

• Particularidades do enfrentamento psicológico a partir do diagnóstico de recidiva do câncer

Special features of psychological coping from the relapse diagnosis of cancer

Particularidades del afrontamiento psicológico a partir del diagnóstico de recurrencia del cáncer

Maria de Fátima Xavier¹

Faculdades Integradas Einstein de Limeira – FIEL- Limeira/SP

Priscila Antunes Pereira²

Ariane Carla da Silva Pupo³

Marjorie Cristina Rocha da Silva⁴

Centro Universitário Fundação Instituto de Ensino para Osasco- FIEO- Osasco/SP

Resumo: Este estudo tem como objetivo verificar as principais características psicológicas em pacientes com diagnóstico de recidiva de câncer, por meio do teste HTP. Participam quatro mulheres diagnosticadas com recidiva de câncer e que fazem parte do grupo terapêutico de uma instituição de combate ao câncer. Para o desenvolvimento desta pesquisa, utiliza-se a entrevista Semi-estruturada e o Teste HTP (Casa-Árvore-Pessoa). Os dados são analisados pelo método qualitativo, verificando a prevalência dos conteúdos eliciados pelo teste e entrevista. Dentre os resultados destacam-se a Ansiedade, Organicidade, Regressão, Retraimento, Insegurança, Preocupações e Conflitos sexuais, Inadequação, Satisfação na fantasia, Dependência, Impulsividade, Rigidez, Obsessividade Compulsiva e Imaturidade. Tais resultados confirmam a hipótese relativa à prevalência de aspectos de funcionamento de personalidade nesta população, que diante do diagnóstico de recidiva de câncer e o tratamento, pode ocorrer um impacto emocional/afetivo, afetando de alguma forma o funcionamento psicológico. As análises do HTP permitem aprofundar o estudo da dinâmica de personalidade de mulheres acometidas com câncer e enfatizam a importância de um olhar atento às questões psicossomáticas. Esta pesquisa também é relevante, pois remete aos sintomas e mecanismos de defesa inconscientes associados ao adoecer e ao enfrentamento do tratamento. E, tais informações são essenciais para o psicólogo que trabalha nesse contexto.

Palavras-chave: psicanálise; oncologia; subjetividade; adoecimento; HTP.

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora em Avaliação psicológica pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade São Francisco - USF. Docente das Faculdades Integradas Einstein de Limeira (FIEL). Contato: telefone (19) 996773640, e-mail: fat-xavier@hotmail.com. Endereço para correspondência: Rua Floriano Peixoto, 558 – Centro. Piracicaba/SP - CEP 13400-520.

² Psicóloga clínica e organizacional. Contato: telefone: (19) 981265721 e-mail: priscila.antunesp@gmail.com. Endereço para correspondência: Rua Presidente Getulio Vargas, 503 - Parque Hippolyto – Limeira/ SP - CEP: 13486-564

³ Psicóloga clínica. Contato: telefone:(19) 981373465, e-mail: ariane.carlla@gmail.com. Endereço para correspondência: Rua da Imprensa, 385 – Parque Novo Mundo – Limeira/ SP - CEP: 13.481-370.

⁴ Psicóloga, Mestre e Doutora em Avaliação psicológica pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade São Francisco- USF. Docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia Educacional do Centro Universitário Fundação Instituto de Ensino para Osasco. Contato: telefone (19) 991330398, e-mail: silvamarjorie@yahoo.com.br. Endereço para correspondência: Caixa Postal 1599, Itatiba-SP - CEP 13256-971.

Abstract: *This study aims to verify the main psychological features of patients diagnosed with relapsing cancer, using the HTP test. Four women diagnosed with relapsing cancer, as part of a group therapy from a cancer institution participate on the study. A semi-structured interview is used for data collection, as well as the HTP test (House-Tree-Person). Data are analyzed using a qualitative method, checking the prevalence of content elicited by both the test and the interview. Main results were anxiety, organicity, regression, withdrawal, insecurity, sexual concerns and conflicts, inadequacy, gratification fantasy, dependency, impulsivity, rigidity, compulsive obsessiveness, and immaturity. Those results confirm the hypothesis of the prevalence of personality aspects in this population's behavior, where there may be emotional/affective impact due to the diagnosis of cancer relapse and treatment, affecting somehow their psychological functioning. HTP analyses allow deepen studies of the personality dynamics of women with cancer, emphasizing the importance of a closer look to psychosomatic issues. The relevance of this research is related to symptoms and unconscious defense mechanisms associated to becoming ill and facing treatment. Such information is essential for the psychologist working in that context.*

Keywords: *psychoanalysis; oncology; subjectivity; illness; HTP.*

Resumen: *Este estudio tiene como objetivo determinar las principales características psicológicas en pacientes con diagnóstico de recurrencia del cáncer a través de la prueba del HTP. Participaron de este estudio cuatro mujeres con diagnóstico de recurrencia del cáncer, que al mismo tiempo forman parte del grupo terapéutico de una institución para combatir el cáncer. Para el desarrollo de esta investigación, se utiliza la entrevista semi-estructurada y el Test HTP (Casa-Árbol-Persona). Los datos se analizaron por medio del método cualitativo a través de la comprobación de la prevalencia del contenido provocado por la prueba y la entrevista. Entre los resultados destacan la ansiedad, organicidad, regresión, retraimiento, inseguridad, preocupaciones y conflictos sexuales, inadecuación, satisfacción en la fantasía, dependencia, impulsividad, rigidez, obsesión compulsiva e inmadurez. Estos resultados confirman la hipótesis sobre la prevalencia de los aspectos de funcionamiento de la personalidad de esta población, que ante el diagnóstico de recurrencia de cáncer y el tratamiento, puede experimentar un impacto emocional / afectivo, lo que afecta de alguna forma el funcionamiento psicológico. Los análisis del HTP permiten profundizar en el estudio de la dinámica de la personalidad de las mujeres afectadas con el cáncer y enfatizar en la importancia de una mirada más enfocada a las cuestiones psicósomáticas. Esta investigación también es relevante ya que se refiere a los síntomas y mecanismos de defensa inconscientes asociados a la enfermedad y al afrontamiento del tratamiento. Tal información es esencial para el psicólogo que trabaja en este contexto.*

Palabras clave: *psicoanálisis; oncología; subjetividad; enfermedad; HTP.*

Introdução

Para Otto (2002), a resposta ao diagnóstico de câncer é muito particular e pessoal, pois cada indivíduo possui fontes individuais, tais como, experiências anteriores ao câncer e especificidades de um câncer para outro. Outras tensões podem intensificar as respostas ao diagnóstico alterando a compreensão e aceitação, como a idade e o estágio da vida do paciente, bem como períodos de transição da vida como formação acadêmica e mortes na família. A aceitação pode apresentar-se de forma extremamente hostil e levar os sujeitos a uma grande capacidade de racionalização acompanhada de intensa revolta e melancolia.

Crespo e Lourenço (2007) pontuam que no momento do diagnóstico, a preocupação inicial dos pacientes é a possibilidade da própria morte, levando-os a refletir sobre sua vida, crenças, valores e espiritualidade. Frente a este momento de angústia ante o diagnóstico, os principais transtornos que se instalam nos pacientes são os de depressão, ansiedade e tentativa de suicídio, devendo ser diagnosticados e tratados.

Otto (2002) destaca que durante a fase inicial, o paciente e sua família encontram-se deprimidos diante do tratamento, considerado extremamente agressivo tanto para a cura como para o controle da doença. Os estágios físicos e emocionais de progressão da doença podem ser inter-relacionados: Estágio I – *Infortúnio Existencial*, Estágio II – *Mitigação e acomodação*, Estágio III – *Declínio e deterioração* e Estágio IV – *Pré-terminal e terminal*.

O primeiro estágio refere-se ao período após o choque do diagnóstico, no qual o paciente direciona seu foco no tratamento adequando-se aos efeitos colaterais da doença. Na segunda fase, após a remissão ou ser considerado curado, o indivíduo reinveste na vida considerando-se um sobrevivente, mas com o medo da recidiva (Otto, 2002).

No terceiro momento, o medo e angústia se instalam frente então à recidiva, ao seu limitado tempo e ao retorno dos sintomas. Diversas variáveis estão relacionadas, tais como os novos sintomas, estado funcional e emocional, as experiências anteriores de tratamento e a evolução das expectativas desde o diagnóstico inicial. No último estágio, dá-se início ao processo de morte e a elaboração do luto antecipatório, no qual os cuidados paliativos amenizam a dor (Otto, 2002).

Para Ávila (1998), a questão maior que a psicanálise enfrenta é a de como nomear as questões reais que o corpo apresenta, especialmente nas situações nas quais dores e doenças estão instaladas. Desta forma, ao adentrar aos limites da medicina Psicossomática, no caso a Psico-oncologia, “pretende ‘ler’, escutar e compreender a enfermidade, a partir do paciente” (Schávelzon, 2010, p.296). Desse modo, começa-se a verificar que o paciente passa a ser compreendido a

partir do ego que é definido como um conjunto de elementos orgânicos ou biológicos e psicológicos que um indivíduo reconhece como integrantes de sua estrutura.

Diante disso, o autor supracitado pontua que as razões pelas quais o indivíduo pode adquirir um câncer são múltiplas, dentre elas pode-se citar os elementos carcinogênicos no meio externo, oncogêneses e/ou protonogêneses, ação virótica, falha imunológica, área emocional, traumas psicológicos, papel das endorfinas, entre outros. Outro fator importante é que o organismo atende às necessidades ou exigências metabólicas do tumor à custa de si mesmo, e até sua própria morte. Este ceder se dá devido a elementos que bloqueiam a capacidade de reconhecimento do *não ego*, permitindo o desenvolvimento de tumores, especialmente relacionados ao aparelho imunológico e as áreas emocionais do indivíduo. Segundo o mesmo autor, o câncer assim lido deixa de ser um processo patológico para ser um fator biológico, como uma totalidade psicorgânica, integrando-se ao ego, podendo crescer, reproduzir-se e cumprir sua função (por isso a falta de sintomatologia em 80% de sua vida). Complementando Moraes (2010), pontua que a complacência somática, ou seja, a expressão simbólica do conflito inconsciente fornece ao sujeito uma saída por meio do corpo, já que não encontra outros meios de realizá-lo.

Cabe destacar as implicações subjetivas do adoecer, trazendo as postulações de Freud (1914/1996) sobre o narcisismo, que é um estado psíquico que se origina do retorno da energia libidinal investida no objeto para o ego, sendo o investimento da libido no próprio corpo. O autor tece a ideia de que uma pessoa atormentada por mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas externas, retirando seu interesse na medida em que estas não dizem respeito a seu sofrimento. Assim, a doença quebra as identificações com os objetos externos, enfraquecendo o amor objetual por estar regredido ao narcisismo infantil, voltando-se para seu próprio ego ocorrendo regressões a atitudes narcísicas.

Também Zimerman (1999) infere este retorno narcísico a uma forma defensivo-regressiva de arcar com os sentimentos de pequenez e desvalia ante determinadas situações de desamparo, tendo esta como sua matriz as privações e as frustrações. Semelhantemente, Moraes (2010) pontua que o acometimento orgânico pode prejudicar e trazer limitações à vida do sujeito, ao mesmo tempo em que fará também com que o mesmo seja convocado a redistribuir sua libido para o restabelecimento. Porém, a partir do texto de Freud (1923/1996) em *O Ego e o Id*, pode-se destacar que para algumas pessoas, há uma externalização muito peculiar diante do tratamento, se colocando contra o seu restabelecimento, sendo este temido como se fosse um perigo, exacerbando seus sintomas, e ficando piores durante o tratamento, tendo uma reação terapêutica negativa.

Ante as tensões a partir do diagnóstico do câncer e/ou recidiva, mecanismos de defesas são usados para manter a integridade psíquica. Portanto, deve-se analisar que “dependendo dos mecanismos de defesa empregados, ele poderá atravessar as fases de diagnóstico e tratamento de uma maneira mais tranquila” (Crespo & Lourenço, 2007, p.143).

A fim de entender de que forma seria o enfrentamento da doença, procurou-se aqui definir o conceito de mecanismo de defesa. Zimerman (1999) descreve que os mecanismos de defesa como tipos de operações mentais que têm por finalidade minimizar as tensões psíquicas internas – as ansiedades, processando-se, na maioria das vezes, inconscientemente pelo ego. Dos diversos mecanismos de defesas expostos na literatura psicanalítica, serão destacados os de *Repressão, Controle, Regressão, Ansiedade e a Fantasia*. Segundo Volpi (2008) para Freud, os sintomas histéricos com frequência têm sua origem em alguma antiga repressão, bem como em algumas doenças psicossomáticas, como é o caso do câncer.

A. Freud (1946/1972) ao analisar casos clínicos observou que o mecanismo de defesa *Repressão* é o mais eficaz, contudo mais perigoso quando ocorre a conversão, que é a manifestação orgânica de um sintoma neurótico (Volpi, 2008), desenvolvendo sintomas corporais somáticos. A. Freud (1946/1972) descreve que a repressão é “a proteção do ego contra as exigências instintivas” (p.37) sendo que “o ego protege-se contra a reativação do conflito original mediante o desenvolvimento de uma fobia e evitando as ocasiões problemáticas” (p.40). Assim, “a repressão consiste na manutenção fora do ego consciente ou na expulsão do mesmo de qualquer ideia ou afeto” (p.44).

O mecanismo *Controle* trata-se da tentativa exagerada de manejar os acontecimentos ou o ambiente externo a fim de minimizar a ansiedade e resolver conflitos internos (Eizirik, Bassols, Gastaud & Goi, 2013). E, a *Regressão* indica um retorno a um estágio mais pueril, o regresso a algum ponto de fixação arcaico e a inclusão de alguns comportamentos já abdicados, como forma de aliviar as ansiedades provenientes do enfrentamento de situações ansiogênicas.

Também para Alexander (1965, p.92) “o medo é despertado pela lembrança de dolorosas experiências passadas”. Sendo assim, a *Ansiedade* se torna “o medo interiorizado, despertado não por um ato aberto, mas simplesmente pelo impulso de cometê-lo” (p.92).

Por fim, na *Fantasia*, o “indivíduo concebe em sua mente uma situação que satisfaz uma necessidade ou desejo, que na vida real não pode por algum motivo ser satisfeito” (Volpi, 2008, p.04). É possível entender como se dá o desenvolvimento da doença no corpo e como o indivíduo busca em suas fantasias compreender suas possíveis falhas e faltas. A fim de analisar os recursos emocionais frente ao diagnóstico de neoplasias, fez-se um levantamento das pesquisas nacionais que utilizaram como técnica de avaliação o teste HTP.

Peres, Santos, Rodrigues e Okino (2007) trataram sobre as técnicas projetivas no contexto hospitalar, focalizando sobre os alcances e limites do HTP. Participaram da pesquisa 10 sujeitos, cinco de cada sexo, vinculados ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Os resultados do HTP evidenciaram sentimentos de inferioridade associada a uma considerável fragilidade egoica. Repressão e regressão foram os mecanismos de defesa mais frequentes e entendidos como um reflexo da imaturidade afetiva da maior parte dos participantes. Ainda, a maioria dos examinados apresentou controle restritivo sobre os próprios impulsos, assim como impulsos relacionados à sexualidade. Uma parcela dos indivíduos apresentou preocupações com a imagem corporal de forma negativa, influenciada por sentimentos de inferioridade, insegurança e inadequação, e tendiam a manter relacionamentos afetivos superficiais.

Camargo (2007) objetivou observar aspectos da imagem corporal e suas eventuais mudanças. Aplicou os desenhos da Pessoa e da Árvore, baseados no teste HTP, no somagrama do SAPS e na técnica de Liane Zink em 12 mulheres de 39 e 86 anos, mastectomizadas e com recente cirurgia. Observaram-se sinais de depressão, inferioridade, baixa autoestima e desesperança, bem como sentimentos de abandono, frustração e racionalização, sendo a racionalização expressão de policiamento excessivo dos impulsos e moralismo. O mecanismo regressão foi notado em figuras humanas infantilizadas, além de agressividade contida e dificuldades nos relacionamentos interpessoais.

Ramos e Bortolan (2012) avaliaram o impacto emocional do diagnóstico de neoplasia mamária e dos tratamentos necessários, especificamente o advento de depressão e ansiedade. Participaram 13 mulheres diagnosticadas com câncer de mama pertencentes à Associação Limeirense de Combate ao Câncer (ALICC). Constataram alto índice de ansiedade (92,4%), caracterizada pelas autoras como potencial para patologia e, também, índices de organicidade (84,7%), tensão (69,3%), regressão (61,6%), insegurança, retraimento, rigidez e conflitos sexuais (53,9%), fantasia (38,5%), dependência e agressão (30,8%).

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi verificar os recursos de enfrentamento psicológico em pacientes com recidiva de câncer. Levantou-se a hipótese de que diante do diagnóstico de recidiva de câncer e o tratamento, pode ocorrer impacto emocional/afetivo, afetando de alguma forma, o funcionamento psicológico.

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada na Associação Limeirense de Combate ao Câncer (ALICC), localizada no interior do Estado de São Paulo. Participaram quatro

mulheres adultas ativas do grupo terapêutico da própria instituição, com diferentes neoplasias, e diagnosticadas com a recidiva de câncer. A média de idade foi de 57 anos, sendo todas do lar e membros ativas de uma religião, duas casadas e duas divorciadas. E, nenhuma das mulheres fez tratamento psiquiátrico, porém todas estavam em acompanhamento psicológico na instituição.

Instrumentos e materiais

A Entrevista Semi-estruturada elaborada pelas pesquisadoras foi composta por questões sociodemográficas: idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação profissional, informações relevantes sobre o histórico de saúde e estado psicológico. E, questões a respeito do impacto do diagnóstico, principalmente da recidiva e tratamentos realizados.

O teste HTP (Buck, 2003) consiste em uma técnica projetiva de desenho da Casa-Árvore-Pessoa (House-Tree-Person) utilizada há mais de 50 anos para obter informações sobre como a pessoa vivencia relações interpessoais e com o ambiente. A técnica estimula a projeção de elementos da personalidade e conflitos existentes, desta forma se identifica as áreas de conflitos e os interesses gerais dos indivíduos, permitindo que sejam identificados com o propósito de avaliação, facilitando na elaboração de um plano terapêutico eficaz.

Procedimentos

Após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa sob o número do protocolo 13-05/228, a pesquisa foi apresentada ao grupo juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, fez-se a Entrevista Semi-Estruturada e em seguida aplicou-se do teste HTP. Esse último, seguindo as orientações do manual de Buck (2003). Não foi utilizado o inquérito, pois esta forma permitiu atender os objetivos desta pesquisa, sendo menos invasiva para as participantes.

Posteriormente fez-se análise de conteúdo das entrevistas e a correção dos protocolos do teste HTP pautando-se nos critérios de análise de Buck (2003). De posse dos resultados, as pesquisadoras retornaram a instituição para uma devolutiva com a psicóloga com intuito de fornecer informações que pudessem ser utilizadas no processo de intervenção psicológica com o grupo participante. Além disso, realizou-se no fim da pesquisa uma dinâmica com as participantes, como forma de agradecimento e reflexão sobre os resultados encontrados.

Resultados e Discussão

Inicialmente destacaram-se os dados levantados com a entrevista semi-estruturada e do teste HTP de cada participante. Posteriormente, o conjunto dos

itens que se destacaram nas quatro voluntárias desta pesquisa. Para preservar a identidade das participantes e garantir o sigilo das informações, adotaram-se nomes substitutos. Assim, elas foram nomeadas por flores a partir de características peculiares associadas à singularidade de cada uma delas.

A primeira participante é Girassol de 50 anos, que teve seu diagnóstico de câncer na mama esquerda em 2009, e em 2012 recidiva na mama direita. Com relação aos questionamentos relativos ao impacto da recidiva, no âmbito pessoal, a mesma informou sentimentos de desespero, desesperança e isolamento social. Relatou que muitas vezes percebeu seus familiares chorando, porém foi apoiada e encorajada por eles, amigos e pastores, e isto a fortaleceu. Quanto à terapêutica oncológica, contou que sofreu diversos efeitos colaterais, destacando mudanças na aparência como a queda de cabelo e manchas na pele, além da reconstrução da mama.

Com relação aos dados do teste HTP, Girassol apresentou sentimentos de ansiedade, dependência, insegurança e regressão. Denotou ainda imaturidade, inadequação, rigidez, concretismo, além de retraimento, tensões e indecisões, sentimentos estes que convergem com o desespero e isolamento social citado durante a entrevista semi-estruturada. Pôde-se também perceber preocupação consigo mesma e problemas orgânicos que podem ser associados ao câncer que levou à mastectomia, também ao tratamento agressivo com consequências como a queda de cabelo, desencadeando preocupações sexuais.

Verificou-se um grande esforço e dispêndio de energia, denotando fixação no passado, além de impulsividade, obsessividade e necessidade de controle. Percebe o ambiente restritivo, tenso, porém compensatório. Demonstrou necessidade de gratificação imediata, busca na satisfação das fantasias, apresentando contato pobre com a realidade e indícios relevantes de depressão. Tal indicador converge com a teoria de Crespo e Lourenço (2007), que associa o desenvolvimento da depressão ao difícil momento frente ao diagnóstico de câncer. Além disso, esses dados convergem com a pesquisa de Camargo (2007) que também identificou sinais de depressão em sua amostra.

Jasmim de 54 anos foi diagnosticada com câncer no útero em 2010, com recidiva em 2011; novo diagnóstico de câncer no intestino em 2012, e em 2013 suspeita de câncer de pele. Quanto ao impacto da recidiva, relatou que entrou em desespero e chorou três dias e três noites. Após isso, tomou consciência de sua condição, sentindo-se conformada e preparada.

O sofrimento diante do diagnóstico foi tão intenso para Jasmim que sua reação após o momento de revolta e melancolia pode ser esclarecida por Otto (2002) ao citar que, o processo de aceitação apresenta-se de forma extremamente hostil, compelindo a mesma a tomar consciência de sua real situação e exigindo

de si uma grande capacidade de racionalização. Tal capacidade é pontuada por Camargo (2007) como uma expressão de controle rígido e um policiamento excessivo de seus impulsos. Quanto ao impacto do tratamento, relatou que esta é a etapa mais difícil, mas que ela e todos buscam pela recuperação total.

Os dados do HTP de Jasmim indicaram sentimentos de ansiedade, insegurança, descontentamento e regressão. Constataram-se também indícios de depressão, além de sentimentos de autocrítica, incertezas, indecisões e conflitos internos. Ainda, condutas de imaturidade, retraimento, inadequação, bem como de oposição. Foi verificado que possui limites de ego fraco, denotando indícios de vulnerabilidade, contato e orientação pobre com a realidade. Notou-se certa labilidade emocional com mudança rápida do humor ou estado de ânimo, também podendo ser associado com os relatos da entrevista semi-estruturada, à sua forte crise de desespero seguida de repentina aceitação da doença. Constatou-se preocupação com a organicidade e preocupações sexuais. De acordo com Buck (2003), este último aspecto sugere preocupações fálicas e possível temor à castração, podendo ser associado, igualmente a organicidade, à neoplasia, mais especificamente à retirada do útero. Apresentou ainda certo concretismo e rigidez, bem como obsessividade compulsiva.

Orquídea de 61 anos teve diagnóstico de câncer de mama em 2006, em 2007 uma recidiva associada à metástase óssea na clavícula, coluna vertebral e bacia. Em 2013 teve uma suspeita de cisto no pulmão. Durante os questionamentos relativos ao impacto da recidiva, no campo pessoal, relatou medo da morte e disse que em todos os diagnósticos teve o mesmo impacto e ficou assustada. Orquídea descreveu que enfrentou o tratamento de forma solitária, mesmo com o apoio da família e amigos, pois mora sozinha. Após o diagnóstico de câncer, contou que manteve seus hábitos e rotina diária, mas quando obteve o diagnóstico de recidiva, se afastou da vida social. Quanto à terapêutica oncológica, contou que se sente emocionalmente abalada antes mesmo de realizar as intervenções necessárias do tratamento, como a quimioterapia, radioterapia, entre outras. Relatou sentir-se extremamente ansiosa nesse período, acarretando sintomas fisiológicos como pressão arterial alta e diarreia. Porém, após as sessões sentiu-se aliviada.

Nos relatos observou-se queixas quanto à falta de desejo em participar dos momentos de lazer, recreações e cotidiano de seus filhos, citando que muitas vezes os filhos tiveram que interromper passeios ou viagens e levá-la para casa, pois desejava somente estar em seu domicílio. Tal conduta pode ser relacionada ao que Freud (1923/1996) nomeou como reação terapêutica negativa, na qual o adoecido coloca-se contra seu restabelecimento, exacerbando seus sintomas e intensificando a doença, denotando certo apego ao ganho com a enfermidade.

Os sintomas dela podem estar associados a um quadro depressivo, a sentimentos de vazio, perda de identidade, ferida narcísica. Assim, voltar para casa e estar perto dos filhos é uma forma de tentar resgatar um pouco de si.

No resultado do HTP Orquídea apresentou sentimentos de ansiedade, dependência, insegurança e regressão, assim como sentimentos de hesitação, além de certa agressividade reprimida. Foi observado que a mesma possui controle e limite de ego muito fraco, denotando certa vulnerabilidade. Esta fragilidade egoica também pode ser evidenciada nos participantes da pesquisa de Peres e outros (2007). Verificou-se ainda, esforço irrealista, procurando satisfação na fantasia, além de sentimentos de frustrações. Notou-se fixação no passado, impulsividade, imaturidade e grande necessidade de gratificação imediata e de segurança, assinalando também grande preocupação consigo mesma e com a organicidade, sendo este último associado ao fato da mesma estar em tratamento do câncer, com o organismo bastante comprometido pela doença, à mastectomia e à queda de cabelo.

Preocupações sexuais também puderam ser notadas no teste de Orquídea. Os sentimentos de retraimento e inadequação identificados podem ser ligados à conduta da mesma em afastar-se socialmente, depois do diagnóstico de recidiva, conforme seu relato durante a entrevista. Constatou-se, ainda, sentimentos de medo. Esse dado coincide com os relatos do medo da morte, convergindo também com as colocações de Otto (2002) ao se referir ao terceiro estágio do tratamento da doença, apontando a presença de medo e angústia que se instalam frente à recidiva, ao seu limitado tempo e ao retorno dos sintomas.

Violeta de 63 anos foi diagnosticada com câncer de mama em 2005 e recidiva em 2010. Em relação ao impacto da recidiva, no campo pessoal, relatou que não se desesperou como também não foi surpreendida, pois estava desconfiada do retorno do câncer. Contou que o primeiro tratamento foi mais difícil, sabia que afetaria a sua imagem corporal como a perda de cabelo e embora tenha perdido a mama na recidiva, racionalizou sua perda justificando não se preocupar pela falta do marido para observá-la. Pôde contar com o apoio das filhas e manteve seus afazeres e compromissos sociais.

Quanto ao tratamento contou que geralmente ia sozinha às sessões quimioterápicas, sem o acompanhamento das filhas. Mencionou não ter muitos efeitos colaterais, somente durante as sessões quimioterápicas tinha a sensação de mal-estar físico, mas após os procedimentos realizava as suas atividades normalmente, se apegando a fé e a espiritualidade. Descreveu muito apego à mãe, de quem Violeta cuida diariamente, confessando que omitiu a mastectomia da mesma por um tempo, e ao revelar ela ficou impressionada e isto fez com que seu estado de saúde piorasse. Por conta disso, se sentiu culpada pela piora da mãe.

Os dados do HTP de Violeta indicaram sentimentos de ansiedade, dependência, insegurança, retraimento e descontentamento. Indicou introversão, bem como tensão e rigidez. Foi observado que a paciente possui um ego fragilizado, e com indícios de um funcionamento psicótico, podendo ser associado a uma fuga da realidade, por não dar conta de tamanha angústia, utilizando do mecanismo de racionalização. Constatou-se mecanismo de regressão que pode ser associado ao seu estado pueril de ser (Buck, 2003) e igualmente entendido por Peres e outros (2007) como um reflexo da imaturidade afetiva. Ligado a esta imaturidade, os mesmos autores associam o mecanismo de repressão, também identificado a partir de relatos da participante, no qual reprimia qualquer expressão ou verbalização de dor, assim como em seu comportamento durante a entrevista semi-estruturada, sorrindo na maior parte do relato, mesmo quando falava de seu sofrimento.

Os dados indicaram sentimento de perda de autonomia e desamparo. Esse sentimento de desamparo coincide com o relato da mesma, quando mencionou a falta de um marido para observá-la ou até mesmo a falta da companhia das filhas durante seu tratamento. Além disso, tal sentimento pode ter sido desencadeado pela inversão de papel, passando a ser cuidadora da mãe enquanto necessitava de cuidado. Isso coincide com os apontamentos de Camargo (2007), identificando nelas sentimento de abandono.

Nos dados do teste de Violeta notou-se organicidade e preocupações sexuais, podendo ser associados ao fato da mesma ter passado por mastectomia, além de queda de cabelo, levando possivelmente à confusão de gênero, de identidade, pois o seio simboliza a feminilidade. Denotou, ainda, grande esforço e dispêndio de energia, bem como obsessividade compulsiva e impulsividade. Constatou-se que ela busca satisfação na fantasia e utiliza de recursos inferiores para a busca dessas satisfações.

Após as avaliações individuais, fez-se uma análise do perfil de funcionamento deste grupo. Para isso, levantou-se os dados preponderantes na maioria das participantes, considerando significativos os aspectos que foram identificados em três das quatro voluntárias.

O aspecto *Organicidade* foi constatado em todas as participantes. Esse dado converge com Ramos e Bortolan (2012) que encontraram essa característica em 84,7% da amostra. Segundo Buck (2003), a organicidade indica sofrimento decorrente de problemas ou deterioração orgânica, podendo ser associado às neoplasias e a agressividade do tratamento.

Pode-se inferir que tal aspecto está possivelmente relacionado a fenômenos psicossomáticos, pois os conflitos psíquicos experienciados por elas podem desencadear reações orgânicas. Esta somatização ocorre como uma forma de expressar simbolicamente conflitos inconscientes por meio do corpo, já que não

encontra outra forma de realizá-lo (Morais, 2010). Buck (2003) esclarece que a organicidade indica também tendências voltadas para dentro do indivíduo, coincidindo com a teoria de narcisismo de Freud (1914/1996) ao pontuar que a pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas externas, voltando-se para o seu próprio ego.

Tais regressões dizem respeito ao narcisismo primário citado pelo mesmo autor, referindo-se a um estágio precoce da infância, num investimento libidinal voltado para o próprio corpo. Relacionando com os dados desta pesquisa, a população estudada apresentou alto índice de *Regressão* e a maioria *Imaturidade*, que são características e sintomas entrelaçados à organicidade. Esses indicadores também convergem com a pesquisa de Ramos e Bortolan (2012), em que constatarem regressão em 61,6% da amostra, bem como Camargo (2007) que verificou mecanismo de regressão nos desenhos das participantes e Peres e outros (2007) destacaram que a regressão foi o mecanismo de defesa mais utilizado pela população estudada.

Os autores Eizirik e outros (2013) pontuam ainda que este mecanismo de defesa é utilizado como forma de aliviar as ansiedades provenientes do enfrentamento de situações ansiogênicas e, segundo Zimmerman (1999), com a finalidade de minimizar as tensões psíquicas internas. Isso converge com alto índice de *Ansiedade* encontrado nestas participantes. É importante destacar que todas estão enfrentando situações ansiógenas geradas pela doença, pelo tratamento e a expectativa de cura. Esse dado é corroborado pelo estudo de Ramos e Bortolan (2012), que constatarem a ansiedade em 92,4% da amostra.

Essa ansiedade, conforme Crespo e Lourenço (2007), pode ser associada ao momento de tristeza e angústia diante do diagnóstico de câncer, e relatam que o desenvolvimento do transtorno de ansiedade é um dos principais a se instalarem nos pacientes acometidos. Da mesma forma, o alto índice de ansiedade também pode ser associado ao momento pelo qual as voluntárias se encontram (recidiva do câncer). Tal associação encontra respaldo na teoria de Alexander (1965) ao afirmar que a ansiedade se torna um medo despertado pelas lembranças de experiências passadas dolorosas e que pode estar ligado a receios concretos de sofrimento, sendo esta a situação real das participantes desta pesquisa.

Para Buck (2003) a ansiedade também pode ser considerada como uma forma de repressão e, que para A. Freud (1946/1972), este mecanismo faz com que o ego proteja-se contra a reativação do conflito original, no caso, à associação ao primeiro diagnóstico da doença. Aponta como a defesa mais eficaz, porém perigosa, podendo desenvolver sintomas corporais somáticos.

Além da ansiedade, a *Insegurança* também se destacou em todas participantes dentre os aspectos emocionais verificados no HTP. Outras pesquisas como a de Peres cols. (2007) e Ramos e Bortolan (2012) também puderam

identificar tal aspecto na população estudada. Diante desses dados e da teoria de Buck (2003), é possível inferir que para lidar com a ansiedade e insegurança, a maior parte das mulheres deste estudo indicou um funcionamento de *Rigidez*. Tal indicador pode ser reafirmado por Ramos e Bortolan (2012), que constataram em 53,9% das participantes.

Objetivando minimizar esses conflitos internos há uma tentativa exagerada do indivíduo de manejar os acontecimentos ou o ambiente externo como forma de controle (Eizirik e outros, 2013). Este controle pôde ser notado na maioria das participantes, associado à *Obsessividade Compulsiva*, do mesmo modo à *Impulsividade*. Essa impulsividade foi verificada por Peres cols. (2007).

Os autores supracitados constataram impulsos relacionados à sexualidade, assim como Ramos e Bortolan (2012) que averiguaram em 53,9% da amostra. Os achados nesses estudos corroboram o desta pesquisa que encontrou em todas voluntárias, *Conflitos Sexuais*, denotando preocupação na expressão e no controle desses impulsos (Buck, 2003).

Quando tais impulsos não são satisfeitos, pode-se deduzir que as mesmas buscam a *Satisfação na Fantasia*. Segundo Volpi (2008) a fantasia é uma forma de o indivíduo satisfazer uma necessidade ou desejo que na vida real não pode ser satisfeita. Esse aspecto foi observado em grande parte das mulheres pesquisadas, como também nos estudos de Ramos e Bortolan (2012). Outros aspectos de personalidade com maior incidência nesta pesquisa foram *Dependência e Retraimento* que, também, foram encontrados no estudo de Ramos e Bortolan (2012), e a *Inadequação* identificada na maioria das voluntárias coincidindo com os dados de Peres e outros (2007).

Vale destacar que o câncer deve ser entendido como uma totalidade psicorgânica do próprio indivíduo, e que elementos orgânicos ou biológicos e psicológicos são integrantes da estrutura do adoecido e devem ser compreendidos (Schávelzon, 2010). Dessa forma, o tratamento médico e a intervenção psicológica devem considerar esse todo, olhar o sujeito em sua singularidade, “procurando-o” na doença – seus desejos, sonhos, e como lida com suas faltas (que vai além do físico, mas que ficam demarcadas no corpo).

Considerações Finais

O presente estudo buscou verificar os principais aspectos psicológicos em pacientes com diagnóstico de recidiva de câncer, e o impacto psíquico diante tratamento. Cabe salientar que a hipótese levantada inicialmente pôde ser comprovada, pois a partir dos resultados do HTP e da entrevista, constatou-se que perante o diagnóstico de recidiva de câncer e o tratamento, pode ocorrer impacto emocional/afetivo e psicológico.

É importante destacar que o foco deste trabalho foi percorrer, através de uma pesquisa qualitativa, a importância do estudo da subjetividade para o tratamento, e a implicação de uma escuta psicológica que permite entender os fatores de melhora e desistência do tratamento. Durante a coleta de dados, percebeu-se que estas mulheres se apresentavam extremamente sensíveis e vulneráveis, sujeitas a indisponibilidade e limitações por conta da indisposição física e mental resultantes do tratamento da doença, questões reais que implicam num modo único de participar e/ou não participar do estudo. Dentre os resultados encontrados, destacaram-se a Ansiedade, Organicidade, Regressão, Retraimento, Insegurança, Preocupações e Conflitos sexuais, Inadequação, Satisfação na fantasia, Dependência, Impulsividade, Rigidez, Obsessividade Compulsiva e Imaturidade.

No geral, destaca-se que foi possível identificar indicadores provenientes do teste projetivo HTP que possibilitaram a verificação de aspectos psicológicos idiográficos e nomotéticos das examinadas. Portanto, os dados fornecidos pelo HTP permitiram aprofundar no estudo da dinâmica de personalidade de mulheres acometidas com câncer, um valioso auxílio para o psicólogo *clínico* que trabalha nesse contexto; além de conferir evidências de validade clínica as interpretações do teste nessa população.

Deve-se pontuar ainda que esta pesquisa é relevante, pois trouxe contribuições para a área da psicologia e da saúde, destacando os sintomas e os mecanismos de defesa inconscientes associados ao adoecer e enfrentamento do tratamento. Dada a relevância desta temática em diversos âmbitos, considera-se importante que sejam realizados outros estudos.

Referências

- Alexander, F. (1965). *Fundamentos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1963).
- Ávila, L. A. (1998). *Doenças do corpo doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica*. (2ª. ed). São Paulo: Escuta.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P Manual e Guia de Interpretação*. (R. C. Tardivo, trad.). São Paulo: Vetor. (Original publicado em 1964).
- Camargo, M. C. (2007). *A bioenergética como recurso para o resgate do self em situações de câncer de mama*. (Monografia não publicada) do Curso de Formação em Análise Bioenergética do Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo. Disponível em: http://www.bioenergetica.com.br/html/Artigo_57.asp. Acessado em 08 de out. de 2013.
- Creso, A. de S. & Lourenço, M. T. da C. (2007). No impacto psicológico da doença. In A. G. da C. Mohallem & A. B. Rodrigues (Orgs.), *Enfermagem Oncológica*. (pp. 141-148). Barueri, SP: Manole.

- Eizirick, C. L., Bassols, A. M. S., Gastaud, M. B., & Goi, J. (2013). Noções Básicas sobre o Funcionamento Psíquico. In C. L. Eizirick, & A. M. S. Bassols (Orgs.), *O Ciclo da Vida Humana – Uma Perspectiva Psicodinâmica*. (pp. 15-30). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Freud, A. (1972). O Ego e os Mecanismos de Defesa. *Coleção Perspectivas do Homem. Série Psicologia* (Vol. 85). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Original publicado em 1946).
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). O Ego e o Id. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1923).
- Moraes, J. L. (2010). *Corpo, feminino e subjetivação: uma análise a partir do sujeito portador de Lúpus Eritematoso Sistêmico*. (Dissertação de Mestrado não publicada), Programa de Pós-graduação em Psicologia. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Otto, S. E. (2002). *Oncologia*. (I. L. Gomes & M. A. B. dos Santos, trad.). Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores.
- Peres, R. S., Santos, M. A. dos, Rodrigues, A. M. & Okino, E. T. K. (2007). Técnicas projetivas no contexto hospitalar: relato de uma experiência com o House-Tree-Person (HTP). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica – RIDEP*. 23 (01), 41-62. Disponível em: http://www.aidep.org/03_ridep/R23/R233.pdf. Acessado em 10 de set. de 2013.
- Ramos, D. A. & Bortolan, P. S. (2012). *Avaliação do impacto emocional do diagnóstico de câncer de mama e dos tratamentos necessários*. (Trabalho de Conclusão de Curso não publicado). Curso de graduação em psicologia. Faculdades Integradas Einstein de Limeira – FIEL, Limeira, SP.
- Schávelzon, J. (2010). Psicossomática e câncer. In J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.), *Psicossomática hoje*. (pp. 296-309). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Volpi, J. H. (2008). Mecanismo de Defesa. Artigo do Curso de Especialização em Psicologia Corporal, Centro Reichiano, Curitiba, PR. Disponível em: <http://www.centroreichiano.com.br/intranetcr/especializacao/2009/M1/Aula2/INTRANET/Mecanismos%20de%20Defesa.pdf>. Acessado em 31 de ago. de 2013.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, Técnica e Clínica – Uma Abordagem Didática*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Recebido: 16/03/2015 / Corrigido: 25/03/2015 / Aceito: 02/10/2015.