

Traumatismo e simbolização em pacientes com câncer de mama¹

Alberto Manuel Quintana

Universidade Federal de Santa Maria

Resumo

Este trabalho visa a compreensão dos dinamismos psíquicos presentes em mulheres com câncer de mama e da atuação do psicólogo junto às mesmas. Inicialmente, discutimos as relações entre o corpo anatómico e o corpo erógeno, destacando o corpo psíquico como produto de um processo identificatório que, embora tendo o corpo biológico como seu substrato, não se reduz ao mesmo. A seguir, comentamos a importância desse conjunto de representações que formam o corpo erógeno como forma de poder manejar as excitações provenientes do corpo somático. Na seqüência, abordamos a questão da morte e suas implicações, mostrando como o diagnóstico de câncer de mama leva mulheres a uma situação de desamparo, solidão, perda dos vínculos e a uma quebra de sentido, constituindo-se, assim, numa situação traumática para a qual não podem encontrar representantes. Concluímos o estudo evidenciando que a grande tarefa com que se deparam essas mulheres é a de construir uma vida na qual a possibilidade de morte esteja presente.

Palavras-chave: câncer de mama, psicossomática, corpo, psicologia hospitalar.

Trauma and symbolism in breast cancer patients

Abstract

This paper aimed at the understanding of the psychic dynamics of women with breast cancer diagnosis and the psychologist's work with them. First, we role discussed the relationship between the anatomical and the erogenous body, highlighting the psychic body as the product of an identity process, which uses the biological body as its substratum but is not limited to it. After that, we showed the importance of the representations which constitute the erogenous body as a way of controlling the excitements originated from the somatic body. Then we dealt with the death issue and its implication, showing how the breast cancer diagnosis results in a situation of helplessness, loneliness, loss of ties and disruption of meaning in the life of these women, leading to a traumatic situation to which they have no ability to represent.

Key words: breast cancer, psychosomatic, body, hospital psychology.

A aproximação do universo das pacientes com câncer de mama coloca-nos diante de diversos questionamentos. Sabemos, inicialmente, que é no "corpo" que a doença se manifesta. Contudo, será que podemos pensar que, ao falarmos do corpo do ser humano, possamos nos restringir ao corpo anatô-

mico? Se nosso corpo não se limita àqueles componentes biológicos, mas inclui também, e quizá fundamentalmente, as representações do mesmo que nele se sustentam, cabe perguntarmo-nos como é que essas representações se articulam, se é que se articulam, com as modificações orgânicas produzidas pelo

1. Trabalho apresentado na Mesa redonda *Intervenções* junto a pacientes com câncer de mama, XXIX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia – SP, outubro de 1999.

Endereço para correspondência: Rua Marechal Floriano Peixoto 1750, 3º Andar, Centro. - CEP 97015-372. Santa Maria – RS.
e-mail: albertoq@cesh.ufsm.br

Apoio Financeiro FAPERGS e CNPq.

câncer. Por outro lado, sabemos também que o estigma do câncer como uma doença fatal força-nos a introduzir uma ausência sempre presente quando se trabalha com essa doença: a morte.

Estamos, portanto, face a uma doença orgânica que levanta questões centrais na psicologia. Poderíamos dizer que se trata de uma doença que coloca o dedo em feridas psíquicas sempre abertas. De fato, o câncer e mais especificamente o câncer de mama nos remete, quase que de forma inexorável, à questão da morte, da sexualidade, da castração e do trauma.

Deparamo-nos, basicamente, com manifestações orgânicas e com suas relações com os componentes psicológicos. Porém, em nosso trabalho com mulheres com câncer de mama, realizado no grupo Renascer do Hospital Universitário de Santa Maria, observamos que isso não é uma via de mão única que vai do orgânico ao psíquico. Na verdade, percebemos que determinadas características psicológicas também têm influência no orgânico, e não poderia ser de outra maneira, a não ser se tentássemos manter uma visão monística. Estamos falando aqui daqueles componentes psicossomáticos presentes nas mulheres com câncer de mama.

Questionamos, a partir daí, se esses fatores, corpo e mente, orgânico e psicológico encontram-se tão separados um do outro. É possível falar de um corpo orgânico puro? E, por outro lado, é possível falar de um corpo erógeno que não esteja apoiado num corpo biológico e social? É com base nestas e noutras perguntas afins que tentaremos dialogar no presente trabalho, na expectativa de podermos aproximar-nos um pouco do cotidiano, da luta e das angústias das mulheres com câncer de mama e, dessa maneira, aprender com elas.

O corpo

Quando falamos de corpo, por vezes somos tentados a pensar em algo meramente orgânico, onde o corpo se reduz a seus aspectos biológicos. Na antropologia, vários autores (Clastres, 1978; Ferreira, 1994; Helman, 1988; Leroi-Gourhan, 1970; Mendez

e Mendes, 1994; Quintana, 1999; Viveiros de Castro 1987) têm trabalhado esse tema, demonstrando que o corpo é uma construção da sociedade na qual o sujeito está inserido, de modo que os aspectos anatômicos tornam-se inseparáveis dos sociais. O social e o corpo são indivisíveis desde o momento em que o social cria o corpo. Por pertencer a esse sistema de representações simbólicas, o corpo "fala". De fato, ele pode ser visto como um signo através do qual se veiculam determinadas mensagens sociais.

Uma perspectiva semelhante em relação ao corpo pode ser também encontrada na psicanálise, segundo a qual ele não se constitui a partir de experiências sensoriais individuais, mas através de um processo identificatório. Não existe um corpo sem um outro no qual o sujeito veja sua imagem espelhada. Por isso, em psicanálise, quando se fala sobre o corpo, refere-se sempre a uma imagem corporal, sendo impossível separar o "estritamente orgânico" dessa representação. Quando o filhote humano nasce, ele tem um corpo biológico; contudo, para que a criança possa ter acesso a ele, faz-se necessário que o bebê crie representantes psíquicos do mesmo. Para que isso seja possível, torna-se imprescindível que a mãe, ou aquele que cumpra esta função, invista libidinalmente nesse bebê. É através do ato de "se espelhar nos olhos da mãe" que a criança vai desenhando a representação psíquica de seu corpo. Vemos, assim, que essa representação está estreitamente vinculada ao corpo imaginário que a mãe tem de seu filho. Esse corpo imaginário precede, inclusive, ao corpo anatômico, uma vez que, antes mesmo de a criança nascer, a mãe já criou uma imagem da mesma. Essa imagem será parcialmente modificada quando a mãe se defrontar com o corpo anatômico de seu filho no momento do nascimento, embora isso nem sempre aconteça. A representação que a mãe possui de seu filho, mesmo após o confronto com o corpo anatômico do mesmo, vai estar composta daqueles aspectos biológicos da criança, porém revestidos pelo véu desse corpo imaginado, através do qual os pais tentam realizar seus desejos e curar suas feridas narcísicas (Ceccarelli, 1998).

Assim, não podemos considerar o corpo biológico como algo natural. O homem precisa ser “humanizado” através de sua inserção nas leis da cultura (Rocha, 1998). Ele, na verdade, sempre vai expressar essa tensão entre o natural e o cultural. De fato, sem os cuidados de alguém que veja nesse filhote o objeto de seu desejo, ele morreria. Temos aqui uma posição diferente daquela sustentada por uma Psicologia do Indivíduo, segundo a qual o relacionamento mãe e bebê é visto como uma relação entre dois seres independentes, cada um com suas propriedades. Com efeito, estamos propondo uma visão que considera que, logo após o nascimento, não se pode ainda falar de dois indivíduos independentes. Nesse sentido, falar de um bebê humano implica falar de uma mãe, uma vez que são termos de uma mesma equação onde nenhum existe sem o outro. É na falta de um outro protetor que poderíamos encontrar um corpo meramente orgânico, pois, nesse caso, não foi investido por ninguém, porém, ao ficar fora do circuito do desejo também acabou ficando fora do universo dos homens e, portanto, sem chances de sobrevivência. É a isto que Elia se refere quando afirma que:

“Não há termo antes da relação, mas uma determinada relação cria tanto seus termos constituintes quanto define as regras que regerão o modo segundo o qual os termos deverão relacionar se. Nessa perspectiva, a estrutura da relação mãe-bebê é tal que cria os lugares ‘mãe’ e ‘bebê’, inexistentes como tais antes do estabelecimento da relação (1995, p.30).”

O nascimento prematuro do filhote humano determina, do ponto de vista genético, sua incompletude o que inviabiliza a sua sobrevivência por conta própria. Essa desproteção o obriga a ficar na dependência desse outro que o aqueça com a roupagem da cultura e assim lhe possibilite sobreviver. Tal sobrevivência cobra o preço da eterna sujeição do ser humano ao universo simbólico que lhe deu aconchego. Essa imersão do sujeito na cultura vai ser intermediada pelos pais através da representação que construíram de seu filho e com a qual ele se identificará.

Podemos dizer, assim, que esse corpo imaginário é resultado das primeiras trocas mãe-bebê. É através delas que se constrói, na criança, a imagem do seu corpo. No primeiro momento de sua vida, o bebê é incapaz de processar os estímulos que chegam a ele, sejam esses internos ou externos, cabendo à mãe a função de realizar essa tarefa por ele. Neste período inicial o bebê carece de representações através das quais possa expressar psiquicamente a sua excitação, restando-lhe somente a via somática. Nessa fase o aparelho psíquico do bebê ainda se encontra fundido com o da mãe (Franco, 1998), portanto será ela que interpretará as manifestações corporais que seu filho ainda não pode representar. Esse trabalho da mãe não somente possibilitará à criança lidar com esse conjunto de excitação que não pode manejar, mas, na medida que possibilita a inscrição pulsional, irá também favorecer o início da estruturação do aparelho psíquico do bebê.

Inicialmente a excitação somática não está ligada a nenhuma imagem, não possuindo significação, será necessário, portanto, que a mãe reconheça essa excitação e assim lhe atribua um sentido. O bebê está diante de um apelo do corpo, de uma “energia puramente somática” à procura de uma representação para investir, pois é somente por meio de sua articulação com o psiquismo que ela pode vir a ter efeito (Andrés, 1996).

Desta forma, a mãe, ao propiciar a seu bebê experiências de satisfação, além de lhe estar oferecendo um prazer, também lhe está oferecendo a possibilidade de que a “energia sexual somática”, em busca de representantes, possa investir nessas experiências, noutras palavras, que possa se inscrever.

As diferentes excitações somáticas devem passar por esse processo, um processo através do qual a criança vai desenhando o mapa de seu corpo, de modo a permitir o registro do mesmo no psíquico. Neste momento inicial da vida do bebê, as brincadeiras (principal mecanismo de interação da criança e seus pais) representam a possibilidade para que a excitação somática possa ser inscrita e, desta forma, “representada” no psíquico, configurando, assim, o corpo “erógeno”. “De saída, observa-se que um corpo ocorre no lugar de outro corpo, que a presença deste implica a ausência daquele” (Andrés, 1996, p. 454).

Temos então uma representação dessa excitação somática que nos está assinalando uma delegação, uma transferência de autoridade, uma delegação do somático ao psíquico que vai abrir o caminho para lidar com o corpo de uma maneira simbólica, ampliando os estreitos limites das manifestações somáticas.

As excitações somáticas são um estímulo constante na vida do bebê e, como vimos, é através das brincadeiras que a criança consegue amarrar essas excitações a um representante. Porém, para que isto aconteça, será necessária, senão imprescindível, a presença do outro, a mãe ou o pai.

"Nas zonas do corpo excluídas dos jogos com os pais, a subversão não pode acontecer. Cristalizam-se neste lugar, partes do corpo ou da função que se mantêm no automatismo de funcionamento da ordem animal (Volich, 1998b, p. 144)."

De fato, um bebê diante da falta de alimento, não chega a sentir fome. Ele se defronta com um acúmulo de excitação que gera mal estar, contudo não pode identificá-la e, portanto, o seu pranto não consiste numa forma de comunicação com a mãe, mas em mera manifestação somática dessa inundação de excitação. Essa incapacidade de identificação das sensações corporais orgânicas pode ser encontrada diante de qualquer fonte de excitação, seja ela prazerosa ou não. De fato, um bebê, ao entrar em contato com uma fonte de estímulos prazerosos, não poderá senão manifestar somaticamente essa sensação cabendo à mãe a função de interpretá-la.

No seu dia a dia, a criança, em sua relação com o outro, explora o seu corpo e descobre novas fontes de excitação. É na presença desse outro que está a possibilidade de elaborá-las. Com efeito, através dessa brincadeira, desse brincar juntos, mãe e criança, que a primeira deixa "marcas" no sujeito, inscrições no seu psiquismo, favorecendo a estruturação do mesmo e abrindo a passagem do corpo biológico ao corpo psicológico (Franco, 1988).

Portanto, na organização deste corpo fantasmático, será de fundamental importância o papel do inconsciente dos pais. Estes esperam que seus filhos fechem suas feridas narcísicas, por isso é sobre os filhos que recaem as expectativas paternas.

É neste sentido que se pode dizer que, de certa maneira, o corpo vai inscrever o sujeito numa cadeia generacional que o determina e que lhe dá um lugar na estrutura familiar, lugar este marcado pelos desejos dos pais.

Vemos então que, se por um lado existe um corpo biológico, por outro conferimos que nunca temos acesso a ele senão através de suas representações, as quais constituem o corpo "erógeno".

Isto leva à necessidade de reflexão sobre a atuação terapêutica ante qualquer doença cuja manifestação inicial seja orgânica. De fato, ainda que defrontado com um sinal anatômico, o paciente somente vai ter acesso ao mesmo através de suas representações, pois, como assinalamos anteriormente, o paciente vai apresentar dois corpos, sendo que, num primeiro momento, somente o corpo biológico é acessível à visão do médico.

É neste sentido que Volich nos destaca que

"A experiência clínica nos mostra que a referência exclusiva à anatomia, à fisiologia, ou mesmo à genética é absolutamente insuficiente para alcançarmos a compreensão do que os pacientes nos contam de seus males e de seus corpos (Volich, 1998b, p. 141)."

Trauma

Diversas são as atitudes das mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer. Contudo, podemos identificar o estupor como a mais comum. Nestes casos, as pacientes ficam em silêncio, num estado de obnubilação, sendo-lhes difícil entender o que está acontecendo a seu redor. O choro, uma reação supostamente comum, via de regra demora alguns momentos a chegar. É como se essas pacientes precisassem desconectar-se por alguns momentos

para poder assimilar, ou talvez somente deglutir, o seu diagnóstico. Não existem palavras, somente expressões faciais, olhos fixos no infinito, rosto contraído. Estamos observando alguém que, nesse momento, se defronta com sua fragilidade, com sua impotência diante de um imponderável da vida.

Idêntica situação foi observada por Nascimento (1998) ao comentar as reações de pacientes diante do diagnóstico de câncer de mama.

“Sentir-se desamparado, isto é, só, numa experiência que não é possível ser compartilhada, é um estado que assinala, de um lado, o que de mais profundo pode caracterizar o humano, pois deixa vir à tona a sua fragilidade, e, mais do que isso, sua dependência do outro humano; por outro lado pode ser o lugar do traumático (...) da negra solidão que acompanha todo trauma e afasta o sujeito parcial ou totalmente dos demais. Pode ser uma experiência que feche para sempre a possibilidade de representar o irrepresentável (Nascimento, 1998, p. 34).”

A situação de desamparo, de estupor, ou mesmo de terror, parece estar ligada à identificação que essas mulheres fazem entre o câncer e a idéia de morte.

“Câncer é câncer. É tudo igual. Câncer mata (Paciente, 30 a).”

“Quando lhe dizem a alguém que tem câncer é como se lhe tivessem dado uma sentença de morte (Paciente, 48 a).”

“Quem tem câncer vai morrer de câncer (Paciente, 52 a).”

Essa mesma associação entre câncer e morte pode ser encontrada em pacientes referidas por outros autores como Fialho e Da Silva (1993) e Moura (1986).

Tal visão é compartilhada pelo senso comum, conforme observam Alves e Lange:

“... dentro da óptica leiga, o câncer é incurável, passando portanto de vocábulo para uma sentença (...), que vem interromper o fantasioso idílio da imortalidade que todos nós fazemos, o que provoca um rompimento na estrutura interna, sonhos e esperanças alicerçados no tempo, o futuro passa de incerto para impossível (1988, p. 68).”

Essa situação de desamparo, anteriormente mencionada, juntamente com os sentimentos de solidão e de falta de afeição, assemelham-se às reações identificadas por Freud (1937/1980) como estando presentes num “trauma psíquico”. Passemos, portanto, a explicá-lo. O trauma tem um sentido principalmente “econômico”, podendo definir-se como uma quantidade de excitação que o ego se sente incapaz de manejar. A dificuldade do ego para lidar com esse quantum de excitação dependia, por um lado, da estrutura do mesmo e, por outro, da quantidade dessas excitações.

Falando dos distúrbios neuróticos, Freud afirma:

“A etiologia de todo distúrbio neurótico é, afinal de contas, uma etiologia mista. Trata-se de uma questão de os instintos serem excessivamente fortes — o que equivale a dizer, recalitrantes ao *amansamento* por parte do ego — ou dos efeitos de traumas precoces (isto é, prematuros), que o ego imaturo foi incapaz de dominar (1937/1980, p. 251).”

Nesse sentido, existiria, na infância, um momento em que toda criança se vê submetida a uma situação traumática, pois todas as crianças, no começo da vida, encontraram-se inundadas pelo afluxo de excitação que o ego incipiente não tinha condições de manejar, sendo que à mãe caberia o papel de funcionar temporariamente como o aparelho psíquico de seu filho. Posteriormente, diante da possibilidade de uma nova situação que demande a elaboração de uma grande quantidade de excitação, o ego libera uma quantidade de angústia por meio da

qual se revivem as experiências ligadas àquela primeira situação traumática. Essa liberação de um quantum de angústia tem como objetivo "alertar" o sujeito para que se prepare para lidar com uma situação perigosa.

Contudo, pode acontecer que essa angústia sinal não alcance seus objetivos e o sujeito se veja invadido pelo terror, ficando fixado ao traumatismo. A angústia, que desencadearia uma preocupação com o seu estado e, portanto, um interesse em função do tratamento, desaparece, ficando unicamente a indiferença e o terror (Janiaux, 1998).

O diagnóstico de câncer de mama se constitui numa ameaça à preservação do corpo físico; porém, ele também coloca em xeque o psiquismo do sujeito, já que implica na ameaça de perda tanto dos objetos aos quais o sujeito está libidinalmente vinculado quanto de sua identidade, elementos que são indispensáveis à manutenção da vida psíquica. O diagnóstico, com a idéia de morte e mutilação² que traz consigo, ameaça a imagem corporal e a estrutura familiar, em resumo, o universo de significações que davam um sentido à vida do sujeito. Desse modo, tanto o passado como o futuro do sujeito passam a ser questionados.

Isso acontece ainda com aquelas pacientes que alcançam rapidamente a cura, pois o mero fato de a pessoa saber "que esteve a um passo da inexorabilidade da morte faz com que repense a vida" (Yamaguchi, 1994, p.31).

As pacientes não conseguem pensar em planos futuros, nem de curto prazo, pois eles são contaminados com a idéia de morte. O passado também fica desprovido de sentido, uma vez que, tinha como norte os planos futuros. Desta forma, as pacientes ficam ilhadas, amarradas a seu dia a dia; a um presente sem passado e sem futuro.

Assim, podemos considerar que pessoas cujos projetos de vida largamente investidos passam a ser vistos como inviáveis, livrando grandes quantidades de excitação, estão sujeitas à instalação de "estados traumáticos" (Vieira, 1998).

A morte se faz angustiante principalmente pela falta de sentido que ela impõe

"Cabe ao homem dar um sentido à sua própria existência. Eis aí a intensa dificuldade dessas mulheres mastectomizadas, que se apresenta nas complexas relações com os objetos internos (Barbosa 1991, p. 176)."

O ser humano possui características que o diferenciam do resto do mundo animal; uma delas é que sua própria existência não o justifica. Ele deve encontrar um sentido em sua vida, sem o qual tudo perde a sua razão de ser.

"O homem é o único ser vivo que é consciente de sua morte e finitude, o que acarreta, então, a angústia de sua limitação, de nada poder fazer contra ela. A essência da motivação humana é a busca do significado para a vida, para o sofrimento e para a morte (Kovács 1991, p.79)."

Embora tenhamos o conhecimento de nossa finitude, vivemos como se fôssemos imortais e sobre este alicerce construímos nossas vidas. Porém, no momento em que o real se impõe com toda a sua força, essas construções imaginárias desabam como um castelo de cartas. Se a pessoa não consegue atribuir um novo sentido ao luto que está acontecendo, é muito provável que sua doença (o câncer) seja negada, para que possa, assim, manter o anterior objetivo de sua existência. Este é então o grande desafio do sujeito, poder incluir o câncer em sua vida e achar uma nova significação onde ela agora possa incluir sua doença. Noutras palavras, a essas mulheres está reservada uma grande tarefa, que é a de construir uma vida na qual a possibilidade de morte esteja presente.

De fato, essas pacientes, como qualquer pessoa, manifestam "uma necessidade racional de controlar seu destino" (Murat, 1984, p.62). Viver sem encontrar sentido para a vida é visto pelo ser humano como algo pior que a morte. É por isto que, quando essas pacientes não conseguem realizar a reconstrução de seu universo simbólico, seu desejo

2. A mastectomia é uma das principais formas de tratamento

de morte se incrementa, podendo ser expresso de forma direta através de fantasias de aniquilação manifestadas em sentenças como “a minha vida não tem mais sentido”, “para viver assim é preferível morrer”, ou por meio da negação da doença pela doente que, em última instância, ao fugir do tratamento e permitir que a patologia evolua livremente, obteria o mesmo resultado: a própria morte.

Esse desejo de morte, expresso pelas pacientes, pode ser visto como uma tentativa de controle sobre o incontrolável, uma vez que, segundo a visão dessas pessoas, o câncer não teria cura.

“Eu acho sabe o quê? Eu acho que ... a gente depois que fica doente numa doença assim... acho que... a gente só vai prolongando a coisa mas...mas ... não tem volta (silêncio). (Paciente, 60 a.)”

No ato de chamar a morte para si, elas não ficariam à mercê da mesma, mas passariam, imaginariamente, a controlá-la, saindo de um submetimento passivo para terem um gerenciamento ativo do que consideram seu destino iniludível.

Vemos, então, como esses fatores favorecem a constituição de uma situação traumática, pois essa nova experiência não tem possibilidade de ser integrada ao seu universo de sentido; noutras palavras, ela carece de representantes através dos quais tenha acesso ao psiquismo e possa, assim ser expressa e, dessa forma, descarregada.

Vimos como Freud considerava que a via para a superação do trauma passava pela possibilidade de uma determinada experiência mobilizadora de um quantum de afeto poder ser integrada num contexto associativo. Isso quer dizer que as pacientes deveriam construir uma narrativa que desse conta tanto da doença que as atinge quanto de suas vidas, agora transpassadas por esse acontecimento.

Um primeiro passo nesse processo é o reconhecimento da doença e da angústia que ela gera, para que se possa, assim representá-la. O diagnóstico do médico designa uma doença no corpo biológico, porém muitas vezes ele não dispõe das ferramentas para que essa patologia seja representada no corpo

psíquico da paciente, passo imprescindível para evitar a situação traumática.

“À doença do corpo real corresponde sempre uma representação imaginária dessa doença, através da qual cada um fantasia as razões, as origens, e as evoluções possíveis de seus males. Inevitavelmente, essa representação é também um recurso para lidar com o sofrimento e as angústias mobilizados pela doença. Ao adocermos, construímos sempre uma teoria causal de nossa doença. Tentamos fazer com que ela faça sentido, não apenas para nós mesmos, mas também para aqueles que nos rodeiam (Volich, 1998b, p.145).”

Desde o momento em que a paciente consegue representar sua doença, esse quantum de afeto gerado pelo diagnóstico positivo de câncer se constitui numa *experiência emocional subjetiva*, uma vez que esta vai estar integrada em cadeias associativas únicas, marcadas pela singularidade desse sujeito. Dessa maneira, ao enlaçar-se o afeto a um representante verbal, pode-se expressar aquilo que anteriormente não podia ser dito (Rocha, 1998).

“Pensando nas pacientes, seria desejável poder abrir outros destinos para esta experiência. Reconhecer a presença da angústia é poder deixar abertura para inscrever a vivência atual, permitindo assim uma chance de re-significá-la e a tantas outras, que se encontram ali como fantasmas. Os efeitos da negação podem enterrá-las para sempre. São vivências que rompem com as representações que sustentam a vida, e se fosse possível encontrar um destinatário que se permitisse afetar pelo acontecido, porque se reconhece em sua própria fragilidade, como humano, viabilizando que a fenda da ruptura permaneça aberta, haveria perspectivas de subjetivar a experiência para ambos (Nascimento, 1998, p. 34).”

O processo psicossomático

Constatamos, então, que diversos fatores, tanto internos como externos, combinam-se para que o paciente exclua a doença de seu mundo psíquico. Essa exclusão, como vimos, está relacionada com a dificuldade de a paciente lidar com a idéia de estar com o câncer. Essa notícia leva a mesma a defrontar-se com um montante de excitação com o qual se sente incapaz de lidar.

Freud, em diversos trabalhos iniciais (Freud 1893a/1980; 1983b/1980 e 1893c/1980), assim como no célebre *Inibição, sintoma e ansiedade* (1926/1980), considerava que a forma de elaborar a excitação era interligar o afeto e as representações constituindo, assim, redes associativas. De fato, o trauma se estabelece na medida em que uma quantidade de excitação fica isolada dos representantes verbais e, portanto, não podia ser elaborada psiquicamente. Com efeito, é justamente isso que vemos acontecer com as nossas pacientes. O diagnóstico é isolado de sua vida psíquica e, dessa maneira, fica fora de qualquer rede associativa, de modo que a energia a ele ligada não pode ser descarregada simbolicamente.

Uma linha de abordagem dos aspectos emocionais em pacientes com câncer refere-se à presença de situações de tensão e strees anteriores ao diagnóstico, e argumenta que as mesmas podem ser parte dos fatores favorecedores da doença. Contudo, seria necessário explicar ainda por que somente em algumas pessoas o estresse se torna o gatilho do câncer.

Assim, enquanto, para qualquer pessoa, o diagnóstico de uma doença em que um dos prováveis desenlaces pode ser a morte se constituiria numa situação traumática, no caso dessas pacientes parece existir outros elementos, que seriam os escassos recursos simbólicos de que dispõem para lidar com tal situação. Isso se manifesta na dificuldade que as pacientes têm em estabelecer vínculos, e que pode ser observada tanto nas consultas por nós realizadas, como no trabalho de grupo desenvolvido pela equipe de enfermagem. A relação que essas pacientes estabelecem é a de um vínculo superficial e factual, no sentido de superar uma dificuldade presente; contudo, numa grande parte das vezes, elas não se referem a sua doença e sim a uma problemática do

outro: o filho, o marido, a irmã. Essa tendência a colocar os motivos de suas angústias em circunstâncias externas foi analisada por McDougall, que atribui essa característica à existência de estados emocionais primitivos, que impediria o sujeito de "realizar uma elaboração mental de natureza simbólica ou verbal" (1996, p.45).

A essa característica podemos unir as observações de Nascimento (1991) sobre as dificuldades dos pacientes com câncer para elaborar perdas. Conforme essa autora, para que estas possam ser aceitas, torna-se necessária uma elaboração psíquica, a qual parece representar grande dificuldade para esse tipo de pacientes.

Freud (1895/1973), em seu trabalho sobre as neuroses atuais, aborda a temática da formação de sintomas corporais a partir de um excesso de excitação somática. Ao falar de uma de suas formas, a neurose de angústia, a qual apresentava uma variada sintomatologia: excitabilidade geral, espera angustiosa, ataque de angústia, pavor noturno, vertigem, fobias, e parestesias, diz que a causa dessa ampla gama de sintomas é o acúmulo de excitação, na medida em que a angústia em que se baseiam os fenômenos dessa neurose "não é susceptível de descarga psíquica" (Freud, 1895/1973, p. 193).

Nesse sentido, a idéia de acúmulo da excitação somática como causa de distúrbios corporais estaria ligada a um impedimento da descarga daquela excitação. De fato, a possibilidade de evitar o acúmulo da excitação somática passa pela possibilidade de elaborá-la psiquicamente através de seus representantes ou por meio de uma descarga corporal. Como a descarga corporal das excitações não pode ser imediata, a postergação das mesmas e a impossibilidade de elaboração psíquica leva a um acúmulo que, por sua vez, seria a causa da pluralidade de sintomas dessa neurose.

Freud (1895/1973), nesse trabalho, deteve-se na idéia do acúmulo. Contudo, em 1926 quando retoma a teoria da angústia, em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (Freud, 1926/1980) propõe que o acúmulo na neurose de angústia seria uma conseqüência de uma falha egóica originada anteriormente ao processo de simbolização. Teriamos então dois fatores fundamentais na neurose de angústia: a impossibilidade de transformação da energia somática em psíquica e,

fundamentalmente, a carência de representações. Assim, o grande problema estaria na incapacidade de mediação psíquica que, impossibilitando a descarga da tensão física, manifesta-se em sintomas corporais.

Não devemos confundir as manifestações da neurose de angústia com as da histeria de conversão. Nesta última, é o conflito psíquico que se manifesta através do corpo (na histeria o corpo fala); contudo, ele é uma expressão psíquica por meio de uma disfunção orgânica, uma fantasia inconsciente que se incrusta numa "representação" do corpo, enquanto que, na neurose de angústia, o sintoma é a expressão direta da tensão física sem intermediação do psíquico. É justamente essa impossibilidade de acesso ao psíquico que gera os sintomas orgânicos. Daí que Freud (1895/1973) considerava a neurose de angústia como a contrapartida somática da histeria. Podemos dizer, então, que, enquanto a sintomatologia na histeria está ligada ao recalque, na neurose de angústia, ela é determinada por uma falta de representações.

Nas psiconeuroses a angústia está ligada a objetos associados a conflitos inconscientes de natureza infantil. Diferentemente, nas neuroses de angústia, deparamo-nos com uma angústia que, por não estar amarrada a representantes, coloca os fatores atuais como prioritários. Nesses casos, os objetos aos quais se liga a angústia não estão vinculados associativamente à história do sujeito; daí a dificuldade de decompor analiticamente esses sintomas. De fato, os mesmos não são expressão simbólica de um conflito psíquico, mas expressão direta de um quantum de tensão somática que, devido à inexistência de representantes, fica impossibilitado de tornar-se estímulo psíquico, de modo que a descarga somática apresenta-se como possibilidade única.

Atualmente considera-se que o desenlace das neuroses de angústia possam ser as doenças psicossomáticas. Ou seja, estas últimas teriam como causa essa escassez de representantes, que impossibilitam a elaboração psíquica, provocando, assim, uma inervação somática da excitação. Desta forma, o estresse não seria a causa, mas o fator desencadeante que põe de manifesto uma antiga falha no processo de simbolização, a qual impossibilita a passagem do somático ao psíquico (Medina, 1980).

Já mencionamos anteriormente que, no ser humano, o corpo deve ser representado, para poder assim, transformar-se num corpo psíquico, que, embora tenha por substrato o corpo orgânico, não

pode ser com ele identificado. A falha a que nos referimos aqui reside justamente nessa construção de um corpo psíquico que permita ler as manifestações somáticas para que possam ser trabalhadas. Nas pacientes por nós atendidas, a grande dificuldade de elaborar a modificação no seu corpo biológico pode também ter ligações com a falta de representantes psíquicos anterior à cirurgia. Face à impossibilidade de elaboração, a angústia liga-se a situações factuais e a manifestações em nível somático, podendo ser este um dos fatores que favoreçam o retorno da doença.

McDougall compara essas expressões corporais em pessoas adultas com as reações das crianças frente a tensões, como, por exemplo, o afastamento da mãe, que, quando não é elaborado psicologicamente, passa a manifestar-se diretamente através de um processo somático como uma febre alta. Ao referir-se a pacientes adultas com problemas psicossomáticos, a referida autora diz:

"... às vezes funcionavam psicologicamente como bebês que, não podendo utilizar as palavras como veículo de seu pensamento, só conseguiam reagir *psicossomaticamente* a uma emoção dolorosa (1996, p.10)."

Assim, pacientes psicossomáticos fazem uso de uma forma arcaica de funcionamento mental que não utiliza a linguagem.

Em correspondência com os fatores anteriormente citados, observou-se, uma superficialidade nas relações dessas pacientes, inclusive na relação transfereencial. No processo terapêutico, como vimos anteriormente, elas estavam ligadas a fatores atuais, porém, entre os mesmos, não se incluía a sua doença, nem as dificuldades em relação a sua sexualidade, sobre a qual faziam muito pouca referência.

Volich, Ferraz e Arantes (1998) destacam algumas características apresentadas pelas pacientes com câncer de mama que também foram observadas nos atendimentos por nós realizados: um empobrecimento da simbolização das demandas pulsionais e da elaboração por meio das fantasias, uma ausência de atos falhos, de lapsus linguae, de relatos de sonhos, pouco contato com seus desejos e uma linguagem empobrecida com aderência extrema à realidade factual e material, juntamente com um pensamento pragmático.

Já vimos que, inicialmente, é a mãe quem cumpre para o seu bebê o papel que, no adulto, é cumprido pela estrutura psíquica. Na medida que ela decifra os estímulos internos ou externos de seu filho, a mãe está ajudando-o a estruturar-se psicologicamente, diferenciando o seu corpo do mundo externo e aprendendo uma linguagem que lhe permita posteriormente "ler" os diferentes estímulos que lhe chegam. Vemos, então, que essa aprendizagem é também um processo de separação entre o bebê e a mãe.

De fato,

"... à medida que diminuem o contato corporal e as formas gestuais de comunicação com a mãe, estas são substituídas pela linguagem, pela comunicação simbólica (McDougall, 1996, p.36)."

A manutenção, por parte da criança, da ilusão de constituir uma unidade com a mãe, permite-lhe funcionar somaticamente bem e, simultaneamente, prepara a criança para uma posterior autonomia.

Desse modo, em mães que apresentam resistências em aceitar a separação de seus filhos, esse processo pode estar prejudicado, gerando, posteriormente, dificuldades na elaboração psíquica das tensões somáticas e, conseqüentemente, uma predisposição para continuar num processo de comunicação pré-verbal, o que posteriormente pode levar o sujeito a manifestar sintomas psicossomáticos.

"Por conta disso, mais tarde na vida, a dor psíquica e o conflito mental, decorrendo de uma fonte de estresse interna ou externa, ao invés de serem reconhecidos ao nível do pensamento verbal – e por aí mesmo podendo ser evacuados através de formas de expressão psíquica, como o sonho, o devaneio, a meditação ou outros modos de atividade mental capazes de suspender a tensão ou reduzi-la – podem desembocar em soluções psicóticas de tipo alucinatório ou descarregar-se em manifestações psicossomáticas como na primeira infância" (McDougall, 1996, p. 45)."

A dificuldade da mãe para cumprir essa função estruturante origina uma falha no sistema pré-consciente, o qual é encarregado das ligações entre as "representações de coisa" e as "representações de palavra". Uma deficiência nesse sistema impossibilita as ligações dos significantes pré-verbais com os significantes verbais, impossibilitando de conferir valor simbólico. Marty (1993, 1998), a partir disso afirma que, quanto mais rico seja o sistema pré-consciente em representações e quanto mais ligadas elas se encontrem entre si, maiores as probabilidades de que, diante de uma patologia eventual, ela se situe na vertente mental. Pelo contrário, quanto mais pobre seja o pré-consciente em representações e menos conexões existam entre elas, maior o risco de que a patologia eventual se localize no soma do sujeito.

Da mesma forma que a mãe se constituía num anteparo que evitava que a criança fosse invadida pela excitação, no adulto o aparelho mental se coloca como uma barreira que evita que a desorganização chegue ao somático. É neste sentido que, quando ele não está bem estruturado, vai ser ultrapassado, gerando sintomas psicossomáticos.

Vemos então a relevante participação do aparelho mental na emergência dos processos psicossomáticos. Diante disso, a visão presente na linha denominada Psicossomática Psicanalítica considera que a "causa única" deixaria de existir para dar lugar a uma visão dinâmica, na qual se intercalam forças somáticas e psíquicas do sujeito, bem como do meio em que este vive (Volich, 1998a).

"Uma pessoa bem estruturada no seu funcionamento, com recursos suficientes para elaborar e escoar a excitação acumulada, pode suportar altos níveis de tensão e acontecimentos traumáticos sem perturbações mais graves para seu equilíbrio, enquanto que uma outra, de estrutura mais frágil, pode adoecer diante de acontecimentos ou vivências aparentemente insignificantes (Volich, 1998a:28)."

A função do psicólogo

Seguindo a linha marcada por Freud (1895/1973) em seu trabalho sobre neurose de angústia, percebemos a necessidade de ligar o quantum de afeto a uma imagem-representação para, através de sua integração numa cadeia significativa, constituir-se uma experiência emocional marcada pela subjetividade e desta forma tornar dizível (analisável) o até então indizível. Pode-se evitar, dessa forma, "o 'chorar dos órgãos' que corresponderia ao fenômeno psicossomático -fracasso do 'abraço' da excitação pela linguagem simbólica" (Rocha, 1998, p. 77).

É aqui que se insere o trabalho do psicólogo com pacientes com câncer de mama. A percepção do nódulo já se constitui, nesse primeiro momento, no caminho a uma situação traumática. Com efeito, é a partir desse instante que a paciente se defronta com um quantum de angústia difícil de manejar psicologicamente em função de dois motivos: o quantum de tensão que o recebimento desse diagnóstico provoca e a escassez de representantes psíquicos.

Essa configuração pode fazer com que, com a confirmação do diagnóstico de câncer, o mesmo venha a ser negado e, com isto, excluído do circuito psíquico da paciente. De maneira geral, não se falará sobre o assunto, estabelecendo-se espaços de silêncio no círculo familiar. A doença vem a ameaçar, assim, o fraco universo simbólico, tornando necessário uma reconstrução do sentido rasgado pela mesma. Nesses casos, torna-se necessário possibilitar às pacientes a recuperação de sua capacidade de diálogo para que possam vir a integrar a experiência de câncer na sua vida (Epelman, 1998).

Uma intervenção precoce evitaria uma cristalização dessa situação traumática, ao permitir incorporar o quantum de energia a uma rede associativa de modo a poder ser elaborada psiquicamente.

"... o fundamental é que poderíamos oferecer, talvez, outros destinos para estas vivências, a partir do reconhecimento do que se passa numa relação transferencial, pois o que é verdadeiramente traumática é ficar isolado, no impedimento mesmo de viver o desamparo, presentificado na situação

traumática; ficar impedido de contar com o outro, de poder falar do que vê ou sente. Adoecer pode ser, até mesmo, uma oportunidade única de subjetivação, no sentido de poder, através da inscrição do acontecido abrir vias de construção de sentidos, permitindo um processo de humanização (Nascimento, 1998, p.35)."

É na ajuda às pacientes nesse processo de criação de vias de simbolização que encontramos um poderoso instrumento na luta contra o fenômeno psicossomático (Rocha, 1998).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, R. J. e Lange, R. H. (1988). Reintegração social, familiar e conjugal das pacientes mastectomizadas. *Informe Científico - Liga Paranaense de Combate ao Câncer*, 15, 68-75.
- Andrés, M. (1996). Representação. Em P. Kaufmann. *Dicionário enciclopédico de psicanálise: O legado de Freud e Lacan* (pp.159-180). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Barbosa, A. M. S. (1991). Viagem ao vale da morte: Estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama. Em M. S. C. Roosevelt (coord.), *Da morte: Estudos brasileiros* (pp.159-180). Campinas: Papirus.
- Ceccarelli, P. R. (1998). Os destinos do corpo. Em R. M. Volich; F. C. Ferraz e M. A. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp.107-113). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Clastres, P. (1978). Da tortura nas sociedades primitivas. Em P. Clastres. *A sociedade contra o Estado* (pp.123-131). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Elia, L. (1995). *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê.
- Epelman, C. L. (1998). A prática psicanalítica em instituição de câncer. *Boletim de Novidades da Pulsional*, 11 (107), 9-12.
- Ferreira, J. (1994). O corpo signico. Em P. C. Alves (org.), *Saúde e doença: Um olhar antropológico* (pp.101-112). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Fialho, A.V. M. e Da Silva, R. M. (1993). Mastectomia e suas repercussões. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 46, 226-270.

- Franco, M. M. (1998). Psicanálise e psicossoma: Um mapeamento do campo em que se dão as articulações. Em R. M. Volich; F. C. Ferraz, e M. A. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp. 63-71). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1980). Alguns pontos para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e históricas. Em *Obras psicológicas completas* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1893a).
- Freud, S. (1980). Esboços para a comunicação preliminar (C). Sobre a teoria dos ataques históricos. Em *Obras psicológicas completas* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1893b).
- Freud, S. (1980). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos históricos. Em *Obras psicológicas completas* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1893c).
- Freud, S. (1973). La neurastenia y la neurosis de angústia. Em *Obras completas* (Vol. 1). Madrid: Biblioteca Nueva (Originalmente publicado em 1895).
- Freud, S. (1980). Inibição, sintoma e ansiedade. Em *Obras psicológicas completas* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1926).
- Freud, S. (1980). Análise terminável e interminável. *Obras psicológicas completas* (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago (Originalmente publicado em 1937).
- Helman, C. G. (1988). Dr. Frankenstein and the industrial body. *Anthropology Today* 4, 45-53.
- Janiaux, J. (1998). Eu não quero me tratar: Um enigma. *Boletim de Novidades da Pulsional* 11, 37-42.
- Kovács, M. J. (1991). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. Em M. S. S. Roosevelt (coord.), *Da morte: Estudos brasileiros* (pp.79-103). Campinas: Papyrus.
- Leroi-Gourhan, A. (1970). *O gesto e a palavra: Memória e ritmos*. Lisboa: Perspectiva.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Medina, R. D. (1980). *Modelo psicoanalítico: Las neurosis*. Buenos Aires: EUDEBA-CEA.
- Mendez M. L. e Mendes A. D. (1994). *Cultura y locura*. Buenos Aires, Republica Argentina: Ediciones Libros de la Cuadriga.
- Moura, M. D.; Penteado, I. M.; Salvador, N. D. e Silva, H. M. S. (1986). Aspectos emocionais relacionados à mastectomia. *Femina*, 14, 1095-1099.
- Murat, M. D. (1984). A paciente mastectomizada. *Revista Medicina ATM*, Porto Alegre, 11, 61-63.
- Nascimento, M. G. R. (1991). A natureza das relações objetivas em mulheres com câncer de mama. Em M. S. C. Roosevelt (coord.), *Da morte: Estudos brasileiros* (pp.51-78). Campinas: Papyrus.
- Nascimento, R. M. (1998). Câncer & transferência: via possível de subjetivação. *Boletim de Novidades da Pulsional* 11, 31-36.
- Quintana, A. M. (1999). *A ciência da benzedura: Mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Bauru: EDUSC.
- Rocha, Fernando. (1998). Sobre impasses e mistérios do corpo na clínica psicanalítica. Em R. M. Volich; F. C. Ferraz e M. A. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp.73-88). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vieira, W. C. (1998). Procedimentos calmantes e autocalmantes. Em R. M. Volich; F. C. Ferraz e M. A. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp.51-60). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Viveiros de Castro, E. B. (1987). A fabricação do corpo na sociedade xingwana. Em P. de Oliveira. *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil* (pp. 41-49). Rio de Janeiro: Marco Zero.
- Volich, R. M. (1998a). Prefácio - Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. Em R. M. Volich; F. C. Ferraz e M. A. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp.17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Volich, R. M. (1998b). Gene real, gene imaginário: uma perspectiva fantasmática da hereditariedade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 1, 137-152.
- Volich, R. M.; Ferraz, F. C. e Arantes M. A. (1998). Apresentação. Em R. M. Volich; F. C. Ferraz e M. A. Arantes (orgs.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp.7-16). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yamaguchi, N. H.. (1994). O câncer na visão da oncologia. Em M. M. Carvalho (coord.), *Introdução à psicopatologia* (pp.21-32). São Paulo: Editorial Psy II.

Recebido em: 30/10/99

Aceito em: 24/11/00