

CARDIOPATIA CONGÉNITA – UMA PATOLOGIA DA RELAÇÃO?
IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS DA DOENÇA AO NÍVEL DA RELAÇÃO PRIMÁRIA
E CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE

FILIPA DE OLIVEIRA TOMAZ CHIPPER

Orientador de Dissertação:

MESTRE HELENA GERMANO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

MESTRE HELENA GERMANO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2008/2009



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Helena Germano, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 1976/2006 publicado em Diário da Republica 2ª serie de 26 de Setembro, 2006.

Agradeço à Professora Helena Germano pela disponibilidade em orientar, criticar e incentivar o meu trabalho; ao Hospital de Sta. Cruz e respectivo pessoal pela abertura a este trabalho de investigação e a toda a assistência prestada. Ao João e à Ana por participarem tão livremente no estudo e respectivas famílias por partilharem sentimentos e informação extremamente útil ao meu raciocínio, hipóteses e conclusões durante o curso deste trabalho. Agradeço também aos meus pais, marido e irmã por todo o apoio durante a investigação e incentivo durante o processo de escrita.

RESUMO

Nós temos dois tipos diferentes de nascimento/formação: a germinação física no útero da mãe; a germinação psicológica no “útero mental” do objecto de relação, segundo Coimbra de Matos (2003).

Attachment e *bonding* estão consequentemente correlacionados de uma forma positiva e reforçam-se um ao outro, sendo a força do *bonding* (mãe-bébé) a determinar a força do *attachment* (bébé-mãe) e este também aquele que desperta o *attachment*.

Coloca-se então a seguinte questão: Como é que este feto cresceu no “útero mental” materno e como é que este foi imaginado, construído e pensado?

O objectivo principal deste estudo é o levantar de questões e a construção da história de vida, de um ponto de vista relacional, da criança com cardiopatia congénita. Desde o momento de concepção, seguido do diagnóstico, respectivo tratamento médico, prognóstico e retorno a um mundo relacional. Tendo em conta que o coração é o órgão humano que carrega maior conotação emocional, relacional, espiritual, social e cultural, nós tentamos perceber tendo em consideração a teoria psicossomática, e as teorias de *attachment* e *bonding*, as implicações psicológicas da doença na relação mãe-bébé, na expressão de afectividade e na construção da identidade.

Tentámos também confirmar se esta patologia pode ser explicada através da teoria psicossomática e tentou-se reforçar a importância da vida no útero e da psicologia do feto.

De forma a alcançar estes objectivos conduzimos um estudo de dois casos, ambos de cardiopatia congénita, um assintomático (Ana, 5 anos de idade) e outro sintomático, com necessidade de transplante cardíaco (João, 9 anos de idade).

Os instrumentos de investigação utilizados foram o desenho livre, a prova projectiva de Rorschach e a entrevista clínica.

Em ambos os casos verificou-se uma falência na relação mãe-feto/mãe-bébé imaginário. Ambas as mães assumem comportamentos de risco durante a gravidez (fumar e consumo excessivo de álcool). Denota-se também um abandono físico numa das díades, o que confirma uma falha inicial na primeira relação (*bonding*) e na outra díade parece existir uma falta de disponibilidade mental para pensar sobre a criança e lhe oferecer o contentamento emocional necessário (“abandono psicológico”).

Palavras-chave: criança, cardiopatia congénita, *attachment*, *bonding*, identidade e psicossomática.

ABSTRACT

We have two different types and times of birth/formation: the physical germination, in the mother's uterus; the mental germination, in "the mental uterus" of the object of relation, according to Coimbra de Matos (2003).

Attachment and bonding are for this reason positively correlated and reinforce each other, being the force of bonding (mother-baby) to determine the force of attachment (baby-mother), being the bonding the one that triggers the attachment.

The following question is then raised: How has this foetus grown in the mother's "mental uterus", how has he/she been imagined, built and rethought?

The main aim of the present study was to raise questions and build the life history, from a relational point of view, of the child with congenital cardiopathy: From the moment of conception, followed by diagnosis, respective medical treatments, prognosis and return to a relational world.

Being the heart the human organ with more emotional connotation, relational, spiritual, socially and culturally, we tried to understand, taking in consideration the psychosomatic theory, attachment and bonding theories, the psychological implications of this disease in the mother-baby relationship, on the expression of affectivity and the construction of identity.

We have also tried to confirm if this pathology can be explained by the psychosomatic theory, whilst reinforcing the importance of the in-uterus life and the foetus psychology.

For this aim we carried out the study of two case studies of congenital cardiopathy, one asymptomatic (Ana, 5 years old) and other symptomatic, with need for a cardiac transplant (João, 9 years old).

The research instruments used were the free drawing, the projective test of Rorschach and the clinical interview.

In both cases we verified a failure in the mother-foetus relation/mother-imaginary baby relation. Both mothers assume risky behaviours during pregnancy (smoking and alcohol abuse). There is a physical abandonment in one of the pairs, confirming an initial failure of the relation (bonding) and in the other pair there seems to exist a mental unavailability to think the child and to offer him the necessary emotional containment ("psychological abandonment").

Key-words: Child, congenital cardiopathy, attachment, bonding, identity and psychosomatics.

INTRODUÇÃO

A doença crónica traz consigo implicações psicológicas e alterações ao nível do self corporal. Este processo de adaptação à doença, moroso na maior parte dos casos, exige um reconhecimento do corpo que adoecer. O reconhecimento do corpo que adoecer é, em si, um progresso, pois implica também no reconhecimento por parte do Eu de que o corpo lhe pertence.

De que forma é que as doenças do foro cardíaco, nomeadamente a cardiopatia congénita afectam essa imagem de si e a forma como o processo identitário ocorre foi um dos propósitos deste trabalho, mas também a forma como esta patologia afecta a primeira relação de todas (a relação mãe-bebé) e as relações futuras.

Será que poderemos considerar a cardiopatia congénita uma **patologia da relação** com origem precoce numa **perturbação da ligação** (*bonding*) mãe-bebé? Esta foi a principal questão a que tentámos dar resposta, no entanto e ao longo deste percurso de descoberta muitas outras questões se levantaram. Parece haver muito ainda por explorar sobre esta patologia, que parece comportar muito do psicológico e do relacional.

O contacto com estes pacientes deixou transparecer esses aspectos afectivos e relacionais que esta patologia parece em si “carregar”. São pacientes “afectivos” se assim os poderemos classificar, audaciosos nos seus gestos, conhecedores do dicionário das emoções e com sede de afecto. Procuram um ritmo, um ritmo que os volte a organizar. Ritmo este binário, à semelhança do ritmo cardíaco e que pode ser reencontrado na relação a dois (relação mãe-bebé, relação amorosa, relação paciente-analista, etc.).

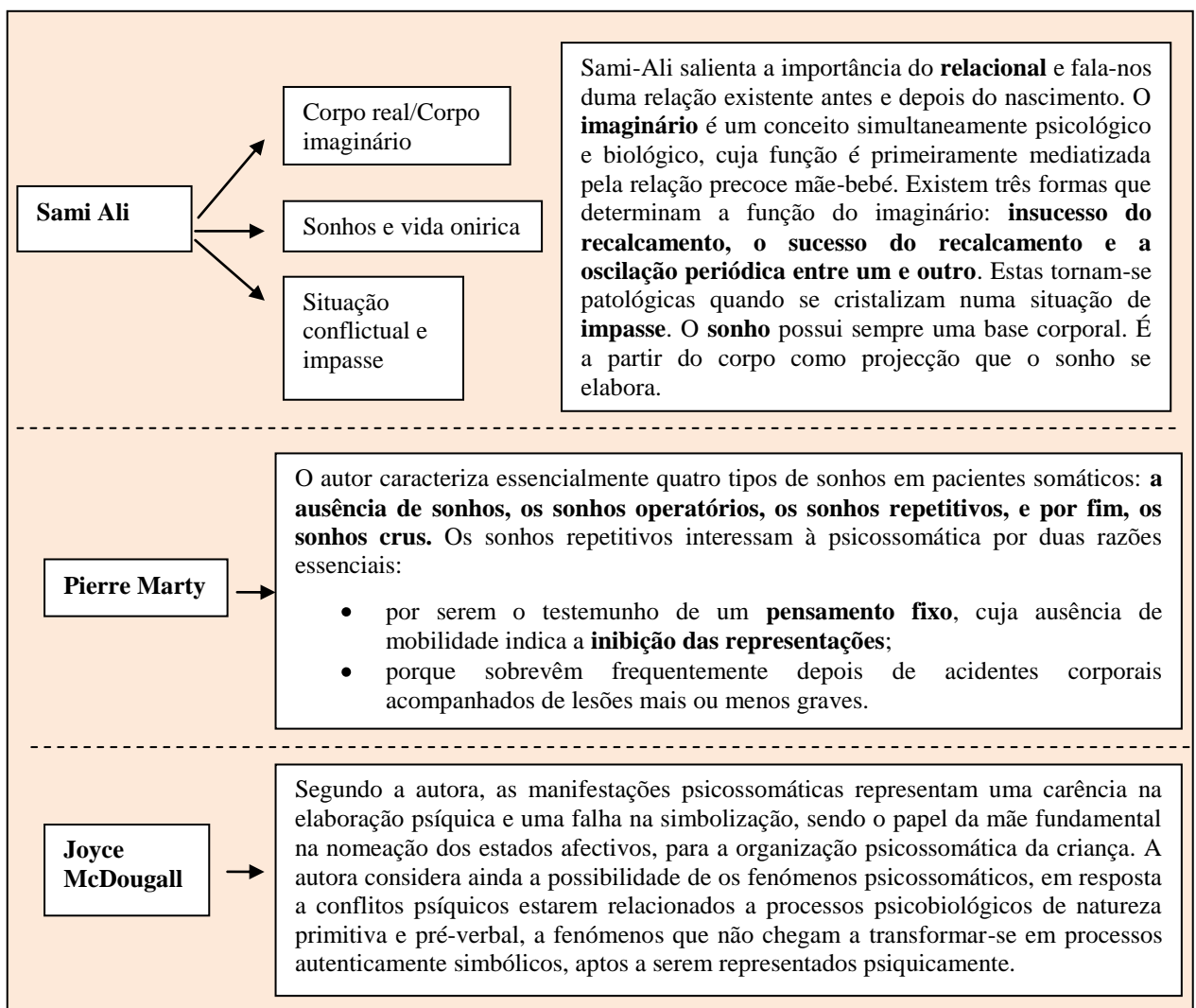
Por cardiopatia congénita entende-se um **defeito estrutural do coração** e esta é uma das malformações congénitas mais comuns. Algumas permitem uma correcção cirúrgica completa e outras, embora possam ser corrigidas, deixam sempre lesões residuais. Outras crianças podem desenvolver doenças cardíacas como consequência de inflamações, infecções ou como parte de uma doença geral do corpo. Nestes casos a forma do coração é normal, mas não o seu funcionamento (in Manual da criança com doença cardíaca).

Cerca de **8 em cada 1000 crianças** nascem com algum tipo de malformação cardíaca, o que torna as cardiopatias congénitas a forma mais frequente de malformação presente no nascimento. As cardiopatias congénitas são das malformações graves mais frequentes no recém-nascido e as que mais contribuem para a **mortalidade peri-natal**.

Relativamente à **tipologia e severidade** da malformação as cardiopatias congénitas podem ser relativamente **assintomáticas**, permitindo à criança um bom desenvolvimento e um estilo de vida normal, ou **sintomáticas**, restringindo o tempo de actividade da criança devido ao cansaço, implicando atrasos no ritmo do desenvolvimento físico, e graus maiores ou menores de cianose. Nestes casos os sintomas só tenderão a desaparecer após tratamento, que envolve, na maioria das situações, uma ou várias cirurgias.

O esquema seguinte pretende ser um resumo e uma **revisão da literatura** das principais teorias psicossomáticas, das teorias explicativas do fenómeno de *attachment* e *bonding* e de estudos realizados na área da psicologia do feto e do bebé. Autores e respectivos conceitos-chave são brevemente abordados.

Esta revisão da literatura teve como objectivo último suportar teoricamente a investigação desta patologia, realçando a importância do relacional e da relação existente antes e após o nascimento.



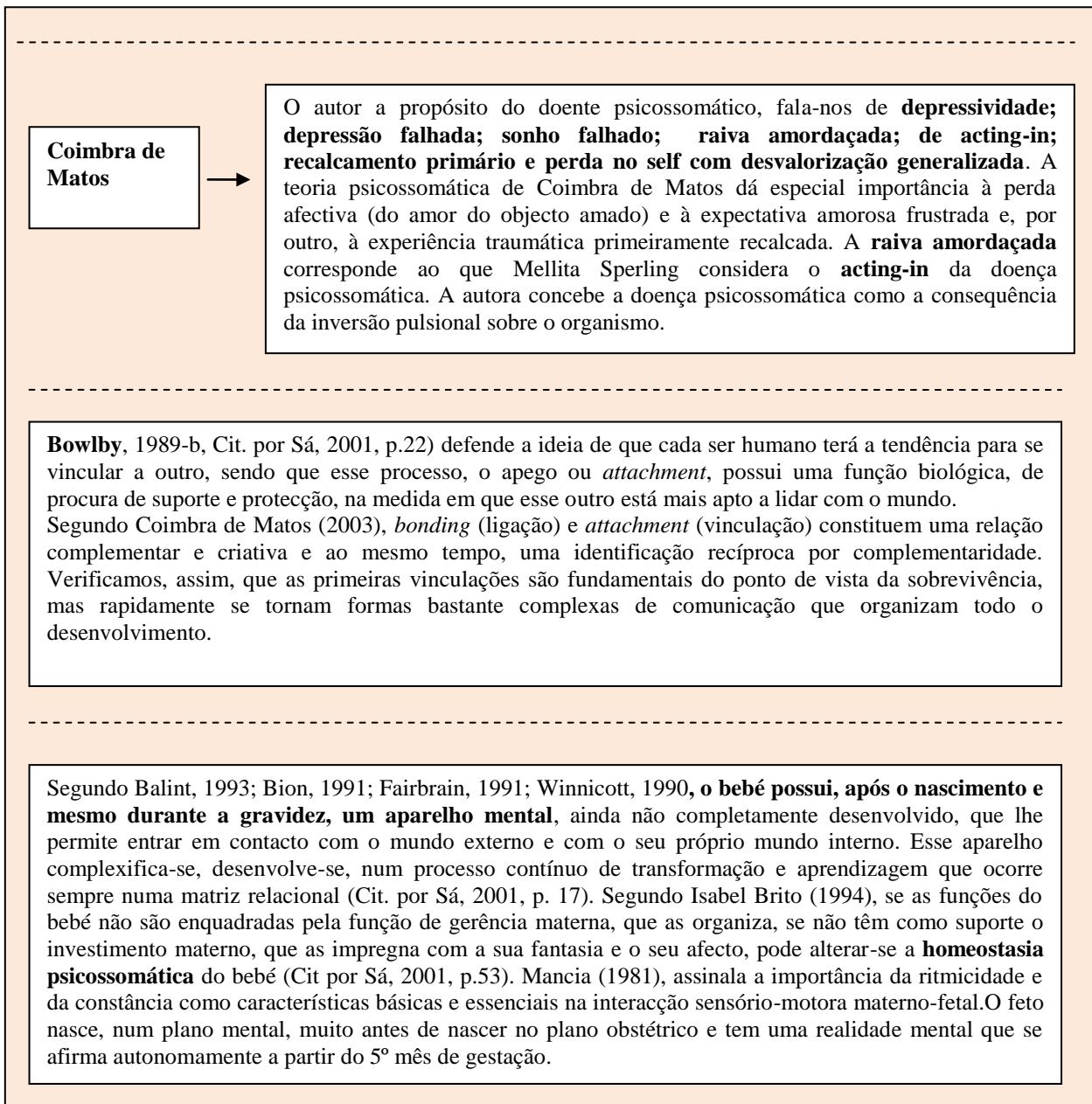


Figura 1- Esquema dos modelos teóricos explicativos

Estudos realizados nesta área foram também revistos, nomeadamente estudos que correlacionaram psicossomática e cardiopatia, identidade e cardiopatia, relação mãe-bebé com cardiopatia e cardiopatia e psicopatologia.

Do estudo que correlacionou cardiopatia e psicopatologia, verificou-se que os aspectos psicopatológicos mais relevantes tanto nas crianças, como nos pais foram a **angústia de morte** e o **deficit narcísico**. Um **atraso do desenvolvimento** foi reportado em alguns casos assim como uma **perturbação na vinculação mãe-bebé** e o **baixo nível sócio-económico** como um factor de risco adicional (Maia, Cepeda, Paixão, Gil, Lobo, Sampayo & Matos, 1992). Verificaram-se ainda as seguintes **manifestações clínicas**: evitamento do contacto pelo

olhar, retirada ou agitação psicomotora no contacto social, auto e heteroagressividade, perturbações do sono, perturbações alimentares, atraso no desenvolvimento psicomotor, instabilidade psicomotora, somatização da angústia e dificuldade de aprendizagem.

Do estudo que correlacionou psicossomática e cardiopatia, estudo este onde foi averiguada a influência da relação mãe-bebé no desenvolvimento da cardiopatia na idade adulta, verificou-se existir nestes pacientes: uma dificuldade no relacionamento e falta de segurança básica, uma necessidade de protecção e ajuda, um comportamento regressivo, conteúdos relativos a abandono, solidão, dificuldade em criar novos vínculos e na manutenção das relações, conteúdos relativos a medos, traumas e inseguranças (Barros e Santos, 1997).

Nas histórias familiares destacam-se **perdas objectais**, tanto de objectos primários como das suas representações.

Do estudo que correlacionou cardiopatia e identidade, verificou-se nestas crianças um **enfraquecimento do self**, nomeadamente do self corporal, uma inibição do pensamento e das emoções, ansiedade acentuada, reacção depressiva com sentimentos de solidão, labilidade emocional, **baixa auto-estima**, sentimentos de morte e uma percepção de si próprias como sendo mais fracas, mais assustadas e mais doentes (Wray, J., Sensky, T.,1998).

Por último e segundo um estudo comparativo realizado com mães de bebés com cardiopatia congénita e outras mães, verificou-se que estas mães apresentam uma maior dificuldade na interacção com os seus bebés, mais ansiedade e níveis elevados de frustração quando não conseguem acalmar e conter os seus bebés.

O bebé com cardiopatia revelou, por sua vez, menos afecto positivo (sorriso, relaxamento, contentamento) e as mesmas dificuldades de interacção, que as respectivas mães apresentaram (Gardner, F., Freeman, N., Black, A. & Angelini, G., 1996).

PROBLEMA

Será que podemos considerar a cardiopatia congénita uma patologia da relação, com origem precoce numa **perturbação da ligação** (*bonding*) mãe-bebé?

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Será que existe na criança com cardiopatia congénita uma falha básica, ao nível da **relação objectal**?

- Será que há um recalçamento da função do **imaginário** na criança com cardiopatia congénita?
- Que **imagem de si**, terá a criança com cardiopatia congénita?
- Terá a criança com cardiopatia congénita uma maior dificuldade na **expressão dos afectos**?
- Poderemos considerar a existência de um **deficit narcísico**, na criança com cardiopatia congénita?
- De que forma ocorre o **processo identitário** na criança com cardiopatia congénita?

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de caso de tipo exploratório, descritivo, transversal, com a participação de duas crianças, de 5 e de 9 anos de idade e respectivos familiares. Os instrumentos de investigação utilizados foram o desenho livre, a prova projectiva de Rorschach e a entrevista clínica.

Tendo em conta o nosso objectivo de investigação e quadro teórico que nos acompanha, as entrevistas foram realizadas segundo a classificação da entrevista psicológica enunciada por Craig (1989), entrevistas de estudo de caso. Compreende-se por estudo de caso, o aprofundamento de uma entrevista de recolha de dados. Aprofundamento não só no sentido de se poder dispor de mais tempo, mais entrevistas e nesse sentido ter mais acesso a mais e mais significativo material, mas também no sentido de, no contexto da própria entrevista poder utilizar outros instrumentos de avaliação psicológica que complementem, esclareçam ou clarifiquem, aspectos considerados relevantes.

Este estudo foi realizado em conjunção com o Hospital de Santa Cruz, em Carnaxide. Foi pedida autorização para realização do estudo ao Serviço de Cardiologia Pediátrica do mesmo Hospital. A triagem dos dois casos clínicos foi feita em consulta externa, por se ter chegado à conclusão que um acompanhamento imediatamente a seguir ao pós-operatório seria bastante invasivo. Os dois casos seleccionados são ambos de cardiopatia congénita, um deles considerado muito grave, exigindo transplante cardíaco, o segundo menos grave, assintomático e exigindo um internamento mais curto, apenas para cirurgia electiva e sem complicações no pós-operatório. O primeiro caso foi seleccionado da Zona Norte do País (Viseu), o segundo da Zona Sul (Pinhal Novo). Relativamente ao estatuto sócio-económico

dos casos trabalhos, o primeiro caso é de um estatuto socio-económico baixo e o segundo de um estatuto sócio-económico médio-baixo.

Para o nosso primeiro caso, João de 9 anos as sessões para recolha de dados foram feitas no Hospital de Santa Cruz, enquanto o João se encontrava no período final de recuperação do transplante cardíaco. A história clínica foi recolhida, junto das enfermeiras e dos médicos cardiologistas que acompanhavam o caso e pela consulta do seu processo clínico. A entrevista com a mãe para recolha da anamnese foi feita em casa do João, em Viseu e neste mesmo encontro foi pedido um último desenho ao João, como forma de finalizar o acompanhamento realizado. (Acompanhamento iniciado em Abril e finalizado em Setembro de 2003). O número total de sessões foram seis, cada uma com duração de uma hora (quatro sessões com o João para realizar as provas projectivas, uma sessão com as enfermeiras também no Hospital de Sta. Cruz para recolha da história clínica e uma última sessão com o João e familiares na respectiva casa em Viseu, para recolha da anamnese). Excepto a sessão com a equipa médica com duração de 30 minutos.

O segundo caso, a recolha de dados foi sempre feita em casa da tia da Ana, de 5 anos, no Pinhal Novo. O número total de sessões foram quatro, cada uma com duração de uma hora com a excepção da sessão com a equipa médica do Hospital de St. Cruz, para recolha da história clínica, com duração de 30 minutos. A anamnese foi recolhida na primeira entrevista e compareceu quase a totalidade do agregado familiar, a tia, o pai, a avó paterna e a irmã da Ana. As provas projectivas foram realizadas numa segunda e terceira sessão e em presença da tia, após expresso pedido de que as próximas sessões fossem realizadas num ambiente mais íntimo. O papel da tia é apenas o de observador, mas também de assegurar e motivar a Ana para a realização das tarefas. (acompanhamento iniciado em Junho e finalizado em Setembro de 2003).

As entrevistas com familiares e equipa médica não foram gravadas. A análise das mesmas foi feita com base no relato escrito e anotações detalhadas das interacções que tiveram lugar.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS E SUA CARACTERIZAÇÃO

Entrevista Clínica

As entrevistas realizadas foram semi-directivas, com a finalidade de recolher dados para a elaboração de uma anamnese. Foi dada liberdade à mãe, à criança e restantes familiares, para que o discurso se organizasse espontaneamente. As intervenções feitas foram sempre no

sentido de algum esclarecimento ou dúvida num facto relatado, ou no sentido de conter alguma angústia subjacente à história de vida, agora revivida pela forma do reconto. Foram observadas e anotadas as circunstâncias e particularidades da interacção quer da mãe e da criança, quer interacções na relação triangular entre o observador, mãe (ou outro prestador de cuidados) e a criança, bem como só com a criança, sem a presença da mãe num contexto semi-estruturado.

Desenho livre

Antonino Ferro (1995) refere o desenho como uma representação do tipo de relações presentes no mundo emocional da criança.

O desenho livre constitui um jogo relacional, apelando à criatividade e ao imaginário. Implica a capacidade de reprodução de representações mentais e permite através da ausência de limites do tema, a reactivação de situações regressivas.

Dileo (1985), refere que cada desenho é um reflexo da personalidade de quem o faz, expressando aspectos afectivos e cognitivos da personalidade.

Sami-Ali (1974), demonstra que o espaço imaginário pode ser estruturado na folha branca de diferentes maneiras:

- Na folha vai ser desenhado algo desejado e inconsciente que o próprio corpo veicula e mediatiza ao mesmo tempo, pois a forma e o conteúdo do desenho derivam do vivido corporal;
- A folha pode indicar o visível e sugerir o invisível, visto que o espaço vazio é tão importante quanto o preenchido;
- A folha pode funcionar como espelho reflectindo a imagem do sujeito;
- O papel pode confundir-se com a espacialidade do próprio corpo;
- O espaço do fantasma restituído à sua essência corporal, pode enfim estruturar-se a partir de um processo de projecção geométrica implicando uma correspondência entre o próprio corpo e esse plano de projecção que é a folha;

Prova projectiva de Rorschach

O teste Rorschach acede à projecção e imaginário, como noções fundamentais para a avaliação em psicossomática, que passam pela noção de aquisição de um sentimento de identidade. Na situação Rorschach, a projecção define-se como a utilização adaptativa e/ou defensiva da percepção (Sami-Ali, 1970).

Neste estudo, a aplicação do teste Rorschach tem o propósito de compreender mais aprofundadamente a problemática da identidade. A projecção vai dar origem à representação, que não pode ser desligada de toda a experiência corporal. A construção da representação mental e do imaginário assenta na experiência corporal. Existe pois uma evolução de um espaço sensorial para um espaço de representação simbólica.

Um conjunto de 10 cartões constitui a prova e estes podem ser agrupados, segundo as suas dimensões: estrutural e sensorial, sendo cada uma destas particularidades importantes na compreensão das respostas. A dimensão estrutural é referente à construção formal dos cartões, os quais se diferenciam pelo seu carácter: unitário, inteiro, massivo ou de configuração bilateral.

A simetria organiza-se em torno de um eixo mais ou menos evidente e manifesto. Este eixo é claramente representado nos cartões unitários (I, IV, V, IX), enquanto que os que apresentam uma configuração bilateral, têm uma simetria menos marcada, sendo os cartões (II, III, VI, VIII) em espelho.

Podem ainda dividir-se em cartões abertos ou fechados, incluindo nos primeiros (I, IV, V, VI) e nos últimos (II, III, VII, VIII, IX, X).

Quanto à dimensão sensorial, esta dá conta da sensibilidade à cor e encontra-se ligada à natureza emocional e à expressão dos afectos. Neste caso os cartões podem ser repartidos em: cartões cinza e negro (I, IV, V, VI); cartão cinza (VII); cartões negro-branco-vermelho (II e III) e, por último, os cartões pastel (VIII, IX, X).

Os cartões cinza e negro provocam manifestações que vão desde a inquietação até à ansiedade e angústia. Os cartões vermelhos suscitam a expressão e reactivação do movimento pulsional (sexualidade e agressividade). Devido à sua configuração bilateral, são também indutores de representações de relação. Quanto aos cartões pastel é-lhes conferido o papel de indutores de afectos.

A interpretação tem em conta dados oriundos de vários níveis. É necessário inicialmente levar em conta o aspecto formal das respostas deixando de fora a interpretação e a problemática da criança, estudando sucessivamente:

1. Modos de apreensão;
2. Modos de expressão;
3. Conteúdos de resposta;
4. Originalidade de resposta.

Caso 1 – João, 9 anos

Anamnese

Quanto ao agregado familiar, este é agora composto de 8 elementos, tendo a filha mais velha saído de casa para casar. O pai é servente de obras, agora com 51 anos e a mãe é doméstica e tem 47 anos de idade. O nome João é escolhido pela família, em geral, e a mãe não se recorda de haver alguma história associada à escolha do nome.

Uma vez chegando à aldeia, sou recebida calorosamente pela família. A mãe do João conduz-me pela casa, mostrando com orgulho as várias divisões, agora remodeladas com a ajuda da assistente social que tem estado a acompanhar o caso.

Apresenta-me o António, o irmão mais novo do João que sofre de paralisia cerebral. O João mostra-me também muito orgulhoso o seu quarto revelando uma expressão completamente diferente daquela que tinha quando estava ainda internado no Hospital, em Carnaxide. Digo à mãe do João que gostaria de lhe fazer algumas perguntas a sós e encaminha-me até à cozinha. Falamos do João, das várias etapas do seu desenvolvimento, mas de vez em quando fala-me antes do António e das preocupações que tem a respeito dele. Uma lágrima corre-lhe pelo rosto, quando fala dele: “Os médicos disseram-me que ele é capaz de não durar muito mais...”. É notório o espaço mental que esta criança ocupa na cabeça desta mãe, sendo a angústia de morte mais presente nesta relação, do que naquela estabelecida com o João.

Quando explorados os aspectos relacionados com a gravidez, a mãe do João, refere ter sido uma gravidez desejada e de termo. O parto foi normal, sem complicações. O diagnóstico de cardiopatia congénita é feito à nascença e

Após a alta da mãe, o João teve de ficar ainda no hospital, para acompanhamento da situação clínica. Quando pergunto à mãe, o que sentiu por voltar a casa sem o seu bebé, a mãe diz ter ficado com pena. Não tem a certeza de quantos dias terá o João ficado no hospital, mas aproximadamente 3 dias ao fim dos quais o terá ido buscar com o marido.

Quando explorados os aspectos relativos à relação precoce, a mãe do João refere ter ficado muito contente quando o viu pela primeira vez. Descreve-o como sendo uma criança sorridente e afectuosa. Relativamente à alimentação, desenvolvimento motor, controle dos esfíncteres e aquisição da linguagem estes foram normais.

Ao nível da socialização, considera o João uma criança sociável e amigo dos amigos. Com o irmão Francisco, de 21 anos, tem uma relação mais próxima e na relação com a figura paterna, parece haver uma idealização acentuada da mesma. Quando abordados os aspectos relacionados com a escola, refere uma boa adaptação e um gostar de ir à escola.

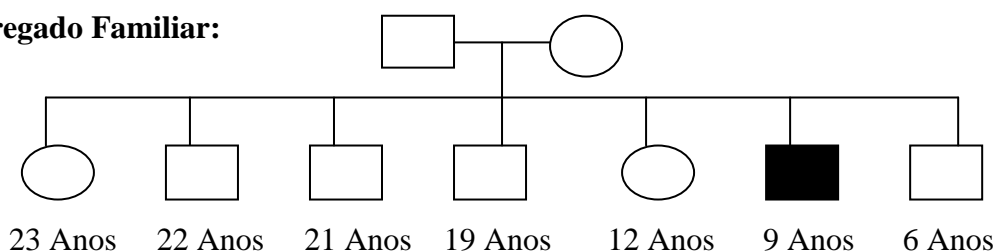
Relativamente à história familiar e surgimento de doenças não refere nenhuma complicação familiar, nem história de doença cardíaca na família. Quando a questiono qual a causa que acha estar na origem do aparecimento da Cardiopatia congénita no João, refere nos últimos meses de gravidez ter saltado um muro devido a um incêndio na Aldeia, por altura das festas de Verão, e isso poder ter provocado algum mal no bebé.

De acordo com as enfermeiras do Hospital de Santa Cruz, existe uma suspeita de consumo de álcool durante a gravidez, mas esta não foi confirmada na entrevista.

Relativamente à integração conjugal e envolvimento do marido na educação do filho, refere ser normal.

O João frequenta a consulta de cardiologia pediátrica, no Hospital de Coimbra até aos 3 anos de idade. Aos 7 anos a doença volta a manifestar-se e aos 9 anos é feito o transplante cardíaco.

Agregado Familiar:



História Clínica

- O João é diagnosticado com miocardiopatia dilatada congénita com 1 mês de idade.
- É seguido até aos 3 anos em consulta de Cardiologia Pediátrica no Hospital Distrital de Viseu.
- Abandona a consulta aos 3 anos de idade (situação social grave).

- Aos 7 anos de idade tem uma descompensação cardíaca com sinais de insuficiência cardíaca. Ecograficamente denota-se uma má função contráctil.
- É internado no Hospital de São Teotónio, em Viseu.
- É transferido para o Hospital Pediátrico de Coimbra, havendo uma melhoria com inotrópicos, diuréticos e anticoagulação oral.
- É transferido para o Hospital de Santa Cruz, Carnaxide, por persistência do quadro arritmico.
- É feito um cateterismo cardíaco aos 7 anos de idade.
- É apresentada proposta cirúrgica: Plastia da mitral, transplante cardíaco.
- Um apelo é feito para transplante para o Centro de Transplantação do Hospital de Santa Maria, Lisboa.
- Relação com a Enfermeira: Enquanto espera pelo transplante e ao saber que pode receber um coração um pouco maior do que o seu, porque a sua caixa torácica assim o permite, o João pergunta à Enfermeira se lhe pode dar o seu coração.
- Transplantação cardíaca ocorre 15 dias depois do apelo para transplante e aos 9 anos de idade.
- É feito novo cateterismo cardíaco aproximadamente um mes depois do transplante.
- Depois do transplante tem complicações a nível pulmonar e é internado no Hospital de Santa Maria, Lisboa.
- Fantasia relativamente ao coração estranho dentro de si. Episódios delirantes onde há uma tentativa de comunicar com o dador.
- O sono é agitado e tem vários pesadelos.
- Episódio de convulsões e entrada em coma. A este quadro surge associada uma perda de memória e um discurso incoerente.
- Verificou-se que a perda de memória estava relacionada com a medicação.
- Com o intuito de confirmar possível quadro depressivo é feito encaminhamento para a Consulta de Pedopsiquiatria, na Ajuda.
- Ao nível dos cuidados médicos, sempre que se entra no quarto do João é preciso desinfetar as mãos e usar máscara e luvas. Por sua vez, quando é o João a sair do quarto é ele quem tem de respeitar este procedimento. Isto deve-se a uma fragilidade ao nível imunitário, normal devido à cirurgia em si.
- Um outro cuidado que o João tem de ter é ao nível da higiene dentária. Dada a proximidade dos pulmões ao coração e a fim de evitar uma infecção, o João tem de desinfetar a boca a seguir a qualquer refeição e lavar os dentes.

- Um mês depois do segundo cateterismo, é transferido para o Hospital Distrital de Viseu devido a uma melhoria do quadro sintomático e para haver uma maior proximidade com a família.
- Volta passado 15 dias para reavaliação e biópsia e vem acompanhado da mãe para todo um trabalho educativo ao nível dos cuidados básicos a ter em casa.

Desenhos e respectiva análise



Fig. 2 - Desenho 1

Este é o primeiro desenho que o João faz. Quando lhe proponho esta tarefa o João recusa-a dizendo que não sabe desenhar e devolve-me o pedido, solicitando que seja eu a fazer o desenho. Denoto uma certa relutância e dificuldade em se implicar nas tarefas e na relação. Sempre que lhe faço alguma pergunta, responde-me com um simples sim ou não e muitas vezes com um simples encolher de ombros. Sinto alguma dificuldade em o trazer para a relação, pois o João parece estar muito longe. Tem um olhar vago e triste e a sua postura revela uma certa indiferença e fragilidade.

Proponho, então, ao João que façamos o desenho juntos. Começo por lhe perguntar o que quer que eu desenhe, ao que o João responde umas nuvens. Começo a desenhar, sentindo os olhos do João muito atentos ao que vou fazendo e digo-lhe que assim não vale, pois ele também tem de desenhar. O João desenha então uma casa no canto da folha, com diferentes cores, com duas janelas e uma porta. Depois pára e fica a olhar para o que eu estou a fazer. De seguida pergunto ao João o que podemos desenhar mais, o João responde: “não sei” e eu proponho desenharmos uma árvore. O João faz o tronco e eu a copa e depois coloca uns morangos na

árvore. Faço eu a relva e uma borboleta e o João pede-me que o ensine a desenhar uma borboleta. É ele quem desenha a da direita e a gaiivota mais em cima. É também ele quem finaliza o desenho, fazendo um cão e assinamos os dois o desenho.

Na parte final da tarefa senti o João mais entusiasmado e em relação, que se traduz numa maior confiança e iniciativa e numa tentativa de espelhar aquilo que lhe dou (borboleta e a gaiivota).



Fig. 3 - Desenho 2

Este é o segundo desenho do João e ocorre na mesma sessão que o desenho 1, aqui denota-se uma vontade de explorar um material diferente, neste caso as digitintas, mas ao mesmo tempo algum medo em ser ele a iniciar a tarefa. Pede-me para começar e eu desenho um sol.

É o João quem faz o resto do desenho, desenhando uma casa sem porta e uma árvore-casa em espelho. Denota-se uma certa dificuldade em recorrer ao imaginário e a pobreza do desenho revela uma certa rigidez do pensamento.

Quando peço ao João desenhos temáticos, como sendo o desenho da família ou um auto-retrato o João recusa completamente.



Fig. 4 - Desenho 3

Este é o primeiro desenho que o João faz completamente sozinho, utilizando as digitintas. Torna-se importante referir que, visto as condicionantes do João este desenho é feito com luvas médicas, não havendo um contacto directo com a tinta.

É quase uma cópia do desenho nº 2, estando a posição desta casa e da árvore trocadas e há uma delimitação do desenho, através do céu e da relva. Esta casa tem porta, mas está fechada e no céu voam 5 gaivotas. A árvore e a casa quase que chegam ao céu. Verifica-se neste desenho ainda uma certa rigidez do pensamento e inibição, mas já há uma tentativa de dar algum movimento ao desenho (“gaivotas que voam”).

Se tivermos em conta que o desenho da casa pode constituir um auto-retrato, e o telhado uma simbolização da área ocupada pela fantasia, verificamos um telhado pequeno e vazio.

Relativamente à porta, como detalhe da casa através do qual é feito o contacto directo com o exterior, verificamos uma certa relutância em estabelecer contacto com o ambiente e um comportamento defensivo (porta fechada).

As janelas junto ao tecto têm sido referidas na literatura como simbolizando um problema somático e cerceamento, facto este repetido pelas grades na janela.



Fig. 5 - Desenho 4 (desenho do sonho)

Este é o desenho que o João faz quando lhe peço um desenho do sonho. O João responde-me que não costuma sonhar, mas logo de seguida começa a relatar-me o seguinte sonho, que diz ter tido no outro dia:

“Estão todos a jogar às cartas na sala, à volta da mesa (E tu onde estás João?). Eu estou sentado a ver (E quem é que está a ganhar?). O meu pai. (E tu porque é que não estás a jogar?). Porque não me apetece (E é de dia ou de noite?). É de dia, não vês aqui o sol? (E o que acontece depois?). O meu pai vai cuidar das videiras de tractor e depois acaba”.



Fig. 6 - Desenho 5 (último desenho)

Este desenho dá conta da minha última visita ao João, agora na sua aldeia. É o João quem me pede para desenhar. Apresenta uma postura completamente diferente, uma maior autoconfiança na execução da tarefa, não sendo no entanto ainda completamente autónomo na execução do mesmo.

É um desenho mais cheio, mais alegre que espelha de forma exacta a impressão que tenho do João. O tema do desenho é o mesmo dos anteriores, no entanto a casa agora desenhada é mais investida. Possui três janelas, assumindo duas delas a mesma posição dos desenhos anteriores, e a terceira e nova janela uma posição mediana que pode reflectir um sentimento de maior segurança e contenção emocional, por parte das janelas maiores, aqui podendo representar as figuras parentais.

No telhado da casa, podemos também observar uma chaminé donde sai fumo, ou seja uma área da fantasia agora em funcionamento. A árvore, elemento comum nos desenhos anteriores é também mais investida, assumindo agora uma forma mais majestosa, a forma de um pinheiro. O traçado é fino e mais cuidado. No céu encontramos um sol sorridente, três nuvens e 7 gaivotas (o numero total de filhos no agregado familiar). A margem inferior do desenho é bem delimitada por relva, donde crescem também 7 flores, todas do mesmo tamanho à excepção de uma. As flores são também bastante investidas e eram um elemento ausente nos desenhos anteriores.

Aplicação do Rorschach: Protocolo

<p>I 6'' 1- ...Uma máscara.</p>		G F+ máscara
<p>II 15'' 2- ...Não sei... Uns olhos em baixo no vermelho. É tudo.</p>	(Vermelho inferior)	Efeito Choque. Dd FC Hd
<p>III 10'' 3- Aqui uns dentes. 4- Um nariz. 5- As orelhas aqui.</p>	(D inferior) (Vermelho médio) (Vermelho lat.)	Dd F- Hd D F+ Hd D F+ Hd
<p>IV 8'' 6- Uma cabeça. 7- Um orelhas aqui de lado.</p>	(D sup.)	G F- Hd D F+ Hd
<p>V 5'' 8- Um morcego.</p>		G F+ A Ban
<p>VI 7'' 9- Aqui uns dentes e mais nada.</p>	(D inferior)	Dd F- Hd
<p>VII 10'' 10- Uns cornos. 11- Aqui umas mãos como as formigas.</p>	(D sup.) (D médio)	D F+ Cornos D F- Ad
<p>VIII 13'' 12- Aqui uns bichos. 13- Um orelhas aqui. 14- Pode ser também uma cabeça. 15- E uns olhos aqui. É tudo.</p>	(D. rosa lat.) (Verde sup.) (Dbl sup.)	D F+ A Ban Dd F+ Hd G F- Hd Dbl F+ Hd
<p>IX 5''</p>		

16- Uhm...Uma cabeça. É tudo.	(D rosa)	D F+ Hd Ban
X 12''^..v...^ 17- Aqui umas aranhas. 18- Um nariz, aqui ao meio. 19- Uns olhos.	(D azul lateral) (Vermelho inf.) (Amarelo sup.)	D F+ A Ban Dd F+ Hd Dd F+ Hd

Prova das Escolhas:

Escolha +

V – Porque me lembra um morcego.

VI – Porque me faz lembrar uns dentes.

Escolha –

X – Não gosto porque as aranhas mordem.

IX – Porque me parece a cara de um porco. Olha aqui o nariz (aponta para o laranja médio).

Análise do protocolo

Quando proponho a realização desta prova ao João e lhe explico o que tem de fazer, o João adere bem ao pedido e mostra-se entusiasmado. A aplicação da prova é feita no quarto que ocupa, no Hospital de Santa Cruz e manuseia os cartões utilizando luvas cirúrgicas. As respostas são, de uma forma geral, rápidas e concisas. Demonstra determinação nas respostas mas não se emociona ou faz juízos de valor. O protocolo é **isento de relação e de movimento** e predominantemente descritivo. Denota-se uma certa dificuldade em integrar o todo, sendo os modos de apreensão maioritariamente em D e Dd. Facto este revelador de uma certa **angústia de fragmentação**. Relativamente ao conteúdo, as respostas são de forma geral humanas mas fragmentárias. Existe um carácter adaptativo nas respostas, no entanto constata-se a mesma angústia de fragmentação. Há uma **centração ao nível do rosto** (olhos, nariz, dentes, orelhas), o que poderá ser indicador de uma problemática identitária.

Nos cartões II, VIII e IX, cartões estes que reenviam respectivamente para uma temática obstétrica e pré-genital, para as relações de objecto e para memórias intra-uterinas ou evocações regressivas parece constatar-se um carácter persecutório nas respostas dadas (“Uns olhos em baixo no vermelho”).

Discussão do Caso

Da conjugação dos dados adquiridos através da prova projectiva de Rorschach, dos desenhos e da história de vida do João podemos concluir relativamente a uma imagem de si próprio fragmentária, onde uma coesão do self corporal não se verifica. Este aspecto é predominantemente visível na prova projectiva de Rorschach, onde o carácter fragmentário das respostas é uma constante.

No desenho livre é por sua vez notória a dificuldade em recorrer ao imaginário, tomando por sua vez lugar uma certa rigidez do pensamento. Como forma de apelar à sua área da fantasia, foi necessário colocar-me na mesma situação que o João e assim encaminhá-lo para um aspecto do seu mundo psicoafectivo que parecia estar fechado.

A sensação que várias vezes tive do João, foi exactamente a de uma casa fechada, sem janelas onde a comunicação com o exterior seria quase nula. Lembro-me várias vezes do rosto inexpressivo com que desenhava ou falava comigo e da retirada do olhar, aspecto este também descrito na literatura, sempre que lhe colocava uma questão ou lhe apresentava um pedido.

A relação que estabelecemos foi de certa forma especular, como se depois de eu fazer algo e de tudo continuar na mesma, nada se tiver desmoronado o João assim tivesse autorização para repetir e sentir aquilo que eu lhe dava. Estas observações confirmam de certa forma as questões e hipóteses a que nos propôsemos no início relativamente a esta patologia, uma vez que se denota um recalçamento na função do imaginário, notária dificuldade na expressão dos afectos e uma imagem de si frágil.

CASO 2 – ANA, 5 ANOS

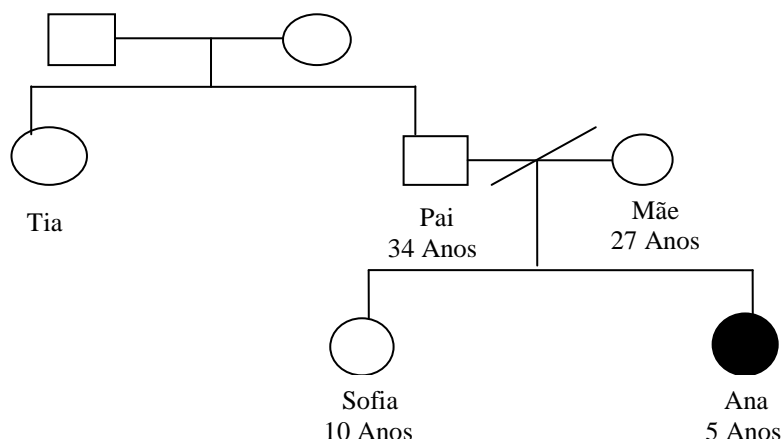
Anamnese

A entrevista anamnésica é feita em casa da tia da Ana e na presença da tia, do pai, da avó e da irmã da Ana, Sofia de 10 anos. O facto de quase a totalidade do agregado familiar comparecer à entrevista, revela um pouco o funcionamento desta família. A Ana e a irmã vivem com os avós paternos, tendo visitas regulares do pai e acompanhamento da tia paterna. A mãe deixa as suas filhas, inesperadamente, quando a Ana tinha 7 meses de idade. Deixa as filhas em casa

dos avós paternos, para poder trabalhar na feira, dizendo que as iria buscar mais tarde, ao final da noite e nunca mais voltou. A gravidez é de termo e o parto normal. Relativamente a se a gravidez é desejada ou não, não existe consenso relativamente a este tema. Segundo o pai sim, segundo a tia não. Neste momento da entrevista, o pai assume uma atitude defensiva e a sua voz sobrepõe-se. Pergunto se quer falar um pouco mais do relacionamento com a mãe da Ana e da Sofia. Responde-me que ainda lhe é difícil falar sobre isso, a sua face emociona-se e esconde os olhos, baixando a cabeça. A tia volta a assumir o papel de narradora da história, com a ajuda da sua mãe que vai confirmando as informações dadas. A gravidez não foi, segundo a tia, muito acompanhada e a mãe fuma durante todo o período de gravidez. O sinal de parto foram os reduzidos movimentos do feto. O pai é motorista dos bombeiros e tem 34 anos, a mãe gosta de trabalhar a terra e tem 27 anos. Não têm tido notícias da mãe desde que deixou as filhas. É o pai quem escolhe o nome Ana. Segundo este, a mãe gostaria de ter tido antes um menino, o pai uma menina. Segundo a tia, a Ana é das duas meninas, a mais parecida com a mãe. “A Ana é tal e qual a mãe, tem o mesmo feitio e a mesma beleza. A mãe delas é muito bonita”. Relativamente à relação precoce, a tia refere um bom relacionamento entre a mãe e a Ana, mas refere que a Ana não era um bebé muito risonho. Ao nível do sono, descreve um sono normal, sem pesadelos ou terrores nocturnos e os dois anos como sendo a idade em que adquire um quarto próprio. A primeira palavra que diz é pai, por volta dos dois anos de idade. Tem dificuldade na articulação das palavras, sendo por vezes difícil de a compreender. Larga as fraldas de dia e de noite aos quatro anos e quem faz o treino é a avó. Ao nível da socialização, a tia descreve-a como sendo bastante sociável, fala a toda a gente e é muito meiga. Lembro-me, então, do primeiro contacto que tenho com a Ana, no Hospital de Santa Cruz a propósito da sua consulta de rotina. A Ana ainda antes de me apresentar, tenta sentar-se ao meu colo e faz-me uma festinha na cara. Relativamente a comportamentos particulares, refere o medo de foguetes e trovões. A relação com a irmã parece ser bastante competitiva, ao longo da entrevista ambas tentam chamar a minha atenção e especialmente para a Sofia este momento torna-se difícil porque sabe que estou ali por causa da Ana. Oferece-me um desenho, onde se pode ver uma casa, uma joaninha e uma estrada. Lembro-me automaticamente da música da joaninha que voa para Lisboa. Talvez essa joaninha seja eu, que venho de Lisboa. Ambas as irmãs fazem anos no mesmo dia, 9 de Novembro e o pai refere isso como motivo de orgulho. “Foi tudo pensado, sabe?”. A Sofia tem acompanhamento psicológico na escola que frequenta e a tia refere ter sido bastante difícil para ela a saída da mãe de casa. A Sofia é muito parecida com o pai, as mesmas feições, a mesma forma de estar, quase o mesmo estado depressivo. A tia refere que no caso da Ana,

essa separação não foi tão difícil dado o facto dela ser tão pequenina. “É diferente porque a Ana não tem quaisquer memórias da mãe”. A Ana não frequenta nenhum jardim-de-infância, tem estado em casa com os avós e vai iniciar agora, em Setembro, a escola.

Agregado Familiar:



História clínica

- É detectado sopro urtático em consulta de rotina, aos 3 anos de idade.
- Resultado de ecocardiograma, realizado no hospital da Cuf revela diagnóstico pós-natal de comunicação interauricular ostium primum e fenda mitral com regurgitação ligeira.
- Evolução estatura-ponderal adequada, assintomática.
- É internada no Hospital de Santa Cruz para cirurgia electiva, de correcção.
- Submetida a intervenção cirúrgica: Encerramento da CIA com patch de pericárdio autólogo e plastia da mitral.
- Pós-operatório sem complicações (entubada cerca de 3 horas após cirurgia).
- Dá entrada no Hospital, acompanhada pelo pai e pela tia. Ninguém com ela até às 21:30. Fica depois na companhia da tia.
- Não foi possível fazer a recolha de dados, devido à ausência de familiares. A Ana apresentou muita resistência à pré-anestesia, recusando tomá-la.
- Acompanhada da tia e do pai. Rabugenta e chorosa. Acalmou com a administração de analgésico. Extubada cerca de 24h após chegada do bloco. Boa vitalidade, corada, hidratada, discreto edema palpebral.
- Sem apetite, muitas dores, ao exame queixosa à manipulação. Pouco reactiva, palidez cutânea. AC sopro sintónico 1- II/VI.
- Pico febril. Recusou alimentação. Boa vitalidade, reactiva, corada, hidratada. Não se auscultou sopro.

- Parece correr um pouco mais, boa vitalidade, menos pálida, AC sem sopro.
- Tolera melhor a alimentação. Sem sopros. Boa vitalidade, corada e hidratada.

Desenhos e respectiva análise

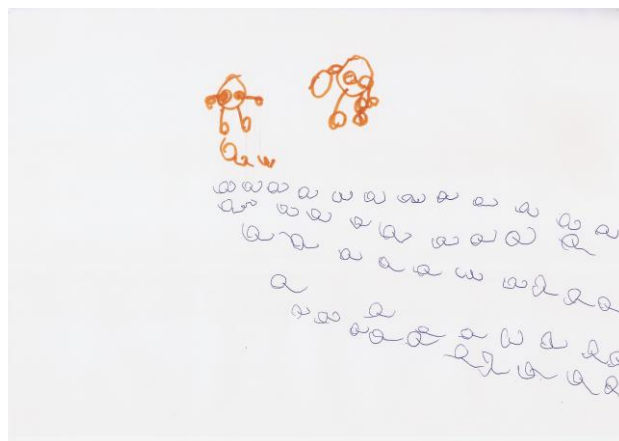


Fig. 7 - Desenho 1

Este é o primeiro desenho que a Ana faz, a propósito do nosso primeiro encontro em casa da tia, para recolha de dados da sua história de vida. Ao mesmo tempo que falo com a tia, com o pai e com a avó as duas irmãs, sentadas no mesmo sofá que eu, eu no meio tendo cada uma delas a meu lado, vão desenhando. A Ana faz um boneco de braços abertos que diz ser ela e ao lado um outro boneco quase cópia, um pouco maior, olhando para baixo e com os braços também para baixo. Pergunto-lhe quem é o outro boneco, mas a Ana não responde. Por baixo do primeiro boneco escreve várias vezes a letra “a” de Ana. Ao mesmo tempo a avó explica que tem estado a ensinar-lhe como escrever o seu nome e a desenhar, “Ensinei-a a fazer um boneco e nunca mais se esqueceu”. Questiono-me se esse segundo boneco um pouco maior poderá ser a irmã. A Sofia revela de facto uma postura mais depressiva, um olhar de quem desistiu de algo e um sorriso menos aberto. Poderá no entanto ser também um outro lado da Ana, um outro lado, este não consciente, onde a saudade pelo objecto de amor (este nunca esquecido) se corporaliza, sob a forma de uma depressão falhada.

A primeira impressão que tenho da Ana é de facto aquela assumida pelo primeiro boneco. Uma criança empática, que facilmente salta para o nosso colo, meiga e doce, “faminta” por um afecto que lhe falta mas que não encontra. A ambos os bonecos falta-lhes uma boca, para poderem comunicar e o corpo é distituído de membros. A cabeça é por sua vez sobrevalorizada e dela saiem pequenas extremidades que representam os braços e as pernas.

Ao mesmo tempo que a Ana faz este desenho a irmã, faz um outro desenho que me oferece. Nele desenha uma casa, donde sai fumo, vigiada por um sol radioso, que poderá representar a figura paterna e uma forte idealização da mesma. Por baixo, desenha uma estrada e uma “joaninha carro”, que poderá representar a minha vinda e o facto de vir de Lisboa, mas também fantasias relativamente à minha figura paternal (“Joaninha voa, voa que o teu pai foi para Lisboa”).



Fig. 8 - Desenho 2

Este é o segundo desenho que a Ana faz, ainda a propósito da primeira entrevista e nele desenha dois bonecos, semelhantes aos anteriores, escolhendo agora outra cor, o azul. Quando lhe pergunto quem são, diz: “Este és tu (boneco da esquerda) e este é a tia (boneco da direita)”. Primeiramente desenha-me utilizando o amarelo, mas a avó e a tia referem que assim não se consegue ver e a Ana remarca os contornos do boneco utilizando agora o azul.

Através deste desenho, verifica-se uma forte identificação de mim à tia, que poderá ser uma identificação do papel de figura feminina ou de figura que vem de certa forma para ajudar. Poderá também haver uma associação com o Hospital, uma vez que foi lá que me conheceu e tem sido a tia a pessoa que tem estado a acompanhar todo o processo médico, incluindo internamento e consultas de rotina que agora só acontecem de 6 em 6 meses.

Torna-se ainda pertinente a aparente ausência de limites e de um suporte físico, que aqui poderá representar uma falta de suporte emocional, para as figuras desenhadas. Estas assumem geralmente uma posição superior na folha de papel, como que dependuradas, sem a existência de um enquadramento que as organize.



Fig. 9 - Desenho 3

Este é o terceiro desenho que a Ana faz, ainda a propósito da primeira entrevista. Nele desenha um boneco, um sol e diferentes formas circulares que parecem ser diferentes tentativas de desenhar um “a”, um sol e uma cara.

O desenho dela própria é pouco investido, verifica-se uma ausência de limites, nomeadamente entre a cabeça e o tronco, que transmite a sensação de um vazio corporal, ou pelo menos de uma falta de contenção do interior corporal. O sol é um sol bastante investido, que sugere uma forte idealização da figura paterna. A Ana desenha ainda um sol mais pequenino, que poderá representar uma identificação dela própria com a figura paterna, uma vez que por baixo escreve novamente a letra “a”, a inicial do seu nome.



Fig. 10 - Desenho 4

Este é o quarto desenho da Ana, e é feito numa segunda sessão. Segundo a Ana, é um desenho de uma menina. Esta menina, possivelmente ela própria, possui quatro braços (talvez, assim, para melhor abraçar), sendo os dedos das mãos indiferenciados, parecendo-se com “dedos-garras”. O desenho é feito primeiramente com uma caneta verde e posteriormente utilizando as aguarelas pinta o tronco a vermelho, fazendo assim uma distinção clara entre cabeça e extremidades (verde) e tronco (vermelho). O facto de pintar o tronco a vermelho e de ter suprimido esta zona corporal em desenhos anteriores, parece demonstrar uma certa dificuldade em integrar esta zona corporal (lugar onde se situa o coração doente) no seu self corporal. Verifica-se ainda a mesma ausência de limites, dos desenhos anteriores, uma vez que esta menina parece “esvoaçar” no espaço branco da folha.

Este é, no entanto, um desenho mais investido comparativamente com os anteriores. Esta menina possui cabelos, que parecem esvoaçar no céu.



Fig. 11 - Desenho 5

Este é o quinto desenho da Ana, também desenhado a propósito da segunda sessão. Quando lhe pergunto o que está a desenhar a Ana responde: “Flores, muitas flores”. Estas flores são flores gigantes, que vão de uma extremidade à outra da folha de papel. Há uma diferenciação clara entre caule e flor, propriamente dita. Apesar da totalidade da flor ser primeiramente desenhada a verde, a flor é posteriormente pintada a vermelho. O tipo de flor que escolhe desenhar parece ser a rosa (rosas vermelhas), flor frequentemente associada ao amor e à afectividade. A linha representativa do solo está mais uma vez ausente, sugerindo um certo

afastamento da realidade. Este jardim e estas rosas crescem então num espaço de fantasia, delimitado apenas pela margem superior do papel, senão talvez ainda continuassem a crescer, com o fim último do reencontro com o objecto de amor a quem se possam oferecer.



Fig. 12 - Desenho 6

Este é o último desenho da Ana, a propósito da nossa última sessão. Segundo a Ana, é um desenho dela própria. Pintado de várias cores que se sobrepõem, continuando no entanto a sobressair o vermelho. Em tudo semelhante a um estado larvar, este desenho parece remeter para memórias de uma vida intra-uterina ou para fantasias relativamente a esse mesmo período. É um desenho suscitador de angústias muito primárias e revelador de uma preocupação relativamente ao seu início da vida e a ela própria enquanto feto. Poderá ainda representar um movimento regressivo e uma vontade de voltar a ser bebé.

Aplicação do Rorschach: Protocolo

I 6'' 1- (...) Não sei.	Recusa Vira a cara.	
II 4'' 2- Não sei. Já disse.	Recusa Vira-se de costas para a prova.	
III 8'' 3- Um bicho.	Aponta para a totalidade da mancha.	G F _± A
IV 7'' 4- Um gato.	Volta a apontar para a totalidade da mancha.	G F- A
V 8'' 5- Hmm...Uma borboleta.	(G)	G F+ A Ban
VI 5'' 6- Aqui vejo um bicho.	(G)	G F- A
VII 6'' 7- (...) Não sei.	Recusa Efeito Choque	
VIII 7'' 8- Uma pessoa.	(G)	G F- H
IX 4'' 9- Uma pessoa, outra vez.	(G)	G F- H
X 5'' 10- Não sei.	Recusa Efeito choque	

Prova das Escolhas:

Escolha +

VI - Porque me lembra um bicho.

Escolha –

Não sei. Gostei de todos.

9.4.2 – Análise do protocolo

- Dificuldade em entrar na prova (recusa dos dois primeiros cartões).
- Predomínio de conteúdos animais.
- Sensibilidade ao relacional, nomeadamente aos cartões pastel que reenviam para a relação e para a forma como o sujeito se posiciona face ao outro.
- Recusa aos cartões VII e X, cartões estes que fortemente reenviam o sujeito para a relação com a imago materna (cartão VII) e com a experiência intra-uterina (cartão X).

Discussão do Caso

Este é dos dois casos aquele que poderá de uma forma mais exacta responder de forma afirmativa ao nosso problema e às nossas questões de investigação. Uma vez que a mãe abandona a sua bebé, ainda antes de ser confirmado o seu quadro clínico parece de certa forma confirmar uma perturbação de ligação que se corporaliza posteriormente numa perturbação da vinculação. Apesar de a Ana estar rodeada de substitutos maternos que tentam, com muito esforço e dedicação, colmatar um espaço que existe e que talvez existirá sempre é redudante notório, de forma acentuada, a sede de afecto que tenho vindo a referir a propósito destes pacientes. Uma desintegração ao nível do self corporal está também presente neste caso e preocupações ao nível da relação objectal e evocações regressivas, nomeadamente através do seu último desenho onde um “estado larvar” parece remeter para fantasias relativamente à vida intra-uterina e nascimento. Existe aqui uma vontade clara de voltar a ser bebé e uma vontade em conhecer um tipo de relação que não encontra, porque nunca teve mas é essencial a um crescimento psicoafectivo harmonioso. Falo da primeira relação de todas, aquela que serve de exemplo para as relações futuras.

CONCLUSÃO

Deste trabalho que não pretende ser um encerrar das questões que nos propusemos no início, mas sobretudo o começo de futuros trabalhos de investigação podemos afirmar do carácter relacional desta patologia, a cardiopatia congénita, ainda antes do nascimento do bebé.

Constatou-se a importância extrema que a construção do bebé imaginário tem na futura relação com o bebé real, ou seja, a forma como o bonding da mãe ao bebé influencia um attachment positivo do bebé à mãe e uma expressão positiva da afectividade em futuras relações.

Verificámos no caso da Ana, como a falência da construção e da relação com o bebé imaginário, ou bebé fantasioso se repercute também numa falência com o bebé real. Tendo culminado essa falência num caso de abandono muito precoce.

No caso do João, verificamos por sua vez a forma como outra criança (sob um risco de vida, talvez mais “visível”) ocupa um espaço mental maternal, que esta criança deseja reivindicar para si. Aqui colocamos a hipótese do agravar do quadro médico, aos 9 anos, poder ser resultado de uma somatização, ao nível do coração, por falência do objecto responsivo.

Em ambos os casos e relativamente à construção da identidade, verificamos bastantes dificuldades na construção de um self corporal estável, facto este que poderá ter origem na falência do objecto responsivo, em devolver uma imagem de si positiva ou na doença em si.

Em ambas as crianças é notória uma busca “desenfreada” por um afecto, que não se encontra em outras relações. Esse afecto é um afecto muito primitivo, passível de ser encontrado apenas na primeira de todas as relações e talvez seja esse movimento regressivo a melhor prevenção para a cardiopatia congénita.

Desde este trabalho de investigação, eu tenho continuado a trabalhar com crianças com cardiopatia congénita na Nova Zelândia (Heart Children New Zealand) e também no Reino Unido (Children’s Heart Federation). Em ambas as organizações, o meu trabalho tem-se focado não tanto na história ou análise clínica destas crianças mas no apoio à família e criança com cardiopatia congénita, desde a fase de internamento até a um regresso ao mundo psico-social em que a criança e respectiva família operam normalmente. A minha experiência com estas crianças tem confirmado uma construção da identidade fragilizada pela própria doença, por um baixo nível de auto-estima, evitamento do contacto pelo olhar e por uma retirada ou agitação psicomotora no contacto social. Denota-se igualmente nestas crianças uma reacção depressiva com sentimentos de solidão que é também mais acentuada em casos de

internamento hospitalar prolongado. Por detrás de uma recuperação com sucesso tenho observado um apoio contínuo e afectivo da família, da equipa médica e de Organizações como aquelas em que trabalhei. Penso ser extremamente importante a formação que é necessário dar a estes mesmos profissionais em entender o mundo psico-afectivo da criança com cardiopatia congénita. Em ambas as organizações mencionadas, o meu papel foi de formação e de desenvolvimento de uma estrutura de apoio psico-afectiva, social e financeira a estas famílias e acredito que todo um apoio futuro a estas famílias e crianças deverá seguir esta mesma abordagem, aliada a um entendimento ainda mais profundo desta possível patologia da relação. Não deverá no entanto ser “um apontar do dedo” a estas famílias e em particular a estas mães e objectos primários da relação, mas um entender que algures no momento inicial de “sincronia da relação” algo, consciente ou inconsciente, com ênfase no relacional se terá passado e estar na origem ou acentuar desta mesma patologia. Esta patologia poderá no entanto ser corrigida como já observei várias vezes, mas passa por um reconhecimento e um entendimento do que poderá ter estado na origem e um observar do impacto da mesma. Esta recuperação e “cicatrização da relação” exige portanto um movimento regressivo mas investido da criança e do objecto primário, passando pela reconstrução/construção do bom objecto interno e do narcisismo que terá como objectivo último, a confrontação e o ataque do introjecto maligno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Campos, S. M. D. (2003). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Chabert, C. (1999). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança – Teoria e prática psicanalítica da infância*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Ferro, A. (1995). *A técnica na psicanálise infantil – A criança e o analista: da relação ao campo emocional*. Rio de Janeiro: Imago.
- Gardner, V. F., Freeman, H. N., Black, S. M. A. & Angelini, D. G. (1996). Disturbed mother-infant interaction in association with congenital heart disease. *Heart*, 76, 56-59.
- Macedo, J. A., & Ferreira, M. (1996). *O seu bebé tem uma cardiopatia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Maia, G., Cepeda, T., Paixão, A., Gil, G., Lobo, I., Sampayo, F & Matos, A. (1992). Aspectos psicopatológicos de crianças com cardiopatia. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 3, 149-157.
- Manual da criança com doença cardíaca, elaborado pela APA-CDC (Associação de protecção e apoio à criança com doença cardíaca).
- Marty, P (1996). A propósito dos sonhos dos pacientes somáticos. *Aletheia*, 4, 5-15.
- Masi G, Brovedani P. (1996). Psychopathology of chronic diseases in children and adolescents. Congenital cardiopathies. *Minerva Cardioangiology*, 44, 479-493.
- Matos, A. Coimbra de (2003). *Vinculação e ligação na prática clínica*. Comunicação a propósito da XV Conferência Internacional de Psicoterapia Emocional (Psicoterapia Bonding), Lisboa.
- Matos, A. Coimbra de (2003). *Mais amor menos doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. Coimbra de (1996). Percursos da identidade: Processos transformadores. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 23-33.
- Sá, E. (2001). *Psicologia do feto e do bebé*. Lisboa: Fim de século.
- Sami-Ali (1993). *Corpo real, corpo imaginário*. Paris: Dunod.
- Sami-Ali., Cady, S., Froli, G., Gauthier, M., Gorot, J., Mendes Pedro, A. & Robert, M. (2001). *Sonho e psicossomática*. Lisboa: Dinalivro.
- Sami-Ali (2002). *Pensar o somático – Imaginário e patologia*. Lisboa: ISPA.

- Sami-Ali (2003). *Corps et âme – Pratique de la théorie relationnelle*. Paris: Dunod.
- Santos, M.M.C.C. (2000). *Estudo de uma intervenção desenvolvimentista com mães de crianças com cardiopatia congénita*. Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde organizado por J. Ribeiro, I. Leal e M. Dias. Lisboa: ISPA.
- Santos, S.S.C., & Barros, M.T. (1997). Psicossomática e cardiopatia. *Aletheia*, 6, 50-60.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho do imaginário. In Brazelton et all. (edf.). *A dinâmica do bebé*. 132-170. Porto Alegre: Artes médicas.
- Strecht, P. (2001). *Interiores – Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio e Alvim.
- Vaysse, J. (1996). *Images du coeur*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Wray, J & Sensky, T. (1998). Self-perception of the child with congenital heart disease. *Child care health development*, 24 (1), 57-72.