remetem principalmente à expressão das fantasias instintivas inconscientes, às quais nos referíamos, que irrompem no consciente.

Quando consideramos as linhas de regressão do aparelho psíquico (Malan (42)), vimos que na gestante havia um retorno do Processo Secundário ao Processo Primário, a par de uma regressão no objeto e no estágio da libido.

Nas psicoses, entretanto, além destas linhas de regressão, aparece como característica principal, a regressão do Princípio da Realidade ao Princípio do Prazer. É exatamente a presença desta última linha, que diferencia claramente a regressão psicótica, da re-

gressão que ocorre numa gestante. Neste caso, faz-se evidente que embora haja semelhanças, que se apresentam sob a forma de afloramento de fantasias inconscientes, os dois processos comportam uma distinção qualitativa de extrema importância.

Langer (35) também se refere a esta situação de regressão durante a gravidez. Para ela haveria uma "regressão parcial" que estaria ligada a um despertar de angústias sofridas precocemente, vinculadas principalmente à relação da mulher com sua própria mãe. Tais angústias, por sua vez, tornariam a gestante carente de amparo e proteção.

O trabalho de Langer seria mais tarde completado pelo de Soifer (60) que caracterizava o estado de regressão da gravidez como uma identificação fantasiada com o feto. Para ela, a regressão era induzida pela percepção inconsciente das mudanças orgânicas e hormonais e pela sensação de desconhecido que lhe trazia aquela percepção.

Chertok (15) ao ressaltar o estado regressivo da mulher neste período, diz que o aspecto geral observado é "primariamente oral", o que, segundo ele, justifica a existência de hipersonia, interesse em comida, voracidade, dependência e suscetibilidade em relação ao ambiente.

Além destas referências ao estado regressivo da mulher, há também a posição de Bibring et al (6) que o caracteriza como uma situação de regressão do objeto da libido. Como foi observado por esta autora, a mulher estaria a princípio intensamente ligada a seu parceiro sexual com quem desenvolve uma relação madura. A partir da fecundação ocorrem mudanças somáticas e metabólicas importantes que a tornam mais voltada para o seu próprio eu. Paralelamente ela começa a observar a presença dentro de si de um outro indivíduo, que apesar de estar sendo gerado por ela, e de ser inteiramente dependente dela para seu desenvolvimento, será também sentido paulatinamente como um ser à parte. Ao terminar a gestação ela deve estar pronta para estabelecer uma nova relação com este ser, reconhecendo-o como uma criança separada de si e com um modo de reagir próprio e único.

Este processo porque passa a mulher durante a gestação, se caracteriza então, por uma mudança de posição da libido, que inicialmente seria objetal, para uma escolha narcisista colocada no próprio eu (Freud (23) (27) (28)). Isto é, ocorreria uma passagem da eleição de um objeto externo, que possibilitava o estabelecimento de uma relação heterossexual, para uma eleição do próprio eu, caracterizando uma regressão no objeto da libido, que só mais tarde tornaria a estar voltada para

o mundo externo, possibilitando a nova relação com o be
bê então nascido.

Este quadro geral de regressão que caracte-
riza de maneira pregnante o estado da grávida, acompa-
nhado das mudanças somáticas e hormonais provocadas pe-
lo desenvolvimento da gestação, vai acarretar o apareci-
mento de uma série de modificações psicológicas, as
quais passamos a descrever.

Quando a mulher engravida, há um aumento
no nível de progesterona, o que acarreta mal-estar físi
co e provoca mudanças corporais que serão imediatamente
sentidas por ela. Provavelmente são estas mesmas alter-
ações fisiológicas que a par da regressão facilitam o
ensimesmamento e volta para si, bastante característi-
cos deste período, e que serão expressados por um com-
portamento mais passivo do que o habitual e numa intro-
versão maior, que levam a um estado de sonolência acen-
tuado (Caplan (13), Soifer (60)).

O sono, a passividade e a introversão, ape-
sar de serem mais intensos, nos primeiros meses, irão
acompanhar a grávida durante toda a gestação. Entretan-
to, às vezes, a mulher pode apresentar algum problema em
relação a seu próprio estado, não aceitando a situação
de se encontrar dependente de outrem, mostrando-se, então,
insone e hiperativa. Segundo vários autores (Caplan (13)).

Pines (51)) esta dificuldade estaria baseada numa não aceitação da feminilidade.

Newton (48) observou através de pesquisas que há uma relação entre a inveja da posição masculina na nossa sociedade e sentimentos negativos em relação à gravidez, parto e puerpério.

Durante muitos anos houve uma tendência accentuada na atribuição de um papel passivo à figura feminina, e a contribuição de estudos antropológicos pode mostrar a influência do condicionamento social para o estabelecimento deste papel (Mead (43)). Na sociedade ocidental atual não se exige das mulheres esta atitude passiva, e, pelo contrário, nas grandes cidades, se espera delas que tenham um papel quase tão ativo quanto o atribuído ao sexo masculino. Este fato vem facilitar a muitas delas a utilização da situação de "serem ativas" como uma competição com o elemento masculino.

Na época da gravidez, onde a passividade parece ser uma exigência fisiológica, este tipo de mulher se rebela contra tal necessidade, tentando permanecer no mesmo ritmo de desempenho que alcançava anteriormente. É claro que esta atitude vai acarretar uma série de transtornos não só pelo fato da mulher não repousar tanto quanto seria devido, como pelo próprio fato da maternidade colocar à prova, a cada instante, a atitude feminina, na acepção melhor do termo, que é a de exercer

um papel que apenas uma figura deste sexo poderá exercer ou seja, gerar um novo ser em seu próprio corpo.

Ainda, as mudanças fisiológicas parecem acarretar uma situação de instabilidade no humor, de forma que a gestante se apresenta ora depressiva, ora exaltada sem que haja um fator externo, motivando um ou outro estado (Caplan (12)).

É comum também a observação de um aumento de sensibilidade, não só na área psicológica onde se mostram sintomas de irritabilidade intensa, como em relação ao paladar, ao olfato e à audição onde qualquer componente estranho é logo percebido, e, um sentimento agradável ou intolerável pode ser emanado do mesmo objeto, em ocasiões diferentes (Caplan (12), Soifer (60)).

A percepção destas mudanças por parte da mulher vem quase sempre acompanhada de uma sensação de "anormalidade" ou de algo diferente que não lhe ocorria antes, e que se agrava pelo fato dela não conseguir exercer um controle aceitável sobre tais modificações.

Pudemos constatar em um grupo de gestantes¹ o alívio de uma das participantes que dizia ter sido bastante acalmada em seus temores quando percebeu que os mesmos sentimentos e sensações de instabilidade de humor

¹ Realizado no Curso de Preparação para a Maternidade do Instituto Fernandes Figueira.

estavam presentes em outros membros do grupo. Antes de tomar contato com a realidade das outras gestantes e de se assegurar que tal processo era inerente à situação gestacional, pensava, segundo ela mesma referiu, "*estar ficando completamente maluca*".

Do ponto de vista da família ou dos outros indivíduos que circundam a gestante, também pode nascer uma dificuldade em lidar com uma pessoa tão instável. Por isso, nesta época e nestes casos é essencial a intervenção de um profissional treinado.

Acerca da atitude adequada nesta ocasião é importante salientarmos o conceito de "orientação antecipatória" de Caplan (13), que sendo um dos pioneiros do trabalho na área de prevenção primária, mostrou a importância do acompanhamento da gestante, do marido e dos familiares com o intuito de dar a todos a possibilidade de conhecerem e entenderem a situação que estão atravessando.

Aqui é importante também nos remetermos a Lévi-Strauss (37), quando relata a realização, com o auxílio da magia, de um parto complicado ocorrido numa cultura indígena no Panamá. O parto consegue chegar a termo quando o xamã utiliza um canto e uma série de procedimentos, que se resumem em uma explicação dos processos fisiológicos que estão ocorrendo no corpo da parturiente.

Este episódio leva Lévi-Strauss a considerar a cura (neste caso a consecução do parto) como resultado da integração de vários sintomas e dores apresentados pela mulher em um sistema determinado, que lhes dá significado. Ele faz uma comparação entre os recursos usados pelo xamã e os utilizados pelas técnicas psicanalíticas, demonstrando que ambos procuram incorporar à vivência do doente, fatos desorganizados que estariam fora de seu controle, e que, a partir daí obteriam um funcionamento ordenado.

O artigo de Lévi-Strauss confirma o que apontamos quanto à importância que adquire para a gestante o fato de ver situados os sentimentos que lhe são estranhos, em um conjunto de alterações habitualmente presentes durante a gravidez. E, ainda, como foi determinante para a mulher que atendíamos, reconhecer nas outras mulheres, os mesmos sintomas apresentados por ela e que portanto ganhavam um novo sentido e se tornavam aceitáveis pelo meio, tanto como por ela própria.

Continuando na descrição dos fenômenos ocorridos durante os nove meses da gravidez, deparamos com uma situação frequentemente observada que é a presença de náuseas e vômitos.

Para que se instalem estes sintomas parecem concorrer vários fatores. Um deles seria constituído das mudanças fisiológicas e transtornos no metabolismo, os quais

poderiam gerar um descontrole hormonal que provocaria es
tas sensações.

No entanto, além do fato das mudanças fisi-
ológicas, que seriam universais e estariam presentes em
todas as mulheres, existiriam outras situações que leva-
riam ao aparecimento de sintomas como náuseas e vômitos.
Mead e Newton (48) em seu artigo apresentado ao "I Inter-
national Congress of Psychosomatic, Medicine and Child -
birth" salientaram a existência de uma "modelagem" cultu-
ral sobre as experiências da mãe na gravidez, parto e pu-
erpério. Desta forma, o contexto cultural provê as ges-
tantes de "modelos" do que seria uma "boa gravidez" e um
"bom parto". E, o "pensamento" da sociedade acerca da
inevitabilidade ou não de determinados sintomas irá de-
terminar a presença ou ausência dos mesmos. Portanto, es
tes estudos antropológicos mostram que todas as culturas
desenvolvem alguns preconceitos e tabus quanto à gravidez
e logo, sempre que uma sociedade considerar que esta épo
ca deva ser acompanhada de náuseas e vômitos, verá as mu
lheres grávidas sofrerem destes males (Mead apud Langar
(35)).

Newton em seu livro "Maternal Emotions" (48)
cita um estudo realizado com 475 índias americanas grávi-
das, das quais apenas 14% sofriam de náuseas e vômitos,
sendo que neste grupo de 14% a maioria sabia falar inglês,
ou havia tido algum contato com a cultura americana.

Entretanto, Erikson (21) ao observar os índios Sioux da região central dos Estados Unidos, relata que muitas mulheres apresentavam vômitos durante a gravidez, a par de outros transtornos fisiológicos.

Por outro lado, poderiam, as náuseas e vômitos ser utilizadas emocionalmente pela mulher para obter a atenção dos que a cercam, principalmente do marido. Este comportamento por sua vez seria consequência da necessidade de mostrar a todos, e fazer patentes, as transformações que se processam dentro de si.

Há ainda quem relacione a presença de vômitos a uma rejeição, não só à idéia da vinda do bebê, mas à própria situação de gravidez. No entanto, pesquisas realizadas por Chertok et al (apud Newton (49)) revelaram que estes sintomas estariam relacionados a uma ambivalência de sentimentos, mais do que a uma rejeição clara à gravidez. Por sua vez, conforme Newton (49) aponta neste mesmo trabalho, a rejeição total estaria relacionada ao aborto induzido ou à tentativa mal sucedida de aborto.

Também, do ponto de vista psicanalítico, os vômitos podem ser expressão de uma incerteza frente a existência ou não da gravidez (Soifer (60)). Esta incerteza pode persistir mesmo depois da confirmação dada por exames de laboratório, uma vez que ela seria a expressão de um conflito com a figura materna (Langer (35), Bibring

et al (6)).

Nesta ocasião, a mulher que vinha desempenhando o papel de filha, passa a exercer um papel que lhe permite identificar-se com a própria mãe (Deutsch(18)). Neste ponto, há, a princípio, como um despertar de fantasias ocorridas na infância, fantasias de desejo de tomar o lugar da mãe junto ao pai, e de inveja da possibilidade de ter filhos. Enquanto permanece este sentimento a mulher se vê presa de vivências persecutórias intensas, já que os ataques fantasiosos feitos à sua mãe a deixam culpada e fazem-na esperar que, como castigo, não lhe permitam ter um filho. Somente quando a mulher passa a aceitar a identificação com a figura materna de forma mais madura, parece evidenciar-se para ela a certeza de que está realmente grávida e os vômitos vão se escasseando.

Todos estes problemas e sensações vêm acompanhados de uma ansiedade que varia de acordo com o grau de resolução que a gestante consegue dar à situação atual e também com o histórico que ela possui em relação à resolução de conflitos anteriores.

A par destes conflitos emerge um outro, fundamental na configuração do quadro emocional da gravidez, que é o determinado pelos sentimentos que surgem quando da instalação franca dos movimentos fetais (Soifer (60), Chertok (15)). Nesta ocasião a mulher experi

menta a relação mais íntima e exclusiva que ela jamais havia pensado em desenvolver, ao mesmo tempo em que é retirada de certa maneira, de seu ensinamento pela presença de um ser que é distinto de si, apesar de estar dentro de seu corpo.

Estas duas sensações, ocasionadas pela percepção dos movimentos fetais, ou seja, o sentimento de intimidade profunda, e ao mesmo tempo, o conhecimento de que há dentro de si um filho que em breve sairá de seu corpo, vão estar no cerne das ansiedades aparecidas nesta época, uma vez que é quando são mobilizadas de forma mais intensa as fantasias regressivas da grávida, as quais tomarão várias formas de expressão.

O sentimento de ter dentro de si um filho, com quem desenvolve uma união tão íntima, reaviva as fantasias inconscientes de incesto e masturbação ocorridas na infância, o que vai acarretar o aparecimento de uma ansiedade de natureza culposa que irá se expressar pelo medo da morte durante o parto, pelo medo da má-formação fetal, e pelo medo de uma deformação corporal permanente (Soifer (60)).

Cada um destes medos, ou como seriam melhor denominados, ansiedades, (já que quase nunca existe um suporte objetivo para sua existência), é acompanhada, segundo Soifer, de outras fantasias além daquelas mais preco-

ces ocorridas na infância. A ansiedade relativa à morte, além de expressar o castigo máximo merecido por toda a culpa que a gestante traz consigo, surge também como a expressão de uma fantasia segundo a qual uma nova vida seria gerada à custa da sua própria vida, ou seja, haveria um sentimento de que a sobrevivência do feto se daria através da absorção de todo o conteúdo materno, absorção esta que acarretaria a morte da mãe.

A ansiedade relativa à má-formação do feto, exprime antes de mais nada, uma curiosidade natural acerca das características do filho tais como sexo, aparência, etc., que obviamente são desconhecidas e que trazem, apesar de pouco provável, a possibilidade de um defeito congênito. Este temor pode também ser exacerbado e servir como meio de expressão de conteúdos culposos da gestante, de forma que pela identificação dela própria com o feto, existiria um medo deste sofrer um dano quase sempre irrecuperável, como "castigo" pelas culpas da mãe.

A ansiedade de alteração corporal permanente além de também exprimir sentimentos de culpa, pode ser acompanhada de fantasias de ciúme em relação ao marido. Estas fantasias surgem ou pela preocupação da mulher que vê o seu corpo alterando-se, perdendo o contorno anterior e se tornando menos estético, e portanto menos atraente ao marido, ou pelo medo de que o marido sinta ciúmes da relação írtima que ela mantém com o filho

e resolva abandoná-la.

Por outro lado, nos referíamos a um outro sentimento básico que irrompe a par destas fantasias e que se contrasta com elas. É a sensação da mulher quando sente os movimentos fetais e percebe que eles independem de sua vontade e de seu controle e que, portanto, são de alguém distinto de si.

Neste ponto a mulher que estava totalmente voltada para ela própria começa a ter a sua atenção dirigida também, para o filho que alguns meses mais tarde se tornará um indivíduo em si próprio, ainda que muito ligado a ela.

A perspectiva do parto e do nascimento que se aproximam reavivam na mulher fantasias primitivas de separação e castração. A grávida que nesta época, tende a se identificar com o filho por meio de fantasias, vê reeditado o seu próprio nascimento (Langer (35)), apresentando assim uma ansiedade dupla, por perder o feto que traz consigo e por se identificar com ele, que vai perder a segurança dada pelo útero materno. Ao mesmo tempo, o feto que está sendo fantasiado como o pênis desejado por ela na infância (Freud (26)) ao ser-lhe retirado faz reviver as mesmas fantasias de castração já experimentadas anteriormente, o que contribui para o aparecimento de uma ansiedade difusa que, junto às outras já descritas, lhe acompanham até o parto, e muitas vezes

estende-se às primeiras semanas do puerpério.

É também quando da instalação dos movimentos do feto que a mulher tem interrompido o processo de ligação narcisista da libido, pela introdução de um novo objeto que, no entanto permanece dentro de seu corpo. A passagem para a eleição de um objeto fora de si vai se dar então, de forma lenta durante os meses restantes da gravidez, até poder se estabelecer definitivamente no mundo externo, se concentrando na criança que vai representar a integração das relações da mulher com o marido, da mulher consigo mesma e dela com o filho então gerado.

CAPÍTULO 2

AS RESPOSTAS DE CONTEÚDO ANATÔMICO NO TESTE Z

O Teste Z é um teste de personalidade, que por constar de manchas ou borrões pouco estruturados e sem sentido, pode ser classificado como um teste projetivo constitutivo (Bell (5)).

Foi criado por Hans Zulliger durante a segunda guerra mundial. Nesta ocasião o autor, que era psicólogo do exército suíço, deparou-se com a necessidade de testar um número grande de pessoas ao mesmo tempo. Construiu então seu teste sob a forma de manchas, a exemplo de como havia sido criado o teste de Herman Rorschach. No entanto, o fez sob a forma de 3 diapositivos. Nesta época o teste era usado com o fim precípua de realizar seleções entre indivíduos aptos e inaptos para o exército. Anos mais tarde surgiu a possibilidade de usá-lo também sob a forma de lâminas, tal como era usado o Rorschach.

Ao proceder a escolha destas três pranchas, que resultaram no teste usado atualmente, o autor utilizou na mesma amostra o Teste Z e as provas de Rors - chach e Behn-Rorschach. Pôde então, verificar que todos continham os mesmos elementos, e que a amplitude dos resultados era idêntica tanto no seu teste como nos outros dois.

O Teste Z pode ser interpretado na mesma linha de análise do teste de Rorschach. Apenas ligeiras diferenças, não relevantes para o nosso trabalho, são apresentadas às vezes e, Zulliger as ressaltou em seu manual (67). Essas diferenças não invalidam em absoluto, a possibilidade de interpretação do referido teste de acordo com o esquema de análise proposto por Herman Rorschach, para a sua própria prova.

O Teste Z é considerado, da mesma forma que Herman Rorschach designou o seu teste, "*um diagnóstico pela percepção*".

A percepção é um processo complexo que não depende somente do estímulo externo. Há também uma participação dos mecanismos internos do sujeito percebedor. Segundo Vernon (63) ao percebermos uma figura, a sua forma estará determinada "*em parte pelas formas físicas reais dos objetos do campo visual. Mas também temos a tendência a modificar as qualidades formais do que percebemos, particularmente quando se trata das chamadas formas sem sentido*".

Por isso, assim como Garcia (29) considera nos ser possível investigar um determinado fenômeno do Teste Z, ou seja, no caso, as respostas de conteúdo anatômico, "*como um sintoma, um dado externo que possa nos levar a uma melhor compreensão dos mecanismos internos do sujeito que o produziu*".

De acordo com Bohm (8), um dos autores que mais se manteve fiel ao esquema básico de análise e interpretação estruturado por H. Rorschach, este "da do externo", ou seja, a resposta perceptual dada à mancha pode ser classificada sob quatro pontos de vista diferentes:

a - do modo de apercepção - que se refere à maneira como a pessoa aborda a mancha. Seja considerando-a em sua totalidade ou em seus detalhes;

b - do determinante da resposta - quais vivências psíquicas determinaram esta resposta;

c - do conteúdo dado à interpretação;

d - da frequência - ou seja, levando-se em consideração os três primeiros itens, com que frequência uma mesma resposta é apresentada ou não em determinada população.

No trabalho clínico que desenvolvemos com gestantes, ao aplicarmos o Teste Z, constatamos que as respostas de conteúdo anatômico se sobressaíam de forma pregnante. Decidimos pois observar mais de perto a presença deste conteúdo nos testes projetivos que usam manchas sem sentido. Portanto, no presente capítulo, nos deteremos a um dos pontos de vista sob os quais a resposta perceptual pode ser classificada ou analisada - o conteúdo da resposta -, e nele observaremos a categoria "anatomia".

2.1 - Utilização do Conteúdo

A utilização dos dados fornecidos pelo conteúdo foi acompanhada de uma controvérsia que parece se remeter ao próprio criador do teste. Herman Rorschach em sua primeira obra, *Psicodiagnóstico* (57) afirma que *"o conteúdo das interpretações oferece pouca indicação acerca do conteúdo da psique"*. No entanto, anos mais tarde em um trabalho publicado após a sua morte (56), ele escreve que *"o conteúdo das respostas pode ser também significativo"* para a interpretação de complexos existentes no sujeito.

A partir de então, parecem ter surgido duas formas básicas de utilização dos conteúdos apresentados na resposta. Uma delas enfoca o conteúdo sob um ponto de vista dinâmico e qualitativo, enquanto a outra o estuda sob uma perspectiva formal e quantitativa. O enfoque qualitativo se centra na verbalização e expressão que o sujeito dá a sua resposta, calcando a interpretação no curso da associação livre e nos símbolos que foram utilizados. O ponto de vista formal baseia sua verificação nos dados computados no psicograma e na constatação de que estes dados teriam uma determinada correlação com algum aspecto da personalidade, aspecto este, observado, geralmente, nos dados clínicos fornecidos por sujeitos que compuseram uma amostra.

O ponto de vista qualitativo pode ser representado principalmente pelos trabalhos de Minkowska e Orr na Europa, e os de Schafer e Brown nos Estados Unidos. Este último afirma que o material trazido a uma sessão de psicanálise, referente a produções de fantasias inconscientes do paciente, é similar ao material com que se lida numa prova de Rorschach.

O teste, segundo Brown (9) poderia acarretar um fluxo de associações, que apenas diferem das que aparecem num processo de psicanálise, por partirem de manchas relativamente pouco estruturadas, enquanto numa terapia o estímulo seria a situação subjetiva fornecida pelo terapeuta. Em consequência, propõe que se interprete o conteúdo das respostas, tendo em vista a configuração total dos conteúdos de um protocolo, mas usando o mesmo tipo de técnica fornecida pela psicanálise.

Da mesma forma Schafer (58) sublinhou a importância da interpretação do conteúdo, utilizando um marco de referência temática, e desenvolveu uma forma dinâmica de análise das respostas, cujas origens se remontariam também à teoria psicanalítica.

F. Minkowska (45) acentuava a possibilidade de uma análise qualitativa do teste, que poderia ser considerada como um prolongamento do psicograma, o qual, segundo ela, adquiriria um aspecto estático, devido a sua forma quantificada. Para ela, existiriam, antes de um pon

to de vista quantitativo, vários elementos, pertencentes à pessoa testada, ao clima de cada prancha e mesmo ao contato com a pessoa do examinador, que permitiriam uma compreensão maior das respostas apresentadas. E, segundo Augras (3), Minkowska se baseava quase que exclusivamente nestes aspectos qualitativos, principalmente porque interpretava os conteúdos à luz de temas gerais usados de "maneira simbólica".

Por sua vez, Orr (50) considerava também o conteúdo do teste como uma "representação simbólica dos traumas e complexos do sujeito" e, da mesma forma que Schafer e Brown, aplicava a teoria e a técnica psicanalíticas à interpretação dos conteúdos, e os julgava como "símbolos do que se introjetou e incorporou, com os quais nos identificamos e os quais assimilamos".

Este método de utilização dos conteúdos se contrapõe, em parte, ao de outros autores tais como Boica, Klopfer, Zulliger e Augras, que preferem se ater mais aos dados formais obtidos no psicograma.

Apesar de enfatizar este tipo de abordagem, estes autores reconhecem também a possibilidade das lâminas serem interpretadas de acordo com um simbolismo inconsciente, além do fato deste simbolismo poder ser aproveitado como um dado a mais para o diagnóstico do caso.

Zulliger (67) admite esta possibilidade restringindo a sua utilização a examinadores que tenham uma formação adequada em psicologia profunda. E, Augras (3) ao referir-se ao uso que Minkowska faz das respostas, afirma ser o psicograma realizado em "moldes clássicos" mais importante do que os dados obtidos por outros meios.

Como ressaltou Potkay (54), autor norte-americano que recentemente publicou uma pesquisa cuidadosa sobre a utilização do Rorschach na psicologia clínica, parece não haver ainda um estudo definitivo sobre a influência exata das fontes de informação quantitativa e qualitativa na interpretação dos conteúdos do teste; no entanto, ele diz perceber que as aplicações globais que incorporam os dois enfoques parecem ser as que vêm obtendo maior êxito. E, é este mesmo autor quem afirma que a importância de um ou outro tipo de utilização dos conteúdos vai depender do emprego que se pretende fazer dos resultados.

No presente trabalho nossa posição será a de partir de dados formais para estabelecer:

19) a correlação de um elemento obtido no protocolo com um estado determinado da mulher.

No entanto, segundo Garcia (29) existiria, neste caso, a *"tendência de se ir substituindo subrepticiamente o que deveria ser uma explicação, pela simples constatação de uma correlação do sinal com a entidade*

nosológica".

Logo, procuraremos ir além da evidência da da na correlação, apresentando também:

29) uma explicação dos dinamismos psicológicos que permitiram à mulher, estando numa determinada situação psicológica, apresentar um tipo definido de conteúdo perceptual.

Aqui é necessário deixarmos claro que quando analisarmos o conteúdo dos testes aplicados nas gestantes, não estaremos pretendendo obter uma compreensão global da personalidade destas mulheres. Pois, neste caso não poderíamos utilizar apenas um teste e neste um dado único, ou seja, a categoria do conteúdo interpretado.

2.2 Respostas de Conteúdo Anatômico -

São consideradas respostas de conteúdo anatômico (R "Anat") as que contêm a imagem de uma parte do organismo humano, que não seria visível sem que o corpo estivesse aberto por dissecação, ou estivesse sendo visto através de raio-x (Piotrowski (52), Beck (4)). Também são incluídas nesta categoria de anatômicas as respostas de osso (Portuondo (53)), de sangue (Beck (4)) e cirurgias (Klopper (34)). Ainda, as respostas sexuais com sentido anatômico (Mons (46), Bokm (8)), particularmente quando se referem a órgãos sexuais, podem ser admitidas entre as R "Anat". Por outro lado, são excluídas

as respostas de anatomias em animais (Klopfer (34)).

O limite de respostas anatômicas aceitáveis num protocolo, segundo Zulliger (67), varia de zero a 12%. Quando numa prova se encontra uma percentagem maior do que esta, deparamos com uma "estereotipia anatômica".

A estereotipia é caracterizada pela preferência por um tema especial, na categoria de conteúdos e que quase sempre se encontram sob a forma de respostas "dispersas em pequenos grupos sobre o todo o protocolo" (Bohn (8)). A estereotipia anatômica se refere ao aparecimento de várias respostas de conteúdo anatômico numa mesma aplicação.

A estereotipia pode às vezes estar acompanhada de uma "perseveração" (Bohn (8)). Neste caso, não só o conteúdo, ou seja, o tema se repetiria, mas também a mesma resposta seria apresentada mais de uma vez.

O aumento das respostas de categorias iguais - a estereotipia - é assim denominado por ser encontrado em pessoas que apresentam "uma visão estereotipada do mundo - ou seja, pessoas que mostram uma gama de interesses muito estreita" (Klopfer (34)).

Além de sinalizar este fato, o aumento das interpretações de conteúdo anatômico será relacionado a vários significados que, por sua vez vão variar de acordo com o contexto em que se situam as outras características

da resposta apresentada, o resultado global do protocolo e a população que o apresenta.

Respostas anatômicas geralmente acompanhadas de uma forma adequada (de percepção) foram observadas em indivíduos que têm um conhecimento específico de anatomia (Beck (4), Bohm (8), Mons (46), Zulliger (67)). Segundo Mons este conteúdo é quase inevitável em profissionais tais como médicos, enfermeiras, artistas plásticos e atletas. Zulliger as admite, também em psicólogos e pessoas que tenham algum interesse profissional que se relacione com o estudo da anatomia. No entanto, Bohm salientou que se médicos ou enfermeiras apresentam um aumento considerável destas interpretações, e elas são consideradas "mal vistas", então geralmente passam a ser sinal de tendências neuróticas hipocondríacas.

Uma das situações mais frequentemente relacionadas ao aparecimento de anatômicas são estes sintomas hipocondríacos e a preocupação ou a presença de problemas com a saúde em geral. Vários autores se referem a um aumento destas respostas nestes casos, apesar de não indicarem a proporção em que se dá o aumento (Beck (4)), Bohm (8), Klopfer (34), Mahler-Schoenberger e Silberpfenning (41) Mons (46), Portuondo (53), Rorschach (57), Singeisen (59), Zolliker (65), Zulliger (67)).

Rorschach dizia serem os indivíduos portadores destes sintomas capazes de apresentar em todo o pro-

toçolo, respostas tais como "pulmões", "intestinos", "coluna vertebral", etc.. Bohm observou que no caso de narcisismo neurótico quando este é acompanhado de uma auto-observação hipocondríaca ocorre um aumento das R "Anat"; também, segundo este autor, quando mecanismos hipocondríacos desempenham algum papel na esquizoidia há um claro aumento das interpretações anatômicas.

Beck averiguou que quando as associações são feitas em relação a "órgãos" elas podem estar projetando conteúdos hipocondríacos, às vezes causados por uma depressão reativa, ou então, estariam revelando uma preocupação acentuada com partes do corpo e com a saúde.

Zulliger encontrou o aumento das R "Anat" em pessoas com hábito de se queixarem e sensíveis em relação a seu corpo, além de as constatar em indivíduos com medo de adoecer. Estas mesmas preocupações são referidas por Mons que acrescenta que a atenção do indivíduo pode estar voltada não apenas para sua própria saúde, mas para a de outra pessoa próxima que esteja sofrendo alguma doença, ou haja morrido recentemente.

Zolliker observou também o aumento destas respostas em quase todos os tipos de enfermidades orgânicas, assim como Singeisen as relatou em enfermos do coração e do pulmão. Mahler-Schoenberger e Silberpfening descreveram o referido aumento em pessoas nas quais algum membro haja sido amputado, principalmente quando

elas têm a idéia fantasiosa de que o membro ainda permaneça em seu lugar. Este fato levou os autores a considerarem então, a presença daquelas associações como um medo de perder alguma parte do corpo.

Ao mesmo tempo Klopfer (34) assinalou que deve-se levar em consideração esses casos, nos quais o sujeito realmente tem boas razões para estar preocupado com seu corpo e as funções desempenhadas por ele. Nesta situação não se atribuiria um significado patológico ao aparecimento das associações anatômicas mas, sim, estas seriam consideradas a expressão de algum conteúdo individual.

Klopfer se refere também à possibilidade da pessoa estar tentando uma exploração mais profunda de si própria através de uma volta para o seu corpo, o que demonstraria uma "tendência introspectiva" do sujeito. Esta mesma tendência é acentuada por Bohm (8) que declara haver um consenso quanto a considerar a presença de muitas associações anatômicas em um protocolo, como uma "volta narcisista para o próprio corpo" (Mahler-Schoenberger e Silberpfenning (41)).

A presença de respostas anatômicas foi ainda observada em personalidades ixóides e em casos de epilepsias (Beck (4), Bohm (8), Rorschach (57), Zolliker (65), Zulliger (67)).

Rorschach as observou em "epileptóides" e afirmou que quando elas aparecem sob a forma de estereotipia anatômica associada à perseveração são características de quadros de demências epilêpticas, estando raramente presentes na epilepsia genuína. Segundo Bohm, as R "Anat" são "*relativamente muitas*" em epilepsias idiopática, sintomática e motora.

Alguns autores, tais como Bohm (8), Holtzman (30), Portuondo (53) e Zolliker (65), registraram um aumento das associações de conteúdo anatômico em pacientes esquizofrênicos, principalmente, nos casos crônicos (Holtzman). No entanto, Bohm afirma que apesar de não raro aparecerem protocolos com 100% de respostas anatômicas eles não podem ser considerados específicos desta situação. Há outros fatores que são considerados patognomônicos deste quadro e que deveriam estar associados ao aumento das R "Anat".

No que se refere a quadros de senilidade, também, se constatou a presença, em grande proporção deste tipo de conteúdo (Ames et al (1), Beck (4), Bohm(8)).

Ames et al constataram um aumento destas respostas em grupos determinados de senis e Beck observou que "*peçoas deterioradas vêm quase exclusivamente*" este tipo de conteúdo. Bohm ao demonstrar que os senis têm facilidade de apresentar estereotipias observou que os homens preferem respostas animais e as mulheres apresentam-nas

sob a forma de respostas anatômicas. Neste caso o número médio de respostas é de 17,8. Ao comparar anciãos asilados e não asilados ele deparou com uma percentagem de R "Anat" mais alta nos primeiros do que nos segundos. E, em relação ao estado de integração individual, o mesmo autor, verificou que as pessoas idosas relativamente bem conservadas, dão de preferência, respostas de conteúdo animal, os medianamente conservados dão além destas, algumas respostas anatômicas, e, os pior conservados dão "quase exclusivamente" anatômicas.

Neste ponto, achamos interessante citar um trabalho realizado por Andrade (2) que analisa o aparecimento de determinadas categorias do Rorschach sob o ponto de vista fenomenológico, recorrendo às três formas de experiência do "ser-no-mundo": o "Umwelt", o "Mitwelt" e o "Eigenwelt". O "Umwelt" compreenderia "o mundo circundante, o ambiente formado pelas correlações espaciais, causais, temporais, materiais, o mundo biológico, os instintos, os impulsos". Os indivíduos voltados para as experiências imediatas do meio-ambiente, entendendo-o como "um único e mesmo ambiente (Umwelt) pertencente a ele e aos outros" são os mesmos que dão respostas de conteúdo animal nos protocolos do Rorschach. Aqui, o autor, cita o exemplo da presença de conteúdos animais, em casos de retardo mental, ou de "baixo nível de funcionamento da inteligência" onde predomina o tipo de experiência dada pelo mundo imediato.

O "Mitwelt" abrangeria as relações interpessoais que se dão entre duas personalidades, e os indivíduos que conseguem experienciar o mundo como "Mitwelt" apresentam protocolos com a predominância de respostas de conteúdo humano.

O "Eigenwelt" referir-se-ia ao mundo interior, como a própria palavra expressa, ao "mundo da autoconsciência, do pensamento próprio, da tomada de atitude pessoal, do comprometimento". É em relação a ele que se manifestaria a idéia do tempo, da perspectiva da existência. De acordo com os achados de Andrade, as pessoas que manifestam preocupações em relação à qualidade temporal de sua existência são as que apresentam respostas de conteúdo anatômico, em quase todos os protocolos.

Se por um lado esta colocação de Andrade parece valorar as respostas anatômicas como relacionadas a um pensamento inteligente abstrato, vemos que uma das observações mais constantes em quase todos os autores que trabalham com os testes projetivos de manchas, é a da relação entre a presença de conteúdos de natureza anatômica e problemas na área de inteligência (Beck (4), Bohm(8), Holtzman (31), Klopfer (34), Portuondo (53), Piotrowski(52), Rorschach (57), Zulliger (67)).

Bohm, Zulliger e Portuondo citam em seus trabalhos a relação que foi observada por Rorschach de que estas respostas são encontradas em "débeis... com forte

complexo de inteligência". O mesmo fato é encontrado por Beck e Holtzman que as notaram em débeis mentais em alto grau. Bohm constatou também que estas respostas estavam presentes junto a algumas Do em casos de repressão neurótica da inteligência. A possibilidade do aparecimento das associações anatômicas como expressão de um medo afetando a produtividade intelectual também foi demonstrada por Piotrowski. Este autor desenvolvendo o pensamento de Rorschach correlaciona as R "Anat" com um sentimento de inadequação intelectual, que ocorre principalmente em pessoas de baixa inteligência. Neste caso, elas vêem as respostas deste tipo como reveladoras de um "conhecimento difícil e especial" (como de fato acontece em casos profissionais), conhecimento este que seria mostrado numa tentativa de convencer aos outros e a própria pessoa que seu "intelecto é muito ativo, ousado e adequado".

A maior parte dos autores, quando atribui um valor ao aumento das respostas anatômicas leva em consideração o fato delas estarem ou não acopladas a determinados fatores específicos. A presença ou ausência destes fatores determina a possibilidade de se atribuir, ou não, às R "Anat" um valor em si mesmo.

Como pudemos observar, as respostas anatômicas podem ser relacionadas a várias alterações tais como, alguns tipos de epilepsia, ixoidia, esquizofrenia, seni-

lidade e a problemas na área de inteligência. Entretanto, esta relação só existiria quando as R "Anat" viessem acompanhadas de outras respostas especiais, indicadoras específicas de tais dificuldades.

A presença de respostas anatómicas "per se" está vinculada basicamente a três situações:

- 1a.) aos "complexos intelectuais",
- 2a.) às tendências hipocondríacas, e
- 3a.) à "preocupação narcisista com o esquema corporal!"

2.3 - O Significado das Respostas de Conteúdo Anatômico na Gravidez -

Conforme fizemos notar (§ 1.2), a gravidez se caracteriza por um estado de regressão ocorrida na dimensão processo secundário - processo primário, pela volta regressiva a estágios pré-genitais da libido e a objetos mais primitivos de ligação libidinal. Esta situação regressiva, que ocorre a nível psíquico, é acompanhada de situações de mudança intensa a nível físico, físico-químico e fisiológico. Isto é, alterações no esquema corporal, no metabolismo e nos esquemas sanguíneo e hormonal.

A presença deste quadro de alterações faz com que a mulher mostre quase sempre um comportamento passivo e introspectivo que revela uma volta do seu interes

se para a própria situação interna. Há como uma retirada de "cathexis", que anteriormente estavam ligadas ao mundo exterior, e que passam a se dirigir para o seu eu, configurando um estado de ensimesmamento característico do período gestacional.

Esta situação de "volta narcisista" para si, está ligada por sua vez ao aparecimento de um aumento significativo de respostas anatômicas durante o período da gravidez. A presença de tais interpretações nesta época já havia sido observado por Zolliker (66) e foi constatada em nossa experiência clínica quando pudemos aplicar o Teste Z em uma amostra de 109 mulheres grávidas, que foram tratadas por nós durante o pré-natal. (Acerca dos resultados numéricos ver cap. 3).

A regressão e, logo, a volta de interesse para o seu corpo e para o seu estado interior é que é projetada pela mulher no Teste Z. Quando lhe mostramos uma prancha com manchas pouco estruturadas, que permitem a expressão de conteúdos internos, a mulher tende a "completá-las" com aspectos que lhe são pertinentes naquela ocasião, ou seja, aspectos para os quais ela está dirigida e que representam o seu ponto de vista frente àqueles estímulos .

São os conteúdos anatômicos, por consequência, os que melhor expressam a situação da mulher, porque eles contêm um "material" que coincide com o conteúdo da

preocupação básica da gestante que é o seu estado psíquico e físico.

O aumento das respostas anatômicas obtido nos protocolos de grávidas, pode, portanto, ser explicado pela importância que adquire para ela, os processos internos, vividos durante a gravidez. E, neste ponto, parece haver uma corroboração do fato observado por Andrade (§ 2.2), ou seja, a mulher expressaria através destes conteúdos o "Eigenwelt".

CAPÍTULO 3

DIAGNÓSTICO DE ACEITAÇÃO DE GRAVIDEZ

Ao desenvolvermos o trabalho clínico de grupos de discussão junto às gestantes (§ 1.2), surgiu a necessidade de uma avaliação. Na ocasião, tentamos delimitar o efeito desse tratamento sobre o desenrolar da gravidez e sobre o estabelecimento dos primeiros laços materno-infantis. Ao procedermos a tal pesquisa foi necessário, com o fim de selecionar e equiparar a amostra, que aplicássemos às grávidas o Teste de Zulliger.

O presente trabalho surgiu exatamente do exame destes protocolos do Teste Z. Ao fazermos a referida seleção e homogeneização dos sujeitos para aquela pesquisa, constatamos que havia uma diferença nítida em relação a outras populações observadas, nas quais se havia aplicado este Teste. Como já referimos (§ 2.3), esta diferença dizia respeito a um aumento acentuado das respostas de conteúdo anatômico.

Ao mesmo tempo passamos a observar, em meio a inúmeras provas que apresentavam tal aumento, algumas que não o mostravam. Eram protocolos que ou continham uma baixa percentagem de associações anatômicas ou deixavam de apresentá-las. Tal fato nos chamou a atenção principalmente quando comparamos estas provas com o histórico

da gravidez de quem as expunha. Segundo pudemos observar as mulheres que não apresentavam o aumento esperado quase sempre relatavam problemas pessoais relacionados à situação gestacional, ou haviam tentado abortar sem sucesso.

Partindo de várias proposições teóricas e algumas demonstrações experimentais, e utilizando a experiência clínica vimos que haveria a possibilidade de estabelecermos um diagnóstico de aceitação da gravidez através do Teste Z.

Tentamos, pois, demonstrar a relação entre o aparecimento de uma alta percentagem de anatómicas e a aceitação da gravidez e, entre uma baixa percentagem ou a falta de R "Anat" e a rejeição da situação gestacional.

Com isso, se criou a possibilidade de lançarmos mão de um instrumento seguro e objetivo, que nos auxiliasse a perceber melhor a relação da mulher com sua gravidez.

O desenvolvimento de instrumentos que permitam esta compreensão adequada das emoções da grávida, tem sido quase sempre ou muito gerais, englobando vários momentos da relação materno-filial, ou então baseados em perguntas ou questionários pouco precisos.

No que diz respeito ao conhecimento de uma atitude de aceitação ou rejeição para com a gravidez, os estudos realizados caem quase sempre na categoria de observações através dos referidos questionários e perguntas.

Newton (48) determinou o sentimento da mulher através da expressão verbal. Segundo esta autora as mulheres que tinham "coisas desagradáveis" para dizer acerca da gravidez demonstravam com isso sentimentos negativos. As mulheres que "não tivessem queixas" estavam expressando sentimentos positivos para com a gravidez.

Também Newton determinou 9 diferenças entre as mulheres com sentimentos positivos e aquelas de sentimentos negativos. As que expressavam o desejo de ser um homem estariam no segundo grupo. As que se queixassem do "rooming in" ou do sexo do bebê, também. Da mesma forma as que não pretendessem ter mais filhos e as que diziam preferir famílias pequenas. Ainda, ela observou que as mulheres que não gostavam da gravidez apresentavam mais nascimentos normais e menos frequentemente tiveram analgesia e anestesia, e, além disso, seus filhos ganhavam peso mais rapidamente depois do nascimento. Um outro item que leva a uma diferença é a situação econômica da mulher, ou seja, quanto maior a renda familiar maior a possibilidade de aceitação.

Reed (55) fazia uma pergunta a partir da qual julgava poder determinar a atitude da mulher. A pergunta era a seguinte: "*Are you glad you are going to have a baby?*"

Winokur e Werboff (64) usaram um questionário para estabelecer a relação entre o número de filhos e a não aceitação inicial da gravidez.

Thompson (62) usou a técnica de entrevista psiquiátrica para saber a relação entre o planejamento da gravidez e a aceitação do filho.

Os outros instrumentos existentes pertencem aquela categoria que procura detectar vários instantes da vida da mulher. Referem-se mais a uma atitude global da mulher frente à maternidade e quase sempre são aplicados depois do parto.

Soifer (60) usa o teste de Proyección Corpórea de Figueras (22) que consta do desenho de 9 figuras humanas. O teste, que se baseia em uma série de outras provas projetivas, procura interpretar os traços dos desenhos, à luz da situação gestacional. Ele procura identificar os sentimentos de aceitação e rejeição em relação à gravidez, mas não é esse o seu objetivo específico. Procura também, averiguar a presença de sintomas e fazer diversos prognósticos. Estes prognósticos se estendem da situação a ser vivida no parto, até a possí -

veis má-formações fetais.

Destounis (17) mediu a relação da mulher com a gravidez a partir de dados obtidos no parto ou através da existência de complicações na gravidez.

Davis, De Vault e Talmadge (16) procuraram descobrir sinais objetivos da predição de dificuldades físicas e emocionais no parto. Aplicaram uma bateria de testes não específicos da gravidez (Wescheler-Bellevue Intelligence Scale, Manifest Anxiety Scale, Thematic Aperception Test, Sentence Completion Test, Self-ratings and Other-ratings e uma tabela de dados da Sala de Parto).

Blau, Welkowitz e Cohen (7) acreditando que a atitude em relação à gravidez influencia o curso da mesma, construíram um teste para verificar a atitude materna geral e assim poder predizer interrupções prematuras da gestação ou outras complicações. O teste denomina-se Maternal Attitude to Pregnancy Instrument (MAPI).

Light e Fenster (38) pesquisaram os fatores que levariam a problemas maternos durante a gravidez e tentaram estabelecer a relação entre a incidência destes fatores e o número de gravidez e o nível de escolaridade da mulher. O instrumento usado para a pesquisa foi um questionário ao qual as pessoas respondiam SIM ou NÃO, que compreendia 60 itens. Era aplicado depois do nascimento da criança.

Morris (47) visando a estudar as atitudes da mulher e seus sentimentos durante a gravidez, usou entrevistas livres com as gestantes e com os maridos. Realizou 4 entrevistas com cada casal: na época em que marcavam a consulta, quando havia 36 semanas de gravidez, imediatamente depois do parto e finalmente 6 semanas depois.

Brown (10) tentou medir a influência de uma gravidez com distúrbios psicológicos e a tendência a se experimentar complicações na sala de parto, e de se dar à luz crianças que sofrem de várias formas de complicações físicas. Os instrumentos usados foram duas "checklists", uma sobre ansiedades específicas da gravidez, outra sobre queixas corporais que foram encontradas em muitas mulheres grávidas. Ao testar a fidedignidade e a validade das listas o autor usou também o MMPI e o Inventário de Neuroticismo e Extroversão de Eysenck.

Chertok (15) tentou relacionar a dor no parto e fatores produtores de ansiedades, os quais por sua vez seriam dependentes da personalidade total da mulher. Usou entrevistas semi-diretivas e afirma ter preferido usar este método por permitir que se obtivesse dados mais profundos, do que no caso de se usar perguntas ou questionários.

3.1 - Método

3.1.1 - Sujeitos -

A amostra com que lidamos era composta de mulheres grávidas e não-grávidas, atendidas nas seções de Prê-Natal e Higiene Infantil de um hospital do Ministério da Saúde⁽¹⁾. Alguns dados breves sobre este hospital nos ajudarão a compor melhor as características dos sujeitos que foram utilizados:

- o hospital não cobrava o atendimento, em nenhuma de suas sessões, tendo, a mulher, direito a exames médicos e complementares totalmente gratuitos. Ao procurarem as consultas, as mulheres não tinham um médico único que as acompanhasse durante a gravidez, ou durante a doença do filho; ao se apresentarem no hospital elas poderiam ser atendidas por qualquer um dos médicos que faziam parte das equipes de cada setor. Também, o médico que iria assistir ao parto da grávida seria aquele que estivesse de plantão. Ao ganharem o filho elas permaneciam em enfermarias de 8 a 10 leitos, podendo receber visitas duas vezes por semana.

(1) Como já foi dito (§ 1.1), Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

O nível sócio-econômico das mulheres era baixo, se levarmos em consideração as condições de moradia, o nível de escolaridade e o fato de não serem seguradas da previdência social. Eram na sua maioria empregadas domésticas, ou mulheres cujos maridos não tinham um trabalho estável.

As idades apresentadas variaram de 17 a 42 anos, sendo que a maior concentração se dava em torno dos 21 aos 26 anos.

Foram observadas indistintamente tanto primíparas como múltíparas, num total de 210 mulheres. Foram divididas em dois grupos. Um grupo experimental composto de 115 gestantes e um grupo de controle composto de 95 mulheres não-gestantes.

De acordo com o que foi visto (§ 2.2) o aumento de respostas anatômicas "per se" está ligado à situação gestacional ou de *"volta narcisista para o próprio corpo"*. Entretanto foi relatada também uma relação entre estas respostas e a presença de *"complexos intelectuais"*. Ou seja, a necessidade de se demonstrar conhecimentos, que possivelmente não seriam possuídos de fato pelas pessoas testadas.

As gestantes que testamos se encontravam num estado em que os impulsos estavam voltados para si próprias. Ao mesmo tempo eram testadas num hospital por uma

pessoa de nível superior ao delas. Ambas as ocorrências, ou seja, a presença de uma disposição de se voltar para si e a presença de pessoas com um saber específico, poderiam levar ao aparecimento de um número elevado de respostas anatômicas.

Surgiu então a necessidade de verificarmos qual das duas situações estariam influenciando o aumento das associações anatômicas. Decidimos utilizar o grupo de controle composto de mulheres que não estivessem grávidas, mas que se encontrassem sob a influência do mesmo ambiente hospitalar.

Ao mesmo tempo pudemos controlar o nível sócio-econômico e cultural das mulheres já que todas procuravam aquele tipo de atendimento por motivos econômicos semelhantes.

3.1.2 - Procedimento

Foi aplicado o Teste de Zulliger a todos os sujeitos. A aplicação foi feita individualmente, tendo sido seguidas as instruções fornecidas pelo manual, confeccionado pelo próprio autor do teste.

Ao classificarmos as respostas obtidas em cada protocolo, decidimos anular os testes realizados por 11 mulheres. Nestes protocolos existiam um ou mais "fracassos". Ou seja, eram provas de pessoas que deixaram de responder a uma ou mais pranchas, como a do protocolo abai

xo, que não foi computado:

Prancha I - um útero com a
saída da vagina - DZwDF-Anat/Sex

Prancha II - fracasso

Prancha III - fracasso

Este procedimento foi usado com o fim de dar maior igualdade aos diversos cálculos realizados. Evitamos assim, que um protocolo como este, recebesse uma percentagem equivalente a 100% de R "Anat", quando nas demais, para ser alcançado tal percentual, seriam necessárias no mínimo 3 destas respostas.

Portanto, nossa amostra foi reduzida para 199 mulheres, sendo que 109 faziam parte do grupo experimental e 90 compunham o grupo de controle.

Uma vez tendo estabelecido as percentagens referentes a todos os sujeitos (ver Tabelas I e II) e podendo já constatar a significância do aumento das R "Anat" nas gestantes (ver a próxima seção) passamos a verificar a possibilidade de realizarmos o Diagnóstico de Aceitação usando os protocolos das 109 grávidas.

Deveríamos então comparar os testes que apresentavam baixa ou nula percentagem de anatômicas e os testes que demonstravam alta percentagem destas respostas com os dados obtidos na entrevista clínica realizada com as gestantes.

Acreditávamos que os protocolos com baixa ou nula percentagem deveriam estar acompanhados de verbalizações que expressassem uma rejeição à situação gestacional, e os protocolos com alto número de anatômicas deveriam pertencer a mulheres que expressavam uma aceitação da gravidez.

A análise desta relação foi realizada considerando-se os extremos da distribuição de percentagens de respostas anatômicas. Assim, os sujeitos situados nos 20% superior e inferior desta distribuição, constituíram a amostra com a qual efetuamos os cálculos estatísticos (ver Tabelas III e IV).

Para analisarmos a expressão verbal de cada um dos 42 pacientes foi necessário definirmos alguns critérios que possibilitassem a indicação de aceitação ou rejeição. Partindo dos dados da entrevista clínica realizada com a gestante, decidimos que seriam índices de aceitação:

1. a expressão livre e espontânea por parte da mulher de que "queria ter o filho", ou
2. demonstração de que a gravidez era uma situação agradável, ou
3. a existência de um tratamento médico ginecológico para que fôsse possível aquela concepção.

Os índices de rejeição seriam os seguintes:

1. tentativa sem êxito de abortamento provocado, ou
2. a expressão livre e espontânea de que "não desejava o filho", ou
3. a demonstração de que a gravidez constituía um problema, incluindo a necessidade de escondê-la por algum motivo, ou
4. a presença de uma situação tão importante que exija a atenção da mulher, retirando esta atenção da situação gestacional.

3.2 - Resultados -

A média da percentagem de respostas anatômicas nas gestantes foi igual a 42% e a percentagem de respostas destes conteúdos nas não-grávidas foi de 19% (ver Tabelas I e II).

A aplicação do teste de diferença entre proporções mostrou ser esta diferença significativa em termos estatísticos; assim encontramos $Z = 3$ quando $p = 0,001$.

Das 21 mulheres cujas entrevistas e protocolos, com baixa ou nula percentagens, pudemos comparar, verificamos que 17 demonstravam dados claros que, de acordo com os critérios estabelecidos por nós, indicavam uma rejeição da situação gestacional. Três delas não apresentavam dados claros de rejeição e uma delas mostrava dados de aceitação (ver Tabela III).

Para podermos analisar os 20% do extremo superior da distribuição foi necessário selecionar 28 mulheres, pois não havia dados disponíveis acerca de 7 delas. Das 21 mulheres observadas neste caso, constatamos que 15 davam dados claros de aceitação da gravidez. Três não apresentavam dados claros de aceitação e três demonstravam dados claros de rejeição (ver Tabela IV).

A diferença entre os dados obtidos nos dois grupos foi significativa, $\chi^2 (2) = 22 \quad p < 0,001$.

3.3 - Discussão -

Os resultados demonstraram que as gestantes dão mais respostas de conteúdo anatômico que as não gestantes. E, que este aumento está relacionado à situação gestacional.

No entanto, um fato nos chamou a atenção:- o percentual (19%) obtido pelas não gestantes.

Apesar de não haver uma padronização brasileira para o percentual anatômico, ao compararmos estes dados com os resultados obtidos por Zulliger (§ 2.2) de 12%, vemos que há também aí um aumento. Esta comparação nos leva a crer numa influência do ambiente hospitalar sobre a existência das R "Anat", em todos os protocolos examinados. E, ao mesmo tempo, confirma a hipótese de que o aumento das gestantes se relaciona, não só com o fato de-

las terem sido testadas no hospital mas, principalmente com a gravidez pela qual ela está passando.

Ainda, os resultados apresentados indicaram, como queríamos, que há a possibilidade do Teste de Zulliger se tornar um meio de conhecermos melhor a posição da mulher frente à gravidez.

Na amostra que utilizamos, pode-se constatar que, quando a grávida apresenta um protocolo sem respostas ou com um baixo número de respostas anatômicas, há quase sempre algum problema em sua vida que a leva a rejeitar a situação em que se encontra. Por outro lado, podemos ver que, quando a mulher apresenta um protocolo com muitas anatômicas, ela quase sempre está aceitando a gestação.

Portanto, poderemos utilizar a percentagem de Conteúdos Anatômicos do Teste de Zulliger como um índice objetivo dos sentimentos de aceitação e rejeição da mulher para com a gravidez.

No entanto, é importante que o valor do teste Z seja considerado em função de um contexto de dados mais amplos. Ou seja, como todo instrumento auxiliar o seu valor será atribuído pelo conjunto de dados disponíveis acerca de um determinado caso.

Seria interessante, também, que em estudos futuros se viesse a confirmar a mesma hipótese, em popula -

ções com características diversas. Assim, poderíamos observar se a mesma relação estaria presente em mulheres de níveis sócio-econômicos ou escolaridade diferentes.

TABELA I

Percentagem de Respostas Anatômicas

nos Processos das Gestantes

| Sujeito | % de Anat. | Sujeito | % de Anat. | Sujeito | % de Anat. |
|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
| 1 | 66 | 37 | 0 | 73 | 10 |
| 2 | 50 | 38 | 33 | 74 | 62 |
| 3 | 20 | 39 | 0 | 75 | 28 |
| 4 | 85 | 40 | 0 | 76 | 27 |
| 5 | 66 | 41 | 10 | 77 | 28 |
| 6 | 57 | 42 | 60 | 78 | 11 |
| 7 | 23 | 43 | 66 | 79 | 0 |
| 8 | 20 | 44 | 100 | 80 | 85 |
| 9 | 0 | 45 | 44 | 81 | 25 |
| 10 | 20 | 46 | 40 | 82 | 18 |
| 11 | 100 | 47 | 11 | 83 | 33 |
| 12 | 57 | 48 | 20 | 84 | 60 |
| 13 | 33 | 49 | 60 | 85 | 25 |
| 14 | 22 | 50 | 25 | 86 | 83 |
| 15 | 11 | 51 | 0 | 87 | 83 |
| 16 | 50 | 52 | 100 | 88 | 0 |
| 17 | 25 | 53 | 50 | 89 | 50 |
| 18 | 100 | 54 | 11 | 90 | 100 |
| 19 | 50 | 55 | 25 | 91 | 60 |
| 20 | 80 | 56 | 10 | 92 | 33 |
| 21 | 66 | 57 | 75 | 93 | 0 |
| 22 | 55 | 58 | 0 | 94 | 20 |
| 23 | 33 | 59 | 60 | 95 | 100 |
| 24 | 0 | 60 | 20 | 96 | 55 |
| 25 | 0 | 61 | 25 | 97 | 28 |
| 26 | 16 | 62 | 25 | 98 | 11 |
| 27 | 100 | 63 | 71 | 99 | 100 |
| 28 | 25 | 64 | 10 | 100 | 87 |
| 29 | 14 | 65 | 50 | 101 | 20 |
| 30 | 11 | 66 | 0 | 102 | 100 |
| 31 | 66 | 67 | 60 | 103 | 33 |
| 32 | 18 | 68 | 20 | 104 | 100 |
| 33 | 71 | 69 | 0 | 105 | 100 |
| 34 | 50 | 70 | 83 | 106 | 40 |
| 35 | 50 | 71 | 37 | 107 | 50 |
| 36 | 83 | 72 | 11 | 108 | 33 |
| | | | | 109 | 100 |

TABELA II

Percentagem de Respostas Anatômicas
nos Protocolos das Não-Gestantes

| Sujeito | % de Anat | Sujeito | % de Anat | Sujeito | % de Anat |
|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
| 1 | 50 | 31 | 75 | 61 | 7 |
| 2 | 20 | 32 | 0 | 62 | 33 |
| 3 | 11 | 33 | 11 | 63 | 22 |
| 4 | 37 | 34 | 16 | 64 | 40 |
| 5 | 25 | 35 | 0 | 65 | 25 |
| 6 | 0 | 36 | 22 | 66 | 70 |
| 7 | 50 | 37 | 9 | 67 | 55 |
| 8 | 0 | 38 | 50 | 68 | 16 |
| 9 | 9 | 39 | 0 | 69 | 14 |
| 10 | 0 | 40 | 10 | 70 | 27 |
| 11 | 25 | 41 | 0 | 71 | 44 |
| 12 | 100 | 42 | 0 | 72 | 11 |
| 13 | 0 | 43 | 7 | 73 | 20 |
| 14 | 0 | 44 | 42 | 74 | 20 |
| 15 | 25 | 45 | 27 | 75 | 60 |
| 16 | 10 | 46 | 7 | 76 | 22 |
| 17 | 0 | 47 | 23 | 77 | 22 |
| 18 | 12 | 48 | 0 | 78 | 11 |
| 19 | 0 | 49 | 44 | 79 | 30 |
| 20 | 0 | 50 | 46 | 80 | 14 |
| 21 | 0 | 51 | 25 | 81 | 11 |
| 22 | 17 | 52 | 0 | 82 | 8 |
| 23 | 0 | 53 | 8 | 83 | 27 |
| 24 | 0 | 54 | 33 | 84 | 20 |
| 25 | 0 | 55 | 0 | 85 | 0 |
| 26 | 20 | 56 | 33 | 86 | 0 |
| 27 | 14 | 57 | 0 | 87 | 27 |
| 28 | 0 | 58 | 22 | 88 | 20 |
| 29 | 50 | 59 | 42 | 89 | 36 |
| 30 | 0 | 60 | 41 | 90 | 0 |

TABELA IIIResumo dos Dados Obtidos dos 20%
Inferiores da Distribuição

| <u>Sujeito</u> | <u>% de Anat</u> | <u>Resumo de dados que indicam rejeição</u> |
|----------------|------------------|--|
| 9 | 0 | Casada há 8 dias toda atenção voltada para este fato. |
| 24 | 0 | Procurou abortar mas teve medo pois já havia abortado uma vez. |
| 25 | 0 | Esconde a gravidez da família se refere a ela como "o problema". |
| 37 | 0 | Tem medo porque fica muito sozinha sem o marido que é motorista de caminhão. |
| 39 | 0 | Estado psicótico agudo. |
| 40 | 0 | Gravidez não desejada, tentou aborto sem sucesso, |
| 51 | 0 | Tentou abortar, foi ameaçada pelo marido com quem vive muito mal. |
| 54 | 11 | Tentou abortar não conseguiu e marido não deixou. |
| 58 | 0 | Mãe solteira conhecia o namorado há uma semana quando engravidou, esconde a gravidez. |
| 66 | 0 | Não queria o filho principalmente por causa da situação financeira, não fala sobre ela, não faz planos, etc. |
| 69 | 0 | Tentou abortar com remédios e no pai de santo sem conseguir. |
| 79 | 0 | Abandonada pelo marido que não a procura há meses. |
| 88 | 0 | Bem com o filho. |
| 93 | 0 | Virgem, engravidou com um namorado que teve nas férias, descobriu gravidez tempos depois quando não podia abortar, apesar de querê-lo. |
| 64 | 10 | Estava namorando um marinho grego que se transferiu para a Grécia. |

continua

TABELA III (cont.)

| <u>Sujeito</u> | <u>% de Anat</u> | <u>Resumo de dados que indicam rejeição</u> |
|----------------|------------------|--|
| 73 | 10 | Marido com problema nervoso. |
| 15 | 11 | Preocupada com a situação financeira e com a moradia. |
| 72 | 11 | Tem um filho de 5 meses, tentou abortar com remédios que não fizeram efeito. |
| 30 | 11 | Sem dados. |
| 78 | 11 | Morava há apenas um mês com companheiro quando engravidou sem querer. |
| 98 | 11 | Acha que a gravidez é um problema porque a família já estava arrumada, este neném vai atrapalhar os outros filhos. |

17 com dados claros que indicam rejeição

3 sem dados claros que indicam rejeição

1 com dado claro de aceitação

TABELA IV (cont.)

| <u>Sujeito</u> | <u>% de Anat</u> | <u>Resumo de dados que indicam aceitação</u> |
|----------------|------------------|---|
| 87 | 83 | Gosta muito desta gravidez. |
| 20 | 80 | Não quer ter o filho. |
| 33 | 71 | Queria muito ter filhos e está gostando de estar grávida. |
| 57 | 75 | Quer muito o filho, fez tratamento para tê-lo. |
| 63 | 71 | Quer muito a criança. |
| 1 | 66 | Pensou em abortar, depois desistiu. |
| 5 | 66 | Quer bastante ter o filho, tem medo de perder como aconteceu com os dois últimos. |
| 21 | 66 | Teve problemas psiquiátricos, preocupada com o filho. |
| 31 | 66 | Sem dados. |
| 43 | 66 | Queria ter a criança. |

6 sem dados.

3 sem dados claros de aceitação.

3 com dados claros de rejeição.

15 com dados claros de aceitação.

CONCLUSÃO

Durante o ciclo vital de um indivíduo, ele depara com vários momentos cruciais para o seu desenvolvimento. São épocas caracterizadas por uma instabilidade e vulnerabilidade aumentadas, decorrentes da incapacidade de resolver novos problemas a partir dos instrumentos habituais, anteriormente adquiridos. Estes períodos são denominados situações críticas.

Nesta ocasião o indivíduo vê os seus mecanismos homeostáticos alterados, fazendo com que ele se encontre em um estado de "quase-equilíbrio instável". Passa, então, a mobilizar todas as suas forças no sentido de restabelecer o equilíbrio anterior. Caso não o consiga, tenderá a se dirigir a soluções pouco adequadas. Estas poderão de alguma maneira permitir-lhe a manutenção de um equilíbrio, que no entanto será mais "instável" que o anterior, configurando uma situação de crise encoberta. Ou, então, reconhecerá o fracasso na tentativa de manejar a situação adequadamente e entrará num estado de verdadeira crise, onde haverá uma perda de saúde mental.

No trabalho preventivo em psicologia quando se visa à manutenção de um estado de "quase-equilíbrio estável", ou seja, de uma posição saudável, no que po-

deríamos considerar um contínuo saúde-doença mental, estas ocasiões são de inestimável importância. A situação crítica caracteriza-se por ser uma condição em que mesmo uma pequena influência, exercida por uma pessoa significativa, pode ser suficiente para decidir a direção a ser tomada nesse contínuo.

Podemos aqui, utilizar uma analogia tão esclarecedora, que Caplan (apud (32)) aplicou de modo bastante eficaz. Segundo ele, uma situação crítica poderia ser comparada a uma ocasião em que o sujeito estaria sobre um pé só, bastando um ligeiro empurrão para que viesse a firmar o outro pé. A intervenção psicológica durante este período, ainda nos termos da analogia teria como objetivo: em primeiro lugar, assegurar que o outro pé se coloque num lugar firme, e, em segundo lugar, exercer pressão de modo a encorajar o indivíduo a se mover num sentido desejável tão logo o pé desça e o equilíbrio seja restabelecido.

Foi, portanto, com o interesse voltado para a tarefa de encaminhar o indivíduo ao polo de maior saúde mental, que procuramos localizar a gravidez como um processo crítico. E, ao mesmo tempo, buscamos desenvolver recursos, que pudessem nos ajudar a conhecer melhor a situação gestacional, e, conseqüentemente, nos permitissem exercer uma influência positiva sobre a mulher.

Enfocamos, assim, a situação gestacional como situação crítica, que requer um estudo específico de seus processos e o desenvolvimento de instrumentos que auxiliem a melhor compreensão de tais processos, visando sempre a promoção da saúde e a prevenção da doença mental.

A gravidez é uma época em que a mulher se vê frente a uma situação diferente da que vivia anteriormente, já que sofre intensas alterações físicas, fisiológicas e psicológicas.

Do ponto de vista psicológico esta mudança se refere à situação de regressão experimentada. A regressão, entendida sob o ponto de vista da teoria freudiana, ocorre na dimensão Processo Primário-Processo Secundário, nos estágios da Libido, onde passam a preponderar estágios pré-genitais, e no objeto de eleição libidinal, onde há uma escolha de objetos de caráter narcisista. Este estado regressivo se encontra na base de todas as alterações que despontam na gravidez, ajudando a constituir o seu quadro característico.

Também, esta mesma regressão faz com que a mulher se encontre dependente e influenciável, tornando-se, assim, favorável e receptiva uma intervenção psicológica. Tendo em vista esta intervenção, desenvolvemos um instrumento auxiliar para a compreensão da gravidez, tal como está sendo experimentada por uma determinada mulher.

A partir das Respostas de Conteúdo Anatômico dadas ao Teste de Zulliger, vimos a possibilidade de averiguar a relação da mulher com a sua gestação. Isto porque, nos casos estudados por nós, constatamos uma relação bastante significativa entre o aumento do número dessas respostas e o fato da mulher viver a gestação como uma situação agradável e extremamente desejável. E, pelo contrário, quando esse número estava baixo, havia uma tendência nítida entre as gestantes de experimentar a gravidez como um fato problemático e ocasionador de embaraço que, portanto, levava à rejeição.

O uso de tal teste constitui assim, um recurso no conjunto de técnicas que se procura desenvolver, possibilitando um entendimento mais profundo e global da forma como a mulher vive a gravidez, e, facilitando a realização de uma intervenção mais adequada e eficiente.

Reside aí, acreditamos, o valor do recurso que encontramos através de nossos estudos - o de possibilitar uma apreciação de como a gestante experimenta a sua situação atual e a partir de então, por meio de uma atuação preventiva, ajudá-la a encontrar uma melhor resolução, proporcionando uma vivência integrada desta situação e um aumento na possibilidade de estabelecer laços sadios com o filho que logo nascerá.

BIBLIOGRAFIA

1. Ames et al. - Rorschach Responses in Old Age, Hoeber & Harper, New York (1954) citado em (8).
2. Andrade, L.D. - Posição Fenomenológica em Estudos do Rorschach, Arq. Bras. Psic. Apl., 22(3):141-150 (1970).
3. Augras, M. - A Dimensão Simbólica, Fund. Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (1967).
4. Beck, S.J. - Rorschach's Test, 3 vol., Grune & Stratton, New York (1949).
5. Bell, J. - Técnicas Proyectivas, Ed. Paidós, Buenos Aires (1956).
6. Bibring, G. et al. - A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child Relationship, Psychoanal. Study Child, 16:9 (1961).
7. Blau, A., Welkowitz, J. e Cohen, J. - Maternal Attitude to Pregnancy Instrument, Arch. of Gen. Psych. 10: 324 (1964).
8. Bohm, E. - Manual del Psicodiagnóstico de Rorschach, Ed. Morata S.A., Madrid (1970).
9. Brown, F. - An Exploratory Study of Dynamic Factors in the Content of the Rorschach Protocol in A Rorschach Reader, International University Press, Inc., New York (1960).
10. Brown, L.B. - Anxiety in Pregnancy, Br. J. Med. Psychol. XXXVII: 47(1964).
11. Cannon, W.B. - The Wisdom of the Body, Norton, New York (1932).
12. Caplan, G. - An approach to Community Mental Health, Grune & Stratton, New York (1961).
13. Caplan, G. - Concepts of Mental Health and Consultation, Children's Bureau, U.S. Dept. of Hew (1959).
14. Caplan, G. - Princípios de Psiquiatria Preventiva, Ed. Paidós, Buenos Aires (1966).
15. Chertok, L. - Motherhood and Personality, Tavistock Publications, London (1969).
16. Davis, A., De Vault, S. e Talmadge, M. - Psychological Study of Emotional Factors in Pregnancy: A Preliminary Report, Psych. Med. XXIII,2:93(1961).

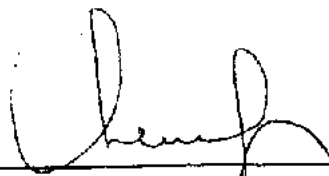
17. Destounis, N. - Complications of Pregnancy - A Psychosomatic Approach, Canad. Psychiat. Ass. J. 7(6): 279(1962).
18. Deutsch, H. - La Psicología de la Mujer, Ed. Losada, Buenos Aires (1947).
19. Erikson, E.H. - Crescimento e Crises da "Personalidade Sadia" in Kluckhohn, C., Murray, A. e Schneider, M. (eds.) - Personalidade na natureza, na sociedade e na cultura, Ed. Itatiaia, Belo Horizonte (1965).
20. Erikson, E.H. - Identity and the Life Cycle in Psychological Issues, 1, nº 1(1959).
21. Erikson, E.H. - Infância e Sociedade, Zahar Editores, Rio de Janeiro(1971).
22. Figueras, A. e Nagy, E.C. - El Test de la Proyección Corporéa en Pacientes Disfónicos. Anales de Fonoología y Audiología. Rev. Latino-Americana, Buenos Aires (1965), citado em (57).
23. Freud, S. - Introductory Lectures on Psycho-Analysis (1916-1917) XXI e XXVI, in Standard Edition, J. Strachey (ed.) vol. XVI, Hogart, London(1968).
24. Freud, S. - Group Psychology and Psychology of the Ego (1921) in Standard Edition; J. Strachey(ed.), vol. XVIII, Hogart, London(1968).
25. Freud, S. - Mourning and Melancholia(1917) in Standard Edition, J. Strachey (ed.) vol.XVII, Hogart London(1968).
26. Freud, S. - New Introductory Lectures(1933) XXXIII in Standard Edition, J. Strachey(ed.)vol.XXII, Hogart, London (1968).
27. Freud, S. - On Narcisism: An Introduction(1914) in Standard Edition, J. Strachey (ed.) vol.XIV, Hogart, London(1968).
28. Freud, S. - Three Essays on the Theory of Sexuality (1905) in Standard Edition, J. Strachey(ed.), vol. VII, Hogart, London(1968).
29. Garcia, V.L. - Delimitação do Conceito de Contaminação no Psicodiagnostico de Rorschach, Tese de Mestrado, PUC, Rio de Janeiro(1972).
30. Grinberg, L. - Culpa y Depression, Ed. Paidós, Buenos Aires,(1971).
31. Holtzman, W.H. - Inkblot Perception and Personality - University of Texas Press, Austin(1961).

32. Klein, D.C. e Lindemann, E. - Preventive Intervention in Individual and Family Crisis Situations in Prevention of Mental Disorders in Children, Basic Books, New York(1961).
33. Klein, M. et al. - Os Progressos da Psicanálise, Zahar Editores, Rio de Janeiro(1969).
34. Klopfer, B. et al. - Developments in the Rorschach Technique, 3 vol., Harcourt, Brace & World, Inc., New York (1954).
35. Langer, M. - Maternidad y Sexo, Ed. Paidós, Buenos Aires(1964).
36. Lent, C. - Evaluación de la la. Entrevista en Intervención en Crisis, apostila distribuída em classe PUC, Rio de Janeiro(1970).
37. Lévi-Strauss, C. - Antropologia Estrutural, Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro(1970).
38. Light, H.K. e Fenster, C. - Maternal Concerns during Pregnancy, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 118(1):46(1974).
39. Lindemann, E. - Symptomatology and management of acute grief, *Amer. J. Psychiat.*, 101:141-148(1944).
40. Lisboa, Y. - Equilíbrio, Aditividade e Reversibilidade na Teoria de Jean Piaget, Tese de Mestrado, PUC, Rio de Janeiro(1971).
41. Mahler-Shoenberger, M. e Silberpfenning, I. - Der Rorschach'sche Form deut versuch als Hilfsmittel zum Verstandnis der Psychologie Hirnkranker, *Schweizer Archiv. f. Neur. v. Psychiatrie*, 40:302-327(1937) citado em (8).
42. Malan, A.M. - Conceito de Regressão na Teoria Freudiana, Tese de Mestrado, PUC, Rio de Janeiro, a ser publicada.
43. Mead, M. - Sexo e Temperamento, Ed. Perspectiva, São Paulo(1969).
44. Meyer, A. - Collected Papers, Ed. E.E. Winters, Johns Hopkins Press, vol. II, (1950-1952).
45. Minkowska, F. - Le Rorschach - a la Recherche du Monde des formes, Desclee de Browner, Paris (1956).
46. Mons, W. - Principles and Practice of the Rorschach Personality Test, Faber & Faber, Limited, London (1967).
47. Morris, N.-Attitude Survey in Pregnancy, *J. Psych. Research*, 12:83(1968).

48. Newton, N. - Maternal Emotions, Paul, B. Hoeber, Inc. New York(1971).
49. Newton, N. - Emotions of Pregnancy, Clin. Obst. Gin., vol. 6(3):659-668(1963).
50. Orr, M. - Le Test de Rorschach et L'Imago Maternelle in Monographies du Bulletin du Groupement Français du Rorschach, Paris (1958).
51. Pines, D. - Pregnancy and Motherhood: interaction between fantasy and reality, Br. J. Med. Psychol., 45:333(1972).
52. Piotrowski, Z.A. - Perceptanalysis, The Macmillan Company, New York(1957).
53. Portuondo, J.A. - El Psicodiagnostico de Rorschach en Psicología Clínica, Biblioteca Nueva, Madrid(1970).
54. Potkay, C.K. - El Psicólogo Clínico y el Test Rorschach, Ed. Universitaria de Buenos Aires(1973).
55. Reed, R. - Changing Conception of the maternal instinct, J. Abnorm. & Social Psychol. 18:78(1923), citado em (48).
56. Rorschach, H. e Oberholzer, E. - The Application of the Interpretation of form to psychoanalysis, J. of Nerv. and Ment. Dis. 60:248-252 e 359-379(1924) citado em (9).
57. Rorschach, H. - Psicodiagnóstico, Ed. Mestre Jou, São Paulo(1967).
58. Schafer, R. - Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing: Theory and Application, New York, Grune & Stratton(1954).
59. Singeisen, F. - Rorschach - Befunde bei chronisch Lungentuberkulosen und Herzbranken, Schweizer Archiv. f. Neur. u. Psych.,45:230-247, citado em (8).
60. Soifer, R. - Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio, Ed. Kargieman, Buenos Aires(1973).
61. Spitz, R.A. - El Primer Año de Vida del Niño, Aguilar, Madrid (1970).
62. Thompson, L.J. - Attitudes of primiparae as observed in a prenatal clinic, Ment. Hyg.,26: 243(1942).
63. ~~Vernon, H.D. - Psicología de la Percepción, Ediciones Hormé, Ed. Paidós, Buenos Aires(1967),citado em(29).~~
64. Winokur, K.G. e Werboff, J. - The relationship of Conscious Maternal Attitudes to Certain Aspects of Pregnancy, Psychiat. Quarter Suppl.,30:61(1956).

65. Zolliker, A. - Schwangerschaftsdepression und Rorschach'scher Formdeutversuch, Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. - Orell Fussli, Zurich(1944)citado em (8).
66. Zolliker, A. - Schwangerschaftsdepression und Rorschach'scher Formdeutversuch, Psychiatrie und Rorschach'scher Formdeutversuch. - Orell Fussli, Zurich(1944)citado em (52).
67. Zulliger, H. e Salomon, F. - El Test 2, Edit. Kapelusz, Buenos Aires(1970).


Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RIO,
fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:



Profª Vera Braga Lemgruber
Orientadora



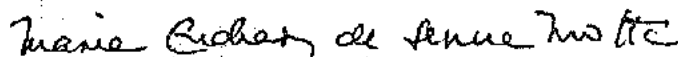
Profª Monique Rose Aimée Augras
PUC/RIO



Prof. Aroldo Rodrigues
PUC/RIO

Visto e permitida a impressão.

Rio de Janeiro,



Profª Maria Eucharis Senna Motta
Coordenadora dos Programas de
Pós-Graduação do Centro de
Teologia e Ciências Humanas.