.

MARIA TEODOROWIC

CÂNCER – AIDS
UM ESTUDO PSICANALÍTICO DE EVOLUÇÃO
PARA A MORTE E PARA A VIDA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia, da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB. sob orientação da Profª Drª Ângela Elizabeth Lapa Coêlho.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO
CAMPO GRANDE – MS
2003

As células do neoplasma malignas que destroem o organismo talvez devessem ser descritas como narcisistas nesse mesmo sentido; a patologia está preparada para considerar seus germes como inatos e atribuir-lhes atitudes embriônicas....

Freud (1980 (1915))

Ao meu marido, minhas filhas e meu filho que toleraram minha ausência.

Aos meus netos, a prova da transcendência do ser humano.

Com todo meu amor.

Marila

AGRADECIMENTOS

Ao Valfrido, pela paciência de ler e reler.

À Alaide, que contribuiu com relatos de casos de sua própria experiência quanto a pacientes portadores de neoplasias.

À Lucila sempre pronta a procurar bibliografias.

Ao Dr. José Ivan, Andréia, Ana Maria e outros do setor de Doenças Infecto- Contagiosas, do Hospital Universitário de Campo Grande, MS, que participaram ativamente das discussões do SENTIR e outros, importantes na compreensão do paciente.

À minha filha Márcia pelo incentivo constante.

À Terezinha Alcantara, minha companheira nas discussões tanto da Oncologia como da DIP.

À Profª. Nadir Oliveira pela revisão do texto.

RESUMO

A autora descreve a transferência e contratransferência a partir de observação de pacientes internados na Clínica Oncológica e na Clínica de Doenças Infecto-contagiosas, numa tentativa de utilizar este sentir para detectar o porquê de uns pacientes irem a óbito e outros sobreviverem apesar do mesmo quadro nosológico e mesmo agressor. Utiliza a observação da relação médico/paciente e equipe/paciente. Partindo dos conceitos freudianos de transferência e contratransferência, das teorias psicossomáticas, desde Freud até Escola psicanalítica de Paris, faz uma tentativa de explicar as diferentes reações da equipe para com os pacientes. O "sentir" provocado nestes relacionamentos permite considerar os pacientes ou viventes ou morrentes, dependendo de tempo de sobrevida. A autora relaciona este "sentir" com a projeção maciça de sentimentos do paciente (identificação projetiva) para o médico ou no OUTRO, sendo no caso dos viventes a projeção de instintos de vida e uma tentativa de formar vínculos de vida e no caso de morrentes a projeção de instintos de morte e tentativa de formar vínculos em direção à morte

ABSTRACT

The author describes the transfer and countertransfer from observations of intern patients of the Oncologic Clinic and the Infecto-contagious Clinic, in a trial of using this feeling to detect the reason why some patients die and others survive to the nosologic situation, although the agressive agent is the same. She uses the transfer and countertransfer, from the psychosomatic theories, from Freud to the Psyhoanalystic School of Paris, she tries to explain the different reactions of the staff to the patients. The "feeling" evoked in this relationships permits to consider the patients to be viable or moribund, depending on the time of the survival. The author relates this "feeling" to the massive projection of the feelings of the patient (projective identification) to the doctor or in the Other, that is in the case of viable the projection of the instincts of life is a trial of forming links of life and in the case of moribund the projection of instincts of death and a trial of forming links towards death.

RESUMEN

La autora describe la transferencia y la contratransferencia a partir de observaciones de pacientes internados en clínica oncológica y en clínica de enfermedades infectocontagiosas, como una tentativa de utilizar este sentir para detectar el porque de algunos pacientes ir a óbito y otros sobrevivir al cuadro nosológico, apesar del agente agressor ser el mismo. Utiliza la observacion y la relacion médico-paciente y equípo-paciente. Partiendo de los conceptos freudianos de la transferencia y de la contratransferencia, de las teorias psicosomáticas, desde Freud hasta la Escuela Psicoanalitica de Paris, hace una tentativa de explicar las diferentes reacciones del equípo en relación a los pacientes. El sentir provocado en estos relacionamientos, permite considerar a los pacientes como vivientes o murientes, dependiendo del tiempo de sobrevida. La autora relaciona este "sentir" con la proyeccion maciza del sentimiento del paciente (identificación proyectiva) para el médico o para el outro, siendo en el caso de los vivientes la proyeccion del instinto de vida una tentativa de formar vínculos de vida y en el caso de los murientes la proyeccion del instinto de muerte ser la tentativa de formar vínculos en direccion a la muerte.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 9
2. REVISÃO DA LITERATURA 15
2.1 A ligação mente/corpo no decorrer dos séculos. 15
2.2 O corpo na psicanálise... 27
2.3 Instintos de morte 47
2.4 Transferência e Contratransferência 62
2.5 Fatores psicossociais 69
2.4.1. Câncer
2.4.2. HIV 77

3. OBJETIVOS 79

4. MÉTODO 82
4.1. Sujeito do estudo 82
4.2. Procedimento para coleta de dados 84
4.3. Procedimento para análise de dados 85

5. RESULTADOS 88
5.1. A Observação das Equipes 89
5.1.1. A "minha " função 90
5.1.2. O local 91
5.1.3. O médico 95
5.1.4. Os acadêmicos 98
5.1.5. A enfermagem 100
5.1.6. As reuniões da equipe – Grupos de Discussão 101
5.1.7. O "sentir": meu e da equipe 104
5.2. Os pacientes 107
5.2.1. Algumas peculiaridades 107
5.2.1.1. A religião 107
5.2.1.2. A família 113
5.2.2. Clinica Oncológica 118
5.2.2.1.a. Pacientes morrentes 118
5.2.2.1.b. Análise dos casos 130
5.2.2.2.ª Pacientes Viventes 135
5.2.2.2.b. Análise dos casos 140
5.2.3. Clinica dos portadores de HIV **142**
5.2.3.1. Os pacientes morrentes 132
5.2.3.1.a. Os pacientes "anacliticos" 133
5.2.3.1.b. Os pacientes "neuróticos" 136
5.2.3.1.c. Análise dos casos 145

5.2.3.2. Os pacientes “viventes” 149
5.2.3.2.1.a. As personalidades narcísicas..... 150
5.2.3.2.1.b. Análise dos casos 156
5.2.3.2.2.a. Os neuróticos ou batalhadores 158
5.2.3.2.2.b - Análise dos casos..... 161
5.2.3.2.3.a. As personalidades piscopáticas..... 164
5.2.3.2.3.b - Análise dos casos 167

6. DISCUSSÃO GERAL DOS DADOS..... 168
6.1. Os pacientes morrentes 169
6.1.1. Os morrentes da oncologia e morrentes “arcaicos” da DIP 169
6.1.2. Os morrentes HIV neuróticos..... 185
6.2. Os pacientes viventes 189
6.2.1. Os pacientes viventes de oncologia..... 193
6.2.2. Os pacientes viventes portadores de HIV 193
6.3. Discussão geral da equipe e de outros fatores 197
6.3.1. A família..... 197
6.3.2. O agente agressor e o vínculo com o paciente 200
6.3.3. O local 204
6.3.4. Algumas palavras sobre contratransferencia..... 205

CONSIDERAÇÕES FINAIS 209

BIBLIOGRAFIA 216

INTRODUÇÃO

O atendimento de pacientes da Clínica Oncológica e dos pacientes portadores de HIV, e já sintomáticos no Hospital Universitário, de 1986 a 1996, nos levou a observar várias formas de evolução, entre o portador de neoplasia e outras nosologias terminais ou não. A pergunta que nos fazíamos era: por que uns iam a óbito antes de decorridos cinco anos após a descoberta da doença, e outros permaneciam assintomáticos por mais de cinco anos.

A maior incógnita surgiu principalmente quanto à evolução quanto a sobrevida e óbito dos portadores de HIV. O vírus, a idade, a estrutura física e os cuidados dispensados eram os mesmos, entretanto uns sobreviviam e outros iam a óbito.

Constatamos o mesmo no caso de neoplasías. A mesma localização, o mesmo tratamento, a mesma histologia, coincidindo na maior parte dos casos, e o tempo de descoberta da doença, levava alguns a se curarem (permaneciam assintomáticos por mais de 5 anos, que é o tempo médio de recidivas) e outros a se "deixarem morrer".

Notamos também outras diferenças que nos chamaram atenção: a diferença entre os infectologistas e os oncologistas, o clima reinante no setor da Oncologia (Onco)[1]

[1] Onco – setor de Clínica Oncológica do Hospital ;

e Infectologia (DIP)[2], a equipe médica e paramédica dos dois setores. A grosso modo poderíamos dizer que na Onco o clima era pesado e na DIP leve. A própria enfermagem estava mais próxima dos pacientes na DIP do que do outro setor.

A nossa observação data desde 1986 no setor de Doenças Infecto-contagiosas (DIP) e de 1984 no setor de Oncologia. Os oncologistas, os residentes da especialidade e como também os acadêmicos interessados nesta especialidade, eram mais introvertidos, tinham mais dificuldade de lidar com os pacientes como um todo, pareciam muito mais interessados no sintoma do que no paciente propriamente dito.

Já os especialistas em Infectologia, residentes e acadêmicos mais interessados na especialidade, nos pareciam mais extrovertidos, alegres, detinham-se para conversar com os pacientes, não apenas para saber onde lhes "doía" mas também sobre a vida deles, a família, no que eram muito bem recebidos.

Analisando este fato, passamos a traçar algumas hipóteses sobre esta diferença. Comparamos com outras especialidades, lemos a respeito, anotamos os traços de personalidade que levam a esta ou aquela escolha de especialidade. A pergunta que nos vinha era por que o infectologista estabelecia um vínculo com o paciente, se unia para lutar contra a doença, e o oncologista, segundo nos parecia, apenas via o tumor. Uma questão que nos ocorreu foi quanto ao agente da doença, o agressor. No caso dos portadores de HIV, tratava-se de um vírus, vindo de fora, não importando os motivos que levaram o paciente a se contaminar.

Deixando de lado as pesquisas que falam a respeito de agentes externos também para o câncer, consideramos que todos nós temos células cancerosas circulando e é num determinado momento, por uma razão qualquer, que elas passam a se desenvolver.

---

[2] DIP - Departamento de Doenças Infecto-contagiosas.

Fizemos a seguinte pergunta a nós mesmos: "Será que a ligação entre o infectologista e seu paciente era conseqüência do fato que ambos lutavam contra um agente externo, o vírus?" E "será que a fuga, a não cumplicidade entre o oncologista e o seu paciente, era devido ao agente ser interno, em outros termos um desejo inconsciente do paciente em morrer, tentando 'puxar' o médico para a morte e não para a vida?"

Entretanto o que mais nos chamou a atenção foi o nosso "sentir" – os nossos sentimentos contratransferenciais – tanto em relação a alguns pacientes da Oncologia como da DIP. Passamos a conversar, no início, informalmente, depois em reuniões de equipe, sobre este "sentir" e para nossa surpresa, havia uma coincidência entre o que nós sentíamos e o que a equipe relatava. Havia maior facilidade de relacionamento na DIP e muito menor na Onco. Isso não excluía o fato que tanto na Oncologia como na DIP havia pacientes que a enfermagem tinha dificuldade em atender, buscando até fugir deles.

Tentaremos sistematizar, no presente trabalho, este "sentir", uma vez que se trata de algo muito peculiar e particular, do que acontecia entre nós e o paciente, entre a equipe e os pacientes.

Quanto à morte, observamos o mesmo em pacientes portadores de HIV - uns iam a óbito em pouco tempo, vítimas de infecções oportunistas, enquanto outros venciam estas infecções com relativa facilidade (?) para irem se depauperando progressivamente, morrendo em estado de extrema caquexia (SLIMSS[3]), enquanto outros tinham uma sobrevida longa.

Pensando em instinto de morte, vimos que, tanto na vida como na clínica, encontramos as suas manifestações em diversos quadros.

---

[3] SLIMSS – estado do paciente que morre caquético, em geral por diarréia. É o padrão africano da doença.

Poderíamos enquadrar nestes o paciente terminal, segundo o conceito de D'Assumpção (1984), - aquele paciente portador de uma doença incurável, que o levará num prazo curto á morte. Somos, entretanto, de opinião que o termo "terminal" é muito relativo, pois já vimos pacientes que foram considerados como tais e se tornaram assintomáticos, permanecendo vivos, bem, por anos e anos. Portanto, quando formos usar o termo "terminal" estaremos nos referindo, no presente trabalho, ao estado anterior dos pacientes que já foram a óbito. Chamaremos os primeiros de viventes e os últimos de morrentes.

Os morrentes são aqueles pacientes que apesar de receberem todos os cuidados, vão a óbito com menos de cinco anos. São os pacientes a respeito dos quais sentimos que têm pouco tempo de vida, que são de péssimo prognóstico.

Os viventes são aqueles portadores de neoplasia, independente de localização e que após a cirurgia, químio ou cobaltoterapia, não têm recidiva por mais de cinco anos. Trata-se aí de pacientes que não se curam milagrosamente, mas vencem a doença, ou melhor as manifestações da doença, e sobrevivem relativamente bem.

Falar destes pacientes é uma tentativa de explicar por que os primeiros morrem, e os últimos continuam a viver. Que fatores, por parte do paciente ou talvez iatrogênicas, estariam contribuindo para um desenlace em menos de um ano e sem luta?

Escolhemos fazer um paralelo entre pacientes oncológicos e portadores de vírus HIV, considerando estes últimos como tendo um agressor externo bem identificado, enquanto que nos pacientes portadores de câncer, o agressor até hoje não está claramente identificado. Fala-se em gens, vírus, a motivação inconsciente, influências do meio ambiente e a nosso ver partimos do pressuposto que existe uma relação muito estreita entre a problemática familiar, de personalidade e o surgimento do tumor. Não estamos

descartando a hereditariedade, os gens, os vírus, fatores cancerígenos. Estamos apenas tentando fazer uma relação entre a PESSOA e SEU AMBIENTE e o surgimento da doença.

A maior parte destes pacientes foi atendida no Hospital Universitário; alguns, em nosso consultório. Vamos apresentar minuciosamente os casos tratados no nosso consultório, e que nos levaram a fazer um paralelo com pacientes do hospital.

Para podermos analisar o que se passava, resolvemos pesquisar o seguinte:

1) as teorias da medicina psicossomática;

2) a estrutura básica de personalidade dos portadores de câncer, e semelhanças e diferenças entre os morrentes e viventes, tanto na Oncologia como na Clínica dos portadores de HIV;

3) os fatores pré-morbidos, visando principalmente o convívio familiar, as tensões existentes e as ocupações do portador do câncer;

4) o tratamento em si, não apenas o clínico, mas a nossa atuação junto a paciente oncológico e portador de HIV;

5) a atuação da equipe da Oncologia e a influência que isso poderia ter quanto à cura ou à morte;

6) as formas de "se morrer";

7) a questão transferencial e contratransferencial, o porquê é, como pode funcionar como um termômetro quanto ao prognóstico – cura ou desenlace;

8) a importância da relação médico/paci ente e dinâmica familiar.

Abram Eksterman (1989), diz "e sendo eu mesmo.... farei uma "análise existencial" obedecendo a meu presente de psicanalista, influenciado por meu projeto e com os recursos do meu passado de clínico e psiquiatra asilar..... direi como vejo o adoecer".

De certa forma vamos tentar fazer o mesmo. Tentaremos nos colocar sem idéias preconcebidas a respeito da doença, paciente, meio, vamos tentar nos guiar pelo nosso sentir. A bagagem teórica que temos de anos de estudo está bem introjetada e vivenciada, fazendo parte do nosso mundo. A bagagem de vivências da prática tanto no consultório, como psiquiatra ou psicanalista, como no hospital com todo tipo de pacientes, desde psiquiátricos como de Clínica Geral, como professora de Psicologia Médica, será aproveitada no sentir em relação aos pacientes que apresentaremos no presente estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - A ligação mente/corpo no decorrer dos séculos

O homem sempre teve a necessidade de explicar o que se passa com ele e com tudo que o cerca. O instinto epistemiológico descrito por Melanie Klein (1937) levou e leva o ser humano até hoje a pesquisar e formular respostas.

Assim a necessidade de explicar o que se passa com o corpo, seja saudável ou doente, já a encontramos na Antigüidade. As explicações quanto a fenômenos internos e externos são encontradas primeiramente na criação dos Deuses, não importam os nomes, cujos ensinamentos e leis têm que ser obedecidos. Leis e ensinamentos estes que são escritos pelo próprio homem. Com a passagem dos séculos os deuses punitivos e vingativos são substituídos pelo inconsciente, que pode ser uma conseqüência de necessidade mais atual do homem de não acreditar nas forças sobrenaturais, dificilmente controladas.

A influência da mente sobre o corpo não surgiu com Freud com a descoberta do inconsciente. Encontramos na história da medicina, de doenças, referências sobre a importância do pensar, sentir e transgredir na formação de sintomas físicos e psíquicos.

Assim, na **Mesopotâmia** considerava-se a doença como conseqüência de um pecado cometido pelo indivíduo doente ou por alguém pertencente a sua família. A enfermidade era o castigo por esse pecado, ordenado pelos deuses e distribuído pelos demônios.

O pecado era conseqüência de fatos, comportamentos, transgressões das leis e moral vigentes. A transgressão da lei – e a lei sempre está presente mudando de cultura e época – desperta as acusações da parte rígida e moral que Freud passaria a chamar de

superego. E é este “pecado” que nos levaria a apresentar doenças, quer sejam físicas quer sejam mentais, como forma de expiação, de lucro e outros. Assim, os mesopotâmios numa linguagem mais apropriada à época, não estavam longe da psicodinâmica que conhecemos hoje, a qual com certeza mudará, se aprofundando mais nas minúcias com o decorrer do tempo.

Os egípcios acrescentaram ao pecado a noção de um Deus vingativo, um espírito do mal, que destruía o homem.

A função vital, que era o fígado para os mesopotâmios, passa a ser para os egípcios a respiração e circulação do sangue. O ar, sangue, alimentos e esperma são transportados por uma série de ductos, sendo a doença o resultado de obstrução ou inundação destes ductos, causada pelos espíritos e demônios do mal.

Havia uma preocupação constante com a limpeza dos intestinos. Consideravam que era nos intestinos que se localizava a matéria “pecaminosa”, o que levava ao uso freqüente de enemas e purgativos. A teoria psicanalítica descobre e corrobora estas fantasias, estes mitos antigos, identificando-os nas fantasias infantis que têm as fezes como representação de “coisa ruim” e da agressividade.

Enquanto a loucura era manifestação pura e simples dos Deuses e Demônios, a doença física era a interferência deles nos ductos condutores da vida.

Os gregos - Sócrates, Aristóteles e Platão já tentavam explicar o Universo e o homem**.**

Sócrates considerava que todos os defeitos do ser humano provinham de confusão e ignorância. A célebre frase “conhece-te a ti mesmo” – o que faz de você um homem, qual a tarefa que tens, como deve ser a tua conduta, quais são os teus limites e teu destino, - aproxima-se muito do autoconhecimento, e resolução dos conflitos, seja pela repressão dos desejos, seja pela elaboração.

Platão fala-nos de nóesis que é o aspecto subjetivo da vivência e da intuição. Ficamos na dúvida se não se poderia fazer aí um paralelo com a transferência, contratransferência...

Aristóteles, fala do finalismo, ou seja, refere que "natureza nada faz sem finalidades”. Na compreensão do homem de hoje, quer vejamos isso sob ótica existencialista, quer psicanalítica, todos os nossos atos têm uma finalidade.

Os pioneiros da medicina racional foram os filósofos gregos. Rejeitando os deuses e magias procuravam explicar as doenças de modo mais racional: Tales de Mileto considerou a água como a mais necessária e produtora de doenças; Anaxímenes atribuiu importância ao ar – o pneuma; Alcameon de Croton dissecou veias e artérias;

Os filósofos, entretanto também davam valor a algumas magias e aos deuses. A figura central era Esculápio, filho de Apolo e da ninfa Coronis.

É dada uma importância menor aos deuses, mas na inter-relação que os guerreiros estabelecem com eles ainda os consideram como BONS em relação aos mais fortes. Assim, eles não socorreriam os mais fracos, mas apenas aqueles que denotassem coragem, maior capacidade de lutar e de saber lidar com seus ferimentos. Eles sabiam, assim, quais seriam os ferimentos que levariam à morte e os que sarariam, dependendo muito da luta de cada um deles para vencê-los.

A importância ao aconchego, acolhimento a retirada do doente do meio no qual vivia é mostrada através dos templos que construíam em homenagem a Esculápio, filho de Apolo e da ninfa Coronis. Os templos em sua homenagem funcionavam como centros de cura. Havia piscinas, fontes naturais, jardins. Os pacientes, antes de entrar no templo "eram submetidos à purificação por jejuns rigorosos, banhos de mar, fumigações" com o que já se sentiam melhor.

Esculápio e os seus ensinamentos tiveram grande importância no ensino médico da Europa desde a idade média.

Foi Hipócrates (460-370 AC), considerado pai da Medicina, que separou a doença (medicina) da filosofia e religião.

A doença era conseqüência de causas provindas de ambiente, clima, comida e a forma de viver do paciente. A saúde era o equilíbrio entre o estado mental e físico. Salientava a importância que deveria ser dada ao doente mais do que à doença em si. Pregava a aplicação prática da observação inteligente, medicina holística, afirmava que o que importa é o homem doente e não as teorias do homem sobre a doença. Ainda Hipócrates dizia que a saúde é conseqüência do equilíbrio entre o corpo e a mente e o ambiente no qual o indivíduo vive.

Como podemos ver as suas concepções são bem atuais, e falam sobre o que seria explicado pela psicanálise século mais tarde: a importância do meio ambiente para uma mente e corpo saudáveis.

A medicina **romana** – como a religião e a arte – foi muito influenciada pela cultura grega. Encontramos na literatura a primeira referência à doença mental e ao seu tratamento. Asclepíades acalmava os doentes mentais (?) com "gentileza, luz solar e música".Se ele os acalmava desta forma, podemos supor que eles adoeciam vivenciando o contrário: violência, escuridão e barulho, provenientes do mundo externo ou interno, dos conflitos internos ou externos, o que vai nos aproximar outra vez das teorias psicanalíticas atuais. A ação dos deuses se mostrava nas convulsões, as quais eram consideradas "manifestações divinas".

Cláudio Galeno, médico grego que viveu em Roma, considerava que a mente tinha um poder muito grande sobre o corpo. Tanto as dores como as alegrias podiam se manifestar no corpo. Assim diagnosticou a insônia de uma matrona romana como causada por uma paixão da mesma por um ator romano, ao perceber a aceleração do pulso da mesma toda vez que era mencionado o nome do ator.

Em **Bizâncio** a igreja volta a controlar as doenças e a prática médica. As doenças são resultantes de problemas com a alma. O conceito de pecado retorna e os espíritos maus habitariam o corpo da pessoa que não tivesse a fé, causando a doença. . Era uma sociedade que não acreditava em drogas nem no estudo do enfermo. Proliferaram assim os amuletos, feitiçarias e outros meios mágicos para fugir às doenças. Os primeiros médicos cristãos foram os gêmeos Cosme e Damião. Os santos eram específicos para as doenças. Assim **Sto. Ártemis** era específico para as perturbações genitais, **São Sebastião** para doenças infecciosas e **São Jo** para lepra. Como a doença e morte eram consideradas uma "visitação divina", não havia maiores recomendações quanto à higiene, remédios, cuidados com a saúde.

O diagnóstico e o tratamento eram dogmáticos, baseados na fé cristã.

Não é diferente o conceito de doença entre os **Árabes.** Eles repetem o conceito dos mesapotâmios mudando apenas os nomes. A causa de todas as doenças é conseqüência de transgressão dos desejos do Alá, possessão de espíritos malignos – demônios da doença – ou mau olhado. O mau olhado talvez seja o prenúncio de invejas desenvolvidas posteriormente na cultura ocidental. As epidemias que ceifavam vidas eram conseqüência de ira do Alá devido aos pecados dos homens.

A tranqüilidade e o meio ambiente são valorizados no Corão, o livro sagrado dos muçulmanos, no qual são descritos os preceitos de higiene e relacionamento para uma vida saudável. A própria sexualidade é valorizada.

A sede da alma era o coração. A alma após a morte era levada ao Alá pelo vento. Os árabes nômades até a unificação, pouco se importavam com doenças. Após a unificação importaram a medicina e outras ciências e artes de outros povos, principalmente os gregos. Eram preservacionistas, e logo após a construção de Bagdá estabeleceram escolas de Medicina, Astrologia, Química e Matemática.

A busca de manuscritos principalmente greco-romanos e sua tradução eram as tarefas mais importantes nestas escolas. Impulsionaram assim muito progresso em farmacologia. Também valorizavam a relação que se estabelecia com os doentes. Melo (1989,pág.67) refere que um médico persa Al-Razi(865-925) já naquela época "deplorava fraco relacionamento entre médico e paciente e criticava os leigos por esperarem que um médico tudo soubesse." Receitava ainda, para melancolia, xadrez e música.

Os muçulmanos acreditavam na influência do meio ambiente no tratamento dos doentes. Nos hospitais daquela época, era valorizado o tratamento humano. O Hospital Mansur de Cairo refrescava suas alas de febre por meio de fontes, possuía salões de leitura, uma biblioteca, capelas, dispensário e enfermeiros de ambos os sexos. Contratava declamadores do Corão para acalmar e trazer a paz aos doentes.

Na Europa da **Idade Média** (Morte do Teodósio em 395 d.c.) após a peste e do barbarismo institui-se o "poder de Deus e a razão dos seus vigários na terra." Até o século XIII os doentes são alojados nos mosteiros e tratados pelos religiosos.

É no início das cruzadas (1095) que surge a primeira "assistência" aos doentes e feridos. Trata-se de uma ordem religiosa – Cavalheiros Hospitalares – criada para acompanhar as tropas cristãs na Palestina com a finalidade de cuidar dos que adoecessem ou ficassem feridos nas batalhas.

O primeiro médico medieval foi um padre, em Monte Cassino. Aos poucos foram surgindo outros, sempre em mosteiros e que aproveitavam, as receitas gregas e alguns remédios extraídos das hortas e jardins. Nas enfermarias dos mosteiros abrigavam-se mais os idosos, monges ou viajantes.

A importância dada ao meio ambiente e à doença encontra-se na primeira comunidade médica que surgiu em Salermo. O compêndio “A Flor da Medicina”, frisa a importância de jogos, lazer, higiene, sono e exercícios, além de dietas. Alertam que o intercurso sexual e o banho podem ser prejudiciais – o que mostra a influência da igreja cristã.

Esta é a grande contribuição dos árabes – a ponte entre medicina oriental e ocidental.

Segue-se a isso séculos de silêncio, muito em função da moral cristã. Considera-se o fim da Idade Média e início da Idade Moderna a queda de Constantinopla, morte de Teodósio e o fim do império bizantino, em 1453. A oposição aos dogmas vem de Francis Bacon, (1562-1626), ao criar o princípio de magister dixit – não se pode aceitar como fato científico a mera opinião pessoal.

Já encontramos alguns prenúncios sobre o inconsciente. A ligação e influência da mente sobre o corpo e vice-versa já encontram uma explicação menos mágica. Outras vezes esta ligação é negada.

Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716) cria o monadismo espiritualístico – o ser humano seria possuidor de mônadas - entidades dotadas de força e de unidade como substância não tendo nem nascimento nem fim, geradas por um princípio interno. O começo das mônadas seria a criação. É uma concepção teológica do universo e do homem, porém mais independente.

Vê-se uma tentativa de reconhecimento de que existiria algo mais além do que o homem pensa e sente, algo de que o próprio homem não teria conhecimento. Entretanto ele rejeita a interação entre a mente e o corpo, ambos sendo independentes e autônomos. Tem ainda uma concepção teleológica do universo e do homem. Assim, toda ação tem uma finalidade – conceito aristotélico de que a natureza nada faz sem finalidade. Usando outros termos, Freud iria mais tarde escrever que toda ação tem uma finalidade. A descrição das mônadas inconscientes e conscientes é muito semelhante a que Freud fará no século XX, ao se referir às fantasias, objetos, a formação de um mundo interno, o constante movimento, a energia psíquica ligada aos objetos e fantasias, etc... Temos a impressão aqui que se mudarmos o termo “mônadas" por "objetos", e as forças sobre as quais fala Leibnitz pela teoria dinâmica da Psicanálise, não encontraremos muitas diferenças.

O Século XVIII é a era do iluminismo, a idade da razão, do humanismo incondicional.

Surge o deísmo – Deus é a causa primeira de todas as coisas, a máquina, sobre a qual posteriormente foi incapaz de interferir, sendo irracionais os milagres e as revelações.

A ciência é elevada ao topo, tentando se reduzir todos os processos intelectuais, morais e afetivos ao princípio newtoniano de matéria – espaço, tempo e força. É o aparecimento da máquina, a Revolução Industrial que leva a uma divisão de classes bem delimitada.É a saída da mulher do lar, a sua participação no sustento da casa, a mudança dos papéis masculino e feminino, tudo isso vindo refletir na doença, na sua visão e na cura ou tentativa de cura.

É criada a FRANCO-MAÇONARIA, - uma série de sociedades secretas dos nobres e o dogmatismo cristão continua nas associações dos pobres – o PIETISMO – uma reação contra os padrões escolásticos, e que pregavam o amor ao divino e uma vida mais piedosa. São os Quakers que emigraram para a América.

O iluminismo mexe com os antigos conceitos, e leva a mudanças até então nunca vistas, em todos os sentidos. É a época em que a medicina se desenvolve surgindo as especialidades. As doenças são consideradas como causadas por alterações patológicas anatômicas que trazem os mais diversos sintomas. A influência do meio ambiente e do psiquismo parece-nos que não é levada em conta, apesar do proclamado humanismo.

Os médicos tentam criar um sistema médico-filosófico para classificar as doenças, mas ainda falam de "alma" e não de psiquismo.

Mas já surgem alguns que percebem que "há algo mais".Assim Stahl, citado por Melo (1989) considera que "a vida é atividade da alma e a doença é a conseqüência do mau direcionamento da alma".Ele acreditava que os remédios agiriam principalmente por sugestão, aproximando-se desta forma da importância dada pelos povos antigos da proximidade entre o doente e o que cura e da atual importância que se dá à relação médico-paciente.

Ainda Melo (1989) refere-se a um médico de Leiden, Boerhaave – para o qual a meta principal é a cura do paciente e as observações devem ser feitas não de livros, mas de cabeceira de pacientes.

O desenvolvimento e a educação são impulsionados por Pestalozzi e Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) que passaram a se dedicar às crianças movidos pelo altíssimo índice de mortalidade.

É dada uma atenção especial aos "loucos" daquela época. Eles são acorrentados e servem de atração turística como acontecia em Londres no Bethlebem Royal Hospital e em Paris no Salpetriere.

Phillipe Pinel, um médico francês foi o primeiro que obteve permissão para tirar as correntes de 50 pacientes acorrentados. Afirmou que as doenças mentais eram causadas por alterações patológicas do cérebro. Dedicava se ao estudo do vitalismo – a doença era o resultado de alteração de fibras nervosas, as moléstias agudas eram espasmódicas e as crônicas atônicas, sendo as primeiras tratadas com sedativos e as segundas com estimulantes. Foi o primeiro que fez uma classificação de doenças mentais seguindo uma orientação botânica naturalista.

Vicenzo Chiarugi, apresenta os primeiros trabalhos com diagnóstico e Johann Reil, que vê a força vital como uma interação química entre as substâncias corporais, determina a independência do funcionamento do cérebro.

Mesmer – que alguns consideram ilusionista – defendeu a influência dos astros no comportamento humano e criou a terapia magnética através de imposição das mãos.

Destacavam-se em seu tratamento as tinas – magnéticas – que continham uma mistura de substâncias químicas inócuas; os pacientes ficavam em pé em volta destas tinas, de mãos dadas e em contato com um círculo de ferro. A base do principio curativo era o "magnetismo animal".

Um outro tratamento que instituiu era empregando técnicas francamente hipnóticas. Tocava com um bastão várias partes de corpo inclusive genitais das mulheres, levando o indivíduo a um estado hipnótico no qual era sugerida a cura. A sociedade médica se opôs a este tipo de tratamento, mas isso não impediu que Mesmer adquirisse fama e notoriedade.Não podemos deixar de lembrar que Freud, Charcot e Breuer começaram a tratar as histéricas do século XX usando a hipnose.

O tratamento de impotência era realizado por um seleiro inglês – James Graham, que construiu uma cama – A Cama Celestial – erguida sobre 40 pilares de vidro e na qual aplicavam correntes elétricas nos pacientes.

O avanço da tecnologia leva ao esquecimento, a não percepção destes laços profundos entre a mente e o corpo. O modelo biomédico a cada dia que passa torna-se mais e mais fortalecido.

A mente, nas suas mais profundas motivações à ação, seu sentir e a descarga deste sentir é relegada ao segundo plano ou negada.

Surge o **Estruturalismo** de Wundt, que se ocupa em estudar as experiências conscientes ou imediatas. A única forma de se ter conhecimento do que ocorre com o sujeito é através de auto-observação ou introspeção. Os sujeitos das experiências eram treinados para discernir nos mínimos detalhes os efeitos de estímulos.

O sistema de Psicologia americano**,** - a cultura dos colonizadores e que se mantém até hoje visando a prática, o crescimento fez surgir o **Funcionalismo**, que se baseia no pragmatismo, evolucionismo, esquece o homem e apenas vê o que ele produz e a forma como consegue vencer na vida. O seu antecedente é o darwinismo, e sua teoria de evolução das espécies, a seleção natural. Darwin observou o crescimento do seu próprio filho e o descreveu em Esboço Biográfico de um Bebê, que pode ser considerado o precursor ou pioneiro de psicologia infantil.

Assim os funcionalistas se preocuparam com as diferenças individuais – as psicologia diferencial ou individual – as necessidades de adaptação ao meio, da evolução da mente humana desde o nascimento. É com o funcionalismo que começaram a aparecer os testes sobre os mais diversos aspectos de comportamento ou sentir humanos. As motivações que levam a agir desta ou daquela maneira, o adoecer não são considerados.

Segue-se a ele William James (1842-1910), que define a Psicologia como "estudo da pessoa viva enquanto se adapta ao seu meio". Ressalta a importância do meio ambiente e a necessidade do homem de se adaptar ao meio em que vive – pragmatismo**.**

Temos ainda o **Behaviorismo ou Comportamentalismo**, a Psicologia sem Alma como passa a ser conhecido por negar a existência de um “inconsciente”, de algo mais “humano” que nos levaria a nos diferenciarmos um do outro. Reduz a vida, evolução do HOMEM a uma questão de estímulo-resposta.

A frieza desta teoria nos leva a pensar se o “holding” (Winnicott), se “aquele brilho no olhar” (Kohut), não poderiam ser os estímulos dos behavioristas? Mas o reflexo ou o instinto, pela forma de ação, pela apresentação tal como o vemos não é a mesma

coisa? Onde estaria a diferença? Na linguagem? No conceito? Não seria uma questão tautológica?

O século XIX vai se caracterizar pela classificação de doenças e suas causas biológicas. A fisiologia é cada vez mais esmiuçada e acompanhada timidamente pela farmacologia. A constelação familiar muda e aparecem novas doenças, principalmente mentais como resposta a esta mudança.

Entretanto, apesar de tecnologia cada vez mais florescente, já surgem alguns médicos ou pensadores que acreditam que existe "algo mais".

CARL CARUS, um médico alemão considera que existe uma força biológica que move o ser humano, e que esta força é inconsciente. Haveria duas camadas: uma, a camada geral absoluta, subjacente aos processos corporais e outra consciente relativo , que conteria idéias e sentimentos que um dia foram conscientes .

Um outro médico, também alemão EDUARD BENEKE, fala que as idéias anormais podiam ser simbolizadas e transformadas em reações corporais. Vemos que surge aqui a primeira idéia psicossomática. A importância que Beneke dá ao atendimento do paciente sob forma de relação e de ouvi-lo, de compreensão das idéias anormais, é a raiz da psicoterapia posteriormente desenvolvida.

JOPHANN CRISTIAN HEINROTH , divide a mente em uma camada inferior, a instintiva, a camada intermediária ou camada de conhecimento, inteligência e consciência e uma camada superior que esta acima de nós .

HEINRISCH NEUMANN – fala em impulsos sexuais não satisfeitos que podem gerar ansiedade.

Aos poucos começa a se pensar no HOMEM como portador de um mundo interno que ele mesmo não conhece – o inconsciente.

Entretanto foi apenas nos fins do século XIX e início de século XX que se dá o casamento entre o meio ambiente e o mundo interno do ser humano. A explicação é trazida pela psicanálise, mais precisamente pelo seu fundador, Sigmund Freud. Freud, 200 anos depois dá a mesma importância ao meio – mais precisamente a relação que se estabelece desde a mais terna infância De uma maneira genial casa o FORA com o DENTRO.

Vamos esmiuçar um pouco esse casamento. Ao falarmos em tratamento de depressão ou fobias com técnicas de contra-condicionamento, as explicações podem ser

duas: a primeira, a situação de condicionamento ,como é visto pelo Comportamentalismo, levaria a perda de medo ou depressão; a outra, a das escolas de psicologia profunda, falaria em reinstalação, resolução de conflito e fortalecimento dos objetos bons internos, à medida que a presença de terapeuta e a sua aceitação dos fatos poderia levar a uma reestruturação do mundo interno. Sem levar em consideração maiores explicações psicodinâmicas, as duas técnicas têm uma coisa em comum: a presença regular do terapeuta. No caso do Behaviorismo temos estímulos positivos; no caso de psicanálise temos as interpretações. É a presença do terapeuta em ambas as técnicas, que ouve ou a presença do terapeuta que elogia e dá prêmios? Qual é a diferença? Será que a resposta não poderia ser a vivência pelo paciente de que está sendo aceito com todas as suas coisas boas e ruins, e SÓ e SÓ isso poderia estar levando a um fortalecimento dos objetos bons e resolução dos sintomas apresentados.

Atualmente podemos considerar que existem três correntes quanto à formação de doenças e, por conseguinte o seu tratamento.

A corrente biológica – **O BIOLOGISMO –** muito forte e atuante nos dias de hoje, conseqüente a aumento demográfico e a sociedade cada vez mais conturbada e narcísica que demanda soluções rápidas. O desenvolvimento vertiginoso da tecnologia e farmacologia faz surgir as pílulas de felicidade como Prozac e outros.O desenvolvimento da indústria, a avidez dos lucros levam a uma verdadeira fábrica de sedução dos que poderão prescrever.O acadêmico de medicina é bombardeado pelos propagandistas assim que começa a sua formação.Já proveniente de uma cultura que tende a fugir da visão do HOMEM e da sua DOR, prefere o empírico e experimental, até como uma fuga da possibilidade de se perceber a si mesmo no OUTRO.

O oposto a esta corrente seria o **PISOLOGISMO**.Vimos acima que o ser humano sempre suspeitou de que existia algo que ele ignorava e que dirigia seus atos e pensamentos. Este "algo" variou desde transgressão dos mesopotâmios, o pecado cristão, e o inconsciente de nossos dias.

A ligações entre o soma e a mente foi clarificada e explicada pela psicanálise. Hoje, muitos já consideram como psicossomáticas todas as doenças, inclusive as mentais, uma vez que a alteração fisiológica e bioquímica se segue a conflitos internos conseqüência do modus vivendi externo. Se por um lado a genética está evoluindo – fala-se em genes de alcoolismo, de esquizofrenia, de câncer – não podemos negar a influência

do meio ambiente , da personalidade – esta por sua vez formada a partir da díade mãe/filho – como participante da doença, física ou mental que surge.

Na carta 52, em Correspondência a Fleiss,(Jones,E.1961) encontramos o seguinte trecho : " ...a hipótese de que nosso mecanismo psíquico tenha se formado por um processo de estratificação: o material presente em forma de traços da memória estaria sujeito, de tempos em tempos, a um rearranjo segundo novas circunstâncias – a uma retranscricão".

Ora, será que essas novas "circunstâncias" não poderiam ser consideradas como os estímulos advindos do meio ambiente, levando a comportamentos socialmente condicionados, segundo o Behaviorismo??? Vemos aqui, que o problema criança/indivíduo versus meio ambiente, traz como resultado um comportamento igual tanto para os Behavioristas como para os Freudianos. O que muda é apenas o PORQUÊ.

Se existem os biologistas que SÒ acreditam no físico e no fármaco, existem também apenas os psicologistas, que acham que TUDO é psicológico e somente assim pode ser tratado. Ambos pecam pelo excesso.

A fuga para a medicina alternativa, o ensino cada vez maior de psicologia médica na qual se valoriza o papel da relação médico-paciente, levam-nos a acreditar na necessidade de se juntar as duas correntes para entender melhor a doença e o doente de hoje.

Atualmente se fala na interação entre hereditariedade versus meio. Não resta dúvida que a hereditariedade desempenha um papel importante. Porém a mesma hereditariedade não pode ser levado ao extremo de se falar em genes de alcoólatra, gene de homossexual, etc... Se fosse uma questão apenas de hereditariedade, de que forma alguns alcoólatras se beneficiariam com AAA , e os portadores de neoplasias com grupos de ajuda e psicoterapias?

A imagem do médico da família – aquele que vê o homem e seu meio, que é padre, juiz, conselheiro e "bronqueador" – é pouco encontrada atualmente, apesar de já se sentir um movimento nesta direção em algumas faculdades de medicina.

O HOMEM/MÉDICO está cada vez mais sentindo a necessidade de ver o HOMEM/PACIENTE. Provam-no a demanda cada vez maior de psicologia dentro de serviços médicos. Apesar de este fato deixar-nos uma pergunta – por que o médico não pode ver e fazer? Seria um retorno ao médico de família. Entretanto, a participação da psicologia já é um progresso existente.

Para terminarmos esta breve introdução quanto a mente/corpo não podemos deixar de citar Elisa M. Parahiba Campos (1998), que nos conta uma situação ímpar e dificilmente encontrada : a de um médico de periferia, que nas palavras da autora " teve a humildade de reconhecer que existia alguma coisa com a qual ele não estava podendo lidar, ou seja, o sofrimento das pacientes mastectomizadas...". Este médico escutou a palestra da autora, num Congresso, e a convidou para falar sobre o mesmo assunto no Posto de Saúde no qual atendia. Como seria bom se todos nós pudéssemos ter este tipo de experiência.

2.2. O CORPO NA PSICANÁLISE

Os conceitos mágicos quanto à doença, aos poucos foram sendo substituídos por estudos mais científicos. Nos meados do século XVII já se começava a fazer uma ligação entre a mente e o corpo. Entretanto, quem deu forma e explicou essa ligação mente/corpo, a influência de uma sobre outra, foi **Sigmund Freud**, no final do século passado e início deste.

Assim, Freud (1923;1980) diz que o inconsciente mergulha suas raízes no soma, dando, com esse conceito, o primeiro passo na direção de um interdependência do corpo com a mente.

Posteriormente, Freud (1923;1980) refere que o afeto pode se transformar pela conversão, deslocamento ou simplesmente ficar suprimido. A supressão em si foi pouco desenvolvida por Freud, mas o "solto", não ligado, precisava de alguma forma se descarregar. Assim, considera que o ego, antes de tudo, é um ego corporal, ou seja, já considerando que existe uma a ligação mais estreita entre a mente e o corpo, do que se supunha até então.

Freud (1925;1980) desenvolve mais a questão em 1925, referindo que a angústia surgiria nos momentos da crise, resultante do excesso de situações traumáticas passadas, revividas no presente. Assim, é o primeiro sinal de que algo não vai bem, e o destino desta angústia seria: a) repressão, quando o ego, para se defender de sensações dolorosas, reprime-a, e se liga a representações menos sofridas, dando origem a fobias; b) poderia permanecer flutuante, surgindo ou se acentuando diante de qualquer conteúdo representativo, dando origem a neurose de angústia; c) ou nos casos de falharem os mecanismos acima, daria origem a doenças somáticas.

Federn, apud Mello (1988) em 1913, foi o primeiro a apresentar um caso clínico, de ligação mente - corpo (um paciente portador de asma brônquica), na Sociedade Psicanalítica de Viena.

Assim a idéia inicial de Freud de que a psicanálise só serviria para tratar das neuroses, nos seus trabalhos posteriores é revisada e passa a considerar que existem vínculos muito fortes entre a psique e o corpo.

Groddek (1917;1992), médico alemão e conterrâneo de Freud, clinicando em Baden-Baden, tenta entender o que a doença, com seus sintomas, quer comunicar. Refere que existe uma linguagem corporal: o paciente comunicaria pelos sintomas o que se passa com ele, e se esta linguagem for interpretada adequadamente a ajuda torna se total. Assim,

toda doença física seria também doença psíquica, e o homem em sendo um todo, inserido nas condições de sua existência, os sintomas/doença expressariam as suas dificuldades do momento. A doença seria um recurso para atingir determinados fins, inclusive a morte, quando esta se torna mais atraente do que a vida, ou para evitar um mal maior, como é o caso do soldado que adoece para não morrer no front.

Groddek (1917) parte do inconsciente, como é definido por Freud, e refere que o mesmo se manifesta nos símbolos que envia ao consciente ou ao corpo. Toda e qualquer manifestação humana, desde sonhos, sintomas e doenças, seria formada por símbolos fazendo parte da cultura. Assim, toda cultura teria as suas doenças e a maneira de tratá-las. O símbolo da doença é econômico – faz ao mesmo tempo sofrer e consolar. Assim, apenas os homens muito sensíveis adoeceriam, sendo a doença uma manifestação da vida. Em outros termos, é o que diz a sabedoria popular: "vaso ruim não quebra". Considera a doença como produto de condições de vida do indivíduo. Considera que se dermos condições adequadas de vida ao indivíduo, simples, facilmente controláveis, regulando-se as coisas básicas, como comer, beber, dormir, as possibilidades do aparecimento da doença são bem menores. Fala que os hábitos são sempre perigosos inimigos do ser humano, e levanta a hipótese de que se soubéssemos como o OUTRO vive, poderíamos mudar o que deve ser mudado, e que apesar disso já ser um fator de sucesso, não deveríamos esperar a cura total, uma vez que o ser humano se curaria usando as suas próprias forças.

Groddek (1917) diz que toda doença ou acidente têm uma significação; que o Id utiliza a doença para alcançar certos objetivos.. Vê no conflito a fonte do símbolo. Faz uma relação entre o sonho e a doença e, da mesma forma que o sonho, a doença apresentaria um conteúdo latente e outro manifesto. Como exemplo cita a hemoptise, que

seria o conteúdo manifesto e a tuberculose, o conteúdo latente. Percebe a ambivalência do paciente em relação a doença e o lucro que ela lhe traz. Já naquele tempo, dizia que é um erro considerar que o paciente vai ao médico para sarar; ele tem apenas uma parte do seu Id disposta para isso; a outra teima na doença e espreita a oportunidade de obrigar o médico a prejudicá-lo. Vemos nestas considerações a importância, já dada naquela época, a relação médico/paciente.

Atualmente se estuda a importância e o significado dos sintomas do paciente para aquilo que o cerca. É Dejours (1988), quase 50 anos após a morte do Groddeck, que faz uma colocação semelhante à medida que sugere que sempre se faça a pergunta: a quem interessa o fato do paciente adoecer. A importância que Groddek dava ao meio ambiente foi posteriormente desenvolvida por Winnicott (1988), Bergeret (1974;1988), Kohut (1977;1988) e outros.

A Escola de Chicago é representada principalmente pelo F. Dunbar (1958;1989) e Franz Alexander (1987;1989) que estabeleceu uma relação entre determinados tipos de personalidade com conflitos específicos e o surgimento de doenças psicossomáticas diante de circunstâncias ambientais traumatizantes. Segundo estes autores o indivíduo teria duas formas de reagir: 1) por meio do sistema nervoso voluntário, levando à histeria de conversão; 2) por meio do sistema visceral, neurovegetativo, levando a alterações somáticas.

Estes psicanalistas classificam as doenças psicossomáticas em dois tipos: 1) as que são expressão de tendências agressivas bloqueadas, como hipertireoidismo, enxaqueca, hipertensão, artrite, neurose cardíaca, diabetes e outros; 2) doença provocada por excessiva dependência, sentimentos de inferioridade e conseqüente busca de apoio como seria o caso de úlcera gástrica e outras. A doença surgiria toda vez que uma

determinada personalidade se encontrasse na presença de uma situação exterior que mobilizaria seus conflitos primitivos e suscitaria as defesas elaboradas contra elas. Se manifestaria portanto dentro de determinadas situações sem as quais não haveria o sintoma. Assim, a impossibilidade de reagir externamente levaria o indivíduo a descarregar suas emoções no corpo.

Não encontramos na obra destes autores nada que falasse a respeito de neoplasias.

Na Escola Psicanalítica de Paris se destacam Pierre Marty, M. de M´Uzan, e Fain entre outros.

Marty (1990;1993) retoma o conceito freudiano de que a angústia corresponde a qualquer tensão psíquica acumulada. Para se livrar desta angústia o ego a liga a representações inocentes recalcadas, dando origem a sintomas neuróticos como fobias e outros, ou a descarrega em um segmento de corpo dando origem à sintomatologia somática.

O paciente psicossomático apresentaria uma estrutura peculiar – um corte psíquico que o impediria de fazer ligações com o inconsciente. Enquanto o neurótico possui esta ligação bem sólida, fazendo associações com facilidade, buscando no passado remoto ou mesmo recente as causas de suas angústias, o psicossomático não o consegue, atendo-se ao superficial, lógico, concreto, como se não existisse um passado que pudesse se ligar ao presente. Este tipo de funcionamento e de pensamento Marty (1990;1993) chama de operatório. É um pensamento ou comportamento, formal, lógico, dessexualizado, super-adaptado ao meio.

A organização mental do psicossomático é pouco genitalizada, devido a existência de carências narcísicas arcaicas, ocorridas anteriormente às possibilidades de

expressão mental. Assim, os seus objetos internos são opacificados, negados, esvaziados de sentimentos. Existe uma fixação, a nível narcísico, e uma fusão do sujeito com o objeto que torna impossível qualquer relação objetal verdadeira. A identificação total com o objeto leva o portador de personalidade psicossomática a compreender o outro como uma reduplicação projetiva de si mesmo.

Após uma situação traumática há uma regressão do Ego a um nível defensivo primitivo com fortes tendências autodestrutivas, relacionadas com instinto de morte, surgindo então a doença. A desorganização psicossomática só se inscreve como negativo da pulsão de vida. O ego assim tem um tentáculo no soma podendo num determinado momento regredir parcialmente e é este modo de expressão que utiliza a linguagem corporal.

Sob o ponto de vista econômico, a libido objetal é transformada em libido narcísica, como nos estados limítrofes, sendo a regressão psicossomática muito mais avançada em direção aos primórdios do desenvolvimento.. A linguagem psíquica é transformada em linguagem somática, não existindo a simbolização, nem sexualização, contrariamente a do histérico no qual é simbolizada e sexualizada, sempre em estreita relação com o registro mental. Assim, a estrutura do paciente psicossomático se caracterizaria por um corte psíquico uma falta de ligação com o inconsciente. Marty (1990;1993) descreve duas formas de distúrbios psicossomáticos:

a) relacionada ao conflito anaclítico, levando a uma desorganização global, mas limitada no tempo e sempre rica de um potencial libidinal reorganizador, que constitui as regressões. É aquela que levaria o paciente a expressar doenças psicossomáticas de resolução relativamente fácil através de psicoterapia ou mesmo com mudança do ambiente no qual o indivíduo está inserido.

b) a chamada de desorganização progressiva, que seria um movimento patológico isolado, parcelar e contínuo, em geral definitivo ao qual não se opõe ou bloqueia um sistema regressivo válido. O indivíduo todo é submetido a processo de desorganização, desde psíquico como somático. O superego perde sua função habitual é e substituído por um ideal de ego arcaico, projetado no OUTRO que leva o indivíduo a um aumento de frustrações e, por conseguinte a feridas narcísicas cada vez maiores. A regressão do Ego é maior, atinge níveis mais arcaicos de desenvolvimento do que no primeiro caso, ocorrendo num nível defensivo mais primitivo, com fortes tendências auto-destrutivas, relacionadas com instinto de morte.

Marty (1990;1993) ainda fala a respeito de depressão essencial, que seria uma depressão sem objeto, por conseguinte sem sentimentos de culpa, predominando sentimentos de desvalia e feridas narcísicas constantes, num aumento progressivo até levar a morte. Há uma total falta de funcionamentos mentais, iniciativa, entusiasmo, levando o indivíduo a parecer normal. Os mecanismos como introjeções, projeções, deslocamentos, e outros são escassos.. O paciente não vive, por assim dizer. Não existe a idéia de suicídio nem culpa, nem capacidade de se adaptar a novas situações. É como se houvesse uma baixíssima pressão dos instintos de vida, o paciente apenas passando pelo momento presente. A angústia que se observa é a angústia de depressão, mas no fundo a angústia do vazio, nunca muito profunda, mascarada em geral por uma euforia. Marty (idem) considera que este ego, num momento angustiante pode fazer um retorno parcial a um modo de expressão que se utiliza da linguagem corporal. O sintoma psicossomático seria em última instância um acting out.[4], uma forma primitiva de comunicação. A desorganização psicossomática só se inscreve como negativo da pulsão de vida.

---

[4] Acting out - Termo usado para designar as ações que apresentam um caráter impulsivo, relativamente em ruptura com os sistemas de motivação habituais do sujeito, representando o retorno do recalcado.

Bergeret (1974;1988) dá muita importância a relações de objeto anaclíticas, que são organizações limítrofes. Os grandes somatizadores seriam portadores destes traços de personalidade, que se caracterizariam por uma grande dependência da realidade exterior e dos objetos, bem como da distância que eles mantêm para com eles, esperando passivamente a demanda do OUTRO, aceitando manipulações muito mais agressivas, evidentes ou não do OUTRO. Bergeret a compara a uma situação na qual um cachorrinho é levado pela madame para passear, mas não se sabe quem no fundo leva quem.

A melhor descrição de como se formam estas personalidades, ainda encontramos em Bergeret (1988;1974)). Refere este autor que a fórmula aplicável aos pais de anaclíticos é o que comunicam à criança : de que se permanecer junto deles nada de ruim lhe acontecerá, o que significa que a criança não pode deixá-los senão correrá grande perigo. Também os pais são insaciáveis, sempre querendo o melhor com promessa que depois vão amá-lo ainda mais, o que jamais acontece.

H. Deutsch (1967) descreve este estado no companheiro cuja dependência se traduz na vital necessidade de proximidade física.

A vida de relação consiste mais em fazer o bem para conservar o amor e a presença do objeto do que "com culpa por haver feito o mal". O ego é relativamente frágil, tem dificuldades de tolerar frustrações, levando o indivíduo a lutar constantemente contra a depressão, tornando-se disponível e adaptável a qualquer situação, como também a passar a vida em constante atividade.

Kernberg (1967;1989) desenvolve as teorias em torno do ego anaclítico. Fala na existência de dois setores operacionais: um adaptado a uma realidade exterior, e o outro funcionando de uma forma mais autônoma em relação a esta realidade, fixado às necessidades narcísicas internas, ao anaclitismo assegurador. O ego desta forma teria dois

registros: um adaptativo – a uma realidade onde evitaria qualquer ameaça relacional, quer seja narcísica ou genital e outro registro anaclítico, desde que apareça uma possibilidade de ameaça de perda de objeto. Assim, num momento de dificuldade, esse ego pode retornar a um modo de expressão somática.

Enquanto na neurose o principal mecanismo de defesa é a repressão, na organização limítrofe é a evitação, forclusão[5], reações projetivas[6] e clivagem[7]. Os seus objetos internos no anaclítico são sentidos como persecutórios, mas não com a mesma intensidade do paranóico. Desempenham um duplo papel: superego auxiliar e ego auxiliar, proibidor e protetor ao mesmo tempo. O superego é muito imperfeito, organizando-se a personalidade em torno de Ideal do Ego, pueril, gigantesco, hipertrofiado.

Dejours (1988) refere que o paciente psicossomático é portador de neuroses de comportamento e de caráter. Engloba estas duas categorias sob o termo de caracterose, sendo seus portadores chamados de caracteropatas, e que se caracterizam em o indivíduo não apresentar um sintoma isolado, mas traços de caráter e modos de comportamento, egosintônicos. Seria, portanto, uma organização patológica da personalidade.

Comparado com o neurótico, este último pode apresentar esporadicamente uma descarga somática, provavelmente devido a falhas do ego, enquanto no caracteropata a sintomatologia é permanente. Dejours (idem) continuou desenvolvendo os conceitos freudianos de angústia – um sinal de acúmulo de tensões. No psicótico a angústia vem de fora, conseqüência de projeção de seus perseguidores internos, sinal que ainda tenta se defender da aniquilação do SELF. No neurótico a angústia é representada e simbolizada.

---

[5] Forclusão - termo introduzido por J. Lacan,; significa rejeição primordial de um "significante" fundamental (p.ex. o falus, significante de castração), para fora do universo simbólico do sujeito. Por para fora a representação de uma idéia insuportável.

[6] Projeção – por para fora, no OUTRO, o que incomoda dentro;

[7] Clivagem – o mesmo objeto, é dividido em dois, BOM e MAU, totalmente separados.

A angústia do caracteropata, que nos interessa no presente trabalho, não é nem representada nem simbolizada. É, sim, semelhante à angústia do recém-nascido que apresenta reações inespecíficas (viscerais, motoras e endócrino-metabólicas) diante das excitações do meio ambiente, e que significa no adulto um retorno a um regime de funcionamento que existiu no passado somático de todas as pessoas. É esta angústia que encontramos em caracteropatas, que nos leva a deduzir que existe um defeito na sua organização mental, que os leva a descompensação através de somatizações – é a inorganização mental, a caracterose.

É isso que explica a aparente tranqüilidade, suavidade do paciente quando apresenta a doença. Quando são, tem alterações de humor, de comportamento, psicológicas e, ás vezes, um pouco antes de adoecer a depressão, que Marty (1990; 1993) chamou de depressão essencial.

Dejours (1988) discorre sobre os conceitos de Freud quanto ao inconsciente primitivo e inconsciente recalcado. O último viria à tona através de mecanismos que Freud chamou de retorno de recalcado, e é o mecanismo usado pelos neuróticos. É o inconsciente primitivo que nos interessa na psicossomática.

No indivíduo dito normal o inconsciente é contido pelo consciente. No neurótico, além do consciente, a cisão é sustentada pelo inconsciente e pré-consciente, bem sólidos. Já nos não neuróticos e nos candidatos a somatizações, a estabilidade dá-se pelo consciente, pois o sistema inconsciente e pré-consciente são mal estruturados, de onde existe menor capacidade de tolerar pressões. Enquanto o neurótico diante do estímulo externo reage buscando respostas no seu pré-consciente e inconsciente recalcado, o psicossomático apresenta uma pobreza do recalcado, conseguindo descarregar a excitação no soma, advindo daí a doença. Diante do inconsciente primitivo, opondo-se a ele e o contendo desta forma, formando uma parede, temos o pensamento consciente,

lógico, concreto, que não deriva de associações mas de uma aprendizagem intelectual. Estes dois tipos de funcionamento, independentes um do outro se dariam graças a clivagem, spliting – o resultado de separação entre dois registros, um dominado pelo processo secundário e outro por um processo lógico que confere às associações um caráter estritamente intelectual, impessoal cortado do inconsciente.

Tanto Dejours (1988) como Marty (1990;1993) falam de uma zona de maior fragilidade em contato com as instâncias: a Zona de Sensibilidade. É esta zona que entra em contato com a realidade, e é muito pouco protegida pelo consciente e pré-consciente, e está separada da realidade por um mecanismo de negação. É só quando esta negação se mostra falha que entra em funcionamento o resto do aparelho psíquico.

No caso de neuróticos a destruição da negação pela realidade desencadeia uma sensação, que por sua vez conduz à percepção, que tem como conseqüência a busca de traços mnêmicos e formação de sintomas neuróticos.

No caso de não ser possível esta percepção e a conseqüente busca de respostas no sistema mnêmico, surge uma perturbação relativa ao inconsciente primário, que reage ou com uma descarga que tanto pode ser através de musculatura estriada (movimentos ou comportamentos automáticos) ou ataques à realidade e fuga, ou por último, quando a excitação não pode ser absorvida pelo pré-consciente é descarregada diretamente para o exterior – atuação, comportamento inadequado, violência, e cuja vantagem é manter a cisão intacta.

A terceira saída, a que leva a alterações somáticas, é a destruição da clivagem. O resultado desta excitação não mentalizada e não descarregada é o trauma[8]. A excitação penetra na via neuro-endócrino-visceral desencadeando a angústia, que por sua vez leva à

formação de sintomas físicos. Assim são freqüentes as alternâncias entre a angústia automática e atuações. No fracasso de violência, comportamento anti-social, o caracteropata pode reagir somatizando a sua violência. Isso explica por que em plena crise o caracteropata parece gentil, pacífico e normal.

Dejours (1988) dá importância à memória, que considera como uma continuação do ego. Quando o esquecido é restituído e lembrado, ele vem deformado.

Enquanto o neurótico usa o recalcamento para lutar contra as lembranças angustiantes e conservar no seu inconsciente as marcas do vivido, o psicopata e o caracteropata são mais objetivos e toda a realidade – repudiada ou reprimida – não é vista.Com isso as recordações são precisas, secas, sem nenhum conteúdo afetivo, sem nenhuma possibilidade de associação, existindo uma distância radical entre o processo secundário e processo lógico racional. O pensamento operatório, como o comportamento operatório, seria assim uma defesa contra o encontro com a realidade.

Dejours (1988) considera que é o sistema imunológico que se encarrega de delimitar e proteger o self. Cita Leibovitz, o qual propõe a existência de redes de comunicação dentro de sistema imunitário que teriam todas as características de um sistema lingüístico. O sistema imunológico possuiria uma representação do Mundo Externo no self. Assim, para responder corretamente ao não self o sistema deve reconhecer o self. O reconhecimento do self é o resultado de uma aprendizagem. Ocorrendo isso, o sistema teria como propriedade a especificidade das respostas. As experiências e os estímulos realizam uma seleção, estabelecendo certos comportamentos semelhantes, que vem a ser a estabilização seletiva de Changeux (apud Dejours, 1988). Por sua vez o sistema imunológico esta ligado ao Sistema Nervoso Central por via

---

[8] Trauma = Acontecimento da vida do sujeito que se define pela sua intensidade e pela incapacidade do

endócrina e nervosa e a aprendizagem seria a capacidade do organismo de adquirir novas aptidões para responder às relações que estabelece com o meio. Em última instância a aprendizagem é um processo que resulta da interação inscrito no código genético e as interrogações provenientes do meio. Alguns destes programas são para o crescimento ósseo, funções hepáticas, etc., outros são de aprendizagem cognitiva, que dura até a morte. A realização destes programas não exige investimento libidinal o que nos leva a concluir que cada um destes programas traz em si mesmo a energia necessária a sua realização. Desta forma a relação entre a pulsão e o programa somático é de apoio e não de continuidade. A energia não está incluída em estado latente no próprio programa, mas nasce da interação com as interrogações do meio ambiente. Assim, não havendo a interrogação do meio ambiente não há aprendizagem. A energia é o resultado deste encontro.

A maturação psíquica é uma conseqüência do armazenamento de experiências. No paciente psicossomático esta memória não existe, ou melhor não entra em contato com o consciente, o qual então não tem condições de buscar respostas previamente aprendidas quando se encontra diante de estímulos externos, surgindo uma repetição estereotipada da realidade externa. A memória e consciência são assim incompatíveis para o psicossomático, o que leva a uma desorganização física. Enquanto o neurótico se perde, se desorienta na sua história pessoal, o caracteropata ou o paciente psicossomático apresenta uma neurose de angústia – vivida no atual sem se ligar ou mergulhar na história, o que leva a surgimento de doenças ou recaídas de doenças já estabelecidas, crônicas.

A longa depressão que precede o surgimento dos sintomas somáticos é conseqüência de uma repetição dolorosa e angustiante de sua continuidade, história e

---

sujeito em reagir a ele de forma adequada.

memória. Esta ruptura que ocorre pode levar alguns a uma reestruturação e a volta ao normal; em outros transformar-se em um estado patológico somático crônico, ou recidiva do estado já existente.

Dejours (1988) considera que a alteração imunológica é decorrente da perda de objeto, seja edipiano ou pré-objetal. Enquanto no neurótico há o luto e a sua elaboração, no psicossomático esse luto não ocorre. O objeto externo do psicossomático é uma parte dele, idealizada da qual apresenta uma dependência total. Com a perda o funcionamento mental entra em colapso e o sistema imunológico fica paralisado, sem reação ou incoerente nas respostas como se sua memória estivesse perturbada ou atingida pela apraxia. O sistema imunológico assegura e supervisiona o encontro do self com o meio ambiente, protegendo o self das agressões, garantindo a sua unidade e especificidade com relação a tudo que o cerca. No paciente psicossomático, o sistema imunológico não reage corretamente. Solicitado pelo meio, ele se deixa invadir e em seguida reage de modo inadequado, como se tivesse perdido sua memória. Conclui assim que a depressão essencial – perda de memória e de história – encontra-se associada a uma depressão do sistema imunológico.

A forma clínica mais grave é a confusão mental, na qual todas as funções viscerais, cognitivas e psíquicas são incoerentes.

Dejours (1988) considera o sonho como organizador psicossomático. O sonho é o enriquecedor do inconsciente, ampliando a memória psíquica, e é o construtor do inconsciente recalcado. Sabemos que, enquanto os neuróticos sonham muito, os caracteropatas sonham pouco e se o fazem não lembram o que sonharam.

Vemos assim que, de acordo com a circulação entre os diferentes níveis do aparelho psíquico, (consciente, pré-consciente, inconsciente reprimido e inconsciente recalcado) podemos ter neurose, psicose, acting out e SOMATIZAÇÃO.

No caso do sujeito psicossomático haveria uma incapacidade, de retorno do recalcado. O consciente, o pensamento operatório, constituiriam um dique contra qualquer estímulo externo, impedindo qualquer interrupção deste inconsciente primário. O encontro com a realidade, a impossibilidade de trazer à tona o inconsciente recalcado podem levar o caracteropata, para fugir da desestruturação e loucura, a utilizar um comportamento violento ou a desorganização somática, ou seja, a doença. É este o fator que explica a normalidade, calma e o comportamento pacífico do paciente psicossomático.

O caracteropata, que atua, destrói a fonte de percepção, organização e mentaliza a realidade pela violência. Já o caracteropata que somatiza, respeita a realidade e a fonte de excitação, neutralizando dentro de si os afetos que reagem à situação excitante, transformando a sensação em excitações indiferenciadas, não se dando a descarga pela atuação violenta mas através de vias automáticas – motricidade automática, visceral e funções endocrino-metabólicas. Um obstáculo à atuação/organização violenta, é a repressão de sensação/organização de realidade, e cuja conseqüência é a desorganização do corpo biológico. O paciente psicossomático para degradar a sensação utiliza a REPRESSÃO. O ataque dirige-se assim diretamente à fonte do instinto antes mesmo que haja a percepção e este instinto é descarregado imediatamente no soma, não existindo nenhuma participação do sistema pré-consciente ou inconsciente recalcado. Dunbar (1958) foi o primeiro a descrever este tipo de somatização.

O somatopata exerce, assim, uma atividade repetitiva e estereotipada, até que ocorre uma paralisia mental mais forte que a estimulada pela realidade, quando surge a

crise, ou sob forma de angústia ou desencadeando um ataque agudo no caso de uma afecção preexistente. Muitos pacientes desencadeiam ativamente a somatização, como uma forma de fugir a atuação violenta.

Em suma, qualquer que seja a manifestação somática, ela é resultado da estimulação dos instintos devido a um encontro com a realidade que ignora a negação que recobre a zona da sensibilidade do inconsciente.

Ainda segundo Dejours (1988) é somente respondendo, a quem interessa ver a violência do paciente ultrapassar seus limites ou em ver o paciente doente, é que poderemos decifrar o sentido oculto da descompensação. Esta descompensação, por sua vez, ocorre quando uma relação inter-subjetiva é desestabilizada ou pela perda ou pelo encontro de um objeto.

O trauma na fase pré-genital depende da intensidade do mesmo, do modo como o ego recebe este trauma e das defesas que o ego pode usar. Ocorre, assim, no início da fase edípica um congelamento da evolução libidinal e, por conseguinte uma fixação pre-objetal. Dejours (1988) atribui à economia familiar a origem da escolha das defesas. Fain, apud.Dejours,(1988) busca o motivo de determinadas estruturas. Assim refere que quando a criança corre o risco de encontrar na realidade certas provas que sua própria mãe não simbolizou, recebe desta um modelo de identificação que retoma por sua própria conta, pois renunciando a manipular essas interrogações protege a mãe da descompensação. Assim a clivagem e a negação transmitem-se mais pelo não dito, não simbolizado e não representado dos pais.

Guir (1983)**,** Massota (1970) e outros citando **Lacan**, referem-se ao conceito de significante e significado. O significante seria o estímulo externo, despertando no indivíduo o significado que se manifestaria ou através de um sistema neurótico ou através

de fenômeno psicossomático. Considera que antes do fenômeno psicossomático sempre houve um sintoma psíquico. Assim o sintoma físico, nos paciente seria ligado a um conjunto psicológico particular. Num primeiro momento traz à tona o neurótico; no seu reaparecimento (do significante), põe em marcha o conjunto fisiológico, de modo exagerado, surgindo o fenômeno psicossomático.

Para entender o significado da doença Lacan, apud. Guir, (1983) leva em consideração a história do indivíduo, o contexto familiar, identificação ou mimetismo nome dos medicamentos (detectar o significante), identificação primaria oral, sonhos, circunstâncias de reaparecimento, remissão e mudança de localização. Segundo Lacan, são duas as circunstâncias que agem na formação do fenômeno psicossomático: 1) separação brusca de alguém querido, principalmente na fase de amamentação; 2) posteriormente, já adulto, a separação se repete ou um conjunto de significantes particulares o lembram ao sujeito. Após estes fatos é que surgiria a doença ou a lesão, em geral até um ano após a repetição dolorosa de separação.

Joyce McDougall (1992), refere que os sintomas psicossomáticos constituem uma forma primitiva de comunicação. Esta comunicação por sua vez é conseqüência de como a mãe aceita as manifestações da criança. A mãe é o destinatário externo das angústias do bebê e é a sua capacidade ou não que vai modificar o sofrimento físico ou psíquico do bebê, construindo para ele a realidade externa. Dá importância primeiro á linguagem corporal, sem a presença do OUTRO, depois à linguagem propriamente dita, à medida que o OUTRO surge e é capaz de entender o que a criança comunica. A incapacidade do OUTRO em compreender a linguagem da criança, leva esta criança a formar um futuro somatizador.

Winnicott (1966) considera os sintomas físicos como conseqüência de uma cisão na organização do ego do paciente, ou dissociações múltiplas o que seria a verdadeira doença do paciente.

Pediatra dedicou toda a sua vida ao atendimento de crianças, baseando suas teorias na observação do ambiente, do sintoma e vivencias e relacionamentos dos seus pequenos pacientes.

Valoriza o desenvolvimento do indivíduo desde o seu primeiro ano de vida. Considera que a criança ao nascer é formada por uma psique-soma, uma unidade psicossomática indistinta, indiferenciada, começando a se separar, a formar a psique, mente, à medida que recebe os estímulos do meio ambiente, principalmente da mãe ou os responsáveis mais próximos dela.. Winnicott (1956) considera que uma parte do ego está ligada aos instintos, outra ao corpo e a outra ao mundo externo. É esta interação inicial – lembremos as palavras de Freud: "o ego antes de tudo é um ego corporal" e que Edith Jacobson chama de "self psicofisiológico primário" – que levará o futuro adulto aos poucos a perceber e separar o eu do não-eu e a formar a sua MENTE.Assim a mente seria formada pelas vivencias do indivíduo/criança em íntima relação com o OUTRO.

A importância do meio ambiente na formação de um indivíduo maduro e sadio é conseqüência de uma mãe, que Winnicott chama de "suficientemente boa". É a mãe constante e que consegue perceber o seu bebê e as suas necessidades. A inconstância, os cuidados mais intelectuais e materiais, a não visão dos desejos e necessidades do bebê, levariam à formação de uma cisão entre a mente e o corpo.

Num desenvolvimento normal a psique reside no soma, que seria o conceito de Personalização de Winnicott.

Num desenvolvimento inadequado, surge a doença psicossomática. A doença psicossomática teria como um dos objetivos atrair a psique para longe da mente, de volta a associação íntima original com o soma. (Winnicott, 1949). Dando, maior importância ao ambiente, Winnicott (1956) refere que este não apenas influenciava na formação da doença como ainda era o receptor do que ela queria dizer.

. Assim a falta de intimidade com a mãe, o não se sentir amada e entendida leva a criança a se preocupar em controlar o meio. O paciente psicossomático seria aquele que não teve mãe suficientemente boa, ou seja, aquela mãe que não correspondia aos seus anseios quando bebê, tornando-se portador de um falso self quando adulto. Um self verdadeiro se

formaria através dos reasseguramentos da mãe "suficientemente boa".A criança não alcançando ambiente do qual virão os cuidados e aplausos que necessita, começa a se adaptar às exigências, fantasiosas ou não, daquela mãe/meio de que depende, o que leva a uma fragilidade de ego bem acentuada.

Winnicott (1960; 1982) refere de que a criança dispensa assim, muito mais cuidado ao meio ambiente, ao qual é submissa, ao qual controla desta maneira, o que vem a caracterizar o falso self. É o contrário do que acontece num desenvolvimento normal quando a criança consegue sentir e dizer "eu sou", referindo-se a integração mente-corpo.

É o falso self, que leva o indivíduo a viver falsamente, mais de acordo com os outros do que com o que ele realmente deseja. O ego assim não "mora" no corpo; o que mora é um ego frágil que passa a depender do mundo externo. Por sua vez este mundo é sentido como perigoso e mau, tendo o indivíduo que se defender constantemente dele, a fazer o que este mundo lhe exige, pois é daí que depende a sua autoestima, o seu amor próprio. Como compensação desenvolve muito mais a sua intelectualidade, ficando tanto o corpo como a afetividade relegada ao segundo plano. É a hiperatividade, são as ilusões, e uma vida interior extremamente pobre.

Winnicott (1956) que trabalhou com crianças também na era pré-antibiótica refere que as crianças sobreviviam às doenças antes da penicilina e que, mesmo hoje, são as crianças e os tecidos vivos que em última instância provocam a restauração dos tecidos, da saúde.

Desta forma a doença psicossomática seria uma conseqüência de fixação numa época situada antes da posição depressiva, na qual ainda não existe uma separação nítida entre eu e o mundo externo.

Winnicott (1960;1982) considera que existem dois pontos positivos na doença:

a) não havendo integração deixa de existir a possibilidade da psique residir no soma**,** ocorrendo, portanto uma dissociação entre o corpo e a mente o que em última instância é uma defesa contra o aniquilamento; o ficar doente, livraria o indivíduo das angústias decorrentes de frustrações sentidas de forma hipertrofiada do mundo externo;

b) o outro ponto seria ainda o de defesa contra o aniquilamento, que é o de proteção de psique/soma à medida que o indivíduo foge para uma existência intelectualizada ou espiritual, ou de uma exploração sexual excessiva, compulsiva, a qual ignoraria a existência de uma psique que é construída e mantida na base de um funcionamento somático.

Considera que se “dermos tempo e condições favoráveis para o paciente, ele tenderá a se recuperar da dissociação e as suas forças integrativas poderão levá-lo a abandonar a defesa”.

É isso que vemos no caso de psicóticos, aonde apenas uma mudança de ambiente e o oferecimento de um holding total poderão muitas vezes levar a uma reintegração do paciente. Entendemos assim, por que certos quadros remitem sem a ajuda de terapeuta ou medicamentos. Isso explicaria a dificuldade do paciente psicossomático em perceber a relação que existe entre a sua doença e o psiquismo.

A necessidade de controlar o meio ambiente, a preocupação com este meio e que levaria a um discurso intelectual, descritivo, não criativo que é denominado por Marty (1963) de pensamento e vida operatória.

Uma das importantes contribuições do Winnicott seria ainda quanto à compreensão desta relação tão importante que se estabelece entre o médico e seu paciente.

O fracasso dos médicos clínicos seria por não “conseguirem montar dois cavalos ao mesmo tempo”, ver o soma e a psique ao mesmo tempo perdendo uma das bridas no decorrer do tempo, até como fruto de suas próprias dissociações.

Winnicott não descarta o soma. O paciente pode ter espasmos coronarianos por problemas emocionais, mas ao mesmo tempo ter calcificações arteriais.

Considera ainda que a fragmentação interna dos pacientes os leva a procurar cuidados fragmentados também. E a fragmentação no médico também o leva a ver um lado só, ou encaminhar os pacientes para outros especialistas ou profissionais. Acreditamos que o modismo de se ter um psicólogo de plantão – principalmente entre os médicos novos – teria a significação de fragmentação interna do médico.

A pergunta que nos ocorre é o que levaria nos dias de hoje a cada vez maior especialização, a dedicação a apenas um sintoma, um fragmento da doença (?) do paciente, e cujo resultado seria a manutenção da cisão interna. Será que não seria uma maneira dos próprios médicos atuarem a sua própria fragmentação? Afinal, parafraseando Winnicott, nós médicos não somos melhores do que os nossos pacientes...

Winnicott (1953) lamentava, já em 1953, de que não havia mesmo nas melhores escolas de medicina a preocupação de lembrar aos alunos que as crianças sobreviviam às

doenças antes da penicilina e que, mesmo hoje, são as crianças e os tecidos vivos que, em última instância provocam a restauração da saúde e não os antibióticos.

Isso o levou a preconizar que não apenas a doente – a criança – deve ser tratada, mas também a família e o meio ambiente. O complemento desta observação é de que a clínica é soberana, considerando-se aí a capacidade de observar não apenas o corpo do doente, mas a sua mente, o seu sofrimento e o ambiente no qual está inserida.

Mello Filho (1989) considera Winnicott um precursor de psicoimunologia. – termo criado por Amkrahut e Solomon em 1975, e que se refere a pesquisas destes autores sobre o equilíbrio do organismo humano; sistema imunológico, endócrino e nervoso. A ansiedade descrita por Winnicott presente nas doenças sejam autoimunes sejam infecciosas, é o que chamamos hoje de stress.

2.3. INSTINTOS DE MORTE

Em "Instintos e suas Vicissitudes" (1915;1980) encontramos uma afirmação muito interessante de Freud:

> "As células dos neoplasmas malignos que destroem o organismo, talvez também devessem ser descritas como narcisistas nesse mesmo sentido: a patologia está preparada para considerar seus germes como inatos e atribuir-lhes atitudes embriônicas".

Vamos falar sobre instintos da morte, separadamente das teorias acima, pois acreditamos que eles têm um papel preponderante tanto na formação de sintomas como na cura e no morrer.

Freud (1920;1980) falou pela primeira vez em Instinto de Morte em "Além do Princípio de Prazer". Baseando-se na necessidade do indivíduo de repetir comportamentos

desagradáveis (compulsão à repetição),masoquismo, o sentimento de culpa, o superego sádico, a repetição transferencial de comportamentos infantis, medo de castração, Freud concluiu que há no ser humano duas forças antagônicas – instintos de vida e instintos de morte, os quais estariam presentes em todos os seres vivos, em fusões e defusões.

No caso de fusões, os instintos de morte estariam a serviço dos instintos de vida. A deflexão dos instintos de morte para o exterior daria origem à agressividade, que seria essencial para a natureza humana. A defusão é a volta destes instintos de morte para o próprio ego, (masoquismo primário) visando a própria destruição. Nestes casos de defusões haveria a vitória dos instintos de morte sobre os de vida.

Freud descreveu o instinto de morte como uma força biológica que pressiona o indivíduo a voltar a um estado de origem, inorgânico, durante o qual não existiriam tensões. Existiria assim em todo ser humano uma tendência à autodestruição, um impulso para a morte que é no fundo a conseqüência da nostalgia onipotente de uma condição completamente livre de tensões.

Considera os instintos, tanto de vida como de morte, como resultantes do intercâmbio da matéria orgânica com o meio ambiente, e como outras reações humanas tem muito a ver com as circunstancias ancestrais e pessoais do indivíduo. Assim, na gênese do superego entraria a influência da sociedade totêmica ancestral, a defusão dos instintos de vida e de morte, de que resultaria a identificação, sexualização e sublimação das relações do indivíduo com seus pais.

Continuando em Problema Econômico de Masoquismo (1924;1980) Freud afirma, que o masoquismo moral mostra a existência deste instinto de morte, e que representa uma parte dele que não foi defletida para o mundo externo. É o princípio de Nirvana, intimamente ligado ao instinto de morte, e que nos seres vivos sofreu uma

modificação que o converteu no princípio de prazer. O Princípio de Nirvana expressa a tendência do instinto de morte; o princípio do prazer representa a aspiração da libido, da vida.

Em O Ego e o Id (1923;1980) refere que uma parte dos instintos de morte fica neutralizada pela sua fusão com os componentes eróticos e uma outra parte é projetada para o exterior sob a forma de agressão; e uma terceira parte, a mais importante, continua atuando no interior do indivíduo. A necessidade de destruição é tanto maior quanto menor a maturidade do indivíduo, quanto menor a repressão e a aprendizagem. Considera que com a maturação os instintos de vida e de morte vão se "fusionando", ficando num desenvolvimento normal, a serviço da vida.

Freud considera que negociamos com o instinto de morte desviando-o dos objetos. Da mesma forma todo sentimento de culpa provém da operação de instintos de morte, que ainda suscitam temor, dor, e culpa no ego que deseja viver e permanecer intacto

A compulsão à repetição, desejo de retorno a situações livres de conflito, poderia estar ligada a todo e qualquer instinto, uma vez que a satisfação instintiva está na ligação do instinto com o objeto. Assim, tanto a libido como o instinto de morte investem o ego e o objeto. É a tendência de todo organismo vivo de se destruir, quando há predomínio de instintos de morte.

Refere que o ódio na sua relação com os objetos é mais antigo que o amor e é uma conseqüência de excesso de estímulos externos. Discutindo os instintos, considera que eles não estariam ocupados em preservar a vida, mas possibilitar ao organismo buscar a morte à sua própria maneira.

Para entender o movimento dos instintos de morte, temos que voltar um pouco no tempo, e rever o que Freud diz em Introdução ao Narcisismo (1914;1980).Primeiramente a libido investe o próprio ego, o qual toma como objeto e só mais tarde é que se dirige ao objeto externo como tal.

Mais tarde a situação se configura da seguinte maneira: a) uma parte da libido está ligada ao ego, as pulsões do ego; b) outra parte da libido se liga aos instintos de conservação; c) uma outra parte aos objetos. O que aumenta as tensões é a libido não ligada e sem finalidade.

Posteriormente, Freud (1920;1980) vai considerar que é o instinto de morte que procura eliminar o que aumenta a tensão energética e reduzir esta tensão, decorrente de não-ligação da libido, ao seu mínimo – princípio de Nirvana.

Uma experiência dolorosa, imprevista, retira a libido do ego ficando esta libido livre, flutuante, isto é, não ligada, gerando angústia. Quando a quantidade desta libido não ligada ultrapassa a capacidade de tolerância do indivíduo, as manifestações de instintos de morte são ativados. O indivíduo sente que há algo ruim dentro dele. Uma das maneiras que encontra para se livrar desta angústia é fazendo a ligação desta libido a certas partes do corpo levando á angústia hipocondríaca. Refere que o instinto tem uma raiz mergulhada no soma, podendo assim "fabricar" os mais diversos sintomas clínicos, desde simples gastrites até câncer.

Em Conferências Introdutórias, Freud (1933;1980) refere que as fusões também podem ser desfeitas – defusões – é que isso teria um grande significado na compreensão de algumas patologias.

Refere ainda, em Introdução ao Narcisismo (1924;1980), que o ser humano necessita amar para não adoecer, ou seja para que haja vida o ego necessita se encontrar investido pela libido.

Em Análise Terminável e Interminável, Freud (1937;1980)) usa o instinto de morte para entender as resistências contra o tratamento analítico. Considera que na análise podemos ver uma força que atua contra toda e qualquer recuperação, resolvida a manter a doença a qualquer custo. Relaciona isso à reação terapêutica negativa, que por sua vez estaria ligada a sentimento de culpa e necessidade de punição.

Alguns autores aceitaram os instintos de morte e outros não. Alguns autores os desenvolveram permitindo-nos, um entendimento melhor da psicodinâmica e funcionamento da mente humana.

Alexander (1987;1989) dá uma explicação baseada num determinismo essencialmente econômico. Parte da noção de Freud de fusão e defusão dos instintos, para expor uma teoria segundo a qual se um dos instintos não pode ser satisfeito é o outro que se encarrega de toda a energia. Num desenvolvimento normal o instinto de morte se manifesta como uma tendência que entra em conflito com a libido, mas que na maioria dos casos, é dominada pela fusão, neutralização e sublimação, ocasião em que o objeto e o ego são investidos de maneira diferente e em graus diferentes.

Klein (1957;1974) admite a existência de aspectos constitucionais agressivos e amorosos que seriam ativados pelas situações externas positivas ou negativas, aumentando os impulsos agressivos ou os amorosos, conforme as situações vivenciadas. A cisão dos objetos e do ego, mecanismo de defesa precoce, ajuda na manutenção de separação entre ódio e amor.

A mesma autora (1958;1964) observou em crianças pequenas, uma luta constante entre impulsos para destruir seus objetos e um desejo de preservá-los. Refere que o instinto de morte dentro do organismo é primeiramente voltado contra o ego, daí ser sentido como medo de aniquilamento, da morte. Para se defender contra a ansiedade que isso lhe causa, parte deste instinto é projetada sobre um objeto externo, que então se torna perseguidor, enquanto a outra parte é retida no ego, que se transforma em agressividade, que por sua vez, é dirigida contra o objeto externo perseguidor. Esta, posteriormente é desviada e projetada num objeto frustrante, transformando-o em mau, que posteriormente é introjetado e transformado no agressor interno.

A introjeção é um mecanismo a serviço dos instintos de vida, pois para se proteger destes agressores internos, a criança introjeta os objetos bons, fortalecendo assim seu ego. Este mecanismo veremos posteriormente nos nossos pacientes oncológicos – a infância pobre de afeto, a introjeção de poucos objetos bons, levando ao aumento de agressores internos – objetos maus.

Klein (1957;1974) refere que existe um traço comum entre a inveja e o instinto de morte. Ambos atacam a vida e as fontes da vida. Para ela o sugar, como o morder, que surge com o aparecimento dos dentes, são manifestações tanto de instintos de vida como de morte. A inveja primária é a manifestação externa do instinto de morte. Sendo a inveja um sentimento ambivalente – originado de necessidade e de admiração – pode haver um predomínio de forças libidinais ou destrutivas.

O instinto de morte se manifesta como uma reação à frustração diante da não satisfação de necessidades. O objeto é visto como aquele que produz o desejo, a necessidade, e o único capaz de satisfazer esta necessidade. A forma que o ego encontra para se livrar desta dor é a destruição deste objeto. Desta forma o aniquilamento é ao

mesmo tempo expressão da pulsão de morte na inveja e uma defesa contra a experiência de inveja que levaria ao aniquilamento do objeto invejado e do self que deseja e inveja o objeto.

Klein (1957;1974) refere que o instinto de morte pode ser visto também na posição depressiva, durante os processos de reparação. A fantasia da criança, de que ela de algum modo danificou seus objetos bons, mobilizam os instintos de vida - a libido - que desta forma passa a fortalecer as necessidades de reparação do objeto amado e danificado.

Klein (1963;1964) refere que é aquela parte do instinto de morte que permanece dentro da criança, e que provoca angústia, mobiliza o ego para se defender da mesma, que vai constituir os primórdios do futuro superego. Isso explica a extrema crueldade de crianças nesta faixa.

Segal (1986), considera que além do princípio do prazer, do ciúme, da inveja, da agressividade, da perseguição, etc., há uma pressão constante das forças destruidoras do self. O prazer na dor é, em parte, a pura satisfação de uma pulsão. A dor é experimentada pelo ego libidinal, originariamente ferido pela pulsão de morte. E a satisfação do triunfo obtido por esta parte de Self que é dominada pela pulsão de morte sobre o desejo de viver.

Considera que a fusão de instinto de morte e de vida pode adquirir diferentes formas. Num desenvolvimento normal a fusão dos instintos de vida e da morte dá-se sob a égide de pulsão de vida, sendo a pulsão de morte desviada para a agressividade, que por sua vez está a serviço de vida. Onde predomina a pulsão da morte, a libido está a serviço da pulsão de morte, como ocorre nas perversões.

Bion (1962;1991) concorda com Klein de que a inveja é inata e é uma expressão primaria do instinto de morte. Aprofunda esta colocação falando da importância para o desenvolvimento mental da criança de uma mãe capaz de absorver os impulsos tanáticos do filho, sem angustiar-se e saber devolvê-los modificados.

Money-Kyrle (1955), fazendo um paralelo entre Freud e Klein, diz que para o primeiro o instinto de morte é um impulso primário que busca a morte, enquanto que Klein o considera um impulso primário de vida, isto é de temer e de evitar a morte. Aparentemente opostas, Money-Kyrle refere que a primeira estimula a segunda. Refere que existem medos mais básicos que o de castração, da perda do amor ou da capacidade para o prazer, existe o terror da desintegração, de aniquilação. O medo de aniquilação é experimentado sem necessidade de uma diferenciação especial do ego.

O medo da morte – medo dos nossos agressores internos – é aumentado por nossas próprias agressões projetadas ou invertidas. Se não existe o instinto de morte devemos supor que o medo da morte (de fome) é primário e que a agressão (voracidade agressiva) é uma resposta instintiva ao medo da morte, a qual, se não dirigida para fora, só serve para aumentar o sentimento de insegurança.

Green (1986) considera que o objeto é o revelador das pulsões. Ele não as cria, mas é a condição indispensável de seu vir a existir. Refere que a pulsão de vida pode apresentar tanto mecanismos de ligação como de desligamento, além de poder absorver uma parte de pulsão de morte. Propõe a hipótese de que a meta principal das pulsões de vida é a função objetalizante. Assim cria uma relação com o objeto interno ou externo, além de ser capaz de transformar estruturas em objeto, mesmo quando ele não está mais em pauta. Dito de outra forma, a função objetalizante não se limita a transformações do objeto, mas pode fazer chegar a categoria do objeto aquilo que não possuiu nenhuma

das propriedades e dos atributos do objeto, desde que se mantenha um investimento significativo.

Desta forma o ego pode tornar-se objeto do Id, ou existirem os self-objects, ou a objetalização do próprio investimento. A meta de pulsão da morte é realizar ao máximo a função desobjetalizante, através de desligamento. Assim é atacada não apenas a relação com o objeto, mas todos os substitutos desta – o ego, e o próprio investimento, à medida que ele sofreu o processo de objetização. Manifestação própria da destrutividade da pulsão da morte é o desinvestimento. O papel primordial na função objetalizante é a presença de objeto primário e que há sempre mais de um objeto. Green resolve a questão considerando que sempre que há uma mãe suficientemente boa (Winnicott, (1956;1988) e uma mãe suficientemente má, que leva à saída do impasse idealização/perseguição e promove o luto conservador da função objetalizante. Considera que os trabalhos da escola psicossomática de Paris, com o pensamento operatório, depressão essencial, desorganização progressiva, constituem uma contribuição de grande valor para a reflexão sobre a questão de desinvestimento e a meta desobjetalizante da pulsão de morte.

O conflito entre as pulsões de vida e da morte que causam angústia e outros sentimentos penosos desorganizadores também podem ser reinterpretados pelo investimento - desinvestimento.

Considera a repressão como o protótipo de mecanismo de defesa. Quanto mais próximo da repressão se situa o conflito, tanto maior possibilidade de re-ligamento da libido no inconsciente através de mecanismos de defesa secundários como deslocamento, condensação, etc. Quanto mais o conflito se afasta da repressão mais mecanismos de defesa primários – forclusão, clivagem, negação – entram em ação, levando a vitoria do desligamento sobre religamento. O sucesso do desinvestimento desobjetalizante

manifesta-se pela extinção da atividade projetiva, que se traduz pelo sentimento de morte psíquica.

Fairbairn (1952), contrariamente a Freud que era um cientista e se tornou humanista, era um humanista que se tornou um cientista.

Reconhece a prioridade de relações objetais sobre os instintos. Assim, os instintos sempre almejariam uma relação com objeto. As zonas erógenas seriam apenas o meio usado para se estabelecer uma relação objetal. A sexualidade, tão importante para Freud, é considerada por Fairbairn como uma experiência libidinal, sendo usada de acordo com seu caráter, sua personalidade a partir de primeiras vivências objetais quando recém nascido. Assim a libido é a necessidade vital básica, tendendo sempre a alcançar uma boa relação objetal, sendo a sexualidade apenas uma de suas manifestações, um canal pelo qual fluiria a referida libido.

A agressão não seria a expressão do instinto de morte, mas a reação frente a uma frustração libidinosa ocorrida quando a criança não "alcança" o objeto desejado, sentindo se portanto frustrada nas suas necessidades libidinais. Considera o ego como unitário, dinâmico e dotado de energia própria. Aproxima-se de Klein ao falar de relação do bebê com a mãe. Assim a criança procura a mãe não primordialmente para obter o prazer, mas para estabelecer uma relação satisfatória, na qual não apenas recebe mas principalmente DÁ amor a mãe. No caso desta mãe não corresponder afetivamente a este DAR a criança tem a vivência de que seu amor não é bom, tendendo a introjetar a mãe frustradora como uma forma de controlá-la.

Fairbairn (1952) nega o instinto de morte em si, mas considera que a personalidade tem um componente agressivo, que é utilizado mais para a repressão dos objetos maus introjetados e a parte do ego a eles ligada, levando a uma fusão de

objeto/ego reprimidos. Seria portanto uma defesa e não necessariamente uma agressão voltada para fora ou autodestrutiva. A raiva do objeto aparece na fase de ambivalência, levando ao spliting e por conseguinte à repressão do objeto frustrante, mau.

Coloca ênfase na primeira fase de desenvolvimento. A não adequação desta primeira fase poderia trazer como conseqüência, nos casos até não muito patológicos, a formação de uma personalidade esquizóide que se caracterizaria por apresentar uma inibição de capacidade de amar. Considera que todos, em menor ou maior graus, possuem a problemática esquizóide. Quando mais é frustrada a necessidade de amar, maior é a destruição do objeto interno e por conseguinte do ego, identificado emocionalmente com o objeto.

2.4. TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA

> "O processo de cura é realizado numa reincidência de amor.... na psicoterapia analítica a paixão ressurge, seja ódio, seja amor... para com a figura do médico..." (Freud, 1907;1980).

- Transferência.

A relação humana é sempre uma relação a dois. O interjogo que se estabelece entre duas pessoas é sempre influenciado pelas duas. A fórmula para a fala poderia ser:"a minha resposta é sempre uma resposta em relação a algo, nunca um jogar ao vento, sem sentido, sem saber porque". Da mesma forma em relação ao paciente – seja paciente de um consultório de psicanalista, seja paciente num hospital geral – a resposta que nós damos ao paciente tem muito a ver com o que ele deseja de nós. Trata-se de sentimentos transferênciais e contratransferenciais. Estas forças, afetos, vão muitas além da

compreensão intelectual. Existe um interjogo de emoções que nem sempre é entendido e explicado, apesar de existirem inúmeras tentativas nesse sentido.

Em Laplanche-Pontalis (1982;1992) encontramos a seguinte definição: transferência – é o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos do quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles, e eminentemente, no quadro da relação analítica.

Zilborg (1945) refere que o primeiro a falar em influência dos afetos na relação que se estabelecia entre o hipnotizador e o hipnotizado, foi Anton Mesmer, um médico austríaco, que chegou em Paris em 1778. Posteriormente, em 1860, um médico rural francês, A.A. Liébeault, retoma os estudos do mesmerismo, que ficou em grande voga na Europa naquele período.

Freud começou a trabalhar usando a hipnose no tratamento de seus pacientes. Sentia que existia algo entre o hipnotizador e o hipnotizado, além de descobrir que dentro das pessoas existia um mundo desconhecido, do qual ninguém se dava conta - o inconsciente.

Freud (1895;1980) é o primeiro a usar o termo transferência, considerando que o paciente transfere para o médico os sentimentos e idéias que o perturbam. Refere que se trata de uma falsa ligação, que vai surgir muitas vezes na relação analítica, e que seria um empecilho, resistência, para o trabalho analítico.

Tanto Freud como outros psicanalistas, atualmente, consideram que transferência é um fenômeno universal, que ocorre em todo e qualquer tipo de relacionamento. Entretanto, o termo é usado quando se refere à relação analista/paciente.

Freud (1905;1980), já tendo abandonado a hipnose, define a transferência como o ressurgir, o reeditar de sentimentos antigos, arcaicos, fantasias, impulsos, desejos,

em relação a figuras de sua infância, na pessoa do médico que o trata. Neste texto já considera que é um fenômeno inevitável, que é repetitivo e que sua interpretação é essencial. É a época em que Freud passa a se preocupar mais com aqui e agora, e usa a interpretação transferencial para minar as resistências.

Em 1909, Freud (1909;1980), considera a transferência presente em todas as relações humanas, assinala que o seu móvel é basicamente libidinal e reitera a importância da mesma como o principal veículo do tratamento.

Mais tarde, Freud (1912;1980) dá uma explicação psicológica da transferência. Refere que a transferência é provocada por catexias libidinais fixadas, deixadas para trás, uma vez que não é a totalidade da libido que passa pelas fases de desenvolvimento, chegando à maturidade do indivíduo em sua totalidade. Uma parte desta libido fica fixada em fases precoces do desenvolvimento fixado nos objetos internos enquanto a outra se dirige para os objetos do mundo externo. Na relação terapêutica haveria um retorno desta libido, projetada na figura do médico. É neste trabalho que fala sobre regressão, e explica os movimentos libidinais de acordo com traumas ou satisfações libidinais. Considera que existe transferência negativa e positiva, esta última como imprescindível no tratamento analítico. Assim, como não encontrou este fenômeno nos psicóticos, concluiu que apenas os neuróticos podem se beneficiar com análise, idéia que só veio a cair com os estudos realizados por Melanie Klein, que assinala que a transferência seria a manifestação da resistência. Num outro texto (1912;1980) torna a falar sobre a transferência recomendando que só se faça interpretações neste nível à medida que se estabeleça uma boa relação com o paciente.

Posteriormente, Freud (1914;1980) refere que o paciente não recorda exatamente o passado, mas o repete na sua relação com o terapeuta. Chama isso de

compulsão a repetição, e diz que é comum a todas a ligações que o homem estabelece durante a sua vida. Não se trata, assim, de tratar coisas no passado, mas a repetição do passado no presente. É a chamada neurose de transferência. É a primeira vez que Freud fala em lucro secundário da doença, situação na qual o paciente explora externamente ao máximo o fato de estar doente.

Em 1915, Freud (1915;1980) fala sobre o amor na transferência e como deve ser tratado. Um ano depois, Freud (1916;1980) detecta, em alguns pacientes, a transferência negativa, dando maior ênfase quando o analista e o analisando são de sexos diferentes. Ainda nestas conferências refere a impossibilidade de tratamento de neuroses narcísicas (paranóia), devido ao fato da libido objetal se transformar em libido do Ego, e assim não poder existir entre estes pacientes e o médico qualquer possibilidade de transferência.

Em 1920, Freud (1920;1980) fala pela primeira vez em instinto de morte. A transferência poderia ser tanto dos instintos de vida como dos instintos de morte. Considera a existência do último à medida que tece considerações sobre compulsão, repetição, o comportamento repetitivo tanto na situação analítica como na vida diária. A compulsão à repetição seria uma necessidade de retorno a um estado arcaico de existência, sendo o objetivo de toda e qualquer vida, a morte, que as coisas inanimadas existiram antes da vida, e que, em última instância, o ser humano almejaria sempre alcançar o Nirvana.

Resumindo, podemos dizer que Freud considerava que a libido frustrada, reprimida no inconsciente, vinha à tona nos sentimentos que o paciente estabelecia em relação ao médico na situação analítica. Considera transferência positiva e negativa, esta última desvinculada do princípio de prazer e mais ligada aos instintos de morte.

O estudo da transferência vem sendo desenvolvido desde então. Entre os que mais se ocuparam da questão temos Sandler (1987), Joseph (1988), Racker (1950), Bion,(1966) e outros.

Atualmente considera-se a transferência como a projeção não de objetos internos na figura do terapeuta (ou outras pessoas uma vez que o fenômeno é universal), mas a projeção de como as figuras da tenra infância eram vistas e modificadas pelo indivíduo/bebê, e as emoções, sentimentos e fantasias que existiam em relação a eles, e as defesas que foram criadas. Na relação psicanalítica é o reviver destas relações arcaicas na transferência que leva a mudança interna.

Podemos dizer que no consultório médico, qualquer que seja a especialidade, também ocorre transferência. O paciente vai ao médico já esperando encontrar uma pessoa muito mais de acordo com suas fantasias, desejos, reeditando em relação a ele, desejos e fantasias infantis, quer seja de ser protegido, quer seja de brigar, sentir-se rejeitado ou rejeitar. Visto desta forma a relação médico/paciente é uma relação geralmente irreal, mais fantasiosa, cheia de exigências e expectativas. Vai depender das expectativas do paciente e das respostas do médico a estas expectativas. E é justamente este fato, que torna a relação médico/paciente muitas vezes mais curativa do que os próprios procedimentos médicos.

Contratransferência.

Não podemos separar a transferência da contratransferência. A primeira fala dos sentimentos do paciente. A segunda dos sentimentos do médico, ou provocados pelo paciente ou devidos a sua própria problemática.

Encontramos em Laplanche-Pontalis (1982;1992) a seguinte definição de contratransferência: conjunto de reações do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, a transferência deste. Em outros termos, os sentimentos do médico,

terapeuta ou OUTRO, em relação ao paciente, podem ser conseqüência, de respostas aos sentimentos do paciente projetados nele, ou a própria problemática do médico em relação das projeções que faz na figura do paciente.

A primeira referência sobre os sentimentos e reações do analista em relação ao seu paciente encontramos numa carta de Sandor Ferenczi datada de 22 de novembro de 1908 dirigida a Freud. Nela Ferenczi (1908-1914; 1994) interpreta estes sentimentos como conseqüência dele, Ferenczi, ter uma tendência a considerar os assuntos dos doentes como seus.

Freud usou pela primeira vez o termo contratransferência numa carta a Carl Gustav Jung datada de 7 de junho de 1909.

Entretanto foi apenas em 1910 que Freud (1910;1982) deu maior importância a contratransferência. Referindo-se ao terapeuta e a existência da contratransferência, diz que "se instala no médico através da influência do paciente na sensibilidade inconsciente do médico". Porém um pouco adiante diz que está perto o momento de "formularmos a exigência de que o médico reconheça e domine obrigatoriamente em si essa contratransferência". Sabendo que nenhum analista pode ir além do que lhe permitem suas resistências internas, a necessidade de analise se tornaria uma questão obrigatória.

Em 1913, ainda numa carta a Gustav Young, Freud fala que o mais difícil numa análise é a contratransferência e de que a regra geral do analista é de jamais dar ao analisando algo que tenha saído do seu – do analista – inconsciente.

Freud manteve esta posição até o final, não admitindo que a contratransferência pudesse de alguma forma ser usada no tratamento, chegando a fazer um paralelo entre analista e cirurgião – apenas técnica.

Já Ferenczi,(1913-1919;1992) desenvolveu uma conduta oposta – a de análise mútua – na qual o analista comunica ao paciente os seus sentimentos. Considera que, com isso, o paciente sente-se mais livre na relação transferencial.

Klein e os kleinianos – seguiam fielmente os preceitos freudianos, insistindo que o analista jamais deveria comunicar seus sentimentos aos pacientes.Deviam comportar-se diante de seus pacientes como um cirurgião se comporta : uma folha em branco desprovida de sentimento.

Toda vez que os supervisionados de Melanie Klein apresentavam reações ou sentimentos contratransferenciais ela os mandava fazer mais análise.

Entretanto ela própria reconhecia a presença de um mecanismo – o de identificação projetiva nos seus pacientes. Um mecanismo semelhante foi descrito por Freud em 1920: "a medida que a criança supera a passividade do brinquedo , ela entrega a experiência desagradável a um de seus companheiros de jogo, desta maneira vinga-se em um substituto (Freud, 1920,pág.l7), parece que não eram levados em consideração."

Naquela época já havia alguns analistas que se ressentiam desta relação de frieza., Alice Balint foi uma que reivindicava uma postura mais humana.

Paula Heinmann é da escola kleiniana. Foi analisanda de Melanie Klein, e também fiel seguidora de suas idéias até a questão de contratransferência vir à tona.Em 1950 publicou o artigo "Sobre Contratransferência" falando de preocupação e até certa culpa de seus supervisionandos quando referiam algum sentimento em relação a seus pacientes.

Desenvolve a questão referindo que uma relação é sempre uma relação a dois. Tanto o paciente como o analista tem sentimentos um em relação ao outro. Não é porque um é analisado e bem analisado é que não pode exprimir nada, ser uma folha em branco no qual o analisando vai projetar seus objetos arcaicos. Se a identificação projetiva ocorria nos sonhos de pacientes, (sonho de George analisando de M.Klein, no qual ela descreve a identificação projetiva pela primeira vez, mas sem ainda lhe dar este nome), ou nos folguedos das crianças como escrevia Freud em 1920, por que não poderia também ocorrer na relação analista/paciente.

A diferença seria o grau em que são experienciados estes sentimentos e o uso que se faz deles. Assim o analista não pode ser um cérebro mecânico - hoje eu diria um computador - mas um ser humano que é capaz de conter os sentimentos do paciente e devolvê-los a ele, sob forma de interpretações. A diferença é que o paciente descarrega no analista os seus sentimentos e o analista os devolve esclarecidos, mastigados. Considera que seria uma comunicação do inconsciente para com o inconsciente, portanto mais perto da verdade do que se passa no interior do seu analisando.

Afirma que interpretar sem consultar seus próprios sentimentos é um trabalho pobre, e é o que tem encontrado nos que começam a trabalhar.

Preconiza que o analista tem que se sentir o mais livre possível em relação a sentimentos, comunicações e comportamento provocados nele pelo seu paciente. O trabalho analítico seria mais produtivo se o analista combinasse as suas respostas com a atenção e emoção livres, sem culpa pelo que está sentindo.

Paula Heinmann diferenciou neste trabalho dois tipos de sentimentos que podem ocorrer no analista:

os dele, analista, decorrentes de falta de analise como diria Klein,

os sentimentos projetados no analista, sentimentos intoleráveis por algum motivo no paciente;

Paula Heimann considerava esta segunda situação de uma riqueza extraordinária, pois permitia uma compreensão muito maior do mundo interno do paciente. Bem compreendida representava um instrumento de trabalho que levava o paciente a reviver os sentimentos e vivencias mais profundas na sua relação do aqui e agora com o analista.

Vemos, assim, que a valorização da contratransferência por Paula Heinmann enriqueceu a relação analista/paciente, tornando a mais humana e porque não mais autentica. A relação também se torna mais rica à medida que esta comunicação de inconsciente para o inconsciente permite ao analista ver "mais fundo" o que se passa dentro do paciente, os sentimentos nem sempre necessitando passar pelas ressignificações.

Vamos citar um outro exemplo de contratransferência provocada pelo paciente, e que mostra uma exigência dele para conosco, tão sutil que levamos algum tempo a nos apercebermos dela. Trata-se de um paciente, cuja característica era ser muito pacato, obediente, que numa determinada época de seu tratamento, após terminar a sua sessão me deixava com um certo mal estar, como se fosse dor nas costas. Ele deitava-se no divã e costumava ficar em silêncio por longos momentos.Os silêncios dele não me angustiavam apesar de eu não entendê-los. A sua comunicação era escassa. Incomodada com a dor nas costas e ainda não associando isso com o paciente coloquei uma almofada no encosto. Para a minha surpresa percebi que após o paciente se retirar que eu não havia me recostado na berger. Dei me conta que eu ficava me apoiando nos braços da poltrona, meio inclinada, portanto na direção do divã. Não é meu hábito assumir esta posição. Entendi, então, que o paciente queria que eu ficasse nesta posição. Com material que já vínhamos trabalhando mostrei-lhe como ele queria que eu não o perdesse de vista, que ficasse sempre atenta aos seus movimentos e desejos. Quando bebê o paciente era descrito como caladinho e que não chorava. A situação no setting expressou, portanto, a postura do bebê calado, mas que queria ser olhado, mas não se permitia verbalizar este desejo. Na relação analítica somente pode expressar esta necessidade através de postura silenciosa, de "não incomodar".

A posição de Paula Heimann de humanizar a relação entre analista e paciente levou Melanie Klein a romper com ela e pedir por escrito que se retirasse da Sociedade, o que ela fez e que na época causou espanto em toda a Sociedade Psicanalítica Britânica.

Entretanto Paula Heimann influenciou muito todas as gerações futuras de analistas – kleinianos ou não kleinianos – à medida que colocou o analista no lugar de alguém humano, que é capaz de sentir e entender o OUTRO.

Entretanto, foi Racker (1950;1988) que estudou mais a fundo a contratransferência. Compara-a de certo modo à intuição. Refere que o trabalho do psicanalista é escutar a sua contratransferência, e a considera um instrumento de trabalho. Assim, da mesma forma que o paciente tem sentimentos transferenciais em relação ao médico, este também os tem em relação ao paciente. Isso ocorre em qualquer relação humana, sendo utópica a inexistência de dinâmica, ou melhor sempre existindo alguma projeção entre dois seres humanos.

Segundo Racker (1950;1988) os sentimentos contratransferenciais surgem ou em função das projeções do paciente – identificação projetiva –, ou em função dos pontos cegos do analista. No primeiro caso, trata-se de sentimentos do paciente projetados no analista – ou outra pessoa de suas relações – que sente exatamente o que o paciente quer que ele sinta. No segundo caso, são dificuldades do analista, o OUTRO que cerca o paciente, que passa a falar e agir sem entender realmente o motivo de suas ações.

Money-Kyrle (1955;1996), refere que existe uma preocupação com o bem-estar do paciente, que seria originária de duas tendências: a reparadora e a parental. A reparadora, conseqüência de excesso de agressividade e por conseguinte de culpa, nos levaria a um exagero “de cuidados”, representando cuidados com nossos próprios objetos danificados. Quanto à atitude paternalista, Money-Kyrle (idem) refere que o analista

reconhece no seu paciente partes do seu self já analisado. Falar-se-ia de uma identificação parcial, e acreditamos que muitos dos analistas continuam a sua análise desta forma, contanto que estejam acostumados a pensar, a manter em uso a sua introspecção.

Refere, ainda que todos temos a necessidade de satisfazer nossas tendências parentais e reparadoras. A atitude paternalista não poderia ser também a motivação que nos leva para a medicina? Como poderíamos ver os pediatras, salvando criancinhas, os ginecologistas abrindo o abdomes das mulheres, sem entendermos que atrás disso se esconde a necessidade de reparar fora, o que existiu dentro, nos primórdios de suas vidas.

Essas tendências reparadoras observamos no nosso dia-a-dia no hospital geral. Existem médicos que parecem carregar o paciente consigo para casa, sendo a preocupação maior com o paciente do que com a sua própria vida. Se por um lado isso pode representar a projeção maciça do mundo interno do paciente para dentro do médico, por outro nos parece ser mais provável o paciente poder representar os próprios objetos danificados do médico, que ele tenta " consertar" no paciente.

Se o analista pode ficar perturbado, ainda segundo Money-Kyrle, (1955;1996) à medida que o paciente o invade com suas agressões, sentimentos de que ele, o analista é impotente, incapaz de ajudá-lo, porque, então, o médico que se sente mal e foge do paciente terminal, não o estaria fazendo por que é invadido pelos desejos de morte do paciente? Esta fuga seria ainda uma conseqüência não apenas da própria estrutura de quem vai fazer medicina, mas ainda a falta de "treinamento" para a morte, ou seja em última instância, o médico é treinado para a vida e não para a morte.

Não podemos ver o médico isento de sentimentos em relação ao seu paciente. O que ocorre com o paciente em relação ao médico é, em termos de psicodinâmica, exatamente o mesmo que ocorre com médico em relação a seu paciente. A diferença

reside em que no primeiro caso – e como na maioria dos casos – é um pedido de ajuda que vem mascarado de diversas formas -, e no último mais o desejo de ajudar, mesclado com outro tanto de sentimentos que são mais próprios da situação, seja interna ou seja externa do próprio médico.

O ideal, mas totalmente impossível, seria o médico manter-se neutro na relação com seu paciente. Entretanto, como qualquer ser humano o médico também é presa de projeções, sentimentos arcaicos reativados e torna-se ainda presa fácil das identificações projetivas do paciente. Cabe, entretanto, ao médico saber distinguir o que sente, o porquê e o que fazer com este sentir. Ele deveria se indagar sobre a fonte de seus sentimentos. Estes podem ser uma repetição de uma situação infantil que o paciente lhe provoca, ou uma exigência que o paciente coloca nele – identificação projetiva – e que de repente leva o médico a apresentar as mais diversas reações.

Seria utópico querer que todos os analistas, o que não dizer então os médicos, sempre pudessem manter a neutralidade, jamais escutar os desejos projetados do paciente, os seus próprios problemas, de estarem isentos de qualquer sentimentos quando na frente dos pacientes. Freud (1912;1980) e depois Bion (1970), referem de que o ideal seria sempre o analista estar sem memória e sem desejos. Consideramos essa situação impossível, quer como analista quer como médica de um hospital geral. A escolha da própria profissão está sempre em concordância com um desejo inconsciente. Fica difícil imaginar que vamos ser analistas, médicos, enfermeiros, sem realmente existir atrás de nossa atuação alguma motivação. O importante é saber distinguir o que é nosso, e o que o paciente quer de nós. De certa forma, o analista, mediante a sua própria análise e treinamento, deveria estar apto a fazer essa distinção – mas, ainda assim, essa seria uma situação idealizada.

Na maior parte dos casos observamos uma espécie de “casamento” entre os desejos do paciente de ser cuidado e curado e o desejo do médico em cuidar e curar. A relação flui presa ora de amor ora de raivas, mas flui.

O paciente pode projetar no médico tanto o seu desejo de ser ajudado para viver como o seu desejo de ser ajudado para morrer. É a projeção de necessidades de morrer ou de viver, que nós dará a diferença no comportamento do médico em relação ao seu paciente.

É ainda este SENTIR que nos levará a possibilidades prognósticas, assuntos que serão discutidos numa outra parte.

2.5. FATORES PSICOSSOCIAIS NA ETIOLOGIA DO CÂNCER e HIV

2.5.1. Câncer

Existem inúmeras pesquisas quanto á influência dos fatores sociais e psicológicos na formação de câncer.

A melhor e mais ampla pesquisa que encontramos quanto a fatores externos e manifestos dos portadores de neoplasías, é a de Lawrence LeShan (1989;1992). Num breve histórico refere que no século XVIII já se considerava que havia uma ligação entre o câncer, a história da vida e a personalidade do indivíduo. A partir de 1900, refere que esta relação começou a desaparecer, devido a cirurgias cada vez mais avançadas, a tecnologia, a radiação e outros. Considera que foi a partir de 1955 que se voltou a falar sobre a ligação entre o psíquico e o corpo. No mesmo livro, LeShan (idem) tenta uma abordagem holística do paciente, citando um texto de Platão, em Charmides, que fala que não basta curar a doença dos olhos, mas também a doença da cabeça. Vemos aí, que muito

antes da interferência da igreja, com seus conceitos de possessões demoníacas na Idade Média, os gregos faziam a ligação que atualmente tentamos explicar.

LeShan (1977;1994) assim baseou as suas pesquisas na curva vital do paciente, - visando principalmente a existência ou não de uma finalidade na vida, - a sua personalidade e o seu comportamento emocional. LeShan (idem) cita Worthington, e concorda com ele que existe uma relação entre o câncer e o modo do paciente enxergar a si próprio e o mundo. Coloca como característica psicológica principal dos portadores de câncer a certeza de que só vão receber amor se fizerem tudo o que imaginam que os outros querem. Apresentam, assim, um auto-desprezo bem acentuado e não sabem valorizar as suas conquistas. Como conseqüência têm muita dificuldade em demonstrar raiva. Seriam personalidades cuja característica é de terem "raivas acumuladas". A raiva sentida é reprimida e dissimulada.

Assim, LeShan considera que estes pacientes têm muita dificuldade em brigar por eles mesmos, em demonstrar desagrado, raiva quando alguém lhes faz algo, não sabem se defender, estando à mercê dos dissabores da vida. Entretanto têm uma imensa facilidade de brigar pelos outros.

Contrariamente ao paciente deprimido, que desiste de todas as atividades, o paciente com câncer continua levando uma vida aparentemente normal. A concepção do mundo do paciente portador de neoplasia é de vazio, de desesperança, acreditando que jamais obteria alguma satisfação. com enormes sentimentos de solidão, pois somente trata de agradar aos OUTROS. Refere que os pacientes sentiam o desespero muito antes do surgimento da doença. O câncer era uma forma de se livrarem de si mesmos.

Um outro dado, segundo em importância, era a perda da finalidade de vida, a raison d'etre. Em geral se tratava de indivíduos que tinham uma participação bem grande

na vida, e aos quais, por algum motivo, isso foi obstado. As atividades que exerciam, não eram tanto para a satisfação pessoal ou para ganhar dinheiro, mas para tentar estabelecer alguma comunicação com o outro. Este esforço os fazia, aos olhos dos outros, parecerem pessoas altamente responsáveis, auto-controlados e idealistas.

Assim, conseguiam estabelecer relacionamentos significativos e duradouros, mas poucos, e que se tornaram o foco central de suas vidas. A perda destes relacionamentos levou-os ao desespero, como se não pudessem mais reconstituir a sua vida. Parecia que havia mais emoção, descarregada no corpo, do que capacidade de expressar esta emoção. LeShan (1989;1992) cita Kissen que considera que os portadores de neoplasía têm canais insuficientes para a descarga emocional. O próprio LeShan refere que os pacientes já com a enfermidade, que se encaminhavam para a morte, apresentavam uma paz que ele chamou como a falsa paz do desespero.

Refere, ainda que quanto à vida familiar, os pacientes se caracterizavam por terem tido uma infância e adolescência nas quais predominavam o isolamento e sentimentos de solidão. Os sentimentos de religião são tênues, os pacientes falam mais em destino do que em Deus.

Cita Binswanger, referindo que o umwelt[9] de seus pacientes era algo pequeno, sem importância. O mitwelt[10], viver com os outros, era caracterizado por ou é isso ou é aquilo, e sempre teria que haver a concordância deles. O gegenwelt[11], ou o seu mundo interior, era estático, as exigências que faziam a si mesmos e aos outros eram enormes.

LeShan (idem) continua falando em suscetibilidade e stress. Considera os possíveis futuros portadores como extremamente susceptíveis. Uma perda afetiva que para

---

[9] um = em torno, em volta; welt = mundo, universo; o mundo em torno do homem.
[10] mit - com; mitwelt = o homem com o mundo, junto com seu mundo.
[11] gegen = contra, em direção; gegenwelt = o homem em direção ao mundo.

um bom neurótico significaria apenas uma perda com dor e possibilidades de resgate, para o paciente oncológico significa a própria morte, o ódio, a raiva que não pode ser expressa.

Resumindo podemos considerar que LeShan (idem) encontrou em seus pacientes: a) perda de uma relação significativa antes do início da doença; b) incapacidade de expressar sentimentos hostis; c) importante tensão em relação a uma figura parental; d) sentimentos de desamparo e desesperança. Considera que estas pessoas continuavam a executar suas atividades e rotinas mesmo sem adquirir satisfação, depredando-se por se dar incessantemente aos outros, não se permitindo receber.

Worthington (apud) LeShan (1977;1994) demonstrou estatisticamente a importância de perdas familiares, ficando em primeiro lugar as viúvas, seguidas de divorciados, casados e outros interesses afetivos e ficando em último lugar os solteiros.

Em conjunto com uma pesquisa de Gasmann, LeShan (1977;1994) observara que o aparecimento de problemas emocionais não resolvidos eram seguido de um desenvolvimento mais rápido do tumor.

LeShan preconiza ainda o tratamento psicoterápico do paciente, visando principalmente o fortalecimento do ego, e por conseguinte dando-lhe maior capacidade de reagir aos dissabores da vida. Dentro da psicoterapia, considera essencial também “direcionar” o paciente para que possa recuperar ou “achar' alguma finalidade na vida. LeShan (1977 ;1994) refere inúmeros casos de curas, ou melhor sobrevida de mais de cinco anos, com pacientes que se submeteram a psicoterapia com ele. Partindo da dinâmica da personalidade, conforme descrevemos acima, ele criou uma técnica direta e que se dirigia basicamente à vida do paciente. Em poucas palavras atacava o que mais perturbava o paciente: a baixa autoestima, a fantasia de ser gostado apenas se fizesse o que os outros querem, e o ajudava na busca de uma nova finalidade na vida, como

estimulava a novos relacionamentos. Com isso LeShan demonstrou a importância do psiquismo tanto na "criação" do câncer como na sua remissão.

Schavelzon (1978;1978) refere que câncer é o que o paciente cria, nutre e acalenta. Num outro texto (1992;1992), passa a falar sobre o câncer considerando o indivíduo como a totalidade, e tenta fazer uma ligação entre o câncer, toda a gama de conflitos psicológicos e influências do meio ambiente e a imunologia. Conclui que existem três tipos de enfermidades, sendo um tipo relacionado a câncer, as afecções auto-imunes ou de auto-agressão, devidas a gestação ou ao bloqueio da capacidade de leitura do não ego, como AIDS.

Mello Filho (1988) considera que o câncer é influenciado pelo stress e por fatores psicológicos, quer no seu desencadeamento até a morte, quer na direção de um curso mais benigno, podendo incluir o seu desaparecimento. Refere que já em 1854, AMUSARD considerava que a influência do luto parece ser a causa mais comum de câncer. Citando Schavelzon refere-se a três precursores: Evans , que encontrou um fator comum, a perda de uma parte de relações antes da neoplasia; Foque, que considerava que certos estados psíquicos tornariam as células receptíveis a transformações malignas; Peller que chamou atenção para as situações de perda e luto. Cita ainda Corbineau, que fala sobre a importância de atitudes de rejeição por parte dos filhos, e a facilidade de se desenvolver metástases após situações de perda e stress.

Citando ainda Friedman, (Morte vodu e relação médico-paciente), Mello Filho (1988) refere que o apontar do osso para alguém numa cerimônia vodu é semelhante a uma série de atitudes médicas que funcionam como iatrogênicas. Assim, da mesma maneira que aquele ao qual foi apontado o osso, sente-se condenado a morte, deprime e morre, existe uma série de atitudes médicas que podem ser consideradas iatrogenizantes.

O descaso pelo paciente terminal – em última instância a fuga do médico diante da própria impotência – transmitem ao paciente a rejeição e condenação de que nada mais existe a ser feito e levam-no mais rápido à morte.

Para demostrar a influência do psiquismo quanto à cura, ainda em Mello Filho (1988) encontramos referências a CURAS ESPONTÂNEAS DO CÂNCER. Citando Sindelar e Ketcham, que estudaram 107 casos de curas espontâneas, e concluíram que o efeito psicológico da hospitalização e da cirurgia pode indubitavelmente afetar o mecanismo metabólico e neuro-endócrino e daí postulam que tais efeitos (psicofisiológicos) associados com a CRENÇA na cura, levam o tumor a regredir em alguns dos casos operados.

Quanto a CURAS DA FÉ, refere que a fé, religiosidade e uma crença muito poderosa, parecem ser os fatores comuns em muitos dos pacientes que mostraram cura espontânea do câncer; o apego muito grande à religião parece ser o único dado comum nestes pacientes.

Parece-nos que a primeira vez que surgiu algo oficial a respeito da Psico-Oncologia no Brasil foi um evento, do qual participamos, organizado pelo Instituto de Radioterapia Osvaldo Cruz, São Paulo, em abril de 1976, intitulado Ciclo Internacional de Atualização em Cancerologia, Psicologia e Câncer.

M. M. M. J. Carvalho (1998) refere que no Brasil, desde 1980 começam a surgir alguns esforços no sentido de implantar serviços e fazer pesquisas quanto à relação entre a mente e o corpo, no câncer. Encontramos no livro, Resgatando o Viver, vários artigos que descrevem o funcionamento de ambulatórios ou mesmo a participação de psicólogos em serviços de Oncologia.

Parece-nos que o mais antigo serviço de Oncologia com participação de Psicologia foi em Goiás, (Costa Neto,1998), em 1980, apenas como atendimento tradicional em consultórios. A contratação mesmo e a formação de um serviço somente ocorreu em 1987, pensando se principalmente na questão de prevenção, mas ainda uma prevenção do fora, palpável, sol, fumo, álcool, dietas inadequadas, e outros. Somente em terceiro lugar foi colocada a inter-relação entre os estados emocionais e o surgimento de câncer. A pesquisa realizada pelo setor delimitou alguns traços de personalidade de portadores atuais e futuros de câncer. Foi criado um serviço que visa prevenção primária, secundária e terciária. A primeira compreenderia a ajuda na mudança de hábitos que possam levar ao câncer, como na mudança de hábitos visando diminuição de stress; A Secundária se dedicaria mais á compreensão de dificuldades e a terciária dizem respeito ao paciente já com câncer e submetido a tratamento. Dá-se importância bastante significativa a perdas, e pelo que lemos o serviço deve ser excelente.

Entretanto, sentimos falta, tanto nestes trabalhos como em outros, a participação mais direta da psicologia junto a equipe médica. Acreditamos tratar-se de uma dificuldade que também encontramos no serviço do qual participamos.

Exemplificando: Costa Neto (1998), conta um caso clínico referente a um psicólogo que foi chamado para avaliar e orientar uma equipe cirúrgica, devido a um paciente haver-se recusado fazer laringectomia. A impressão que tivemos é que o cirurgião se limitava a operar, o restante ficando delegado á psicologia. É preconizado atendimento para preparo pré-cirúrgico, pelo psicólogo. E aí que nos vem a pergunta: onde fica a relação médico/paciente??? É o psicólogo que me acalma, explica, ou é o cirurgião, o que vai me cortar, que ficar junto de mim que tem que me reassegurar?

No mesmo livro ainda encontramos referencias ao serviço de Psicologia na Bahia, Albert Einstein e outros. Mas, apesar de a visão se encaminhar para uma visão holística do paciente, a impressão que temos que não há aprofundamento na compreensão do que se passa com paciente. Entretanto, acreditamos que as melhoras da qualidade de vidas do paciente e maiores tranqüilidade dos envolvidos, são bem patentes. Campos, (1998) traz-nos uma situação ímpar e dificilmente encontrada: a de um médico de periferia, que nas palavras da autora " teve a humildade de reconhecer que existia alguma coisa com a qual ele não estava podendo lidar, ou seja, o sofrimento das pacientes mastectomizadas...". Este médico escutou a palestra da autora, num Congresso, e a convidou para falar sobre o mesmo assunto no Posto no qual atendia. Como seria bom se todos nós pudéssemos ter este tipo de experiência.

Entretanto, trata se mais de pesquisar os fatores externos, numa linha comportamental, do que realmente mergulhar dentro do paciente e ver o que ocorre.

A própria definição da Psico-Oncologia (Carvalho,pag.142) mostra o interesse em que se baseiam as pesquisas; " impacto do câncer no funcionamento emocional do paciente, sua família e dos profissionais envolvidos no seu tratamento e o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao câncer. Um pouco adiante, no mesmo livro, (pag.143) se fala da aplicação da Psico-Oncologia, referindo-se a assistência, pesquisa de varáveis psicológicas e sociais e organização de serviços que visem ao atendimento integral do paciente.

Comparando estas pesquisas, que na sua maioria podemos ver como de cunho comportamentalista, podemos ver que elas apenas vão completar as pesquisas e as teorias de psicologia profunda. O que os comportamentalistas descrevem na superfície, os adeptos de psicologia profunda explicam dentro do funcionamento da pessoa.

2.5.2. HIV

Encontramos pouca literatura a respeito de HIV relacionada a psicologia.

No Congresso de Berlim (1993), sobre AIDS, só encontramos um autor que tentou ligar HIV e o psíquico. Ute Buesing (1993), nos fala sobre a pesquisa realizada quanto a Long Temp Survivors, que valoriza a personalidade de cada portador, principalmente a postura diante da doença e da vida de cada um, tendo mais possibilidade de sobrevida aqueles que estabelecem relações humanas sólidas.

Não encontramos muitos trabalhos sobre a psicodinâmica e AIDS, no Brasil. O pouco tempo de vida, o receio, a vergonha e por conseguinte a necessidade de se esconder, a pouca participação dos psicanalistas no meio universitário, talvez sejam os responsáveis por isso.

Quanto a alterações psíquicas produzidas pelo HIV, encontramos uma tese de Mattos(1990), que não se refere, entretanto, a estruturas de personalidade dos pacientes.

Costa (1991) se aprofunda nas vivências do paciente e refere algo também por nós observado : que o paciente portador de HIV, sentindo-se abandonado cria uma profunda ligação com a equipe de saúde e em especial com seu médico. Dá ênfase às reações do paciente quanto à comunicação do diagnóstico, mas não se aprofunda no porquê destas. Fala ainda da necessidade de se Ter um psiquiatra na equipe de portadores de HIV.

Segue-se a este trabalho um de Alícia Navarro Dias de Souza (1998) que se preocupa em demonstrar a necessidade de grupos de reflexão para alívio das angústias causadas pela proximidade de morte do paciente.

Encontramos um único trabalho referente a um paciente em análise, de Sylvain Nahum Levy.

Um excelente trabalho, e único em termos psicologia profunda que encontramos a respeito de portadores de HIV é de Vital de Lima Ferreira (1994). Baseando-se nos conceitos kleinianos de seio bom e seio mau, passa a desenvolver a questão de regressão do paciente, e suas vivência da morte.

Manoel Xavier de Oliveira Neto (1990), refere numa monografia os sentimentos trazidos pelo paciente homossexual quanto a AIDS. Refere que a forma de morrer e como o paciente enfrenta a doença que o assola depende da personalidade de cada um.

3. OBJETIVOS.

3.1 -O porquê.

Como professora de Psicologia Médica , lotada no Departamento de Clínica Médica, tivemos a oportunidade de observar os mais diversos quadros clínicos e sua evolução. Sem nenhuma pretensão de pesquisa, porém munidos de curiosidade de entender o ser humano – fato que nos levou a fazer formação psicanalítica – tínhamos por hábito anotar o que observávamos nos pacientes. As síndromes imunológicas é que nos chamaram mais atenção diante de algumas coincidências e diferenças na evolução. Foi principalmente com pacientes portadoras de lupus que observamos a similaridade de circunstancias que precediam o surgimento da doença e das recidivas. Entretanto o início igual quanto a sintomatologia, os mesmos cuidados dispensados, levavam ora a remissões do quadro bem prolongadas, muitas vezes a um surto apenas em mais de 15 anos de observação, outras que se encaminhavam á óbito em muito pouco tempo e pacientes que passavam a vida de recidiva em recidiva.

Observamos o mesmo em portadores de neoplasias. Mas foi principalmente o surgimento do HIV que nos levou a estudar mais a fundo este fenômeno.

Certa vez ao assistirmos a entrevista de um médico na televisão ele se referiu a pacientes como podendo ser morrentes e viventes. Foi neste momento que percebemos

que podíamos fazer uma outra classificação de pacientes: os morrentes, que rapidamente se encaminhavam para o óbito – se deixavam morrer, expressão que nos rendeu muitas críticas – e os viventes que lutavam pela vida e sobreviviam.

Entretanto foi o surgimento de pacientes portadores de HIV que nos levou a observações mais acuradas e minuciosas dos PORQUÊS das diferentes evoluções.

É a necessidade de compreensão destes "porquês" e a possibilidade de trazer alguma ajuda a estes pacientes que nos levaram à presente pesquisa.

A pesquisa que realizamos iniciou-se com observação de duas clínicas, a de Doenças Infecto-Contagiosas e a de Oncologia.

A compreensão e interpretação baseia-se em psicologia profunda.

3.2 Objetivos.

Assim, a presente dissertação é a resultante de uma pesquisa descritiva que tem como objetivo principal "detectar as causas psicodinâmicas que levam determinados pacientes irem à óbito , e outros a viverem, apesar de apresentar o mesmo quadro, o mesmo vírus, a mesma doença".

Para tal, como objetivos específicos, procuramos o seguinte:

1) Identificar os traços da personalidade que levam uns a "se morrer" e outros a sobreviver tanto nos pacientes da Clínica Oncológica como nos portadores de vírus HIV.

2) Correlacionar os traços de personalidade encontrados na evolução do indivíduo desde o nascimento, e a dinâmica do grupo primário que propiciou a formação destes traços.

3) Analisar a influência dos fatores externos traumatizantes, no surgimento e evolução da doença.

4) Analisar e explicar a dinâmica das diferentes formas de contratransferê
causadas por estes pacientes no médico e no OUTRO.

4. MÉTODO

4.1. SUJEITOS DE ESTUDO

Pacientes, de ambos os sexos, da Clínica Oncológica e de Doenças Infecto-contagiosas do Hospital Universitário da UFMS, em sua primeira manifestação de doença, antes de cinco anos de evolução. O período de observação foi de 1986 a 1996. O método usado foi qualitativo - estudo clínico e análise do quadro através de teorias psicanalíticas.

Na Clínica Oncológica a idade dos pacientes variava entre 20 e 60 anos, sendo a maioria acompanhada nas enfermarias e posteriormente no ambulatório. Alguns casos eram atendidos no nosso consultório particular, o que nós permitiu uma visão mais ampla da psicodinâmica.

Amostragem:

Examinados: um total de 75 casos, divididos da seguinte forma:

	Nº de pacientes examinados	**Nº de casos relatados**
Morrentes	44	4
Viventes	31	1

Na Clínica de doenças Infecto-contagiosas, a idade variava entre 18 e 40 anos, e acompanhamos os pacientes na enfermaria e posteriormente no ambulatório.

Amostragem:

Examinados: no total 65 casos, divididos da seguinte forma, conforme as características pessoais e a sobrevida.

Nº de pacientes examinados		**Nº de casos relatados**
Pacientes morrentes	30	
a- pacientes anaclíticos	25	1
b- pacientes "neuróticos"	5	3
Pacientes viventes	35	
a) pacientes narcísicos	18	3
b) pacientes neuróticos	5	3
c) pacientes psicopatas	12	2

Os casos relatados, tanto na Oncologia como na Clinica de Doenças Infecto-contagiosas, foram escolhidos conforme apresentaram maior número de características psicológicas de cada grupo.

A idade, naturalidade, estado civil, grau de escolaridade, profissão faziam parte do prontuário. Não temos dados, nem existem no nosso local de trabalho, quanto a porcentagem de pacientes com curso superior completo, entretanto estamos cientes que se trata de uma minoria.

Quanto a questão ética, achamos desnecessário nos apresentarmos ao paciente e explicar que estávamos ali por causa de uma dissertação de mestrado. Primeiro, por ser a médica do setor que também prestava atendimento e segundo que não pretendíamos usar os dados de observação para dissertação de mestrado na época em que os colhemos.

Os casos que relatamos são antigos, e apresentados de tal maneira que torna totalmente impossível a identificação do paciente.

Procuramos diferenciar, dentro de cada um dos grupos, os pacientes viventes e morrentes.

Chamamos de viventes os pacientes que tinham uma sobrevida maior de 5 anos depois da descoberta do diagnóstico, e que continuavam assintomáticos.

Chamamos de morrentes os pacientes que uma vez descoberto o diagnóstico, iam a óbito antes de decorridos 5 anos. Não os chamaremos de pacientes terminais, uma vez que na nossa experiência o paciente terminal[12] – no conceito de D´Assumpção (1988), nem sempre ia a óbito.

Na Clínica Oncológica rejeitamos os casos de leucemia, por considerar que têm uma dinâmica especial e os casos de pessoas acima de 50 anos, cuja dinâmica seria também diferente.

Na Clínica de DIP, somente acompanhamos portadores de HIV.

4.2. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

1) Exames (consultas) de pacientes, internados e no ambulatório. O número de consultas variava, conforme a necessidade do paciente.

   Entrevista com os familiares.

2) Grupos de discussão.

   a) Na Clínica Oncológica

Não fazíamos parte da equipe, mas éramos chamados como psiquiatra, na maior parte das vezes como "receitadora" de Valium. Costumávamos conversar individualmente com alguns componentes da equipe, médicos, enfermeiros, assistentes sociais e acadêmicos. Às vezes se formava um grupo pequeno – a participação do chefe do serviço

[12] Paciente terminal – paciente com prognóstico péssimo, com falência de órgãos, sem possibilidades de sobrevida a longo prazo.

e os mais graduados era rara – no qual se discutia algum paciente. Visitávamos os pacientes aleatoriamente, em geral a pedido de acadêmicos do terceiro ano, que faziam a disciplina de Psicologia Médica, conosco. A maior parte de informações sobre o SENTIR obtivemo-las a partir deste grupo.

b) Na Clínica de DIP

Tivemos o privilégio de ver o serviço nascer juntamente com o primeiro caso de HIV em Campo Grande. Como psiquiatra do setor, formamos um grupo composto de médicos, residentes, acadêmicos e enfermagem que se reunia todas as sextas-feiras, com duração de uma hora e meia. Contávamos com a participação de uma psicóloga, em formação Psicanalítica. Era discutido o SENTIR de cada um, a reação do paciente, da família, a conduta a ser seguida na relação. De uma maneira geral a equipe era estimulada para examinar seus próprios sentimentos e emoções em relação aos pacientes, e também à morte.

4.3. PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DE DADOS

Anotações cuidadosas do que ocorria nas consultas, (cumpre-nos lembrar de que na clínica oncológica muito antes de que houvesse qualquer pretensão de pesquisa nós anotávamos cuidadosamente muitos fatos que nos pareciam importantes, principalmente relacionados com a psicodinâmica que os pacientes desenvolviam) , nos grupos de discussão com profissionais de saúde, nas reuniões clínicas, na observação relação equipe/paciente e em relação a alguns familiares.

Valorizamos os seguintes aspectos:

1) Nas entrevistas com os pacientes:

A) Acontecimentos familiares, sociais, profissionais e pessoais que precederam o surgimento da doença e as reações (como os sentiu) do paciente frente aos mesmos.

B) O relacionamento familiar precoce com os genitores, e a dinâmica familiar tanto na infância como no momento em que entrávamos em contato com eles;

C) Os traços de personalidade, sob o ponto de vista psicanalítico;

D) O tipo de relacionamentos que o paciente estabelecia com os OUTROS.

E) O "lucro" que o paciente obtinha com a sua doença, e a posição da família diante do quadro apresentado.

F) Contratransferência, este foi o móvel principal para o entendimento dos pacientes e o que se passava com a equipe e conosco. Consideramos os seguintes aspectos:

a) o que **EU** sentia em relação ao paciente;

b) o SENTIR da equipe:

- o que você sentiu ou sente em relação ao paciente?
- teve vontade de fugir?
- sentiu pena?
- teve vontade de ficar junto ao paciente, conversar com ele, ajudá-lo?
- teve raiva do paciente?
- sentiu dificuldade em atender o paciente?
- sentiu dificuldade em se afastar do paciente?

As perguntas acima eram feitas ao pessoal médico e paramédico tanto nos grupos de discussão, como individualmente, em situações não formais. Nós nos reservamos o direito de guardar os nossos sentimentos – sentimentos provocados em

MIM pelo paciente – para comunicar no final dos grupos de discussão.Desta forma havia a possibilidade de comparar o MEU SENTIR com o SENTIR da equipe e uma tentativa de não interação mútua, uma vez que anotávamos os meus sentimentos antes de ouvir as vivências do grupo. As comunicações entre as pessoas, entretanto escapavam ao nosso controle e, por conseguinte não havia como evitá-las ou levar em consideração "o conversado antes " seja entre os membros do staf, seja com os familiares e outros.

c) a relação entre o **MEU** sentir e o SENTIR detectado na equipe;

2) O diagnóstico e a localização da neoplasia, visando fazer ligação com características psicológicas do paciente.

Nos pacientes portadores de HIV, com a doença já manifesta, não levamos em consideração a nosologia apresentada, quer fosse infecção oportunista, quer fosse alguma manifestação neoplásica.

3) O tempo de sobrevida dos pacientes.

4) A relação médico/paciente e sua atuação como iatrogenizante ou curativa.

5) Na Clínica de Doenças Infecto-contagiosas (HIV), não levamos em consideração como o paciente se contaminou, qual foi a sua reação à doença, qual foi a reação da família e outros.

6) Tentamos observar, usando as palavras de Dejours (1988(1988)) "QUEM TERIA INTERESSE EM VER O PACIENTE DOENTE".

5. RESULTADOS

Vamos a seguir descrever o que observamos em ambos os locais do trabalho e o nosso/meu/ da equipe sentir em relação a tudo isso, a nossa posição em ambos os serviços e por último os pacientes. Como professora de Psicologia Médica, éramos solicitados por vários serviços para dar parecer, interconsulta , aspectos psicológicos que levaram a adoecer e reações à doença já estabelecida, ou mesmo como psiquiatra, de onde nos veio uma vivência muito rica de praticamente todos os serviços, e que nos permitiu traçar diferenças entre todos eles.

Vamos separar as duas clínicas – Oncologia e DIP – apenas quando falarmos dos pacientes. Na observação das equipes, vamos falar das duas concomitantemente, para fugirmos de repetições, muitas vezes desnecessárias, podendo assinalar as diferenças e semelhanças entre as duas. As semelhanças, sob o ponto de vista dinâmico são iguais nas duas clínicas. As diferenças englobam n fatores que tentaremos esmiuçar no decorrer do texto.

Um aspecto importante, e no qual basearemos todas as nossas tentativas de compreensão e conclusões é o MEU/NOSSO sentir, os sentimentos contratransferenciais provocados pelos pacientes na equipe médica e para-médica, e principalmente em MIM.

5.1. A OBSERVAÇÃO DAS EQUIPES

5.1.1. A "minha" função

Não podemos deixar de falar sobre a nossa função em ambos os locais do trabalho, uma vez que ninguém é neutro numa relação, qualquer que ela seja. O nosso trabalho partiu do MEU[13] sentir, que procuramos posteriormente ligar aos outros componentes da equipe.

Na Clínica Oncológica a nossa presença era informal.. O serviço de Oncologia primava em não comunicar o diagnóstico, em não usar a palavra câncer. Qualquer tentativa nesta direção, seja em fazer grupos com a equipe de saúde, seja uma abordagem mais próxima era rejeitada. Éramos olhados com desconfiança, a palavra câncer praticamente proibida, os acadêmicos levados na mesma direção. Na maioria das vezes éramos chamados para sedar o paciente. Havia pouco interesse numa interação maior

O serviço é composto por excelentes profissionais na área, quer seja no tratamento quer seja no ensino. Apenas em matéria do psicológico, do homem como ser total inserido num meio era extremamente limitado e na maior parte das vezes rejeitadas. Não podemos deixar de reparar que na época em que o serviço fora aberto havia apenas dois psiquiatras na cidade e uma psicóloga, os quais nem teriam tempo para participar de qualquer outra atividade fora a do consultório. Seria muito difícil para qualquer médico ser o único a carregar o peso do diagnóstico, tratamento, prognóstico, as angústias do paciente e da família e as suas próprias diante de constatação da sua impotência perante os quadros. Assim, este tipo de funcionamento, além de dificuldades humanas ainda teria por

[13] MEU – sempre quando se tratar de algo pessoal do autor da dissertação.

finalidade a proteção do próprio médico, da sua sanidade mental, de evitar o sofrimento diante do que se depara no dia-a-dia.

Na DIP estávamos lotados oficialmente, como psiquiatra. Em 1989, quando surgiu o primeiro caso de AIDS – sinônimo de morte naquela época – em Campo Grande, tivemos a oportunidade de participar ativamente da criação da equipe e do setor.

Novos pacientes oncológicos não despertavam curiosidade. Câncer já era antigo e conhecido. Era também sinônimo de morte e da dor, mas era algo com que já sabiam lidar. Já os primeiros casos de HIV mobilizavam a todos que tomavam conhecimento. Era incrível a velocidade com que se espalhava a notícia pelo hospital. Independente da função – médico, acadêmico, enfermeiro ou servente – a movimentação diante da enfermaria era intensa. A doença nova e a certeza da morte – naquela época – levavam as pessoas a verificarem in loco esta situação.

A fonte de maior angústia naquela época – 1989 - era a comunicação do diagnóstico. Tivemos a oportunidade de ver as dificuldades, angústias talvez difíceis de serem descritas nas equipes de saúde, principalmente médicas, diante de pacientes aos quais tinham que comunicar o diagnostico de HIV. A impressão era de que sentiam que iriam dizer "você vai morrer". Nos outros quadros nosológicos esta dificuldade não aparecia tanto, pois sempre podia se "enrolar". Foi uma época muito rica para nós em termos de vivências, quando pudemos observar a luta do médico com seus próprios instintos de morte. Uma situação que poderia servir para pesquisa seria justamente a diferença, os mecanismos de defesa usados pelos médicos/acadêmicos e o restante do pessoal do setor. Atualmente, no ano 2000 – época da conclusão do presente trabalho – já não vemos estas dificuldades de comunicação do diagnóstico, de "conversa" com o paciente a respeito disso. Acreditamos, que o aumento de anos de sobrevida, o surgimento

de novas medicações, possam ter proporcionado mais segurança e força ao médico em relação ás suas próprias pulsões de morte.

As diferenças que passaremos a descrever, muitas vezes nos fizeram pensar que pudessem ser devido à já existência de um serviço de oncologia, crônico e basicamente positivista, e o serviço da DIP estava nascendo, como também a doença. Entretanto, o passar dos anos nos mostrou o contrário. Se tivéssemos que entrar hoje em qualquer serviço de DIP, que nunca teve psicólogo ou psiquiatra, acreditamos que a receptividade seria exatamente igual à do nosso.

5.1. 2. O Local

O local e o clima reinante nas duas Clínicas são diferentes, talvez possamos até falar em opostos.

Na Oncologia conseguia-se perceber, até por observadores menos avisados, uma tensão, algo de segredo, de tragédia. Pouco se ria, a equipe se reunia numa sala pequena onde eram discutidos casos clínicos bem objetivamente, tumor tal, conduta tal etc. Havia seriedade e compenetração no semblante de todos. Apesar de existir uma salinha de TV, raramente os pacientes e reuniam ali. A própria sala de espera era angustiante. Os pacientes ali não se comunicavam. Certa vez uma psicóloga sugeriu que se fizessem grupos de sala de espera, nos quais poderiam ser discutidas as dificuldades e dúvidas de cada um. A idéia, entretanto não foi em frente. Havia resistência muito grande do staf, um medo talvez de que se falassem nestes grupos sobre coisas com as quais eles depois não conseguiriam lidar.

Quando éramos chamados para atender algum paciente, em geral, era porque estava chorando e precisava tomar um Valium. Era compreensível, pois todos ali estavam

preocupados em o paciente não chorar, não gritar, não demonstrar sofrimento, não saber o que tem. O choro necessário, o desabafo, a briga pela vida, não podia ser feita aos gritos – no sentido figurado – é como se tivesse que ser mantida uma situação de paz e tranqüilidade, a raiva não poderia ser expressa. Câncer, morte, perda eram negadas, não se podia falar sobre elas. Era um clima falso. Todos preocupados, o paciente cada dia pior, emagrecendo, mas todos dizendo que bom, está melhor. Claro que estamos exagerando, mas em linhas gerais era isso. A negação da morte e impotência diante dela, levava com que quase todos fugissem dos pacientes, não levassem a comunicação além de corriqueira e bem objetiva.

Os pacientes da DIP – não todos – costumavam se reunir diante da televisão que ficava na ante-sala. Era difícil encontrar isso na Onco.

O próprio ambulatório da DIP era movimentado. Os pacientes chegavam mais cedo – a sala de espera era só deles – e ficavam ali conversando. Às vezes tentamos nos reunir a eles, entretanto eles se calavam a nossa aproximação. Ao lhe assinalarmos que calavam quando alguém se aproximava, a resposta que obtivemos foi, no mínimo, interessante: "aqui é bom, a gente pode falar o que quer, lá fora todo o mundo nos condena".Não podemos atribuir esta frase a todos os portadores, entretanto ela caracteriza bem a própria condenação num determinado tipo de pacientes. Como nós não os condenávamos – e aqui entra uma particularidade da nossa equipe que se caracterizava pela facilidade de comunicação, pela capacidade de serem continentes – podemos sentir neste tipo de paciente a condenação, a auto-acusação que se dirigiam por terem chegado a este estado.

A diferença principal entre os dois setores era a comunicação ou não do diagnóstico. Na DIP o diagnóstico era sempre comunicado ao paciente, a partir do momento de suspeita de ele ser o portador. A participação da família era com permissão

do próprio paciente, ao qual era explicada toda a questão relacionada a contágio, etc. Desta forma nós conseguíamos que tanto o paciente como as famílias estivessem colaborando no tratamento. A participação ativa, principalmente do paciente , quando as suas decisões eram respeitadas, trouxe-nos bons resultados no controle do quadro tanto sintomático como epidemiológico. É o caso de um dos primeiros pacientes atendidos no HU, com Sarcoma de Kaposi, que deveria submeter-se ao tratamento quimioterápico sob a orientação da oncologia. Como era portador de HIV, foi-lhe esclarecido tudo a respeito da doença, o seu médico assistente conversou com ele sobre as indicações, reações adversas e prognóstico deste tratamento. Foi dada ao paciente a opção de querer ou não se tratar. O paciente decidiu não fazer a quimioterapia. Estava relativamente bem, e quando fui conversar com ele, disse-me "sabia que ia morrer, portanto que morresse com menos dores possíveis". A decisão dele foi acatada, e o paciente morreu alguns dias depois. Se por um lado fica a pergunta, "e se tivesse feito o tratamento?", por outro lado existe a certeza de que foi evitado um sofrimento maior por parte do paciente. O princípio que imperava na equipe era sempre respeitar as decisões do paciente.

Já na Oncologia o diagnóstico era mantido em segredo. Em geral era a família que estabelecia maior contato com o médico, e este se mantinha mais perto dela do que do próprio paciente, inclusive atendendo até aos pedidos de não comunicação do diagnóstico ao paciente.

A comunicação do HIV é obrigatória, até como forma de proteção á família do paciente. O que no início era um "terror" para os infectologistas, com o passar do tempo foi se tornando mais fácil. O "clima" no início, pesado e angustiante passou a ser leve, mais leve do que na oncologia. De uns anos para cá quem adentra no setor da DIP, depara-se com ambientes totalmente diferentes, não necessariamente expressos pelo

ambiente físico, mas nos semblantes da enfermagem, acadêmicos estagiários e outros. Tudo isso diz respeito também ao infectologista – atualmente ele está muito mais "leve" do que no início da doença. O porquê pode ter várias respostas, mas que não são temas do presente trabalho. Uma delas, talvez mais superficial é a constatação de que nem sempre se morre rápido de AIDS, o surgimento de novas medicações ou quem sabe se no fundo "a sensação de alguma garantia de que se pode vencer a morte".

Ainda observamos que nas enfermarias de ONCO alguns pacientes eram colocados nos leitos longe das portas, que raramente alguém se aproximava deles para conversar, acadêmico fazer anamnese, ou mesmo o médico responsável demonstrar algum interesse. Isso não ocorria nas enfermarias da DIP. Em alguns casos que eram considerados como terminais tentou se colocar o paciente mais isolado, prática esta que foi abandonada à medida que se percebeu que nem sempre o terminal era terminal e que até a proximidade de outros pacientes tinha algum – se é que podemos chamar assim – poder curativo.

Vamos descrever uma situação que observamos relacionada a banho no leito, mas que mostra bem a diferença que nos propusemos a fazer entre morrentes e viventes. As enfermarias da DIP têm dois leitos. Presenciamos o banho dado em ambos os pacientes por duas enfermeiras. A higiene de um deles transcorreu entre risos, brincadeiras; no outro, poucos momentos depois, as duas estavam conversando entre si, "lavando o paciente como se fosse uma coisa".

Com muitos pacientes da DIP podia se brincar. . É o caso de um paciente, atualmente já com oito anos de sobrevida, que periodicamente era internado com quadro de alguma infecção oportunista. É um hábito, até hoje, todos perguntarmos ao paciente: "o que aconteceu desta vez?". A resposta, invariavelmente era de que brigou com a mãe, quebrou o carro, perdeu um cliente. O paciente está caquético, trabalha com venda de

seguros, e está vivo. Mesmo que a equipe suspire – "outra vez" - todos têm boa vontade em atendê-lo.

5.1.3. O médico

Algumas características dos profissionais poderão nos levar a entender o funcionamento interno do paciente. A relação médico/paciente, como qualquer relação é um interjogo entre duas pessoas. Não é nada estático e nem aprendido nos livros de psicologia médica. É conseqüência de projeções, de parte a parte, únicas e particulares de cada um dos participantes, resultado de toda a dinâmica de um mundo interno, formado desde o momento do nascimento.

Sabemos que a relação que o médico estabelece com o paciente desempenha um papel terapêutico de suma importância. Alguém disse, que o melhor remédio para o paciente é o próprio médico. Adolfo Hoirish (1993) nos descreve vários casos de "médicos iatrogenizantes". Nós mesmos temos inúmeros exemplos, tanto na Oncologia como na DIP ou em outras Clínicas, como o médico às vezes pode fazer mal com a atitude, com o que diz, com o que manda fazer, sendo que a sua intenção é das melhores.

Os nossos prontos-socorros, principalmente quando particulares têm a enorme capacidade de "produzir , fabricar" doentes. Vejamos o caso de uma taquicardia. A paciente que entra no PS, com queixa de dor precordial e taquicardia. O residente atende, cônscio de sua responsabilidade faz todos os exames, e como garantia de qualquer intercorrências de maior vulto já manda passar um soro – glicosado, puro ou com complexo B para dar cor. Inseguro ainda, cansado pela fila de pacientes que estão esperando para serem atendidos, interessado em cardiologia, faz todos os exames possíveis. No decorrer do atendimento a paciente vai se acalmando, a taquicardia diminuindo. O residente descobre que não tem nada,

apenas ansiedade, e solta uma frase inocente: “a Sra. não pode se aborrecer, se ficar nervosa sempre vai sentir isso”. Entrega-lhe o exame, uma receita de Olcadil e vê paciente sair vitoriosa, abanando os papéis para o acompanhante, provavelmente marido, dizendo que ela está muito doente, teve que tomar soro e o médico disse que ela não pode se aborrecer. Vemos neste exemplo como foi “fabricado “ um doente, e o “ lucro” que esta doença poderá trazer futuramente para esta família.

Com freqüência recebíamos pacientes, encaminhados por outras clínicas, que nos contavam que o doutor os tinha proibido de beijar, fazer sexo e ter filhos. Também nos chegavam muitos pacientes angustiados diante de ordens médicas que toda a roupa, louça, banheiro, fossem totalmente separados, dando a entender que o paciente poderia infectar os outros até pelo sopro. Atualmente é raro encontrar estas situações, apesar de ainda existirem e que mostram as dificuldades do médico seja diante da morte – da própria problemática sexual, ou de rigidez excessiva de caráter.

A escolha do curso médico tem como principal motivação a necessidade de “viver” a onipotência que em última instância é a necessidade de vencer os próprios instintos de morte. As outras motivações – agressividade socialmente aceitável, reparação, desejo de status, e outros – seriam secundários e no fundo significariam o experienciar a onipotência. Constatamos isso nas enfermarias quando acadêmicos do terceiro ano, ainda não acostumados com a nossa impotência frente à morte, se angustiam quando vêem que o residente não faz nada diante do paciente que está morrendo. Vemos isso com muita freqüência nos CTIs quando os intensivistas lutam contra a morte do paciente, sabendo que não há mais nada a fazer. E na oncologia, quando o paciente é submetido a “n” cirurgias, apenas porque “quer se ajudar, salvar tem que se fazer alguma coisa”. A dificuldade aparece mais nos acadêmicos do terceiro ano na Psicologia Médica. É visível a angústia quando

descobrem que nem tudo se pode fazer, que não se deve satisfazer às famílias, mas que o vínculo é com o paciente, e que tem que enfrentar o "não tem mais nada a fazer".

Temos observado que em geral os infectologistas são mais extrovertidos, abertos à discussão e à "briga" pela vida. Tornou-se muito mais fácil , em muito pouco tempo, de dizer aos pacientes o diagnóstico de HIV, de discutir a terapêutica, a vida e a morte. São mais livres ao estabelecerem vínculos com seus pacientes, não solicitando a família para participar do tratamento.

Os oncologistas ao contrário, observam que são mais fechados, introvertidos, mais ensimesmados na luta contra o câncer, estabelecendo mais os vínculos.

Entretanto, ambos apresentam a mesma dificuldade, os mesmos sentimentos contratransferenciais em relação ao paciente terminal. Na maior parte das vezes eles não se dão conta do que se passa com eles.

Começamos a fazer parte da DIP, junto com uma psicóloga, que estava em formação Psicanalítica, na época em que apareceu o primeiro caso de HIV em Campo Grande. Em princípio não tínhamos um plano de trabalho. A doença era nova e as reações dos que cuidavam dela novas também. Assim resolvemos que os pacientes seriam encaminhados a MIM, e os familiares para a psicóloga e que depois nos reuniríamos com a equipe para discutir como poderíamos ajudá-los.

Entretanto, eram poucos os pacientes que compareciam à consulta. A princípio achávamos que os médicos responsáveis não os encaminhavam para nós. Só depois, percebemos que eram apenas alguns novos que vinham para a psiquiatria, a maioria preferindo ter contato direto com o seu médico. O mesmo acontecia com os familiares, se bem que em menor grau.

Percebemos que eram os próprios pacientes que não nos aceitavam facilmente. Sentíam-nos como intrusos e invasores de uma relação que só pertencia a eles.. Temos observado até um certo paternalismo entre os infectologistas, o que é mais benéfico do que a fria distância do oncologista. Era normal em outros ambulatórios do HU[14] o paciente ser agendado pela data de retorno e não para o médico que o atendia. Na DIP conseguimos fazer o contrário, assim que percebemos a grande ligação que este tipo de paciente tem com seu médico, e constatamos que o resultado foi excelente. À medida que eram sempre atendidos pelo mesmo médico, parecia-nos que seus quadros melhoravam, mas principalmente o humor. A própria equipe, nas reuniões de grupo, referia que era mais fácil trabalhar assim, e que inclusive a quantidade de prescrições diminuía.

5.1.4. Os acadêmicos

Os acadêmicos que acompanhamos na DIP eram os de 4º ano, os doutorandos e os residentes do setor. Incluímos também os residentes, pois recém-formados, com raras exceções não os acompanhamos desde o terceiro ano, na disciplina de Psicologia Médica e pudemos observar a dinâmica que os levou a escolher a Infectologia como especialidade. Eram, em geral, pessoas extrovertidas, de fácil contato, mais otimistas do que pessimistas, que estabeleciam vínculos cordiais, tanto com a equipe quanto com os pacientes.

Por exclusão podemos diferenciá-los daqueles que tinham horror à doença, andavam pelo setor vestidos como se fossem astronautas, e alguns chegavam a verbalizar a raiva que a situação lhes dava. Assim ouvimos, “eles fazem as farras deles e agora nós somos obrigados a tratá-los”. Era uma minoria, mas nos mostra bem que a dificuldade de

[14] HU – Hospital Universitário.

se aproximar, não era tanto de medo do vírus, mas de toda a problemática que se escondia atrás disso, e que envolvia inegavelmente a problemática sexual não resolvida. Estes acadêmicos passavam pela DIP sem deixar nenhum envolvimento, eram de difícil acesso, relutantes em expressar suas opiniões nas reuniões da equipe, na maior parte dos casos colocando-se à parte, dizendo que aquilo não lhes interessava, denotando grande angústia que o assunto lhes trazia. Eram uma minoria, e infelizmente não os acompanhamos no decorrer do restante do curso, assim não sabemos para que especialidade se encaminharam.

Um outro tipo de acadêmico era os que não tinham receio algum de contaminação. Lembramos de uma acadêmica que estava retirando as sondas de um paciente recém falecido, com luvas apenas e como estava fazendo frio havia vestido um suéter por cima do jaleco, que estava praticamente se esfregando no paciente. Quando chamamos a sua atenção para isso, ela riu e disse, "não tem problema, ele já morreu, e eu sou imune a isso". Citamos aí um caso extremo, mas que encontramos em grande número de acadêmicos, se bem que não tão acentuado, mas que nos permite observar a atuação de onipotência, tão marcante nos que escolhem medicina como profissão. Em outras palavras, é a necessidade do exercício desta onipotência que nos leva a fazer medicina.

Por exclusão chegamos aos acadêmicos/médicos interessados em Infectologia. A comunicação fácil do diagnóstico nos leva a concluir que estão falando com o paciente sobre um agente externo e não interno, que estão indo em direção à parte saudável do paciente, prontos para se unir a ele na luta contra o mesmo. É esta a diferença entre as duas clínicas observadas por nós.

5.1.5. A enfermagem

Encontramos em geral na DIP, uma enfermagem mais disposta, mais maternal do que a que vemos na oncologia, ou mesmo em outros setores. Para nossa surpresa percebemos que ali a enfermagem funciona como uma possibilidade de catarse para os pacientes, não raro conseguindo nos trazer mais informações sobre as angústias e problemas familiares do paciente, do que este último conseguiria nos comunicar. A hora da higiene ou da medicação é a hora do bate-papo. Entretanto, com alguns pacientes também havia o silêncio, da mesma forma que na Oncologia.

Muito maternais não se tratava de pena, contrariamente do que encontramos na Oncologia. Quem fica na DIP, em geral se adapta muito bem. A idéia de morte persiste, está presente, mas não causa medo. Só podemos entender esta questão como conseqüência de que o inimigo/doença/morte está fora e não dentro do paciente.

E. Zaleski (1998) refere que na DIP parece que a enfermagem finalmente conseguiu conquistar o seu lugar. Esta colocação nos deixou com uma pergunta : não seria por que ali, com a quase maioria dos pacientes, havia a possibilidade e o pedido dos próprios pacientes de se formar um ví8nculo com instintos de vida, e não com os instintos de morte? Se pensarmos em outros quadros nosológicos, veremos que em muitos deles esta situação de "querer ser ajudado para morrer" se repete. E aí se foge. É mais fácil. A autora baseia sua tese em Frankl (1959), valorizando a logoterapia, o produzir algo na vida como uma finalidade desta mesma vida. Sem se aprofundar, a autora percebeu a importância do vinculo e do "fazer algo".

5.1.6. As reuniões da equipe e grupos de discussão

Já falamos que não conseguimos fazer grupos de discussão na Oncologia. As nossas observações do “sentir, ocorrer, agir e pensar” decorreram de conversas informais, às vezes mais formais à medida que havia alguma proposta, por parte de acadêmicos e residentes do setor. Às vezes se juntava a nós alguma enfermeira. Assim os grupos regulares somente ocorreram na DIP.

Estávamos entrando em contato com coisas novas, doença nova e morte muito próxima e uma equipe recém formada, angustiada, e sem experiência com a doença que surgia.

Inicialmente nos propusemos apenas a dar assistência a pacientes com HIV, internados. Com o aumento do número de casos e, por conseguinte aumento da angústia da equipe, isso se tornou impossível.

Nós, a doença e a equipe começávamos do zero. O primeiro caso provocou alvoroço no hospital inteiro. Ficou no isolamento, ninguém podia entrar a não ser totalmente protegido. A médica responsável pelo serviço nos procurou pedindo que conversássemos com o paciente e de alguma maneira lhe comunicássemos o diagnóstico. Uma das suas colocações foi que diante do quadro não havia o que fazer e que o paciente iria morrer. Fomos ver o paciente e conseguimos entender melhor a angústia da colega. Tratava-se de um jovem, de 25 anos, não debilitado, que se movimentava livremente pelo quarto, e que apresentava um quadro pulmonar. Realmente era difícil dizer isso ao rapaz. Conversamos com ele, falando sobre a sexualidade, drogas, medo ou não de contágio. Para nossa surpresa o próprio paciente nos disse que estava desconfiado de que tinha alguma coisa ruim, mas que tinha medo de pensar nisso. Sentimos que o paciente estava com medo de nos comunicar as suas suspeitas, da mesma forma que nós estávamos com medo de lhe comunicar a nossa certeza de HIV. Apesar de não ser de nossa responsabilidade, naquele caso, aproveitamos a oportunidade e confirmamos as suspeitas dele. Num primeiro momento ele baixou a cabeça e disse, “é eu sabia, eu tinha medo”.

Constatamos neste caso, que as maiores dificuldades são do próprio médico e não do paciente quanto à morte. O paciente, de alguma forma, empaticamente, percebe a dificuldade do profissional e cala, até como uma tentativa de poupá-lo, de vivenciar com ele, o médico, as angústias ligadas à morte. O médico, a família, todos atribuem ao paciente um sofrimento quanto à morte, que na realidade é deles. Vários autores têm estudado esta questão, particularmente Elizabeth Kubler-Ross (1869;1981), o que está levando a uma mudança de atitude em alguns centros.

Continuamos acompanhando este paciente, e outros que foram surgindo, mas nos ressalvando o direito de não sermos nós a comunicar o diagnóstico. De certa forma conseguimos isso, mas à proporção que o nosso tempo tornou- se escasso e a angústia da equipe parecia-nos que aumentava, mudamos o nosso esquema de atendimento.

O que nos levou a isso foi principalmente um fato muito curioso que não observamos em outras clínicas. Eram nos encaminhados os pacientes individualmente, depois da primeira consulta. A família apesar de manter contato com o médico era também encaminhada para a psicóloga. Raramente estes pacientes ou suas famílias apareciam, a ponto de nós duas termos interrogado os médicos se realmente os mandavam. Anteriormente, como médica do ambulatório de psicossomática, trabalhando principalmente com pacientes lúpicos, não ocorria isso. A própria psicóloga nos comunicou a sua estranheza quanto ao não comparecimento dos familiares.

Quanto à equipe, inicialmente era formada por dois médicos, dois residentes de outras especialidades, mas cujo estágio na DIP era obrigatório, uma enfermeira padrão, encarregada de formar e treinar a enfermagem do setor. Havia ainda uma assistente social, que, entretanto se resumia em contatar a família, providenciar a aposentadoria, recebimento de pagamento, etc... Posteriormente se juntou a nós uma psicóloga, na época em formação psicanalítica, assim não estávamos sozinhos ali.

Propusemo-nos, então a deixar o atendimento dos pacientes e passamos a fazer grupos de discussão. Num primeiro momento não sabíamos que questões iriam aparecer, nem qual seria a finalidade última dos mesmos, e que tipo de grupos seriam. Nas outras clínicas fazíamos grupos tipo Balint. Na DIP predominava a angústia da equipe, a questão da morte próxima, o perigo do contágio, as questões sexuais que perturbavam a todos. Marcamos as reuniões para sextas-feiras de manhã, sem limite de tempo, sem nada programado. Comunicamos apenas, que estávamos ali para discutir as dificuldades que por ventura existissem, deixando assim o assunto meio vago.

A primeira questão colocada, envolvida em muita angústia foi quem e como se deveria comunicar o diagnóstico ao paciente. Todos esperavam uma resposta nossa, já pronta e metabolizada. Os médicos presentes se queixaram de que eram exigidos demais, que não agüentavam mais as "crises de angústia" que os pacientes passaram a apresentar. Todos estavam angustiados, algum optando em ter a família junta, outros contra, porque isso poderia constranger o paciente.

Assinalamos que talvez o mais importante seria parar e pensar no porquê desta dificuldade de nós falarmos sobre o diagnóstico. As respostas foram no sentido de que estariam dizendo para o paciente que ele iria morrer. A discussão se desenvolveu em torno do que significaria morrer, e que afinal de contas o médico, treinado para a vida, em qualquer situação, está lidando com a morte, ou contra a morte, contra o mal-estar, sofrimento, dor, mas que sem isso ele não seria médico.

Ao passo que a discussão prosseguia foram aparecendo as fantasias de onipotência, a rigidez de que não poderiam "não saber", a morte como uma ferida narcísica muito grande e dolorosa da qual tinha que se fugir. Apesar de todos termos a certeza da morte, no médico isso nos parece ser mais negado ou mais atuado. O curar

todo mundo é negar a sua própria morte. O ver o paciente morrer, significa que ela, a morte, está presente também para nós. Ver o outro morrer, se por um lado pode representar um alívio de que "ele morreu, eu estou vivo", por outro a confirmação da certeza de que nós também vamos morrer.

Uma das questões muito discutida foi a vivência do luto e a dificuldade que o médico ou outro trabalhador de saúde tinham de enfrentá-lo. Foi o único tema em que se partiu do teórico, visando como adiantar a compreensão das próprias angústias quanto ao tema. Recomendamos a leitura de um texto – Luto: a Morte em Si – de Maria Helena Bromberg (1996).

Uma outra questão era a atitude maternal que algum componente apresentava em relação a determinado paciente. Podemos perceber nestas situações a necessidade que esse componente tinha em reparar no outro seus próprios objetos internos destruídos. Isso aparecia mais em algumas enfermeiras, a ponto de termos que interferir, com elas, individualmente somos de opinião de que qualquer serviço de DIP precisaria ter este tipo de funcionamento. Os próprios acadêmicos, dentro de Psicologia Médica, ao passar pelos serviços com grupos de discussão, melhoram a sua postura médica, a relação com o paciente, tão relegada e perdida nos dias de hoje.

5.1.7. O "sentir": meu e da equipe

Apesar de estranho, é o termo que nos parece ser mais adequado para podermos expressar, de posse das teorias acima, o que ocorria com o meu/nosso sentir em relação aos pacientes e qual poderia ser a explicação deste interjogo eu/nós/paciente.

Vamos tentar descrever os sentimentos que alguns pacientes produziam em "**MIM**", nos acadêmicos, residentes e preceptores, como também na enfermagem.

Quando procuramos semelhanças e diferenças neste sentir – entre "**MIM"** e a equipe –, notamos que havia muito mais semelhanças do que diferenças. O que "**EU"** sentia, em geral, todo o grupo sentia, com pouquíssimas exceções – o que nos levou a pensar em termos de vínculo que se estabelecia entre estes pacientes e as pessoas que os cercavam. A questão, portanto, era transferência, e a resposta que dávamos corria por conta da nossa contratransferência.

Levando em consideração esse SENTIR detectamos dois tipos de pacientes:

a) o primeiro - que chamaremos de vivente - era fácil conversar; ou nos contavam casos ou mesmo brigavam conosco, ou pediam isso ou aquilo, sempre nos exigindo presença, remédios e se queixando de dor ou abandono de familiares.. Podemos, até dizer, que geralmente nos diziam que ainda precisavam ficar melhores, ou que nunca estavam bem. **EU** me aproximava facilmente destes pacientes, ocorrendo o mesmo com o restante da equipe. Muitos reclamavam que o paciente chamava demais. Na hora do banho, em geral duas atendentes, "havia conversa", mesmo se alguém do trio estivesse zangado.

b) O outro tipo de paciente era caracterizado por "ser bonzinho". Nunca reclamavam de nada, a qualquer pergunta que lhes fazíamos respondiam que tudo estava sempre bem. Eram os pacientes que ficavam longe da porta, pouco chamavam, respondiam por monossílabos. Quando lhes perguntávamos sobre a família respondiam que estava bem, que vinha visitá-los, que lhe trazia frutas. Raramente esses fatos eram confirmados pela enfermagem. Quando discutidos nas reuniões da equipe, sentíamos que as pessoas se retraíam, tinham pouco a falar a respeito destes pacientes.

É o caso de uma paciente, portadora de câncer de útero, com metástases generalizadas. Estava com hemorragia constante, com contra-indicação cirúrgica. Extremamente anêmica, quando nos aproximamos do leito recebeu-nos sorrindo, respondeu

que estava tudo bem com ela e que amanhã a ambulância iria levá-la para casa. Mãe de três filhas, disse que estava com saudades e que agora poderia cuidar delas, apesar de estar deitada. Esta paciente foi removida para a residência no dia seguinte, vindo a falecer quatro dias depois. Os pacientes, que chamaremos de morrentes, apresentavam exatamente esse comportamento.

Levando em consideração estes dois comportamentos, observamos duas formas diferentes de SENTIR, **EU** e a equipe, em relação aos pacientes:

A) O de paralisação, mal-estar, vontade de não estar ali, não ter o que dizer, esquecer de visitar o leito. Esta paralisação ocorria em relação aos pacientes que chamamos de morrentes.

B) O sentimento de uma certa tranqüilidade, o "estar solta" no diálogo, poder abordar o assunto morte, o que vem depois, provocavam em MIM e na equipe um sentimento difícil de ser descrito, mas podemos dizer até de querermos permanecer junto deles, nos lembrar deles, sem culpa, apesar de freqüentes raivas que despertavam. Era um sentimento bom, um sentimento "quase bom".

Dos primeiros esquecíamos facilmente; os segundos eram sempre lembrados. Chamamos estes pacientes de viventes pois tinham uma sobrevida de mais de cinco anos, trabalhavam, viviam em última instância. Apresentavam crises, exacerbações, mas venciam-nas facilmente

Concluímos, portanto, que se tratava de sentimentos transferenciais e contratransferenciais, sentimentos que o paciente provocava no médico e como o médico respondia a eles.

Observamos o mesmo na relação do paciente com a família. É aquele olhar que dirigem aos familiares que os leva a "deixar de viver". Qualquer afastamento nosso

do paciente já traz culpa, remorso. Para se livrar disso a família permanece ali, sofrendo e, pior ainda, não conseguindo ajudar o paciente em nada com isso.

Chega um momento porém que a própria família, como NÓS não agüenta. O paciente é internado, abandonado... É a negação de todos os conflitos que permeiam estas relações.

5.2. OS PACIENTES

5.2.1. Algumas peculiaridades.

Descreveremos a seguir a família e a questão religiosa dos pacientes da Oncologia e portadores de HIV. O relato destes dois aspectos , parece-nos ser de suma importância, pois principalmente entre os portadores de HIV encontramos um determinado tipo de comportamento religioso que não encontramos em pacientes portadores de outras doenças mas que ainda nos permite traçar um perfil psicológico que facilitara a compreensão do portador de HIV.

5.2.1.1. A religião.

É de observação corrente os portadores de HIV se voltarem para Deus, ou mais particularmente para a Bíblia. O tipo de relação que o paciente estabelece com a religião não é igual para todos, dependendo tanto da personalidade de cada portador como do estágio em que se encontra a doença. Esta relação independe da religião que o paciente traz consigo do berço. Temos acompanhado principalmente pacientes de baixo nível sociocultural, alguns de nível mais alto, sem entretanto termos percebido diferenças de comportamento religioso

entre eles. O que variava era o "santo" que para os ricos vinha do Vaticano ou Medjogorie, para os pobres dos Centros Espíritas da periferia.

Quanto à reação da igreja para com o aidético, raramente encontramos pacientes que tivessem sido acolhidos pela igreja católica. Houve casos até em que padre aconselhava o paciente "a fazer as orações em casa, pois Deus o ouviria lá também. "Com exceção de alguns padres que trabalham com ONG[15], não vimos nenhum movimento da igreja católica (observação feita em Campo Grande, MS, até o ano de 1996) em prol dos aidéticos.

Observamos exatamente o contrário quanto a algumas seitas religiosas, principalmente as menores e mais humildes. Sempre lhes pedíamos que se restringissem ao paciente que os chamou. As enfermarias do setor contam apenas com dois leitos. Ouvimos muitos relatos nos quais o pastor se virava para o paciente ao lado, aquele que não veio visitar, dizendo "ou você se converte agora ou não será salvo". O mesmo acontecia, segundo relatos, nestas igrejas, quando era prometida a salvação e a cura da doença.

A maioria dos pacientes aceitava, "entregando-se" a Deus. Raros eram os cépticos. Assim raramente encontramos um paciente que não tivesse uma Bíblia ao lado do leito, variando a atitude para com ela, de paciente para paciente.

Esta conversão – se é que se pode chamar assim – ocorria, portanto, ou pela presença "imposta" quando algum representante de alguma seita protestante conseguia furar o cerco, e se aproximar do paciente prometendo curas, criando esperanças novas ou acentuando uma base religiosa que vinha do berço, ou quando o próprio paciente a procurava.

Quanto à equipe médica e paramédica num primeiro momento a presença dos religiosos de alguma maneira era bem vinda. Não estavam acostumados ainda aos quadros

[15] ONG – Organizações não Governais, que se formam com finalidade social, no caso em epígrafe, de ajuda ao portador de HIV e seus familiares.

dramáticos, muito influenciados pela literatura vigente, qualquer apoio que viesse era visto com bons olhos.

Eram os primeiros casos de HIV que estavam surgindo e toda a equipe se sentia insegura. No primeiro caso fomos chamados para comunicar ao paciente que era portador de HIV. A impressão que tínhamos era que havia uma necessidade de dividirem o ônus de comunicação do mal. O paciente tinha que ter conhecimento de que era portador de HIV , tanto por motivos de prevenção, ou seja para se cuidar e não contaminar outros, como também conseqüência do treinamento que o médico da DIP recebe. A informação não podia ser dada à família como ocorre na maior parte das vezes na oncologia.. O próprio paciente é diferente. Com o passar do tempo começaram a surgir as primeiras preocupações até que a presença dos mesmos só foi permitida mediante a solicitação do paciente..

Uma das primeiras preocupações surgiu quando alguns pacientes passaram a se recusar a tomar AZT e solicitar novos exames de sangue. Alguns diziam o motivo, outros se calavam. Alguns pacientes vinham devolver AZT, e não nos contavam porque o faziam. Outros, vinham orgulhosos e proclamavam-se curados. A preocupação era como os pacientes iriam reagir à proporção que fosse constatado que não houve a negativação do exame. Jamais houve por parte da equipe qualquer desrespeito e dúvida quanto às crenças religiosas do paciente, muito pelo contrário, por mais absurdas que elas pudessem ser a colocação do paciente era sempre respeitada.

Abríamos o resultado de exame com medo, dizíamos o resultado com medo. Entretanto o tempo mostrou que estávamos enganados. A maioria dos pacientes, principalmente os viventes, tinha as mais variadas explicações para a não negativação. Depois de vários exames de sangue com HIV positivo, eles simplesmente diziam que “dizem que o exame só negativa daqui a dois anos” ou então “o exame não negativa mas tenho

certeza que não vou ter mais nada, o Cristo não vai permitir," ou "tenho certeza que Cristo não me curou porque eu voltaria à vida de antes, e Ele não me quer como pecador, mas quer me levar para ficar junto dele". Eram as mais belas racionalizações que já ouvimos, e mostravam como o ser humano consegue se defender bem de frustrações, como consegue idealizar um objeto interno e projetá-lo num Ser Superior, e assim se proteger contra qualquer decepção que ele possa lhe causar.

Nem sempre a família apresentava a mesma preocupação quanto a não negativação do exame. É o caso de uma mãe que nos jurou que o sangue do seu filho seria trocado. Quando o mesmo sarou do quadro clínico e começou a trabalhar, esta mãe nos procurou e triunfante, colocando ambas as mãos na cintura disse:" eu falei para a Sra. que Jesus ia trocar o sangue do meu filho e ele trocou...meu filho está trabalhando e está bem". Negação da mãe desesperada diante da possibilidade de perder o filho? Não resta porém a menor dúvida que esta fé representou alguns anos mais de vida para seu filho.

A reação do paciente diante da religião dependia do momento em que se encontrava e da sua personalidade. Marx dizia que a religião era o ópio do povo. Freud, que o homem precisava de Deus para explicar primeiramente o universo e depois para garantir a vida post mortem. Qualquer que seja a causa a religião é uma necessidade do Homem. Não importa se acredita no Deus cristão ou em algum outro.

A proximidade da morte leva o HOMEM a procurar alguma garantia. Dizem que Voltaire, ateu declarado, antes de morrer pediu a presença de um padre. Sempre temida, por mais que algumas religiões tentem negá-la, ela leva o HOMEM doente a se voltar para ela. Alguns se voltam mais, outros menos. O tipo de ligação que se estabelece depende do mundo interno da pessoa. Um bom exemplo podemos buscar no meio dos participantes de AAA[16].

---

[16] A. A. A. - A ssociação dos Alcoólatras Anônimos.

Alguns fazem barganha com o Ser Superior. Outros se entregam cegamente, e agradecem pelo dia que não beberam, outros ainda negam num primeiro momento, para depois discretamente se voltarem para a religião.

No caso de heterossexuais, com a personalidade não narcísica, o primeiro movimento é de recusa. No caso de aceitarem, a esperança não é tanta, ou pelo menos se existe, não é cega. O paciente pode, com o passar do tempo, escolher a sua própria maneira de ser dentro da sua crença. Assim, em personalidades mais maduras, em geral heterossexuais, não ocorre relação de barganha, de nenhum milagre, a aceitação é mais dentro da realidade. Via de regra ficam só com a Bíblia - "agora eu só rezo e leio o livro sagrado, mas não vou à igreja".

Já no caso dos homossexuais e dependentes químicos[17] - narcisistas por excelência - encontramos duas maneiras deles se ligarem a Deus. Uma, de barganha, um toma lá, da cá, e que quando não ocorre, aí que foi a nossa grande surpresa, surge toda uma série de racionalizações, magnificamente elaboradas, sem possibilidades de se penetrar no mundo interno que as criou. A outra, de uma entrega total, sem barganha, uma aceitação de tudo que se lhe apresenta e o ataca, só lhes interessando se Deus vai gostar deles - depois.

A família freqüentemente fica preocupada, no caso do seu familiar se desiludir com Deus. É o caso daquela mãe, que ao ver o filho, aidético, se converter para uma religião crente, nos expressa a preocupação de "o que vai acontecer quando o filho descobrir que continua doente como antes". Muitas vezes a própria família fica contra aquele Deus ou Pastor que prometeu a cura, mas o paciente permanece firme na sua crença.

Entre os que não praticam nenhuma religião, diante da doença precisam dela. O "precisam" tem a significação de barganha, comércio, garantia de uma vida pós-mortem. É

muito comum entre alguns homossexuais e dependentes – novamente a personalidade narcísica por excelência – que de repente passam a considerar o Deus como a salvação para seus males. Não se trata de uma fé verdadeira, mas de uma fé onde se visa obter o lucro. A fórmula é a seguinte :"sou religioso, leio a Bíblia, sigo o que o Cristo prescreveu, mas em troca ele vai me curar". Encontramos aí o Aidético tão aferrado a isso que chega a ter visões e declarações de Cristo de que está curado. Citaremos algumas frases: "eu senti uma coisa diferente na igreja e tive a certeza que agora estou curado" ou "eu tenho certeza que Deus vai trocar meu sangue". É nestes casos que encontramos as racionalizações mais ricas.

Até hoje não encontramos nenhum caso de portador de HIV, morrente, que não tivesse se voltado para a Bíblia. Digo Bíblia pois a maioria estabelece uma compreensão muito peculiar, diferente. Muitos dos nossos pacientes se tornaram pregadores, eles próprios interpretando as palavras do Senhor a sua maneira. Parece-nos que de alguma forma tentam curar os outros transmitindo a palavra de Deus, e ao mesmo tempo isso teria a significação de se curar também. A crença então é de que se se curarem poderão não apresentar as "doenças terríveis".

Em suma podemos dizer que entre os portadores de personalidades narcísicas encontramos a religiosidade exacerbada e fantástica. Não encontramos estes quadros entre os portadores de câncer, nem entre outros portadores de HIV.

Descrevemos acima um comportamento religioso de muitos portadores de HIV, comportamento este que não encontramos em outras nosologias. O normal é o paciente seguir a sua religião, sem ou com fanatismo, não importa, mas não estabelece uma barganha com Deus. Muitas vezes existe uma procura de curandeiros ou igrejas que curam, mas é uma

---

[17] Dependentes químicos - Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivas no qual o uso de uma substancia ou uma classe de substancias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. (CID – 10)

procura tranqüila, sem muitas esperanças e em geral o paciente abandona o que procurou voltando se para a religião de origem.

5.2.1.2. A família

Se o vírus pode "atacar" qualquer tipo de personalidade, conseqüentemente esta personalidade, este indivíduo, pode pertencer a qualquer tipo de família. Não podemos estabelecer uma família padrão – como o fizemos nos portadores de câncer, onde assinalamos um anacleticismo típico dos sujeitos criados nos lares nos quais predominava a mãe "material" (famílias psicossomáticas)[18] , - uma vez que o vírus pode atingir qualquer pessoa, por conseguinte toda uma gama de famílias diferentes.

Quanto às famílias de dependentes químicos, estes – particularmente as mães – apresentam as peculiaridades do grupo – permissividade intercalada com rigidez, nem sempre adequada, sentimentos de culpa em, relação ao filho, o que leva a uma superproteção sui generis. Entretanto encontramos alguns traços característicos que passaremos a descrever.

Quanto às famílias de origem, sejam as de classe alta ou baixa, procuram esconder o seu paciente. A princípio o HIV, visto como sinônimo de sexualidade, sociedade reprimida, interiorana, reagia de modos mais diversos. Era inacreditável para o fazendeiro, machão e poderoso acreditar que seu filho estivesse contaminado. Em geral a homossexualidade do filho era colocada como uma supersexualidade. Ouvimos pais dizerem que o filho se contaminou porque foi " comer os mariquinhas da cidade, como bom garanhão". Em outros casos o paciente era escondido diante da vizinhança e outros

[18] Famílias Psicossomáticas – encontramos a descrição destas famílias em Bleichmar & Bleichmar (1984).

familiares, pois poderia ser rejeitado. A própria família não percebia a rejeição que dirigia a este componente familiar contaminado.

Entretanto, ocorria uma volta ao lar, quer se tratasse de homossexuais, heterossexuais e dependentes químicos. Em geral a família os aceitava e se reunia em torno deles. Em alguns casos de travestis era lhes exigido que se tornassem homens. É o caso de um travesti que quando soube que era portador de HIV, procurou a mãe que quando o viu de vestido e com cabelo comprido disse-lhe: " eu tive um filho homem, quero que volte para casa homem". O paciente foi embora, cortou os cabelos, vestiu roupas masculinas e retornou para casa. Este mesmo paciente não teve coragem de comunicar á família que era portador HIV. Depois de muita insistência da nossa parte, pediu-nos que o fizéssemos, na sua presença. Quando compareceu ao ambulatório acompanhado da mãe, quando lhe comunicamos o diagnóstico, ela simplesmente nos respondeu: "eu já sabia". Este é um bonito exemplo de intuição materna. Os irmãos, em geral, tentam proteger a mãe deste conhecimento. Ledo engano, pois era a própria mãe que, muitas vezes comunicava este fato ao médico, numa tentativa de esconder a doença do filho.

Na maioria das famílias, entretanto, não encontramos o desejo, por parte da família, de que o paciente não soubesse que era portador de HIV positivo. Isso ocorria quando o paciente era internado em outras Clínicas, nas quais se descobria a doença. Era mais fácil transferi-lo para o local adequado, do que no caso de pacientes neoplásicos. Acreditamos, ser isso, uma conseqüência de os infectologistas darem maior atenção ao paciente do que à família, contrário do que vimos em outras clínicas. Um outro fator seria a dificuldade do médico de comunicar esta "doença ruim".

Os pacientes que não retornavam à família de origem eram aqueles que tinham companheiros, independentemente se fossem homo ou heterossexuais, relacionamentos que em muitos casos se estreitavam bastante. Passaram diversos casais pelo ambulatório, nos quais a mulher estava contaminada e o homem não, e vice-versa, ou ambos. Havia da parte da mulher uma necessidade maior de proteger o parceiro, do que da parte do homem. Tivemos casais dos quais o homem se recusava a fazer sexo com preservativo, desprezando qualquer possibilidade de contaminação.

O caso que mais nos marcou é de uma viúva que se contaminou através do marido. Após a morte deste conheceu um homem que, no dizer dos dois, estava perdidamente apaixonado. Recusava-se a usar camisinha, e não tomava nenhum cuidado preconizado. Quando o alertamos para este fato a resposta foi "se ela morrer eu vou morrer junto com ela". Extremamente ciumento, exigia que a companheira não usasse decotes, encompridasse as saias etc., no que ele era prontamente atendido sem reclamações ou queixas. Era uma relação de mútua dependência, altamente idealizada. Poderíamos nos perguntar, se era patológica. A resposta seria muito difícil. Contrariamente a relações narcísicas o casal se dava muito bem. Até o momento, a relação acontece já seis anos, a paciente está assintomática e o marido se recusa a fazer exame e não apresenta nenhuma sintomatologia.

Estes tipos de pares têm uma facilidade enorme de se formarem. É como se o homem, ou a mulher necessitassem de um companheiro/a destruído/a, ou prestes a ser destruído, o qual não precisaria invejar, agredir, sentir-se inferiorizado, que é a problemática básica do narcisista. Tratava-se de pessoas com muitos sentimentos de menosvalia , já evidentes ao escolherem o primeiro parceiro, se não portador, com todas

as chances de se tornar , para as quais a relação com alguém sã era impossível, pois viria matizada de inveja, agressão, necessidade de destruição.

É o que explicaria também o porquê de muitos casais homossexuais, portadores de HIV conseguirem manter relações tranqüilas. Podemos citar o caso de um casal de homossexuais que após a constatação da doença passou a se dar extremamente bem. Ora, se uma relação homossexual é uma relação narcísica, onde cada qual projeta no outro partes suas que precisam se manter controladas, a conseqüência só pode ser o aparecimento de agressividade, violência. Entretanto, quando ambos descobrem serem portadores de HIV a relação muda totalmente. Passado o primeiro momento de revolta, quem traiu quem e com quem, - parece-nos que passa a existir uma ligação de "cuidados". Chamamos de cuidados, pois o que a caracteriza é o carinho, o servir e o cuidado que um tem para com o outro. Podemos citar o caso daquele casal, um internado no Hospital já com quadro final, outro trazendo diariamente a comida que o companheiro gostava. A maior preocupação da enfermagem era de como dizer ao companheiro ainda são que o paciente havia falecido à noite.

Não temos, portanto, observado entre outros casais homossexuais HIV positivos a violência tão comum e normal encontrada entre casais não contaminados. A explicação que encontramos para estes casos é que a ligação entre duas pessoas destruídas - eu tenho AIDS, você tem AIDS, ambos estamos no mesmo nível, diminuiria a supervalorização do OUTRO, a inveja e, por conseguinte a agressividade. É como se ambos finalmente estivessem igualados, caminhando para o mesmo fim.

Um fato muito interessante que observamos quanto às mães de pacientes narcísicos, é que durante a doença do filho reeditavam na relação com o filho, toda a materialidade a que os submeteram durante a infância, com pouquíssimas possibilidades

de serem empáticas com este filho. No filho/filha chamava atenção a extrema necessidade de satisfizer a imagem que ela, mãe, exigia deles. São mães que quando descobrem que o filho adoece, sentem-se profundamente frustradas, enraivecidas – AIDS = doença vergonhosa – partindo para uma superproteção material evidente. Não raro, ouvimos nos corredores, mães que nos perguntavam "quanto tempo o filho ainda iria durar...". Mas estas mesmas mães se preocupavam em trazer docinhos e fazer juras de amor e não de perguntar o que o filho queria. A situação do hospital, o filho gravemente doente, trazia a reedição da mãe material diante do filho.

Talvez o caso mais chocante foi o de uma mãe que "não desgrudava" do filho, acusando todos de negligência quando o filho piorava. Esta mesma mãe, dois dias depois da morte dele, estava pedindo atestados os mais diversos, para "ver se conseguiria continuar recebendo a aposentadoria dele"!!!!!

Curiosa era a pouca participação do pai, na maioria dos casos, principalmente em se tratando de filhos, homens. É como se preferisse não participar diretamente do que estava ocorrendo. Com os poucos que conversamos, sentimos a dor de uma ferida, ferida narcísica, na sua masculinidade. Sempre associavam HIV com homossexualidade, e aí vinha a angústia, onde será que estava a falha nos seus "ensinamentos".

Em geral os pacientes eram muito "paparicados" pelos familiares, mas tudo isso soava falso. Não acreditamos que fosse benéfico para o paciente. Muito pelo contrario sentíamos que quanto mais recebia, mais se sentia culpado, e assim tinha menos possibilidades de elaborar a culpa.

Não podemos excluir entretanto, uma minoria de casos, em que a esposa, se voltava totalmente para o marido. Não era certamente por culpa, mas como se a proximidade da morte do homem que amava, permitia-se, dar todas as demonstrações e

cuidados possíveis. Se por um lado isso melhorava a qualidade de vida, por outro parece-nos que incrementava a culpa do paciente. Curioso que isso acontecia com esposas que eram francamente portadoras de personalidade esquizóide.

Já quanto a família de pacientes portadores de neoplasías o que chamava mais a atenção era a culpa de que eram presas. Morriam antes do paciente, pois deixavam de ter vida própria para ficarem em torno deles. Dificilmente encontramos famílias diferentes do que costumamos chamar de famílias cancerizantes , exigências, incapacidade de ver e se comunicar, uma culpa enorme quando o familiar adoece e finalmente, depois de muito tempo o abandono.

5.2.2. Clínica Oncológica

5.2.2.1.a. Pacientes morrentes

Os casos que se seguem são de pacientes morrentes. Tornamos a lembrar que quando nos referirmos no presente trabalho a paciente morrente, estaremos falando de casos que já foram a óbito, cuja evolução não ultrapassou cinco anos, podendo ter tido nesse período mais de uma recidiva.

Paciente N.A.

Trata-se de uma mulher de 60 anos que apresenta recidiva de tumoração após quatro anos de ressecção de um tumor no cólon descendente. Quando a atendemos, já apresentava inúmeras metástases sem perspectiva cirúrgica. Foi nos encaminhada por um clínico geral, pois se apresentava apática, no dizer do clínico depressiva, o que vinha piorar seu sofrimento.

Na curva vital da paciente temos os seguintes fatos dignos de nota, alguns relatados por ela mesma, alguns pelas filhas. Casou-se aos 18 anos, tendo sempre trabalhado ao lado do marido num comércio que exigia a presença de ambos. Desejosa de subir na vida, característica também do marido, quando se tratava de trabalhar deixavam de almoçar, jantar ou mesmo desistiam de algum lazer que pudessem ter. Aos 20 anos teve uma filha. Chamou-nos a atenção o fato de esta criança ter começado a andar somente aos dois anos, isso após ter sido entregue a uma avó que desconfiou que a menina ficava muito tempo no carrinho ou berço. Assim que a criança atingiu a idade escolar foi mandada para um colégio interno, a paciente fez questão de frisar que era o melhor na época, para ter uma educação esmerada, uma vez que a ocupação dela, da paciente, não lhe permitia ter tempo disponível para tal.

Fez inúmeros abortos, até que 14 anos depois do nascimento da primeira e única filha,engravidou e teve uma outra filha a conselho de um médico, e para preservar a sua saúde (sic). Também a segunda filha foi entregue para uma babá, continuando a paciente a trabalhar para fazer um patrimônio..

Mulher de características fortes, as suas únicas queixas, desde que tinha uns 30 anos, eram de apresentar freqüentes diarréias, ou várias evacuações durante o dia, sendo diagnosticada colite ulcerativa. Por ocasião do aparecimento do primeiro tumor, o casal já havia se aposentado, morava com o marido, a filha mais velha, desquitada, e dois netos. O marido e ela mesma passaram a ficar grande parte de tempo em casa, ela dedicada a afazeres domésticos, ele saindo esporadicamente. A recidiva do tumor se deu quatro anos após a cirurgia, coincidentemente após a paciente ter sofrido uma frustração com a filha mais nova.

Quanto a sua vida sexual, referiu-nos que “só sentia prazer nas preliminares”. Às eventuais traições do marido, reagia, acusando-o e frisando que ela o ajudara e ele era ingrato ao procurar outras.

No nosso primeiro contato, a paciente se apresentou calma, mas bastante desconfiada, distante. Mulher ainda bonita, muito inteligente, segredou-nos que sabia que tinha câncer apesar do seu médico e os familiares o negarem. Propusemos-lhe que conversássemos duas vezes por semana., o que ela aceitou, - apesar de demonstrar uma certa indiferença. Sentimos que aceitaria qualquer coisa que lhe tivéssemos proposto, dando a impressão que não era bem para ser ajudada, mas sim que seria para “não se aborrecer”. Deixamos este “sentir” em suspenso, decididos a conhecer mais a paciente. A nossa proposta foi apenas de acompanhá-la, visando apenas a ajudá-la para ter uma melhor qualidade de vida. Inicialmente começou a nos contar tudo sobre a doença, remédios, dor. Parecia que não existia nada mais na sua vida. Disse-nos também que vinha “por que as filhas e seu médico acharam que era bom”. Bom para quê? Não sabia, só que era bom para a doença. Quanto aos fatos da sua vida, obtivemo-los aos poucos, sempre como resposta a alguma pergunta. Relatava-os tranqüilamente, como se fosse espectadora de sua vida e não a principal protagonista. Não havia nem dor nem emoções, apenas acusações aparentemente indiferentes o quanto a vida lhe fez mal. Quando lhe assinalamos isso, respondeu-nos que “já passou tanto tempo que não tinha importância e além de mais a vida era assim mesmo”, dando-nos a entender, não pelo verbalizado, mas sentido, que ela não sabia como as coisas poderiam se passar de outra forma. Quando nos contava algo sobre seu trabalho, fazia questão de frisar como era importante e bem feito, das filhas em como lhes proporcionou tudo de bom e melhor, do marido ao qual ajudou

neste ou naquele negócio, sempre colocando a utilidade dela para com OUTROS. Não sentimos afeto, trocas, apenas o fazer comida, deixar patrimônio.

Foram as filhas que nos informaram, após a morte da paciente, que a maior parte das brigas ocorria porque ele queria vender algo (propriedades compradas pelos dois, pois não tinham recebido nada através de herança), e ela se recusava a assinar. Parece-me que em geral ela ganhava a questão, o marido muitas vezes tendo que armar verdadeiros golpes para conseguir fazer algum negócio à parte. Um fato que nos chamou a atenção era que as filhas não sabiam quem é que mandava em quem. Contaram-nos que a paciente jamais teve amigas. As filhas não se lembravam de ter visto alguma vez a mãe fazer confidências a alguém ou passar a tarde ou noite papeando. A própria paciente indagada sobre isso nos respondeu que sua vida "era trabalhar, e não ficar fazendo fofocas".

A sua agressividade se manifestava veladamente, se bem que apenas em situações nas quais sua vontade não era atendida. Era incapaz de xingar, mas quando algum empregado ou familiar não cumpria corretamente a tarefa exigida, a paciente era capaz de, sem levantar o tom de voz, enumerar para ele "n" motivos que exigiam que cumprisse a tarefa ou assinalar os prejuízos que decorreriam se não agisse do modo que ela determinava. Não perdia a oportunidade de dizer, nestas ocasiões, que o interlocutor não tinha cabeça que pensasse. Era uma forma de ensinar (?) humilhando o OUTRO.

Como comerciante, entretanto, entrava em contato com muitas pessoas e se mostrava extremamente simpática. Era capaz de conversar sobre toda a sorte de assuntos, expressar opiniões, mas jamais alguém percebia algo dela mesma, quer fosse tristeza, quer fosse preocupação ou alegria.

Atendemos esta paciente durante 6 meses no consultório. Vinha duas vezes por semana “porque as filhas queriam que viesse, pois isso lhe faria bem”. Mesmo quando lhe mostramos que o vir só adiantaria se ela quisesse, respondeu-nos “mas eu venho”. Sempre falava das dores, remédios, comida, corpo, mas em nenhum momento sentimos um pedido de ajuda, muito pelo contrário, era como se estivesse dizendo como o mundo era mau para com ela ... e nós também. Era capaz de passar o tempo da consulta descrevendo o que sentiu nos últimos dias. As suas comunicações eram secas, as lembranças do passado eram apenas o concreto, não existiam desejos. Era como se a paciente tivesse estacionado no tempo.

Contratransferencialmente acontecia uma coisa muito interessante conosco. Havia dias que ela fazia sentirmo-nos inúteis, impotentes, às vezes até responsáveis pelo seu estado de saúde. Em outros dias nós é que tínhamos raiva dela. Era como se a paciente precisasse se opor frontalmente a nós. O resultado, entretanto, sempre era o mesmo: sentíamo-nos paralisados, não havia o que dizer. Ficávamos em silêncio enquanto a paciente desfilava o seu rosário de descrições de doença. Percebemos que muitas vezes desejávamos que ela não viesse.

Já no final percebemos que estávamos travando uma luta , não contra a doença , mas uma contra a outra. Não havia uma aliança, um vínculo. Representávamos a vida, enquanto a paciente estava dominada pela morte. O morrer, para ela e a forma como queria que nós nos sentíssemos, significava ficar num estado mais gratificante do que viver. Ela estava ali morta, apesar de viva, os instintos de vida tendo desaparecido, ou aliados aos da morte ou dominados e sobrepujados por eles. Ela nos dizia que não tinha mais nada a ver com a vida, e era justamente isso que nos agredia, deixava-nos calada. Era

como se a paciente precisasse de nós também morta, impotente, como se com isso ela estivesse se vingado da vida que, segundo seu sentir, a fez sofrer.

Da mesma forma que ela não permitia que a família vivesse, através de tiranizações constantes, também não nos permitia viver à medida que nos impedia de exercer a nossa capacidade de psicoterapeuta. Os nossos desejos de fuga eram conseqüência de uma situação nova para a qual, como médica não fomos treinados a fazer vínculos com a morte, mas com a vida.

Quando seu estado piorou, passamos a visitá-la em casa, duas vezes por semana. Ela não nos pediu isso, mas era algo que se estabeleceu entre nós, apesar de não ser falado. A paciente estava muito fraca, e estava tomando soro e sangue constantemente. Era incrível a quantidade de injeções e pílulas que engolia. A família se orgulhava de que podia proporcionar tudo isso a seu familiar. O clima era terrível. Nós não sabíamos se eles queriam ajudar ou torturar a paciente.

Recebia-nos sempre com o rosto crispado. Se já sorria pouco, em casa fazia-o menos ainda. Uma vez presenciamos a visita de seu oncologista, um homem muito fechado, sério, de poucas palavras ou sorrisos. Para nossa surpresa, o rosto da paciente parecia que se iluminava. O médico ficou cerca de 5 minutos, fez uma receita e foi embora. Quando ele saiu a paciente estava como que aliviada, triunfante com a receita na mão. Parecia respirar melhor, seus olhos brilhavam. Conversando depois com as filhas, elas nos contaram que isso sempre ocorria a ponto delas pedirem ao médico que a visitasse diariamente. Claro, ele sempre deixava uma receita... e ela jamais melhorava...

Ela pouco falava dado o seu estado de fraqueza. Nos últimos dias de vida, ela nos disse que sabia há tempos que estava mal. Um dia antes de entrar em coma, fez-nos o

único pedido em 8 meses de convívio: que eu falasse com suas filhas para que elas não lhe dessem mais injeções e remédios ruins, pois queria morrer em paz.

Não vi mais a paciente com vida. Faleceu cinco dias depois.

Paciente M.F.

Acompanhamos esta paciente durante a sua última semana no H.U. diariamente. Estava internada na Oncologia. Primeira vez que a vimos ela apresentava um aspecto relativamente bom, estava sorridente e até falante. Contou-nos tudo sobre a doença, nos mínimos detalhes, parecendo-nos que sentia algum prazer em relatar tudo isso. O seu relato se assemelhava muito ao roteiro seguido pelos acadêmicos do terceiro ano quando começam a aprender semiologia: fácil e concreto. Era capaz de falar de dores e sintomas, mas tudo sem emoção.

Informou-nos que era filha de lavradores, a quinta filha de uma prole de nove, todos desde cedo acompanhavam os pais para a roça. Estudou pouco, pois no local onde moravam não havia escola. Não conseguiu nos falar sobre sua relação com a mãe. Apenas que era muito brava e só exigia que a paciente a ajudasse.

Sua única queixa era de um sangramento uterino, mas que no "resto tudo estava bem". Indagada sobre a sua vida familiar, respondeu que tudo estava bem, ninguém nem ela tinha problemas. Quanto ao sangramento disse que apareceu logo após os pais terem impedido que se separasse do marido e que achava que era "trabalho feito por uma amante do marido".

A nossa permanência na enfermaria era curta, no máximo uns 20 minutos, mas o tempo sempre nos parecia extremamente longo. Percebíamos que não havia o que dizer à paciente. Apesar do sorriso, a paciente nos paralisava. Ela queria que víssemos apenas o

bom, e ao mesmo tempo nos empurrava para longe à medida que dizia que tudo estava bem, que já não sentia dores, que iria logo para casa.

Seu comportamento era exatamente igual todos os dias. Dissemos-lhe que estávamos ali para ajudá-la, mas que a impressão que ela nos dava era que rejeitava esta ajuda, que talvez quisesse que ficássemos calada.. A paciente ficou surpresa com a nossa colocação. Respondeu-nos: "ajudar em que... o que a vida me deu em troca do muito que eu dei a ela". Respondemos que talvez ela não quisesse receber nada da vida, da mesma maneira que fazia conosco neste momento. A paciente nos olhou com raiva, como se fôssemos culpados de todos os seus sofrimentos.

De sua história ficou a presença de pais rígidos, materiais, que valorizavam muito mais o meio em que viviam do que a ela e os irmãos. Casou-se aos 16 anos, por "pressa do pai". Quis se desquitar aos 20 quando descobriu que o marido era farrista, tinha amantes, etc. Foi proibida de fazê-lo pelos próprios pais que se sentiam humilhados em ter uma filha desquitada. Nunca trabalhou fora, mas em casa fazia questão de cuidar de todos os afazeres. Após a tentativa de separação a sua atitude para com a vida mudou. Deixou de se preocupar com as farras do marido, cumpria suas obrigações à risca. Aos 22 anos foi diagnosticado um câncer de útero. Desde então tem feito tratamento numa cidade vizinha, pouco permanecendo em casa.

A paciente faleceu em casa, dois dias após ter tido alta. Os familiares nos informaram que nestes dois últimos dias a paciente estava "emburrada", não conversava com ninguém e não queria receber visitas. Apesar da família toda estar ao seu redor, perguntando o que queria e como poderiam ajudá-la, a paciente os olhava com raiva e dizia que não queria nada.. Era um comportamento, aparentemente, totalmente diferente

do que ela apresentou no hospital, mas muito semelhante ao que se observava nos casos terminais no H.U.

Paciente M. S.

Esta paciente nos procurou no consultório encaminhada pelo oncologista por apresentar "dores no fígado" que não cediam com nenhuma medicação e para os quais não se encontrava nenhuma explicação possível. Casada, mãe de quatro filhos, na época tinha 40 anos. A biopsia do fígado não apresentou qualquer alteração patológica. A doença iniciou-se há cerca de três meses quando a paciente descobriu um caroço na mama direita. Diagnosticado como maligno foi feita mastectomia ampla.

Os fatos de interesse na curva vital da paciente foram os seguintes:

É a mais velha de uma família numerosa e sempre a encarregada de cuidar dos irmãos. Mãe aparentemente mecânica, pai frágil, ausente a paciente nunca conseguiu uma boa comunicação com ele. A lei que imperava em casa era de obedecer sem discutir. Casou-se aos 17 anos,. O marido é descrito por ela como uma pessoa muito boa. Fazia as suas vontades, não exigia nada dela, não brigava nem bebia. Fazendeiro, a vida dele era fazenda e casa. A descrição que a paciente fez de sua vida era de que não havia nada que a pudesse irritar nesse relacionamento. Era, na visão dela, uma relação perfeita. Há cerca de um ano descobriu que o marido mantinha uma relação com uma vizinha da fazenda. Sentiu-se totalmente incapaz de brigar com quem quer que seja. A paciente interpelou o marido, nas palavras dela, com toda a tranqüilidade. Após muita conversa, esse decidiu deixar a outra. Desde esta época a paciente se tornou deprimida,desde que se conheceram, diz o marido que ela era sempre mais para deprimida do que para alegre,parecendo que fazia as coisas automaticamente. Mesmo quando saía parecia que era um autômato (sic).

O marido mostrava-se confuso. Não sabia explicar como as coisas se passavam: a esposa era a mesma, cuidava da casa, fazia os queijos, mas parecia que tudo era automático, como se não vibrasse com mais nada.

A paciente vinha ao consultório, sentava-se, e ficava esperando que lhe perguntássemos algo. Totalmente incapaz de associar, o pouco que lhe dizíamos era recebido com total desdém. Nos quatro meses que a tratamos jamais notamos um sinal de agressividade, raiva declarada contra alguma coisa. As coisas com ela simplesmente ocorriam, todos se preocupavam, queriam-lhe bem. O marido, nesta época, talvez movido pela culpa, não se afastava dela para nada. Entretanto, a paciente nos dizia que era um estar não estar. Dava-nos a impressão que não havia qualquer diálogo entre os dois. Raramente nos falava dos filhos, como se fossem tão apagados como ela.

Quatro meses após ter iniciado o tratamento, sem as dores terem diminuído, a paciente foi internada em caráter de urgência devido a estas mesmas dores muito intensificadas. Morreu uma semana depois, de câncer de fígado. Houve, portanto, uma evolução em quatro meses, bastante raro nestes casos. Este caso foi acompanhado no consultório, e a paciente não faltava às consultas. Transmitia-nos, entretanto, um "vir automático". Vinha, sentava-se, relatava as coisas bem concretas que lhe aconteciam, falava das dores, parecia distante e que apenas estava ali, porque "diziam que lhe faria bem". Era um vínculo semelhante ao de outras pacientes, impossível de ser mudado. Era tudo concreto, lido em algum lugar, ouvido e aprendido. Nada era dela. Às vezes parecia que havia uma luta - eu queria que ela vivesse e ela queria mais é morrer.

O nosso sentir era exatamente o mesmo do que em relação a outras pacientes: paralisação, raiva, desejo de fugir.

Paciente E.D.

Encontramos esta paciente internada no Hospital Universitário, num apartamento reservado aos pacientes particulares. Casada, comerciante, mãe de cinco filhos já crescidos, 45 anos. O câncer tinha sido recém descoberto e estava se submetendo a químo e radioterapia. Recebeu-nos sem sorrir, o rosto franzido denotando muita dor. Da mesma forma que a MS, a paciente pareceu não entender o que vínhamos fazer ali e diante da nossa explicação de que éramos psiquiatra e estávamos ali para ajudá-la em tudo que fosse possível, conversar e esclarecer o que quisesse saber, passou a nos enumerar todos os seus sintomas. Parecia-nos mecânica no seu relato, não se tratava de reações normais encontradas nos hospitais universitários, onde o paciente de tanto ser "examinado" pelos acadêmicos aprende a historia de cor. Nos contava as suas dores, a sua vida "concreta", como começou a doença.

Comerciante, trabalhava com o marido numa atividade comercial da qual participavam também todos os filhos e que era de propriedade deles. Assim, a família toda estava envolvida na mesma atividade, no mesmo local. Costumava dizer-nos que eles sempre estariam bem amparados, pois a loja sustentaria a todos eles. Parecia-nos que ela já havia feito planos quanto à vida destes filhos e não lhe passava pela cabeça que algo pudesse mudar isso. A sua preocupação era apenas material: a loja, dinheiro, a comida.

Quanto a sua relação com o marido, deixava-nos sempre na dúvida quem dependia de quem. Até o óbito dela, não conseguimos determinar o papel que cada um desempenhava nesta relação.. Davam-se bem, raramente ocorrendo desentendimentos. Pelo que entendemos do seu relato e posteriormente verificamos ao conhecê-lo, tratava-se de um homem aparentemente pacato, que se por um lado satisfazia os desejos da esposa, por outro, com esta atitude, a dominava e com isso conseguia o que queria. Quanto a sua

vida sexual, a paciente limitou-se apenas a dizer que era uma coisa muito secundária na sua vida. Entretanto, observamos que ela era muito vaidosa, além de sedutora e bonita.

Sua vida se resumia no trabalho, o que não diferia das outras pacientes. Suas amizades, se é que podemos chamá-las assim, eram as freguesas de sua loja, com as quais conseguia passar horas conversando a respeito dos produtos que vendia. Era muito ativa, não medindo o tempo que precisaria dispor para realizar esta ou aquela venda, com que mantinha o marido quase que na sombra, se bem que sempre dizia que era ele o encarregado financeiro. Dominadora, como as outras, tinha muita facilidade de chamar a atenção dos outros, sempre assinalando a incapacidade do infrator e os malefícios causados pelo não cumprimento da ordem dada.

Entre os fatores que poderiam ter desencadeado o quadro podemos ter dois episódios, relativamente recentes.

O primeiro relacionado com um filho que engravidou uma moça e teve que se casar. Apesar de ter recebido a notícia tranqüilamente, a paciente ficou mais quieta, fechada. Não reclamou do filho, mas passou a exigir alguma atitude do pai para que impedisse o casamento, no que não foi atendida. Foi a partir daí que a paciente se afastou do marido e passou a se queixar da inatividade dele. Numa das vezes em que a paciente nos falava dos negócios do marido, tocou no assunto do filho casado, único na época, demonstrando muita mágoa por ele não ter impedido o casamento. Foi quando lhe perguntamos o que ela queria que o marido fizesse ou falasse, ao que ela respondeu que não sabia, mas que fizesse alguma coisa, que ele poderia ter impedido, se quisesse. Esta frase nos deu a impressão de que a paciente considerava o marido muito poderoso, apesar de que na relação do dia-a-dia mantinha-o submisso a ela, dando-nos impressão contrária. Sentimos, aí, que o marido servia para ser seu lado NÃO, a parte que ela não conseguia

manifestar, projetada nele. A família da nora, estava querendo mandar os dois para trabalharem numa fazenda em Goiás, o que a paciente também não aceitava ... mas não se manifestava para o casal a respeito de seu descontentamento.

Também nela não percebíamos o desejo de nos ver ou falar das próprias coisas. Recebia seus filhos da mesma forma. Uma vez presenciamos a chegada de uma filha no hospital. Tivemos a nítida impressão que se tratava de um encontro entre o algoz e a vítima. Paradoxalmente, a paciente que estava doente era o algoz e a filha com saúde a criminosa, a culpada que devia ser castigada. Foi uma das poucas pacientes cujo morrer foi respeitado. Quando não havia mais nada a fazer, foi mantida apenas com analgésicos.

5.2.2.1.b - Análise dos casos

As quatro pacientes morrentes que descrevemos, servem como protótipo, para outras, inúmeras que examinamos nas enfermarias ou mesmo atendemos no nosso consultório.

Podemos considerar as seguintes semelhanças.

A) - Quanto ao nosso sentir – **contratransferência** – estas pacientes nos faziam sentir de três maneiras diferentes:

A primeira e a mais freqüente era uma sensação de que não tínhamos o que dizer. Era o mesmo que víamos e ouvíamos de algumas enfermeiras que davam a medicação, faziam a higiene sem ter o que falar. É como se elas não quisessem nos ouvir, quisessem acabar com as nossas capacidades de lhes estendermos a mão, de as ajudarmos. O nosso silêncio representava para elas a não cura, a não ajuda, o sofrimento e maior proximidade daquilo para onde se dirigiam – o Nirvana. À medida que nos paralisavam, nos transformavam no objeto mau, usando as palavras de Melanie Klein, e assim não precisavam nos amar, e muito pelo contrário, tinham justificativa para todas as raivas

projetadas em nós. Éramos nós que estávamos em silêncio não lhes permitindo viver, não as ajudando. Elas eram boas, queriam até trabalhar.....

Um outro sentimento era falta de vontade de vê-las. Chegávamos às vezes a esquecer, a dar desculpas para não entrar na enfermaria. Como interpretar isso? Não podíamos mais dizer que era um problema apenas da paciente, mas também nosso. Havia algo dentro de NÒS e da EQUIPE, pois não éramos os únicos a sentir isso, que nos levava a assumir esta atitude. A única explicação que encontramos é que tanto nós como todos que trabalham em saúde são treinados para a vida - se bem que a morte passa por perto, é contra ela que sempre se luta. Portanto o que acontecia é que estes pacientes nos convidavam para que os ajudássemos a morrer, no sentido literal do termo. Não queriam que os ajudássemos a viver, vencendo a morte, mas que os levássemos mais rápido para esta morte. Inconscientemente, assim havia uma recusa da nossa parte, e, por conseguinte a nossa fuga para longe deles.

Esta situação nos fazia lembrar a relação de algumas mães cujos filhos constantemente se machucam, sofrem acidentes, etc. Temos percebido neste tipo de díade mãe/filho, que existia uma superproteção materna, como todas superproteção escondendo rejeição, e o filho ou se afastando com indiferença, raramente enfrentando esta mãe. O resultado era o acidente, a machucadura, uma clara recusa de proximidade de alguém que ele sentia como “mau”.

Uma terceira forma de sentir era a de raiva. Havia momentos que nos vinha, literalmente, uma vontade de sacudir o paciente. Mas era conseqüência de quê? Uma recusa nossa de nos deixar invadir pelas projeções do paciente? Uma “união” do nosso querer viver, com o pouco querer viver do paciente? Ou em última instância o desejo do paciente que o agredíssemos, e aí teria a justificativa de sermos realmente maus?

Apesar de na Clínica Oncológica não termos feito grupos de discussão, conversávamos muito com acadêmicos, residentes, médicos do setor e a própria enfermagem. A maior solicitação vinha de acadêmicos que mais curiosos como todo jovem, vinham conversar conosco a respeito de paciente e do que sentiam em relação a eles.

Observamos o mesmo em outras pessoas da equipe. Queremos deixar claro, que não dizíamos primeiro o que sentíamos, apenas perguntávamos. Entre algumas enfermeiras/os, notamos que se estabelecia uma relação de silêncio total. Quer a enfermeira levasse medicação, quer ajudasse a paciente na higiene, não havia nenhuma troca. Observamos, ainda que isso não ocorria em relação aos viventes, dos quais a enfermagem podia até se queixar. Quanto aos morrentes não havia queixa. Mas sentíamos que havia uma troca muito grande de ódio, acusação, desprezo por parte dos pacientes.

Tentamos investigar junto a estes pacientes o porquê deste silêncio. Conosco já estavam, calados, assinalamos isso a eles e comentamos que havíamos reparado que eles não se dirigiam a enfermagem, nem a enfermagem a eles. A resposta que recebemos foi a mais vazia possível: não sei, não tem o que dizer. Esta atitude era mais marcante poucos dias antes de irem a óbito. E com certeza o silêncio não era expressão de extrema debilidade.

Mais difícil era a abordagem dos médicos ou residentes do setor. Nesta época não estávamos pensando em mestrado ou pesquisa, estávamos mais sendo orientados pela nossa curiosidade. Assim conversávamos informalmente.

É com acadêmicos do terceiro ano, nas aulas de Psicologia Médica que tivemos mais oportunidade de conhecer o “sentir”. Ainda não contaminados pela vivência do que é ser médico, eles nos traziam informações valiosas do que sentiam diante de cada paciente.

Pedíamos a um grupo de no máximo 8 acadêmicos que examinassem, em dupla, pacientes da oncologia. Não indicávamos quais, apenas que escolhessem como quisessem. A anamnese não deveria ser dirigida pelo roteiro da Semiologia, mas pelo que ensinávamos na Psicologia Médica: os fatos importantes que antecederam o adoecer, a forma de relacionamento, a vivência que o paciente tinha de sua doença, como o paciente se apresentou a eles, a forma do pensamento , operatório ou não, e principalmente o que sentiam em relação a cada paciente, etc. Posteriormente nos reuníamos com este grupo, sem limite de tempo e discutíamos o que eles haviam observado: o que sentiam em relação a cada paciente, porque achavam que sentiam isso ou aquilo, como o paciente os recebeu, o porquê disso, quais fatores que poderiam ter levado o paciente a adoecer, etc. Dávamos ênfase especial ao relacionamento do acadêmico com o paciente, tentando a partir daí entender como o paciente se relacionava com OUTROS, seja familiares, seja alguém da equipe médica ou paramédica. Enfocamos o pensamento operatório e relacionamentos anaclíticos, o que trazia aos acadêmicos uma excelente visão da psicodinâmica.

Além desta forma de ensino valorizar os aspectos mais humanos da medicina, a relação médico/paciente ficava mais clara e permitia ao acadêmico sentir a importância desta relação no tratamento com os pacientes. E não deixava de ser também uma espécie de introdução à Medicina Psicossomática.

B) Quantos aos fatos ocorridos antes de aparecimento de neoplasias observam o seguinte:

a) Afastamento de pessoas significativas, seja por falecimento, seja por traição ou mudança do local. Não necessariamente tratava-se de pessoas que os outros familiares pudessem perceber a importância que tinham para o paciente. Eram relacionamentos que

passavam despercebidos para os familiares, muitas vezes aparecendo externamente mais ódio do que amor.Mas eram significativos e representavam vínculos de dependência.

Estas perdas sofridas assinalamos muitas vezes para os médicos do setor, e curiosamente, era um aspecto que eles não aceitavam de forma alguma. A reação era: "mas como, era só isso, não pode ser nunca". Era mais fácil os acadêmicos perceberem isso do que os médicos, denotando talvez uma defesa contra possíveis separações e perdas, representadas pela própria profissão.

Talvez nos adiantando um pouco, mas na DIP, tínhamos pacientes que quando reinternados, os residentes e outros perguntavam : " fulano, o que aconteceu desta vez, com quem você brigou ou quem te deixou para você ficar doente.? " É algo que encontramos também nos Transtornos Bipolares. Uma perda mínima, na qual nenhum parente nem psiquiatra acreditam, pode levar a um surto violento.

Não encontramos nenhuma paciente portadora de câncer de mama ou útero que tivesse uma relação afetiva satisfatória. A frustração sexual e de vínculos amorosos parecia-nos que levava a mulher a atacar o órgão mais frustrado na relação: as mamas e o útero.

Raras eram as famílias que não se sentiam culpadas. Estabelecia se um jogo que muitas vezes culminava numa rejeição total. O paciente acusava a família, esta se sentia culpada, procurava agradá-lo em tudo, acabava morrendo "em vida" ou delegava as responsabilidades ao médico, abandonando o paciente ou aos cuidados caríssimos de terceiros ou nos hospitais de caridade. Em ambos os casos, paciente rico ou pobre, ele ficava abandonado, esquecido. O óbito, trazia por um lado, alívio para o familiar. Por outro, era incrível a quantidade de acusações que os familiares ouviam um do outro, ou então dirigidas ao médico. Nos casos extremos encontramos a mãe de uma paciente

leucêmica que quando foi a óbito acusou o médico que ela sabia que a filha ia morrer, pois o médico deu remédios tão fortes que ela perdeu os cabelos.

Acreditamos que a recusa, consciente ou inconsciente do paciente em ser ajudado, receber amor e vida é tanta que até a própria família foge, negando-se a estabelecer este vínculo doentio com ele, o vinculo de morte.

C) Quanto a personalidade encontramos semelhanças na base e não tanto na manifestação. Em todos predominava a personalidade psicossomática descrita por Marty. O que variava era o órgão de choque, o que mais a paciente valorizava e no que mais se sentia frustrada.

Assim a base seria o comportamento operatório, relacionamentos de uso, necessidades de se alimentar pelo aplauso do outro. A manifestação se daria no órgão que mais os pacientes usariam para obter o aplauso e se comunicar – autenticamente ou não. É a frustração desta segunda capa de personalidade – é que levaria ao surgimento de neoplasia..

5..2.2.2.a Pacientes viventes

Vamos a seguir apresentar casos de pacientes que um dia apresentam um tumor, porém vencem-no e continuam tendo uma sobrevida por mais de cinco anos. São os pacientes que chamaremos de viventes, e, o que nos chamou mais atenção, foi o fato de que mudaram o seu modus vivendi totalmente.

Examinamos e tratamos de muitos pacientes viventes. Em geral vinham com queixas de que o “doutor queria lhes tirar o útero porque tinha miomas ou talvez tumor”. Encontrávamos em geral ou uma repressão sexual muito grande, apesar de casadas, ou

então uma mudança muito súbita de vida na qual o companheiro ou alguma outra pessoa intensamente investida pela libido, era obrigada a se afastar. Eram pacientes que reagiam bem à psicoterapia, por mais superficial que fosse, e principalmente a terapia familiar, quando poderia ocorrer uma re-orientação do modus vivendi..

Paciente K.V.

Trata-se de uma mulher de 40 anos, solteira, que nos foi encaminhada após ter feito mastectomia unilateral. Estava fazendo aplicações de cobalto, o que a deixava muito deprimida e ansiosa (sic). Medicada com Tryptanol, e sem ter apresentado melhora do quadro foi lhe sugerida psicoterapia, o que prontamente aceitou.

Na primeira consulta ela se apresentava angustiada, chorosa, dizendo que estava com medo e desesperada porque lhe haviam tirado uma mama e "agora sim, nunca mais poderia arranjar alguém que se interessasse por ela". A sua maior preocupação era com a tinta[19]. Chegou a verbalizar que "todo mundo estava vendo a tinta e sabe o que é", quase como se fosse algo vergonhoso, inadequado. Fazia um deslocamento, mecanismo de defesa mais da maturidade – preocupando-se mais com a tinta que aparecia e menos com a perda da mama, até como uma maneira de evitar o sofrimento. Contrariamente do que ocorria com pacientes morrentes, queixou de dores, doença, o que fez e o que irá fazer quanto ao tratamento, denotando nos seus relatos muita angústia.

Contrariamente aos pacientes morrentes, contratransferencialmente, ela provocava em mim/NÓS vontade de conversar, ajudar, e muitas vezes raiva quando ela não n[os atendia ou reclamava de "coisinhas". "Coisinhas" são palavras dela e referiam se a fila, tempo, filme que não conseguia ver.

[19] Tinta – quando se faz radioterapia, marca se o local da irradiação com tinta, que custa a desaparecer.

Conversamos com seus médicos e algumas pessoas da enfermagem, que confirmaram o nosso sentir BOM. Nos sentíamos que ela queria ser ajudada e que podíamos tentar ajudá-la. Era um sentimento difícil de descrever, mas já na sessão contratual nos estávamos com a mente ocupada em descobrir o que a levou a se mutilar, como poderíamos interferir, e principalmente era aquele "sentir" que ela estava nos estendendo as mãos, restando a nos pegá-las.

Era um sentir diferente do provocado pelo paciente terminal, que se aproximava muito do **sentir** em relação a alguns outros tipos de pacientes.

O que mais nos chamou a atenção foi a preocupação dela de que "assim não poderia arranjar mais ninguém". Pareceu-nos algo estranho, vindo de uma mulher virgem, muito religiosa, que sempre morou com os pais, e que nos contou que havia namorado muito pouco, pois "os homens sempre só queriam se aproveitar dela... agora nem estes aproveitadores podia ter pois assim que passassem a mão nela – o que não queria – veriam que estava faltando alguma coisa".

Sentimos que existia uma sexualidade muito forte, mas que era obstada por algum motivo. Assim era a "vida" que a levou a nos procurar e não a morte, contrariamente ao paciente terminal.

Marquei quatro horários semanais, o que ela aceitou prontamente, apesar de dizer que não sabia se teria tanta coisa para falar.

São os seguintes fatos que colhemos de sua história. É a filha caçula de uma prole de cinco, sendo todas mulheres. Os pais já idosos - a mãe, na época, estava com 76 anos - eram muito religiosos, repressivos quanto à questão sexual, a paciente tendo ouvido sempre que "a moça que se preza não deixa o rapaz aproveitar dela". Todas as irmãs estavam casadas e com filhos. A paciente fez um curso superior e trabalhava numa

instituição de governo, há 20 anos, ganhando relativamente bem. Pelo que pudemos entender ela se sentia uma "uma pessoa indispensável". Como as pacientes morrentes também primava em viver por uma folha de serviço, a diferença residindo no fato que ela se dava direito a ter amigos e sair, e que esta folha de serviço lhe pesava.

Morava com os pais, costumava sair, sempre com amigas, e em geral para freqüentar lugares tradicionais, como bailes do clube, churrascos de pessoas amigas, às vezes um cinema. Disse que não gostava de se ausentar durante muito tempo pois os pais estavam já muito idosos e podiam precisar dela. Mantinha com eles uma relação de dependência onde ela se sentia totalmente indispensável. Frisava que só ela é que tinha condições de resolver os problemas. Dizia que, se as irmãs fossem chamadas numa hora de emergência, não tinham "iniciativa para nada". Ela não lhes permitia nem ir ao banco para receber a aposentadoria deles. Apesar de poder colocar uma empregada, era ela que fazia questão de deixar a comida pronta, pois "a mãe gostava mais do seu tempero".

Seu pensamento era muito rápido. Os relatos de sua vida eram lógicos, concretos. Dava-nos a impressão de ser uma espectadora de sua vida, raramente fazia ligações do passado com aqui e agora, mas o não verbalizado numa sessão de alguma maneira voltava à tona, elaborado nas outras, o que jamais ocorria com o paciente morrente. Objetivamente isso era confirmado nas sessões seguintes, - quando o material voltava a tona, enriquecido com novos fatos. Se não fazia a "ligação" no momento, se a emoção estava aparentemente bloqueada, algo dentro dela mudava.

Assim, a impressão de que nossas palavras caíam no vazio, na realidade era uma defesa da paciente de estabelecer uma troca maior, de se tornar dependente, até medo de ser manipulada por nós como ela imaginava que os pais o fizeram, para não dizer o contrário.

As suas sessões se resumiam nisso. Continuamos trabalhando nesta linha, começando a aparecer aos poucos uma ou outra colocação de interesse pelo que a cercava. Com cerca de dois anos de análise, teve alta da oncologia e ia periodicamente para controle, nos contou que recebeu uma cantada na rua e correspondeu, sorriu ou algo assim. Poucos dias depois a paciente saiu com o rapaz e disse que falou muito pouco, estava mais interessada no que ele lhe dizia e parece que "era um homem bem sucedido..." Frisou que as manchas de tinta já haviam desaparecido (na realidade a paciente já havia terminado a cobaltoterapia há um ano) e que estava decidida a fazer uma plástica no seio. Era uma coisa nova na paciente, para qual sempre havia algum defeito em todos que viviam ao seu redor, e a plástica era algo fora de cogitação.

Foi bonita a evolução desta paciente. Mostramos-lhe como ela já conseguia nos ouvir um pouco, que o que lhe dizíamos já não provocava tanto medo nem inveja, uma vez que as coisas ruins, a tinta, que a faziam sentir-se não boa, parece que haviam diminuído... que agora ela pelo menos já podia nos ver um pouco, como ver os rapazes que olhavam para ela...".

A partir desta sessão a comunicação da paciente conosco começou a melhorar. O mesmo com a vida. Começou a ver os outros, o que eles queriam, o que não queriam e a dizer não quando necessário. Não se trata de algo milagroso, mas de um trabalho árduo, de nós duas, cheio de altos e baixos.

Ficou em análise durante quatro anos. Quando a encerramos, a paciente já havia se "desligado" dos pais, estava casada (com um outro que conheceu numa festa), trabalhava, conseguia deixar as tarefas do escritório para outro dia.

O casal havia decidido não ter filhos uma vez que "o doutor disse que era perigoso para ela". Foi nesta ocasião que ela decidiu interromper a análise. Acreditamos

que atrás desta decisão escondia-se o medo de descobrir seus desejos de ser mãe, e reviver no filho seus próprios sentimentos como filha , raivas, ódios, sensações de abandono e rejeição e outros, o que o filho significaria para ela.

A paciente mudou totalmente a sua vida, e para melhor. O câncer da mama parece que significou um alerta, um grito. O objeto MAU se foi com a mama e ela pôde acreditar que agora poderia ser até querida. Foi para a cirurgia plástica tranqüilamente, apresentando um pós-operatório sem problemas. Levava vida sexual regular, sem altos ou baixos.

No momento a paciente está assintomática há oito anos.

5.2.2.2.b Análise dos casos.

Relatamos apenas um caso, mas ele é semelhante a muitos outros que atendemos.

Os pacientes viventes, contratransferencialmente, eram aqueles que nos deixavam com vontade de ficar junto, ou mesmo de ir embora com raiva ou arquitetando como poderíamos ajudá-los. Eram pacientes que muitas vezes nos incomodavam, com seus pedidos, suas queixas, reclamações. Eram os que comumente são chamados pela enfermagem ou pelos próprios médicos, como chatos, maus pacientes. Entretanto, a sua atitude mostrava a briga deles pela vida. Enquanto os morrentes ficavam quietos, não reclamavam, pareciam jamais querer nos incomodar, os viventes faziam exatamente o contrário.

Raciocinando em termos bem gerais, podemos considerar que se trata de pessoas com uma estrutura neurótica, que passaram em termos de evolução pela divided

line[20], porém presa de conflitos mais edípicos do que outros, de alguma forma precisaram atacar o órgão que não lhes permite ser "acalentado" com prazer.

É o caso de nossa paciente e de muitas outras mulheres que vimos que atacaram o útero ou a mama, à medida que uma dependência muito grande, uma impossibilidade de "se permitirem" gozar o que o órgão lhes dá, o atacam e destroem.

A paciente que acompanhamos tinha uma ligação muito grande com o pai. Filha caçula, as suas fantasias eram de separar aquele casal, e a culpa que isso lhe trazia revertia numa total impossibilidade de arrumar um companheiro para ela. Porém a parte saudável, a parte sexuada era bastante forte – quer pela identificação com a mãe, mulher vaidosa e sedutora, quer pela pouca repressão que trouxe de sua infância quanto a esta questão - assim, chegada a menopausa, sem condições de uma realização (lembramos que a paciente era virgem) atacou aquilo que mais queria usar e que mais não se permitia, a mama. À medida que conseguiu elaborar esta problemática na terapia, à medida que "sentiu" que a terapeuta/mãe/pai aceitavam os seus desejos de realização sexual, pôde reverter o quadro.

Visto desta forma pode parecer até que a psicanálise, terapia, levariam a cura. Entretanto a questão não é bem esta. O apoio, a mudança de ambiente e tratamento familiar, podem reverter o quadro mas NÃO EM TODOS OS PACIENTES.

Vejamos o principal na relação e que pode nos dar a diferença quanto ao prognóstico.

O paciente vivente não nos cansa, nem dá sono, muito pelo contrário, desperta nosso interesse. Faz associações, tira da memória o que aprendeu, apesar de em geral não

---

[20] divided line - termo usado por Bleichmar em Personalidade Normal e Patológica e que se refere a uma linha imaginária, como se fosse uma fronteira entre as fixações e regressões psicóticas de um lado , e as fixações ou regressões neuróticas de outro. Situa-se , mais ou menos entre o primeiro (rejeição) e segundo (retenção) estagio da fase anal (K. Abraham).

nos mostrar que o consegue. Não raro tenta nos paralisar, como se não agüentasse nos ouvir. Não é porém a paralisação do paciente terminal.

Os sentimentos de desvalia existem, mas não são tão profundos como nos terminais. Mostramos à paciente KV, certa vez como ela "precisava de nós calada, incapaz de fazer qualquer coisa por ela, da mesma maneira como via as irmãs, a provável empregada de casa, as outras secretárias da firma, os namorados... que era esta a maneira que ela encontrou para sentir-se mais valiosa... que se EU/NÓS ficássemos calados, talvez as invejas dela não seriam tantas...". A presença de inveja é mais clara do que no paciente terminal. Nestes últimos, só os mais avisados conseguem perceber, e é algo inrustido. Já no vivente ela se mostra mais facilmente, como o foi no caso da paciente KV. Não é tão destrutiva e não causa tanta culpa. Nos morrentes esta inveja se reveste de amor, admiração (Love Story).

O resultado, entretanto se nota à medida que o paciente consegue mudar totalmente a sua vida. É como se a neoplasia tivesse servido para despertar as forças de vida, os instintos de vida, sufocadas por uma problemática neurótica.

Acreditamos que os pacientes que se beneficiaram com as terapias preconizadas pelo LeShan eram exatamente os viventes. Sem se aprofundar, vemos que este autor primava em ajudar o paciente a se valorizar, em achar uma finalidade na vida.

O mesmo foi observado por nos: UMA MUDANÇA TOTAL NOS RELACIONAMENTOS, NA MANEIRA DE SER, NA PRODUTIVIDADE.

5.2.3. Clínica dos portadores de HIV

Apesar dos pacientes de DIP, particularmente os portadores de HIV, terem como característica um "ataque" que vem de fora - o vírus - observamos que ali ocorria

exatamente o mesmo que víamos na oncologia: havia os pacientes morrentes e os pacientes viventes.

O vírus HIV pode se "instalar" em qualquer tipo de personalidade. Assim, toda gama de personalidades pode adquiri-lo. O que difere de uma personalidade a outra, é a questão de doença e sobrevida. E havia poucas diferenças entre os morrentes e viventes da Oncologia e da DIP.

Uma questão que nos chamou muita atenção é o exercício de onipotência muito marcante entre os portadores de HIV, exercício este não encontrado entre os portadores de neoplasias.

Esmiuçar o "PORQUÊ e não acreditar que pode se infectar "levaria a uma outra pesquisa, com certeza muito interessante.

Tentamos então traçar um paralelo entre as duas nosografias, levando em consideração os mesmos fatos que observamos na Clínica Oncológica, ou seja, as teorias de medicina psicossomática, as diferenças entre os médicos e paramédicos dos diferentes setores; a relação médico/paciente, em ambos os serviços; a dinâmica familiar em ambos os grupos, a personalidade de morrentes e viventes e um aprofundamento maior num fator muito marcante entre os portadores do HIV, a religiosidade, que não encontramos entre os pacientes da Clínica Oncológica.

A metodologia usada, entrevistas não estruturadas, tanto com os pacientes como com seus familiares, através de uma observação direta do quadro clínico apresentado, da relação médico/paciente era a mesma que usamos na Clínica Oncológica. A única diferença consistia em que na DIP fazíamos reuniões semanais com a equipe, grupos tipo Balint, o que não conseguíamos fazer na Oncologia. Outra diferença era quanto a nossa posição em ambas as clínicas: na Clínica Oncológica não tínhamos uma posição oficial;

na Clínica dos Portadores de HIV, fazíamos parte da equipe. Entretanto, não acreditamos que isso tivesse feito muita diferença, uma vez que o nosso trânsito pelos todos setores era livre, e freqüentemente nos reuníamos informalmente para discutir um ou outro caso.

As reações ao vírus podem ser consideradas como decorrentes de traços de personalidade. Por um lado, temos os portadores "inocentes", aqueles que se contaminaram devido a um acidente, cirurgia, ou outros incidentes e os hemofílicos, os quais não encontramos no nosso serviço. Por outro lado temos os homossexuais, dependentes químicos, prostitutas, heterossexuais neuróticos normais ou não.

Assim os portadores de HIV podem apresentar n personalidades e n motivações diferentes, tanto para se contaminarem como para viverem ou se deixarem morrer.

Assim encontramos entre os portadores de HIV:

a) pacientes morrentes: 1) os pacientes portadores de personalidades que se aproximam das que descrevemos nos pacientes morrentes da Clínica Oncológica; 2) os pacientes morrentes, que chamaremos de neuróticos, na acepção ampla do termo, e que não encontramos na Clínica Oncológica;

b) pacientes viventes: 1) as personalidades narcísicas, entre as quais encontramos os dependentes químicos, os travestis, e outros; 2) as personalidades psicopáticos.

Da mesma maneira que entre os pacientes da Oncologia, também na enfermaria da DIP encontramos pacientes que provocam em nós vontade de fugir, de não passar visita, e aqueles que despertam em nós sentimentos de ajuda, de estar junto, brigar, lutar. A análise da psicodinâmica destes pacientes nos levou a uma maior compreensão dos pacientes da Oncologia, pois, os conflitos psicológicos e sua dinâmica são muito mais evidentes, menos mascarados para sermos mais claros, do que entre os portadores de neoplasias.

5.2.3.1. Os pacientes morrentes

Consideramos aqui exatamente os mesmos pacientes que foram descritos na Clínica Oncológica. Entretanto, podemos subdividi-los em dois tipos, o que não encontramos entre os pacientes da oncologia.

5.2.3.1.a. Os pacientes morrentes "anaclíticos", ou os que morrem alimentando o vírus.

Optamos por chamar estes pacientes de "anaclíticos" por se tratar de um grupo cuja característica principal é estabelecerem relacionamentos com os OUTROS de extrema dependência, mascarada pelas atividades de independência e ambiciosas. Diante de uma perda reagem com quadros apenas aparentemente depressivos, que escondem na realidade um vazio muito grande, umas falta total de élan vital. Muito introvertidos, isolados, tendem sempre a agir de acordo com uma folha de serviço que apresentam no intuito de obterem gratificações externas. Seus traços de personalidade aproximam-se muito dos portadores de neoplasias. Em se tratando de indivíduos jovens a questão que nos intrigava era que doença que arranjariam quando mais idosos.

A maioria era de homossexuais, por defesa, alguns tipos de dependentes químicos, ou por modismo ou oposição, em geral muito intelectualizados..

Ao ser-lhes comunicado o diagnóstico, entravam numa espécie de estado de "fechamento", não se tratava de depressão pela dinâmica que entendemos da mesma, - perda, ira, luto, mas de um sofrimento diante da ferida narcísica ao descobrirem que havia algo que não conseguiriam controlar – o vírus. Não era o desespero diante da doença, da morte – naquela época HIV era sinônimo de morte – mas se drogar diante do nada, de sentir o "gostoso", de estar acima dos que consideravam "caretas". Seu comportamento tornava se inadequado, pouco se importando se se prejudicariam ou não. Fechavam-se

num mundo só deles, e o contato era muito intelectualizado, racional, concreto. Era difícil controlá-los no hospital. Um dos pacientes chegou a fazer uma "tereza"[21] para descer pela janela e se drogar. Retornou espontaneamente pela porta do hospital, sem se incomodar com que lhe dizíamos.

Não encontramos nestes pacientes a religiosidade "narcísica" que citamos anteriormente. Já próximos do fim, alguns tinham a Bíblia, outros algum Santo, porém sempre nos davam a impressão de que era apenas um objeto que alguém lhes trouxe, uma vez que não sabiam como seria o depois. Faziam parte de um grupo de pacientes que ficavam relegados a segundo plano, apresentando a equipe e a MIM exatamente o mesmo sentir e a mesma atitude que existia em relação aos morrentes da oncologia. Conversar com eles era difícil. Em geral nos olhavam, não respondiam ou demoravam a responder e quando o faziam, faziam-no por monossílabos. Um destes pacientes passava o dia inteiro no leito fazendo colares, pulseiras.Parecia alheio ao que o cercava. Por ocasião das visitas médicas, respondia por monossílabos, olhava as pessoas ao redor do seu leito, como que querendo dizer que o estavam incomodando.

Estes pacientes se deixavam morrer lentamente, emagrecendo paulatinamente, nem sempre presas de algumas infecções oportunistas ou manifestações neoplásica. É o que chamamos de SLIMSS - o paciente deixando se devorar pelo vírus, quieto, sem reclamar, sem solicitar nada.

Pediam revistas, de vez em quando, participavam pouco de conversas com outros pacientes. Era incrível a visão que tínhamos deles, definhando dia a dia, sem queixas, sem denotar emoções. Estes pacientes se aproximavam muito dos morrentes da oncologia – não queriam nada conosco.

---

[21] Tereza - corda feita de lençóis, um amarrado no outro, que serve de instrumento de fuga.

São presas fáceis de infecções oportunistas, diarréias violentas, pneumonias ou outros, vão emagrecendo dia a dia, raramente abraçando alguma seita religiosa, quando então colocam a Bíblia ao lado. Mas não passa disso a sua ligação com Deus. É o paciente que morre de SLIMSS – entrega total do corpo ao vírus que vai cultuando, que vai se alimentando de todo o corpo do paciente.

Paciente W.I.

Trata-se de um homem de 30 anos de idade, solteiro, "consertador de bicicletas". Filho único descreve a mãe como uma mulher extremamente fria, mas que jamais lhe deixou faltar nada. Pai afetivo ensinou o filho a consertar bicicletas, ramo no qual trabalha hoje. O pai nos contou que W ia sempre ampliando a sua oficina, melhorando, inventado novidades para atrair freguesia. Nega uso de drogas e relações homossexuais. Estudou pouco, pois se queixava que não conseguia se relacionar bem com os colegas e ficava angustiado quando tinha que fazer prova oral ou perguntas. Refere que talvez tenha se contaminado com uma moça que conheceu no ônibus. Muito introvertido, parece estar se desculpando quando nos diz que a "moça praticamente o forçou a ir com ela para casa e manter relações".

Diz nunca ter tido muitos amigos, mas sempre havia um ao qual estava mais ligado e que invariavelmente o decepcionava. Assim as amizades terminavam logo, sempre causando grande dor para o paciente. Este paciente foi internado devido a uma diarréia intensa que não cedia com nenhuma medicação. Permaneceu no hospital cerca de 15 dias quando foi a óbito. O que chamou muito a atenção eram as poucas visitas da mãe – que, entretanto sempre mandava "comida fresca" conforme a indicação da nutricionista do setor. Quem as trazia era o pai, um homem muito calado, que permanecia junto ao

paciente, em geral lendo a Bíblia para ele. Não conseguimos saber se o paciente queria ou não que o pai lesse a Bíblia. Apesar de totalmente lúcido até o desenlace, ele nunca manifestava qualquer desejo ou negava algo que se lhe pedia para fazer. O que mais nos chamava a atenção era seu emagrecimento muito rápido. Nos últimos dias quando tocávamos o braço do paciente tínhamos a impressão que era osso coberto por uma pele muito fina. A enfermagem pouco conversava com ele. De tão imóvel, muitas vezes tínhamos a impressão que ele não existia no setor. Este paciente faleceu dando nos a impressão de alguém que simplesmente adormeceu. Apenas o pai estava ao seu lado, em pé, lendo a Bíblia.

Não citaremos outros casos, pois todos se parecem. Dão entrados acompanhados de uma família fechada, que não fala, não pede. Ficam sozinhos, poucos conversam. Costumam ter, como outros, alguma Bíblia ou um Santo na mesinha de cabeceira, porém raramente os pegamos rezando. Morrem como se estivessem dormindo. A maioria é de solteiros, não existe nada que tivesse marcado as suas vidas.

A personalidade pré-mórbida se caracteriza por uma introversão pronunciada, tem dificuldade de estabelecer vínculos, e quando o fazem são vínculos de uso, que, entretanto não é tão marcante como em personalidades narcísicas.

5.2.3.1.b. O pacientes morrentes "neuróticos", ou os que morrem sucumbindo diante de infecções oportunistas e outros...

O segundo grupo era representado por aqueles que poderíamos chamar de neuróticos no sentido amplo do termo. Podiam ser ou não homossexuais por defesa, alguns assumidos outros não, prostitutas à procura de punição por culpas arcaicas, muitos

casados, que se contaminaram com relações extraconjugais. Ficavam bastante deprimidos ao tomarem conhecimento do HIV, e a sua sobrevida era talvez a mais curta entre todos.

Entre pacientes masculinos, casados que se contaminaram com relações extraconjugais, um fato que nos chamou muito a atenção era a relação com a esposa. Quer esta estivesse ou não contaminada, com raras exceções ela se afastava ou abandonava o marido. Parecia-nos que existia uma culpa que a "obrigava" a tratar dele até o final. Entender este tipo de comportamento de algumas esposas leva-nos a compreender melhor a dinâmica conjugal/familiar existente. Estes homens se caracterizavam por apresentarem uma "bondade" extrema, o que impedia as esposas de expressarem qualquer reclamação. A vida sexual era escassa, mais por recusa da parte delas, como uma forma de agressão silenciosa. Um paciente, casado, usuário, que abandonou as drogas assim que soube que estava doente, ficou internado cerca de 4 meses antes de ir a óbito. A esposa, que não estava contaminada, o visitava diariamente, e o que mais chamava a atenção era o carinho que ela tinha com o mesmo. Apesar de já apresentar um aspecto feio, caquético, muitas vezes nós os surpreendíamos se beijando, se acariciando. O paciente pedia à equipe para passar o fim-de-semana em casa, o que todos estranhavam e alguns chegavam a comentar "se não seria doloroso submeter a esposa à presença tão próxima dele". Chegou a ser consultada, e para surpresa de todos até pediu que ele saísse, pois "em casa se sentiria melhor". Este paciente veio a falecer num domingo de manhã em casa, na hora que a esposa se ausentou para buscar pão na padaria.

Um outro caso foi de uma esposa, que quando soube que o marido havia lhe transmitido a doença, começou a chorar, xingar e dizer que nunca mais queria vê-lo. Coincidentemente isso aconteceu num dia em que o marido estava tomando soro numa das salas ao lado. Acompanhamos-a até essa sala, pois estávamos receosos de que ela

pudesse agredi-lo. Ela entrou xingando, dizendo que iria embora e que nunca mais queria saber dele. O paciente, muito calmo lhe disse "senta aqui que o soro já está terminando e a gente vai junto para casa". Para nossa surpresa a paciente sentou-se, sem vacilar, numa cadeira próxima e ficou quieta. Ficamos nos perguntando o porquê desse tipo de reação e relação. Que relação era esta na qual o marido se permitia procurar outras mulheres? Que culpa estas esposas não estariam carregando para se submeter a um relacionamento, no mínimo "estranho"? Para onde ia o ódio gerado, não apenas pela traição, mas pela sentença de morte que recebiam do OUTRO? Ou esta aceitação estaria expressando a punição das culpas geradas pelo que elas não fizeram? São perguntas que ficaram e que receberão respostas talvez em outros textos. Mas nos lembram uma frase de Nelson Rodrigues: "perdoa-me por me traíres".

Paciente A.C.

Trata-se de um homem de 30 anos, casado, soldador. Soube ser portador há cerca de três meses quando procurou o hospital por causa de uma diarréia persistente. Como data provável do contágio refere ser possível uns três anos atrás, quando teve uma relação com uma mulher que pegou na estrada. Sua primeira reação foi de negação, não conseguindo entender como teria se contaminado. A sua esposa, no primeiro momento reagiu com raiva, revolta, atribuindo a ele toda responsabilidade pela desgraça. Aos poucos, porém, foi se "adaptando" sendo atualmente a pessoa que lhe dá mais força e o impulsiona para vida. A maior dificuldade que teve foi como comunicar o fato às pessoas, pois temia as reações. A discriminação passou a ser o seu maior problema. Tendo emagrecido 16 quilos, começaram os interrogatórios, aos quais ele respondia que "era dieta para emagrecer". Embora afirmasse que não era de manter muitos amigos – no

máximo uma a duas pessoas – dos seus relatos se deduz que era uma pessoa dada a freqüentar locais bem movimentados. As pessoas começaram a apelidá-lo de aidético, mesmo desconhecendo a verdade , o que o levou a abandonar os esportes, conversas no bar, amigos. Ocultava o fato devido ao medo de que as pessoas sentissem aversão por ele. Frisa, contudo, que apesar do enorme isolamento, jamais sentiu solidão. Diz que não teve pânico e revendo a sua vida não se arrependeu de nada do que fez, pois tudo foi vivido intensamente, a cada instante. Apesar de achar que algumas ações poderiam ser consideradas como total falta de responsabilidade devido às conseqüências, isso não o preocupava em nenhum momento. Indagado sobre o que o levou a ter este tipo de vida responde sem hesitar que "é a postura de pessoas desacreditadas na vida". Entretanto não faz nenhuma ligação com sua maneira de ser, nem da falta de interesse por alguma outra coisa. Nega que tenha procurado aventuras extraconjugais devido a sentimentos de solidão. Acredita em curandeiros e tratou-se com uma. Apesar de não ter melhorado, não expressa nenhuma crítica negativa sobre ela. Acredita em Deus, mas é um pouco descrente da medicina e ao seu poder de retardar a morte do HOMEM. Diz sentir-se muito culpado por ter transmitido o vírus à esposa principalmente por ela pertencer a uma seita religiosa muito radical. Preocupa-se com o filho que ainda é negativo. Preocupado quanto à discriminação no seu trabalho, apesar de estar licenciado e pretender se aposentar. Refere que o que mais o deixa triste é ter que deixar seu filho ser criado por outras pessoas e ele não poder vivenciar todas as fases de seu crescimento. Contou-nos que se tivesse mais informação talvez tivesse se protegido mais. Diz que só parou a vida desregrada que levava porque conheceu a esposa. Se não fosse isso, provavelmente estaria contaminando muitas pessoas por aí. O paciente procurava manter-se controlado, como se tivesse dificuldade de enfrentar o problema. Gostava, entretanto de falar a respeito do HIV

conosco, e certa vez nos disse que não tinha outras pessoas para falar. O paciente nega a sua solidão racionalizando tempo todo, às vezes demonstrando uma parte sua muito rígida, projetada nos outros ao dizer que "não quer envolver muito a família (a maior parte desconhece a sua situação), pois eles o condenariam".Acredita que os que sabem nem sempre lhe dão apoio. Não acredita numa cura, mas diz que sabe que é um caso terminal. Procura, contudo demonstrar que tem forças para fazer com que os dias que lhe restam sejam de total tranqüilidade espiritual para ele e sua família.

A comunicação com este paciente era fácil. A sua principal preocupação era com o filho e como este sofreria de saudades. Mantinha uma ligação muito forte com sua médica assistente. O seu óbito foi singular. Numa crise de dispnéia quando a sua médica foi atendê-lo, ele segurou a sua mão durante algum tempo, estava muito angustiado e disse que estava com medo do que havia do outro lado. Uns 5 minutos após a médica sair do quarto o paciente foi a óbito. Este caso foi discutido num dos grupos e os comentários que surgiram nos chamaram atenção. Uma das enfermeiras comentou que ele estava esperando a Dra. X, e só depois que a viu e ela foi embora é que pode morrer. Um outro comentário, este da própria médica do paciente foi que "ELES MORREM SEM A PRESENÇA DA GENTE – SEMPRE ESTAMOS LONGE – MORREM MUITO DE MADRUGADA OU NA HORA DO ALMOÇO".

Paciente A. C. C.

Trata-se de um homem, 29anos, comerciante. O paciente vem de uma família bem estruturada, sendo o segundo filho de uma prole de seis. Pai muito rígido entregou-lhe a direção de uma loja, dizendo que "confiava no que ele faria". Mãe um pouco fria, distante, mais preocupada em coisas materiais do que no afeto que os filhos pediam... O

paciente relatou-nos que tinha vida bastante promíscua, tendo relações com várias parceiras até se amigar – casar – com uma mãe solteira, com a qual está até hoje. Diz ser muito ligado ao enteado, tanto assim que o registrou no seu nome A companheira o deixou assim que soube que ele era portador do vírus, e foi morar na casa de parentes, em outro estado. Nunca mais o visitou, mas telefona para ele quando precisa de algo.

Este é um dos poucos casos que acompanhamos que a esposa largou o marido. Não sabemos se ela estava contaminada ou não, porque se mudou para outra cidade e recusava-se, até onde sabemos, em fazer qualquer exame.

O que nos chamou a atenção é que a maior preocupação da família era com quem ficaria a parte da herança dele, do paciente, se com o enteado ou com a família de origem.. Recebe visitas regulares da família. A mãe nunca chega atrasada e vem diariamente. Os primeiros encontros que tivemos com o paciente foi na enfermaria, onde veio a falecer. Nos primeiro dia encontramo-lo o sentado, vendo televisão. Estava muito deprimido. Estabeleceu bom rapport conosco, mas às primeiras perguntas relacionadas à doença, começou a ter ânsia de vômito, chegando a vomitar. Como desculpa disse que era por causa da pasta de dente que havia usado. Sentimos que não queria falar a respeito da doença. Falou sobre a esposa, como que num desabafo dizendo estar triste por ela não ficar ao seu lado, só telefona perguntando se ele precisa de alguma coisa. Dá um sorriso e diz "o que eu preciso é dela e não de coisas materiais que os pais me dão". Passa a falar dos pais, referindo que o maior problema deles, é que o seu enteado fique com a herança. Que quando vêm ficam perguntando se ela, a companheira veio, se ele assinou algum papel, e muito pouco querem saber como ele está. Nega uso de drogas, apenas que deve ter se contaminado com farras que eram muito freqüentes, antes de se amasiar. Achava que jamais se contaminaria, pois as garotas eram todas conhecidas...Nega qualquer tipo de

relacionamento homossexual. Tem uma Bíblia ao lado do leito e indagado sobre_religião "diz ser católico e que é isso que o segura". Não notamos neste paciente o fanatismo que vimos em outros tipos de pacientes, como veremos posteriormente.

Foi na nossa segunda visita que ele conseguiu falar sobre a doença. Contou-nos que não se alterou, quando soube estar contaminado, mas perguntou que se com o tratamento teria mais tempo de vida. Quanto à família diz que todos o apóiam, mas só materialmente, principalmente uma irmã. A família chega a importar os "remédios mais caros para ele". Mostra-nos uma imagem da N.Sª. de Medjogorie, que uma tia teria lhe trazido. Refere que desde que soube que era HIV positivo não teve mais vida sexual, principalmente porque tem medo de contaminar quem quer que seja, principalmente a companheira. O primeiro sintoma que surgiu, há cerca de seis meses, foi um câncer genital, que tentou tratar com fitoterapia, pois não acreditava na letalidade da doença. Só quando houve a piora do quadro, e o aparecimento de sintomas pulmonares e intestinais é que se voltou para a alopatia, quando foi internado no HU. Com o passar dos dias e não havendo melhora significativa o paciente começou a se "entregar". Quando entrávamos no quarto dele sempre o encontrávamos deitado de bruços, com ambas as mãos cruzadas no peito, virando apenas a cabeça para nos ver. Começou a se fechar, parecia cada dia mais distante. Costumava falar sobre a esposa quando puxávamos o assunto, elogiava-a por deixar o filho com os avós, que o traziam às vezes para vê-lo , pela janela da enfermaria. Mesmo que fosse através do vidro da janela ele já ficava contente. Era incapaz de verbalizar ou demonstrar alguma raiva pelo fato dela nunca mais ter vindo visitá-lo. Dava-nos a impressão que somente aquela criança constituía a sua família e era objeto de preocupações. Um fato que nos chamou a atenção foi que o paciente deixou de se queixar. Tudo sempre estava bem, ele dormia bem, a diarréia melhorou, estava se alimentando.

Quando um dia lhe dissemos que nada estava bem olhou-nos surpreso. Ficamos um instante em silêncio quando lhe repetimos o que havíamos dito. Só então ele pode demonstrar e verbalizar as suas preocupações e dizer que tinha muito medo.

Paciente C.D.

Trata-se de um homem de 32 anos, heterossexual, que trabalhava como balconista em farmácia numa capital grande. Cheirava coca, até que em outubro de l992 foi convidado para uma festa de artistas – fazia questão de frisar que era muito bem relacionado – onde lhe ofereceram droga injetável. Gostou e ficou só nisso. Gastava todo o dinheiro que ganhava comprando drogas. Diz "eu só tinha uma muda de roupas e a comida meus colegas de trabalho me traziam na quentinha, porque eu sempre lhes arranjava pessoas que queriam tomar injeções... como com isso ganhavam bem, me pagavam desta forma". Quando soube que estava com HIV – 4 meses depois de fazer uso de drogas injetáveis – "deu uma de" Miguel " e telefonou para uma tia em Campo Grande dizendo que estava com saudades... até que ela o convidou para morar aqui... veio junto com a moça com a qual já morava no Rio...". Quando o conhecemos estava internado no HU. Estava alegre, sorridente, de óculos de lentes brancas, com roupa hospitalar. Dirigiu-se a nós espontaneamente, dizendo de saída que estava "aqui para tomar soro, mas que estava melhorando e logo iria para casa". Manteve este humor durante os poucos dias que permaneceu internado. Nosso segundo contato com ele foi em fins de fevereiro de l993.Estava internado há dois meses. Encontrava-se muito magro e já não conseguia andar. Queixava-se de dor no hipocôndrio esquerdo, e seu quadro clínico era de pneumonia. Disse que era por causa disso que veio para o hospital. Seu humor continuava alegre, apesar de denotar alguma preocupação com a dor. Nos dias seguintes o

encontrávamos, às vezes, sob a ação de sedativos e analgésicos, sonolento. Muitas vezes tentava falar, falava, mas éramos nós que o interrompíamos, alegando que "talvez fosse melhor ficar quieto, pois o falar o cansava, e que voltaríamos no dia seguinte".Pedia-nos na saída que "não o deixássemos só, que voltássemos sempre para vê-lo". Invariavelmente agradecia-nos por termos visitado-o. Quando melhor, permitia se falar de seus medos. Espontaneamente disse que não tinha medo de morrer, apenas de morrer sufocado, sofrendo, como viu dois colegas de quarto morrer assim.

Depois deste período o paciente apresentou visível melhora e passou a pedir para ficar em casa nos finais de semana. Alegava que já estava há oitenta dias internado e que não agüentava mais. A equipe fantasiou que era por falta de relações sexuais e o tema foi levado à reunião. Alegaram que com certeza o paciente estava impotente e era uma coisa desagradável para a esposa submeter-se a qualquer carinho. Eram fantasias da equipe, e concluímos que a única pessoa que poderia decidir isso eram os dois e não nós, os médicos. O paciente foi liberado para passar o carnaval em casa. Encontramo-lo na volta alegre, feliz. Indagado como foi nos respondeu que "tudo estava ótimo... que na casa havia apenas ele e a esposa e não tinha ninguém para atrapalhar ou deixá-lo constrangido". O paciente apresentou uma melhora bem marcante nesta semana, porém na segunda ida para casa, faleceu, e da mesma forma que o paciente anterior – num momento em que a esposa se afastou..

Na reunião da equipe discutiu-se muito o fato de alguns pacientes, logo antes de irem a óbito, apresentarem uma melhora que deixa todos esperançosos. É como se naqueles momentos gastassem todas as "adrenalinas" que ainda possuem. É a pergunta que ficou para todos, apesar de que os mais religiosos aventarem a hipótese de que

“estavam contentes porque iam para um mundo melhor”, ou outros “porque finalmente não estariam dando tanto trabalho que incomodava os outros” etc...

5.2.3.1.c. Análise dos casos

A relação com esses pacientes era fácil, muito afetiva. Aproximavam-se de nós e nós deles, havia o pedido de ajuda, mas havia algo muito mais profundo a que não conseguiam reagir.. Estes pacientes, mais do que os outros morrentes falavam de uma forma mais “real” conosco ou com a equipe sobre a morte. Conseguiam verbalizar seus medos do que haveria depois, de como a família estaria sem eles. Outras vezes, já quase sem poder falar, apertavam a nossa mão num gesto de querer que lhes transmitíssemos a vida, ou que os acompanhássemos para o final, que sabiam que se aproximava.

Não tínhamos vontade de fugir deles, muito pelo contrário, queríamos ficar junto, discutir as angústias sobre o que se aproximava. No início estes pacientes nos davam a impressão que tinham medo de tocar no assunto morte. Entendemos isso como um fator cultural, proveniente tanto do médico como da família. Queriam nos poupar, como a família se poupava não falando da morte.

O próprio médico, evita falar dela , pelo menos no nosso meio. Anos atrás, quase recém formados, foi nos encaminhado um paciente com câncer de intestino, já em fase final, mas que ainda se movimentava bem, participava de tudo que podia. O pedido de seu médico e da família era que em hipótese alguma deveríamos falar em câncer. Dentro da nossa inexperiência na época, aceitamos, sem saber direito o que aconteceria. Na primeira entrevista com o paciente ele veio sozinho, estava extremamente magro e pálido, sorridente, quase alegre, contou-nos algumas coisas sobre a sua vida, falou muito da faculdade que estava freqüentando, das matérias que ainda teria que fazer exame.

Durante três meses, tempo que permaneceu vivo, vinha ao nosso consultório duas vezes por semana. Estabelecemos uma relação de mentira. Ele parecia querer nos agradar não falando do "depois". Nós estávamos presos, não podendo dizer nada do que acontecia, porque acabaríamos falando sobre a sua doença. O paciente emagrecia a olhos vistos, ficava cada dia mais pálido, mas havia ocasiões em que entrava e dizia que estava melhor, que o seu médico o achava melhor. Foi a primeira e última vez que aceitamos calar, pois sentimos que não ajudamos o paciente, que permaneceu sozinho até a morte, e que nós sofremos muito mais dentro desta relação do que se tivéssemos sido verdadeiros.

Quanto às famílias, a maioria não quer que o paciente saiba do diagnóstico e muito menos do prognóstico. A possibilidade de perder o ente querido, o medo de falar da morte com ele – ,falar da sua própria morte – as culpas fantasiosas ou não de terem participado de alguma forma do modus vivendi do paciente são muito intensas, trazem uma angustia ímpar Podemos imaginar que a angústia da família talvez seja maior do que a do paciente. Primeiro por que vão perder o ente querido. E como nada no mundo é apenas querido, mas também odiado, a ambivalência, as culpas, não importa se reais ou fantasiosas, os leva a uma superproteção para com o paciente. Por outro lado o ver alguém morrer desperta também em nós, na família, as próprias possibilidades de morte. Daí a exigência do silêncio sobre a doença, sobre o final.

No caso dos portadores de HIV temos mais um fator adicional: a significação de AIDS. Não tanto atualmente, mas no início quando se falava em AIDS se falava em homossexualidade, prostituição, traição. Como admitir, portanto, que um familiar tivesse "estes" problemas. E a morte significava que ele passou por isso. O falecido sem mais possibilidades de se defender, a família tinha que promover estas defesas, nas quais nem sempre acreditava. Certa vez fomos atender a filha de um paciente que, várias vezes nos

frisou que “ papai se contaminou numa transfusão”. Situação difícil esta do médico, não podendo dizer o contrário, não sabendo se discutindo a contaminação se aliviaria a dor da filha ou a pioraria.

Estes pacientes nos querem próximos deles. Não na hora de morrer , preferem morrer sozinhos, talvez até para nos poupar, mas antes quando servimos para mitigar seus sentimentos de solidão. É o caso de um paciente extremamente enfraquecido que apertou meu polegar com força, como quem quer dizer que sabia que eu estava ali junto dele. Eu senti que era o pouco da “vida” dele que me pedia ajuda, apesar de saber que o fim estava próximo.

Já o paciente esquizóide prefere calar, nos culpar com o olhar e à família com o silêncio. Mas, por que estes pacientes vão a óbito?

O que mais nos chamou atenção nestes pacientes é um profundo sentimento de solidão e mágoa para com um objeto altamente investido. São pessoas que investem a libido num objeto que não corresponde as suas expectativas. Não se trata aqui de um investimento narcísico como no caso dos morrentes, mas num investimento, vamos chamar, talvez inapropriadamente, de neurótico. São pessoas que atravessaram bem a divided line[22], que chegaram a maturidade apresentando mecanismos de defesa neuróticos, não mais talvez que todos nós. Entretanto, uma característica que encontramos entre eles é uma forma de ligação muito intensa, frisamos não a ligação narcísica, talvez muito oral, sabemos que qualquer início da relação, prima pela projeção de algum objeto nosso muito querido. A proporção que o tempo passa nós começamos a enxergar o OUTRO e dentro da nossa maturidade, do nosso “gosto” mais autêntico, vamos aceitar ou não, a amar ou deixar de amar. Os morrentes neuróticos – que se contaminaram através de

[22] divided line - a linha divisória entre psicose e neurose.

sexo ou drogas, não os portadores de HIV por transfusões ou outros, antes de se entregarem a atividade, vamos chamar de contaminante, como sexo ou drogas injetáveis sem proteção, mantinham uma ligação estável, forte com o OUTRO, mas que não o satisfazia totalmente. Ainda primando pelo sentimento de solidão, pela necessidade de aconchego e colo, ao passo que este não vinha na sua totalidade como ele imaginava, o paciente não era capaz de reagir diretamente contra aquele objeto. O medo de perdê-lo, destruí-lo, até o medo de se sentir culpado em relação ao que ama, levava-o à busca de outro, seja droga seja sexo. A finalidade era ou de completar o que faltava, ou de agredir indiretamente aquele que não lhe dava tudo, ou mesmo negar a necessidade que tinha do primeiro.

Uma vez descoberto HIV vinha a culpa. A culpa agora muito maior à proporção que inconscientemente culpava o OUTRO que não lhe deu tudo que queria e que o levou a procurar a substituição. O objeto interno, que já estava sendo agredido, é agredido agora muito mais. A culpa é maior, e o alimentar o vírus tem as duas significações : castigar-se e cultuar o agredido dentro dele.

Este seria o sentido da não cura dentro do paciente portador de HIV, morrente neurótico.

5.2.3.2. Os pacientes viventes

Vamos considerar os pacientes viventes, aqueles que têm uma sobrevida maior, apresentando ocasionalmente alguma manifestação de doença. A maioria era composta por travestis, homossexuais por identificação, dependentes químicos. Apresentavam uma estrutura básica narcísica, e de alguma forma se permitiam colocar para fora as raivas e frustrações do dia-a-dia.

Podemos dizer que grosso modo encontramos três tipos de pessoas.

1. Os homossexuais por identificação de todo tipo, e nos quais sobressaía a religiosidade da qual já falamos. De estrutura também narcísica, os mecanismos de defesa eram outros.
2. Os portadores de traços narcísicos, portadores de defesas mais ligadas a estruturas neuróticas e cuja vida era dirigida por uma folha de serviço, e que sobreviviam à medida que achavam uma finalidade na vida.
3. Os psicopatas, que atuavam para fora a agressividade gerada.

5.2.3.2.1.a. As personalidades narcísicas.

Fazem parte deste grupo os homossexuais por identificação[23], travestis e dependentes químicos .

Vamos enquadrar aqui todos os homossexuais, e dependentes que conseguiram sobreviver e que sobrevivem até hoje. O que mais chamava atenção neles era uma súbita volta para a religião, quando passavam a apresentar um fanatismo ímpar e difícil de encontrar em outros casos clínicos. De certa forma, esta religiosidade pode ser comparada ao fanatismo que alguns componentes do AAA têm pela Associação.

Queremos deixar claro que estamos falando aqui de pacientes com determinada estrutura de personalidade, e não de cem por cento de homossexuais e drogados, uma vez que muitas vezes a homossexualidade e o vício podem encobrir outras patologias.

Passaremos a descrever alguns casos.

Paciente W.

---

[23] Homossexuais por identificação – são aqueles que se identificam mais com figuras femininas, seja por falta de pai ou outra figura masculina, seja por problemática familiar existente, como pai introduzido como MAU, mãe violenta, valorização da figura feminina em detrimento da masculina, etc...

Foi um dos primeiros pacientes a ser internado no hospital. Tinha 26 anos, sem ter um trabalho fixo, ganhando um pouco como guarda numa boate. Homossexual, muitas vezes se prostituía para ganhar dinheiro. Filho único, foi praticamente criado pela avô e tias, com poucas oportunidades para se desenvolver. Quando soube do diagnóstico , havia procurado o hospital com queixas pulmonares, passou a procurar curas milagrosas, até que se fixou numa igreja protestante, onde lhe garantiram uma vida melhor junto ao Cristo. Com isso largou toda e qualquer atividade sexual e passou a se dedicar a converter os outros. Vivia com a Bíblia na mão, e constantemente visitava os pacientes internados. Pediu para ser internado assim que apresentou a primeira crise de diarréia. A primeira vez que o vimos (1987) estava com a Bíblia na mesa de cabeceira, uma porção de orações espalhadas ao redor. Fez questão de segurar a minha mão como se quisesse ter certeza que não tínhamos medo da doença dele. Esta atitude era muito encontrada nos primeiros pacientes. Atualmente, parece-me, que se sentem aceitos pelo setor e não têm necessidade de testar-nos. Este paciente estava muito mais interessado em nos provar a existência de Deus e como este deveria ser adorado, do que realmente falar sobre si... Fazia parte do grupo que vinha visitar os pacientes internados, sempre com a Bíblia e tentando passar a " palavra de Deus ".Mesmo quando percebeu que não estava sarando dizia-nos que "Deus com certeza o estava experimentando".

Entre idas e vindas para internação e alta, este paciente conseguiu sobreviver 8 anos. Nunca apresentou outra sintomatologia além de diarréia, falecendo caquético. A sua morte foi tranqüila, esperada por ele e pela equipe.

Paciente A.R.

É o caso de um rapaz, cerca de 24 anos, que se contaminou usando drogas injetáveis, cocaína ainda sem manifestações clínicas muito evidentes, e que vinha cumprindo o que se lhe prescrevia. Continuava usando drogas, mas não injetáveis. Um dia nos relatou que "foi na sua igreja e o padre lhe disse que agora que estava assim que fosse preferível ficar em casa e rezar lá". Ficou indignado e procurou uma outra igreja, protestante, onde lhe prometeram a cura. Na segunda ou terceira ida a esta igreja sentiu algo estranho e teve certeza que estava curado. Passou a andar com a Bíblia em baixo do braço. Este paciente vinha semanalmente ao ambulatório e era fácil conversar com ele. O rapport era relativamente bom, trazia muitas coisas do seu passado, às vezes com crítica, levando-nos a suspeitar de culpas arcaicas.

A partir do dia de "conversão" o paciente começou a faltar, e quando vinha nos sentíamos que havia uma distância entre nós dois. Se antes EU sentia que ele queria ser ajudado, agora EU tinha a impressão que ele estava ali por obrigação. Antes eu era mãe, agora eu era a "mãe por obrigação". O mesmo ocorria com o restante da equipe.

Começou a nos pedir um novo exame de sangue. Indagado, no início não nos respondia, até que um dia nos disse que " queria saber se o exame viria negativo". Nós sabíamos que não viria, mas não podíamos dizer isso ao paciente. Contratransferencialmente ele produzia em nós nesta época, um sentimento de paralisação, mas uma paralisação diferente. No caso dos morrentes nós não tínhamos o que dizer, vinha um mal-estar que não sabíamos explicar. No caso dele a paralisação tinha sentido: é como se nós tivéssemos que estar junto dele, na crença dele; ele não duvidava e à proporção que ficávamos em silêncio, éramos uma parte dele que necessitava acreditar e apoiar. Kohut fala em transferencia idealizadora. Acreditamos que era exatamente esta a situação. O paciente W precisava nos convencer da presença e do poder de Deus

verbalmente, precisava que pensássemos exatamente o que ele pensava. E isso nos impedia de contradizê-lo, pois a nossa opinião ele sentiria como agressão, decepção. Ficamos mais ouvindo, invadidos pelo seu desejo que nos tornássemos seu objeto idealizado, agora externo, que fortaleceria esta fé. Se EU falasse eu estaria agredindo uma entidade maior para ele naquele momento, o objeto interno "pequeno" altamente idealizado, e corria o risco de ele não vir mais, ficando entregue ao vírus. Se eu concordasse, a decepção com o exame seria ainda maior. Qualquer interpretação em termos de psicologia profunda, não cabia no caso. Resolvemos encaminhá-lo para o médico responsável. O paciente não nos procurou mais. É como se o encaminhamento significasse uma rejeição. Certa feita encontramo-lo no corredor. Tinha vindo pedir AZT e perguntamos-lhe, com certo receio da resposta, pelo exame. Respondeu-nos que "veio positivo, mas dizem que leva até dois anos para negativar". Ele havia se recusado a tomar medicação antes, mas como havia piorado, decidiu reiniciar o tratamento, pois afinal "vocês médicos são instrumentos de Deus". O vínculo mágico era com Deus.

Nós passamos a vê-lo, muitos meses depois, cerca de três vezes por semana, mas o nosso diálogo jamais foi além de bom dia, como está se sentindo hoje, precisa de alguma coisa, etc. Ele nunca precisou de nada, pelo menos de nós. Estava emagrecendo mas sempre " tinha fé em Deus ". Quando foi internado a sua "fé" não o abandonou. Dizia-me que estava mal e que iria morrer por que Deus quis assim

Mesmo já cego, ele se recusava a morrer. Ele esperava a morte, ela fazia parte da vida dele, mas Deus o estava segurando na terra por algum motivo... Este paciente faleceu cerca de 10 anos após ter descoberto que era portador de HIV.

Paciente L.M.C.

Trata-se de uma mulher branca, muito bonita, 33 anos, solteira, segundo grau completo e proveniente de classe social média alta. Foi por nós atendida no ambulatório não tanto por apresentar alguns sintomas de doença, mas por a equipe estar preocupada com o desleixo e falta de cuidado quanto a si própria e aos outros, não parava de usar drogas e não se incomodava em contaminar os outros. Extremamente desleixada, homossexual, era viciada em cocaína injetável, há mais de 10 anos.

L vinha ao ambulatório regularmente trazida pela mãe, uma senhora bem apessoada, com carro próprio, sempre bem arrumada, sem um fio de cabelo fora de lugar, contrastando enormemente com a filha. Aparentemente fazia o que a filha queria, principalmente quanto a cuidados materiais. L. havia perdido o pai há poucos meses e sua maior preocupação era em relação ao inventário pois queria "proporcionar um bom tratamento para uma ex-companheira e deixar o restante para o filho desta, um menino recém nascido".

L. nos contou que também não resistia a uma cerveja... Só que após a primeira garrafa não sabia mais parar. Apesar de ser de nível sócio-econômico de médio para alto, não tem nenhum cuidado quanto à aparência ou a sua maneira de viver. Já foi levada para casa bêbada, encontrada na sarjeta, tem se injetado a cocaína em piores condições possíveis. Diz que às vezes consegue parar até um mês, mas aí procura de novo. Não se julga viciada, apenas "tem companhias que a levam a isso e também um desejo irresistível". Atribui o aumento do vício a uma companheira que teve, M, também homossexual que engravidou quando foi estuprada num momento de "apagamento", com a qual morou certo tempo, a mãe lhes deu uma casa para morarem juntas. M tinha companhias que desagradavam a L. "Ela ficava ás vezes com outros e eu ficava de lado... aí vinham brigas... a gente se agredia fisicamente ou entrávamos nas drogas... acho que se

não fosse ela eu já teria largado...". Após o nascimento do menino, filho da M continuaram algum tempo juntas. Refere que se afeiçoou muito à criança. Era ela que lhe preparava as mamadeiras, lavava fraldas, cuidava quando chorava. Quando M. mudou-se para uma outra cidade, um pouco distante, a pedido da mãe e por causa das constantes brigas que tinham, L voltou a morar com a família.

L. se queixava de que tinha muitas saudades do menino e só não iria atrás da M, porque tinha medo da mãe fazer alguma coisa para deserdá-la e também porque a mãe de M não gostava dela.

Sempre tivemos a impressão de que L não nos ouvia. Era como se estivesse vindo ali apenas a despejar algumas coisas que achava que a perturbavam, mas nem sequer nos olhava..

Algum tempo depois L. veio à consulta dizendo ter recebido uma carta da M que escreveu que estaria sozinha nos próximos 3 meses (a mãe viajou) e que se ela L, quisesse vir seria bem vinda. L queria ver o menino , é madrinha dele, e também achava que agora se dariam bem, pois M de certo "não tinha a patota com a qual saia deixando L, sozinha". Estava preocupada se a mãe lhe daria dinheiro para a passagem, etc. Estava com duas feridas purulentas num dos braços, cobertas apenas com uma gase que L. retirava toda hora para enxugar, olhar, cutucar., etc. Chamamos sua atenção para o fato de que estas feridas poderiam contaminar facilmente a criança. Respondeu-nos que ela tomaria cuidado, mas sem demonstrar maiores preocupações..

L ficou mais de dois anos sem aparecer. Soubemos que estava morando em outra cidade, junto com a M... Quando voltou estava nas mesmas condições. Até a presente data, há 11 anos. Está assintomática vive com a mãe, continua se drogando e mantendo relações homossexuais esporádicas.

5.2.3.2.1.b. Análise dos casos.

Os pacientes que descrevemos conseguiram sobreviver.Com exceção do paciente W, todos estão vivos até hoje. Com raras exceções dedicam-se a "levar a palavra de Deus para outros portadores ou mesmo pessoas que encontram pelo caminho", ou vivem isolados se drogando, sofrendo. No primeiro caso a droga é substituída por Deus. No segundo a sua dependência e a grandiosidade que alcançam é a cocaína e outras drogas.

Qualquer manifestação da doença leva-os a intelectualizações mais diversas, que primam pela perfeição e para as quais sempre têm resposta. As próprias famílias aprenderam a aceitar estas intelectualizações. Outras vezes se convertiam também e acompanhavam o filho ou filha neste fanatismo. De qualquer forma tanto a família como nós aprendemos a não interferir nesta crença. A própria equipe perdeu o medo do que poderia acontecer se a cura não se realizasse.

Estes pacientes apesar de manterem um vínculo relativamente bom com a equipe eram muito resistentes a qualquer aproximação que não fosse "falar de Deus". Assim, o próprio médico era tratado ou como um "receitador que Deus mandou" ou como alguém a ser convertido. Opunham-se a algumas medicações, "em nome de Deus", assim que lhes vinha a "inspiração, sensação", de que foram curados.

Entendemos estes pacientes como portadores de estruturas narcísicas, que com a doença ligavam-se a Deus de uma forma mágica. O Deus significava para eles a projeção de seu próprio objeto bom, pequeno e desvalioso, mas idealizado e hipertrofiado. A idéia de imparcialidade, de distribuição de amor por igual entre todos e a promessa de proteção, reforçada pelos pastores das igrejas, a esperança de finalmente após a morte encontrar a mãe perfeita/Deus, de alguma forma impedia o surgimento de invejas e raivas. Eles

tinham o BOM FORA, o bom que os protegia e os amava, o aplauso de que tanto necessitavam. É justamente isso que na nossa opinião explica o aumento de resistência, a maior possibilidade de não se entregar a infecções oportunistas, a proliferação de células neoplásicas, e outros.

A necessidade de aplauso aparece com freqüência na preocupação que o paciente tem com o corpo, a aparência. É o caso de um travesti, que sempre vinha ao ambulatório fazia questão de nos dizer que "assim que emagrecesse e ficasse feia, a mãe teria que lhe pagar um táxi, pois todos iriam olhá-lo dentro do ônibus". Nos outros e em nós ele procurava um espelho, algo que refletisse a si próprio, que junto com Deus nós o aplaudíssemos. Por mais inferior que fosse a classe sócio-econômica a que pertenciam, estes pacientes sempre estavam limpos e arrumados, procurando combinar as roupas, penteados, etc...

Quanto a drogas a maioria as abandonava, e quando sentiam necessidade delas iam correndo para a igreja e pediam que o pastor ou outro os abençoasse e os "livrasse do demônio, que os estava atentando". E isso funcionava a contento. É o mesmo mecanismo que vemos nas instituições religiosas que trabalham com drogados, nos Alcoólatras Anônimos e outros. A droga é substituída pela Bíblia, e o indivíduo consegue se manter longe dela. Isso, entretanto, só funciona com determinadas estruturas de personalidade. É por isso que os AAA e as instituições religiosas não conseguem "curar" todos que os procuram.

Os nossos sentimentos em relação a eles eram de proximidade, de que eles queriam ser ajudados, que poderíamos ouvi-los e eles a nós. Eram relacionamentos fácies, nós lhes estendíamos a mão e eles a aceitavam.

De qualquer forma estes pacientes morriam de SLIMSS, num processo muito mais longo que o que observamos entre os morrentes. O BOM de fora reforçava e protegia o BOM POUCO de dentro, o que elevava o tempo de sobrevida.

Por mais poderoso e onipotente que o HOMEM se julgue, por maior desejo que tenha de vencer a doença, não podemos esquecer que uma vez instalado o vírus, agente externo, ele não tem como lutar contra ele sozinho. E até a data do término da presente pesquisa não haviam sido descobertas drogas que o pudessem ajudar nesta luta.

5.2.3.2.2.a. Os neuróticos ou "batalhadores"

Chamaremos de batalhadores aqueles pacientes que apesar de serem portadores, e apresentarem manifestações da doença periodicamente, conseguem sobreviver durante anos. São pessoas sobre as quais lemos nas revistas, como foram os casos do Betinho e muitos outros. Caracterizam-se pelo trabalho, por uma finalidade na vida, quer seja entrando em alguma ONG[24], quer seja dedicando-se ainda mais à profissão que exercem. A finalidade na vida é batalhar pelos outros. Podem ser casados ou não, homossexualidade manifesta ou encoberta, em geral por defesa, inconsciente e não aparente, e alguns dependentes químicos, para os quais a droga serve para encobrir outros conflitos.

Paciente J.T.

Trata-se de uma mulher de 36 anos, que refere ter sido contaminada pelo marido. O marido trabalhava numa empresa do Estado, que lhes dava toda a assistência. Ela, professora primária, na primeira manifestação da doença comunicou à direção que a afastou da escola. Contrariamente ao que vimos nos pacientes morrentes, o casal se

separou, ela voltou para junto dos pais, já idosos. Impedida de trabalhar como professora, o que também não queria ou por medo de contaminar as crianças, ou porque se sentia feia à medida que seus braços estavam ficando finos (o médico a informou que a musculatura dos membros iria diminuir e o abdome aumentar, e parece que toda a atenção dela ficou fixada neste fato, semelhante a nossa paciente V.K. que se prendeu à tinta,) ou mesmo por não gostar muito da profissão, a paciente passou a pintar compulsivamente. De manhã cuidava da casa e dos pais. À tarde ficava pintando. Costumava participar de todas as exposições que surgiam na cidade e muitas vezes passava as tardes visitando lojas para vender os quadros, o que geralmente conseguia. Era uma mulher calma, tranqüila, um pouco introvertida. Apesar de artista plástica, seu pensamento era mais prático e concreto. Assim, separou-se do marido sem grandes sofrimentos, alegando que já que ele a contaminou, que não tinha mais nenhum amor a lhe dar nem ela a ele, preferia ficar com os pais. Curioso que este casal se acusava um ao outro e até hoje não sabemos quem contaminou quem. Continuam se encontrando e ela o ajuda em que pode. Ambos estão assintomáticos.

A paciente tinha consciência do seu estado, e sempre nos dava a impressão que vivia para o dia de hoje, se conseguisse fazer o almoço dos pais, pintar e vender um quadro, então tudo já estava bem. Não se preocupava em ter outros relacionamentos, raramente saía para passear. Sua vida resumia-se em cuidar dos pais e pintar quadros e vivia numa tranqüilidade muito grande. Periodicamente apresenta crises de diarréia, que trata com seu médico, mas quando surgia ela não nos parecia preocupada com elas. É como se fosse algo já esperado e aceito, que tinha que ser. Aos domingos ia à missa com os pais. No momento já está completando oito anos de sobrevida, contados a partir do momento em que soube ser portadora.

---

[24] ONG – Organização não Governamental

Paciente A.D.

Trata-se de uma mulher de 40 anos, advogada, casada, que se contaminou com um caso extraconjugal. Assim que soube da doença contou ao marido e se separaram. A paciente passou a integrar uma ONG, em tempo integral, dedicando-se a tudo e todos que poderiam necessitar de seus serviços advocatícios. Muito falante, costumava representar a ONG em ocasiões públicas. Poucas pessoas sabiam da sua doença. Pouco falava dela mesma, recusava qualquer contato que não fosse referente a coisas concretas. Vivia com dois filhos que sabiam da sua doença e procuravam ajudá-la, ajuda esta recusada ostensivamente. Esta paciente só teve a primeira crise da doença, quando soube ser portadora. Tem viajado bastante para outras cidades, sempre ligada a algum serviço relacionado a portadores de HIV. Depois que soube que era HIV positivo, já se passaram 10 anos. A sua relação com os médicos e outros é de absoluta discrição, pouco fala de si própria, resume-se em os colocar como receitadores.

Paciente S.

Trata-se de uma mulher no momento (1999) com 36 anos, portadora do HIV há 10. Apresenta raramente manifestações da doença e resume a sua vida em ficar no meio dos pacientes portadores, doente ou não, tentando ajudá-los de todas as formas possíveis. Vaidosa, faz blague do que está sentindo e do que tem. Espalhafatosa, quando entra num ambiente consegue chamar atenção sobre si, se proclamar a mais ativa das assistentes a HIV. Podemos considerá-la como portadora de uma personalidade hipomaníaca. É sustentada pela família que nem sempre vê com bons olhos este tipo de atividade da

paciente. Freqüenta igreja normalmente, sem fanatismo dos outros grupos. Solteira, tem se recusado a ter qualquer caso, inclusive com outros portadores de HIV.

5.2.3.2.2.b. Análise dos casos

São pacientes que dificilmente poderíamos considerar como portadores de personalidades narcísicas, com que se diferenciam muito dos grupos anteriores. Primam por se "jogarem" numa atividade contínua em prol de algo, não medindo esforços e não esperando o aplauso como ocorre com os portadores de estruturas narcísicas. Poderíamos aproximá-los muito dos portadores de personalidade com características orais, que tendem a afogar todos com a hiperatividade e prontidão para executar tarefas. Mas é como se lhes bastasse fazer isso, não necessitando que o outro pague o que recebeu. A tarefa em si é gratificante.

Como ver e como entender a necessidade de uma finalidade, de ser algo, de fazer algo na vida? Freud nos fala em instinto de vida. Instinto este que observamos nas crianças de berço que tentam pegar um brinquedo, mais tarde querem sair dele, independentemente dos perigos que isso possa representar, nos jovens que têm tudo, que poderiam não trabalhar a vida inteira, mas por algum motivo se lançam nas faculdades e vão aprender. Tem algo que impulsiona o ser humano a querer mais, ou melhor, a tentar fazer. Algo que iria além do instinto epistemiológico sobre o qual fala Klein (1963;1975), algo que transcenderia a existência humana.

O modelo mecanicista de Freud, que toda a atividade humana tende a nivelar as energias, deixando o indivíduo sem tensão, sem angústia, nos leva quase a pensar no ser humano como máquina. O que certamente não é o caso. A "batalha " das nossas pacientes

pode ser explicada como “ à proporção que faço o bom, trato o meu MAU (vírus) nos OUTROS”, ou em outros termos “ estou tratando o meu MAU projetado nos OUTROS”.

Isso nos leva a pensar muito numa colocação de Fairbairn (1952) que diz que é mais gratificante para o ser humano DAR do que RECEBER. De certa forma estes pacientes têm estas características. Acreditamos que à medida que eles se sentem úteis, se valorizam, de alguma forma reforçam o bom dentro deles e conseguem aumentar a resistência às infecções oportunistas. Winnicott (1952), dizia que antes dos antibióticos já existiam crianças com sarampo e outras infecções que saravam. Existe, portanto algo dentro do ser humano que o leva a viver.

Ou poderíamos raciocinar sobre estes pacientes em termos de serem pessoas que simplesmente se contaminaram? Pessoas comuns, não presas de grandes culpas e angústias, pessoas que de certa forma conseguiram alcançar o estágio edípico sem grandes traumas e frustrações, que se contaminaram mas que decidiram viver, até por terem um predomínio de instintos de vida, um mundo muito rico com possibilidades de DAR, AMAR?

Com isso teríamos que pensar um pouco em um outro autor, Victor Frankl[i]. Victor Frankl (1959;1965) , um dos preconizadores da análise pessoal, considera que a visão psicanalítica é uma visão, e por conseguinte tratamento, que destrói a alma, a totalidade do HOMEM, como se depois o tivesse que reconstruir. Preconiza, de alguma forma a atividade do ato espiritual, ou seja, em última instância, há coisas que o ser humano faz e pensa que são únicas e exclusivamente dele, são espirituais, como Frankl os chama. Considera assim que a moral não viria apenas de influências psicológicas, mas sim de Deus, algo superior ao homem. Assim Deus não seria uma imagem de Pai, mas o pai seria uma imagem de Deus. Para Frankl o espírito é a consciência moral, existência ou Eu

Mesmo, o que de alguma forma para Freud seria uma conseqüência, de sublimação e outros.Com Freud nos atuamos, pensando, agindo, produzindo, para mantermos um equilíbrio entre as nossas energias, instintos de vida, instintos de morte. Com Frankl e outros nós estamos produzindo em função de um espírito, uma maneira de ser, de passar pela vida.

Aparentemente são duas teorias excludentes, mas se nos aprofundarmos, se esquecermos análise que vai reduzindo todo o nosso ser cada vez mais, e vermos apenas a satisfação do fazer, talvez descubramos que no fundo as duas teorias possam se juntar. Será que o prazer de se realizar, transcender, de fazer e pensar genuíno de cada um não se aproximaria muito do prazer de DAR sobre o qual fala Fairbairn???

Os nossos pacientes batalhadores têm um enorme prazer em trabalhar. Em produzir, em fazer algo, independente se é por alguém ou por eles mesmas. Não se trata de personalidades narcísicas que trabalham esperando aplauso. Não se trata de trabalhadores religiosos, portadores de HIV e que passam a se dedicar a evangelizações para obter a cura ou serem protegidos. Trata-se de pessoas que quando tomam conhecimento de terem o HIV, mudam radicalmente as suas vidas.

Contratransferencialmente, os nossos sentimentos e da equipe, eram de leveza – eles não precisavam de nós, a não ser para ajudá-los em algum trabalho.

5.2.3.2.3.a. As personalidades psicopáticas.

Vamos enquadrar dentro deste grupo os indivíduos portadores de personalidades com alto potencial de agressividade, canalizada para fora, com pouco ou nenhum sentimentos de culpa, com freios morais praticamente que inexistentes, primando pela frieza total em relação ao OUTRO. AIDS torna-se para eles apenas mais uma ocorrência

desagradável na vida, de que são culpados os OUTROS. São os que mais nos diziam, no início do aparecimento de HIV em Campo Grande, de que AIDS foi inventada pelos americanos para os médicos ganharem dinheiro.

Grande número deles era de delinqüentes, que eram trazidos ao hospital por qualquer outro motivo que não a manifestação de HIV, que era descoberto mais por acaso. Tinham um certo prazer em contaminar os outros. Extremamente sedutores, prometiam tudo ao médico, a enfermagem. Bastava, entretanto virar as costas para que fizessem tudo ao contrário. Viviam mais em função do prazer do momento, do que de possíveis gratificações futuras.

Um comportamento muito comum era o de dizer que "agora que estava com AIDS, iria passar para o maior número possível de pessoas... iria morrer, mas não iria morrer sozinho... porque que ele tinha que morrer e os outros continuarem... porque eles tinham que adquirir a doença e os outros ficarem numa boa... etc...". Eram os pacientes que quando entrávamos na enfermaria tentavam nos tocar, não à procura de apoio e afeto, mas com uma atitude de quem diz, "vamos ver se você agüenta a minha doença".

Paciente F.D.

Atendemos este paciente na enfermaria, que segundo a enfermagem, estava agitado. Quando entramos o paciente se encontrava à janela, de pé. Quando nos viu veio ao nosso encontro com a mão estendida, começou a tossir ruidosamente, em cima de nós, sem colocar a mão na boca nem virar o rosto para o lado. Não era delinqüente... até então. Era filho de um alto funcionário público, criado com todos os cuidados, mimado e não lhe foram dados limites. Acusava o pai de ser o culpado de ter se contaminado. Dizia que " se tivesse recebido um carro podia transar com moças de classe mais alta e mais limpas...".

Negava ser usuário ou dependente de drogas, como também a ter alguma inclinação homossexual. Este paciente não atendia nenhuma solicitação médica nem da enfermagem. Estava na DIP por causa de um principio de pneumonia da qual sarou com poucos dias. Acompanhamos a história deste rapaz durante anos, e o que chamou mais atenção era o fato de que constantemente era detido por se meter em brigas, beber, etc. Saía facilmente da cadeia, uma por ser um portador perigoso e outra devido a posição que o pai ocupava. Extremamente inteligente não trabalhava, era sustentado pelo pai que nos confessou que às vezes rezava para que o filho morresse e não lhe desse mais tanto trabalho. Sem sentimentos de culpa, sempre tendendo a se satisfazer imediatamente, consegue já sobreviver doze anos, até a data de hoje.

Paciente B.B.

Talvez o caso mais impressionante seja de um paciente que foi trazido ao HU[25] apresentando uma ferida perfuro-cortante na região abdominal, conseqüência de uma facada que levou no presídio onde estava detido, que chegou a atingir alças intestinais, sendo necessária uma colostomia de espera. Operado foi detectado que o paciente era portador de HIV e transferido para DIP. Um fato que chamou atenção era que o paciente não atendia a nenhuma solicitação da enfermagem ou médica no local de origem. Tinha atitudes que poderiam elevar a possibilidade de risco de própria contaminação – ferida aberta – como dos outros que estavam por perto. Tentamos sedá-lo, entretanto com pouco resultado. Quando conversávamos com ele, explicando tudo nos mínimos detalhes o paciente acatava tudo, dizia que iria ficar sossegado, que colaboraria para que houvesse a cicatrização e pudesse voltar a vida normal. Entretanto, assim que nos retirávamos o

[25] H.U. – Hospital Universitário da UFMS.

paciente saia do leito, pegava um cabo de colher ou outro instrumento qualquer, abria o curativo ou retirava a bolsa de colostomia e saia pelos corredores arrancando fezes e as jogando pelos que passavam. Se contido, gritava no leito a ponto de ninguém agüentar. Se sedado, lutava conta a sedação e esta se tornava também difícil. A solução encontrada foi fechar a colostomia antes do tempo e remover o paciente de volta para o presídio. Qualquer pessoa dita normal teria problemas infecciosos e outros, com este tipo de comportamento, sem se cuidar, de optar pela "esfregação "em tudo que vinha pela frente. Nem no presídio – que não prima pelas normas de higiene – o paciente consegui pegar qualquer infecção.

Este paciente mostra claramente a estrutura psicopática, que é orientada para satisfação instintiva imediata, sem condições de esperar, nos primeiros momentos bonzinhos e sedutores, num segundo momento agressivos diante de qualquer não, mesmo que seja um não quando a cirurgia que teria que ser adiada até decorrer o tempo regular de cicatrização.

5.2.3.2.3.b. Análise dos casos.

Acreditamos que estes pacientes de alguma forma sobrevivem e não adquirem nenhuma infecção em função da grande capacidade de descarregarem toda a agressividade advinda de frustrações normais da vida, mas que não conseguiram aprender a tolerar ou a usar diante delas mecanismos mais maduros e adequados, projetando para fora, agredindo os que lhes parecem mais próximos. O serem aparentemente cordatos, ás vezes, não é mais do que uma forma de conseguir alguma vantagem momentânea.

São estes pacientes que se enquadram bem dentro do que Dejours (1988) diz, quando nos fala de que quando o paciente não consegue mergulhar no inconsciente e achar saídas mais maduras nem mergulhar dentro do soma para adoecer, explode as raivas

para fora, as atua. Se por um lado isso o leva a destruição dos que o cercam, por outro lado preserva o seu corpo, o que não acontece com os outros tipos de pacientes.

Os sentimentos que despertavam em MIM e na equipe eram de raiva, vontade de retrucar, bater e em última instancia de que fossem embora o mais rapidamente possível.Era incrível o sentimento de rejeição que despertavam não apenas no pessoal lotado na DIP, mas também em outros setores que o paciente praticamente invadia.

6. DISCUSSÃO GERAL DOS DADOS

A nossa proposta em fazer este texto foi identificar os fatores da personalidade que levam uns a se deixar morrer e outros a viver.

Começamos pela contratransferência, o que sentíamos em relação aos pacientes. Num primeiro momento vimos pacientes na oncologia dos quais tínhamos vontade de fugir e outros dos quais queríamos nos aproximar. Em conversas paralelas com os que os atendiam, percebemos que estes pacientes produziam neles sentimentos equivalentes aos nossos. Continuando a observar vimos que aqueles que estavam perto do fim, davam-nos a vontade de fugir. Os de sobrevida maior, mesmo que seus quadros às vezes fossem piores dos que dos terminais, mesmo que fossem "chatos", algo nos impelia para conversar, tratar, tentar aliviar o sofrimento. Vimos que havia os pacientes que se deixavam viver anos a fio, vencendo o mal que os corroía e outros que se deixavam morrer, entregando-se ou ao tumor ou ao vírus.

Como já assinalamos, entre os morrentes de HIV encontramos dois grupos: Um que chamamos de morrentes arcaicos e outro de morrentes neuróticos. Talvez os termos possam parecer inadequados e no mínimo estranhos, entretanto são os que melhor se adaptam ao que queremos conceituar. Os morrentes arcaicos - são os semelhantes aos morrentes descritos nos casos de Oncologia.

Os morrentes neuróticos, que não encontramos na Oncologia, se assemelham mais a morrentes de outras doenças, ou a idosos.

6.1. OS PACIENTES MORRENTES

6.1.1. Os morrentes da Oncologia e morrentes "arcaicos" da DIP

Comparando as pesquisas psicossociais, principalmente as de LeShan e Schvezalon, com as teorias psicanalíticas referentes a fenômenos psicossomáticos, vemos que elas se complementam. A psicodinâmica dos fatores externos, a sua influência no psiquismo do portador de neoplasia, encontrada pelo LeShan, pode ser explicada pela psicanálise, portanto as duas colocações não são excludentes.

Quando Schavelzon (1978(1978)) considera a neoplasia como uma doença vinculada à pessoa integral do paciente e reflexo de suas relações pessoais, de vida familiar e social, surgindo após o indivíduo ter perdido a finalidade da vida e o aconchego familiar, ele está descrevendo o externo, o que aparece no comportamento, no social e familiar, que é explicado pela psicologia profunda. Falamos do Winnicott (1982) que deu importância muito grande ao ambiente, e o que este ambiente poderia trazer.

O mesmo quanto às pesquisas de LeShan, que considerava que o paciente adoecia pela incapacidade de ser ele mesmo, sentindo se castrado pelos que o rodeiam, atuando o que os outros querem, como se esta fosse a única maneira de receber amor. Ora, isso não é nada mais nada menos do que o indivíduo que passa pela vida só conseguindo estabelecer com os outros relações de tipo anaclítico.

O primeiro tipo de morrentes quer seja portadores de HIV quer seja de neoplasias, têm exatamente as mesmas personalidades - ambos fixados nesta fase de desenvolvimento arcaica - a fase de indiferenciação somato-psíquica. Os dados objetivos e palpáveis, vão ao encontro do que Freud, Marty, Dejours, e muitos outros tentam explicar.

O que significa a perda do ninho senão a vivência do paciente de que perdeu seu objeto de "amor" do qual vinham os aplausos dos quais dependia para sobreviver? Não importa a perda real, importa a vivência do paciente quanto a esta perda. Outras vezes a

ameaça de perda, fantasiosa ou não, levava o paciente a um estado depressivo. Muitas vezes nos admirávamos diante da pequenez da perda, e grandeza da dor colocada no soma. Eram pacientes que estabeleciam relações anaclíticas extremamente claras e visíveis, os OUTROS passando a representar para eles uma parte interna deles sem a qual não poderiam sobreviver.

Primeiramente passamos a estudar a maneira de ser, destes pacientes, conosco. O nosso "sentir", a observação cuidadosa da nossa contratransferência, do sentir da equipe, de todos que nos cercavam junto a estes pacientes permitiu-nos traças muitas semelhanças.

1. A tendência de praticamente todos era de fugir de junto deles. Fugir, no sentido amplo do termo, pois ninguém se permitia isso, a não ser quando se "esquecia". Ora, o esquecer tem as suas motivações, não é simplesmente algo que ocorre sem motivo e sem uma finalidade. Assim, concluímos que a aproximação era difícil. O olhar o relógio, denotar pressa constante, provocavam em nós alguma coisa ruim que nos impelia a ir embora, a não ter o que dizer.

2- O que nos comunicavam não tinha conotação afetiva. Sempre tudo estava bem, não havia queixas, a não ser nas entrelinhas, nem sempre fáceis de captar. Se o normal em nós era sentir a necessidade de ajudar o OUTRO de alguma forma, com estes pacientes era difícil até de verbalizar isso. A qualquer manifestação nossa, olhavam-nos como se tivéssemos dito alguma bobagem, heresia, absurdo. Eles não precisavam de nada.

3- Apenas alguns destes pacientes nos davam a impressão, de que éramos culpados de alguma coisa relacionada com seu estado, apesar de ao mesmo tempo querer demonstrarem que não precisavam de nada.. Isso ocorria em relação a alguns pacientes. Algumas pessoas da equipe sentiam o mesmo, outras não. Pesando as diferenças do

relacionamento, notamos que isso ocorria sempre que havia uma maior proximidade entre os cuidadores hospitalares e a família. Assim, a única explicação que encontramos foi a de que à medida que nos identificavam com a família, lançavam em nós todas as culpas da doença.

Quanto mais distantes nos viam da família, tanto menos nos "acusavam". A paciente NA, ficava feliz ao ver seu médico. Ele sempre saía após deixar uma receita, mas esta receita nunca surtia efeito desejado. Ela estava em casa, ele ia à casa dela. O médico estava muito próximo á família da paciente uma vez que costumava parar para conversar com eles, que, diga-se "en passant", sempre queriam saber alguma coisa , no corredor, na sala ou porta de entrada.

4- Havia uma total impossibilidade de receberem qualquer "coisa boa" que pudéssemos lhes oferecer. Isso também nos afastava. Nós queríamos ajudá-los e eles rejeitavam isso. É como se o BOM que tentássemos lhes oferecer de alguma forma despertasse mais iras dentro deles.

O que acontecia é que estes pacientes projetavam em nós todos seus instintos de morte. Desejavam fazer conosco uma aliança para a morte e não para a vida. Entre outros fatores, nós somos treinados para a vida, apesar de que no nosso caso a vida estar sempre caminhando de mãos dadas com a doença/morte. É a identificação projetiva. O que o paciente projeta em nós pode ser aceito ou rejeitado, no sentido amplo do termo. Se deseja que lhe estendemos a mão, que sejamos a mãe onipotente que pode ajudá-lo, de alguma forma isso vai ao encontro de nossos desejos. Se deseja que sejamos impotentes, ruins, que não possamos fazer nada por ele, isso nos agride, leva a fugir. Da mesma forma, os seus desejos de que o ajudemos a morrer nos horroriza e procuramos manter distância.

A seguir, colhemos dados da historia destes pacientes, tentando traçar um perfil psicológico, e ver se havia pontos em comum entre estes pacientes, tanto entre os de cada grupo, Oncologia e DIP , como entre ambos os grupos.

Nos pacientes morrentes na Oncologia encontramos personalidades fixadas na fase de indiferenciação somatopsíquica, e que se caracterizavam por estabelecerem relacionamentos basicamente anaclíticos. Diante de alguma frustração, em geral sentimentos de abandono e rejeição surgidos a partir de perda de ninho e finalidade (usamos estas palavras de Schvezalon (1978)), que nos parecem as mais adequadas para as perdas dos nossos pacientes os pacientes faziam uma desorganização progressiva, ou seja, regrediam a fase de indiferenciação somatopsíquica, na qual a comunicação se dava através do corpo. Assim podemos considerar dois aspectos:

a) uma pobreza interna muito grande, que os levava a idealizar um objeto externo diante do qual desenvolviam uma folha de serviço, visando conquistá-lo "ad eternum".

b) A perda deste objeto como que "ressuscitava" o pouco bom interno e a libido, solta vinha se juntar aos instintos de morte, que então "empurravam" o indivíduo em direção ao Nirvana.

Assim, que nos aproximávamos deles, com a finalidade de ajudá-los para viver, sentíamo-nos mal, uma vez que eles nos invadiam com pedidos de ajuda para morrer (identificação projetiva) e não para viver, para o que éramos treinados. A nossa reação a isso era de rejeição, fuga, para não entrar no conluio da morte que eles nos exigiam. Enquanto o homem consegue brigar e reclamar ele esta vivendo. Quando pára de fazê-lo, está se encaminhando para a morte, entregando-se aos seus instintos de morte. O "parecer aos familiares mais calmos e tranqüilos", - o que ouvimos muitos vezes - levou-nos a

pensar o quanto o ser humano é exigido para que seja cordato, que não brigue. O quanto nós passamos pela vida, criticados porque brigamos e elogiados porque ficamos em silencio! Os morrentes vêm destes lares. A fórmula (Bleichmar & Bleichmar (1989;1992) que já citamos, "faças ainda melhor que te amarei mais ainda" poderia ser substituída, "sejas mais obediente e não brigues pelo que queres, que terás o meu amor eterno". Claro, que isso é impossível. A desvalia destes pacientes, o silêncio, o não reclamar nos leva a pensar na situação do bebê diante da mãe super-exigente, não empática, e no sofrimento deste bebê, que se não expresso naquela época, o é quando já morrente.

É sugestivo o nome do livro de LeShan: Brigando pela Vida (1977;1994), ou melhor ainda em inglês no original " You can fight for your life ", "Você pode lutar pela sua vida". O que sentimos e vimos em nossos pacientes morrentes foi a total ausência desta luta. Incrível o vazio que nos passam, a nossa total incapacidade e o nosso desespero por não podermos ajudá-los a lutar pela vida, por eles nos exigirem o contrário.

Diz H.Deutsch (1967;1977), que o OUTRO passa a ser o companheiro cuja dependência se traduz na vital necessidade de proximidade física.. A paciente E. D., era extremamente dependente do marido, não suportando qualquer afastamento. Como deve ser enorme a insegurança, o medo de qualquer afastamento do objeto investido. A necessidade de tê-lo junto é imperiosa, apesar de muitas vezes não percebida. Com a paciente N.A. ocorria o mesmo. Se trabalhava com o marido, não era tanto pela necessidade da empresa, mas pela necessidade de tê-lo junto a si. Ela reclamava se ele saía. Inventava desculpas para ir junto. Qualquer negócio resolvido sem ela a deixava com raiva, raiva de perda de controle, de possessividade.

Diante da frustração, ou acúmulo de algumas frustrações, o afastamento do objeto investido e, por conseguinte perda de finalidade de "fazer", vinha o vazio, muitas vezes

mascarado por uma aparente serenidade. Para pessoas menos avisadas o paciente parece mais calmo, deprimido, tranqüilo. Entretanto não é nem mais calmo nem mais deprimido. A calma esconde o não ter mais interesse pelo que o cerca, finalidade para fazer algo para alguém. Não é depressão, mas uma negação da dor ; a dor que se esconde atrás do sorriso, da máscara de sorriso: está tudo bem, nada incomoda, família vai bem, sempre visita... como já descrevemos.

Não podemos esquecer que este vazio sempre existiu e que o indivíduo tentava preenchê-lo se ligando de forma anaclítica ao OUTRO, o OUTRO que não é OUTRO, mas uma reduplicação projetiva de si próprio, de uma maneira a terem a sua dependência totalmente satisfeita. São ligações tão fortes, DENTRO DELES, que quando há o rompimento ou a possibilidade de rompimento há o esvaziamento. Esta ligação também passa despercebida para muitos, quer familiares quer amigos ou ao próprio médico que visitam ocasionalmente.

A vida dos morrentes antes do adoecer se caracteriza pela hiperatividade, hiperatividade esta que pode ser entendida como finalidade de agradar o objeto investido, o OUTRO. Isso nos leva a pensar, novamente, nos seus primeiros anos de vida. Se nasceram nos lares nos quais era imperativa a exigência, não eram aceitas as suas criações, os seus desejos. A raiva que isso lhes trazia, teve como conseqüência a introjeção de poucos objetos bons. Como sobreviver sem transformá-los em grandiosos, fortes, divinos? Daí o surgimento de um Ideal de Ego poderoso, onipotente, que se manifesta nas atividades constantes, na importância que dão ao que fazem, nas atitudes que tudo podem, nas ambições desmedidas.

A hiperatividade é uma forma de fugir do vazio. Todos eles têm a tendência a viver em função de uma “folha de serviço”. Simpáticos, batalhadores, necessitam mostrar aos

que os cercam não o seu amor, no sentido mais amplo da palavra, mas o material, a capacidade de decidir, resolver. A máscara sempre existe, tornando-se muito difícil quebrá-la para sair esta e aquela queixa. Mesmo as queixas físicas, que eventualmente os levam ao médico, jamais conseguem ligar a algum acontecimento, sentimento, algo que por ventura os possa ter feito sofrer. Não existindo o "aplauso interno" não conseguem imaginar que pudessem receber este aplauso externamente a não ser pelas tarefas realizadas. Daí talvez, uma maior necessidade que o futuro portador de neoplasia tem de ter uma finalidade na vida, à qual se agarra desesperadamente, pois somente ao cumprir à risca esta finalidade é que obtém a segurança e gratificação. Marty chamou este tipo de atividade de operatória.

A perda do OUTRO, mais a impossibilidade de realizar as tarefas habituais - deixam o mundo interno do indivíduo povoado de objetos maus, persecutórios. Em última instância os instintos de vida, não encontrando a que se ligar, passam a servir aos instintos de morte.

É isso que observamos nos nossos pacientes. Todos eles perderam o aconchego e por conseguinte a finalidade. Houve a quebra de uma relação anaclítica que os levava a viver, uma vez que perdiam totalmente a possibilidade de se FUNDIR AO OUTRO, que era a garantia de suas vidas.

O morrente "ama" antes de adoecer. Vive, quando esta "ligado", e morre quando se "desliga," que são os dois grandes mecanismos de instintos de vida e de morte.

A perda do objeto gera agressividade velada, escondida atrás de ironias hábeis ou silêncio. Entre "explodir" para fora e perder o objeto desejado, incapaz de buscar respostas no sistema consciente/pré-consciente/inconsciente, o paciente "descarrega", através da via neuro-endócrino-visceral, a agressividade no corpo, gerando os sintomas.

A agressividade, se por um lado voltada para o próprio corpo, indiretamente o é também para fora. O portador de Ca mata a sua família – literalmente falando – quando parece que os acusa com seu silêncio, suas dores e mal-estar, a aparente conformação diante deste mundo "tão mau". Com isso suscita nos familiares a culpa, cuja conseqüência é viver só em função do doente. Curiosamente, a família "vive a morte", pois os cuidados que dispensa ao tratamento do paciente são cruéis e dolorosos. É muito raro a família se dar conta desta violência que pratica contra o seu doente. Se por um lado podemos considerar isso como problema do familiar, por outro vemos nisso o desejo do paciente, que frustrado, na fantasia ou não, necessita agredi-los desta forma. Estabelece-se, assim, uma relação altamente mórbida, que vai num crescendo terminando com a morte do paciente.

Seu inconsciente está isolado, trancado. Não consegue buscar soluções no inconsciente secundário. Desconhecendo os mecanismos de defesa neuróticos, o somatopata descarrega os afeto no corpo. É uma forma de acting-out/in.

Não pode descarregar para fora a raiva acumulada em função da dependência com o objeto externo. "Quem vai me cuidar se eu destruir o OUTRO?". "Tenho que fazer o jogo do OUTRO, para ser gostado pelo OUTRO, senão o OUTRO não me aplaude, não me alimenta".

No caso da Paciente NA ela perdeu o aplauso das filhas, do neto, do marido. A aposentadoria deixou-a sem nenhuma finalidade. O ficar em casa significava não ser valiosa, ser desamada. Não estar ao lado do marido que freqüentemente se ausentava era pior ainda. Enquanto trabalhavam eram um só... pelo menos na sua fantasia. Agora estavam separados, na vivência dela. Sem imaginação, só sabia fazer comida para a família... que reclamava que queria dietas.... Esta paciente passou por um longo período

desta falsa depressão. Não tinha de que se queixar, tudo estava bem, continuava a fazer os seus afazeres domésticos, mas sentia uma tristeza que não sabia explicar.

Quando há falência deste mesmo mundo externo, surgem, na idade adulta, os sintomas. Uma vez instalada a neoplasia, o paciente passa a viver em função dela.

A sua localização nos comunica a problemática do paciente. É a linguagem corporal, primeiramente descrita por Groddek.

As pacientes A.H. e E.D. trabalhavam no comércio, e tinham como finalidade de vida o dinheiro. A doença surgiu depois que foram "obstadas" de continuar com estas atividades. Fica claro o porquê, o ataque ao intestino que é o seu órgão de choque. A paciente tinha dificuldades relacionadas com a evacuação antes do surgimento da tumoração. Não temos um diagnóstico preciso mas os sintomas se caracterizavam por "evacuações freqüentes". Miller de Paiva (1994;1994) refere que os indivíduos com neurose cólica têm um desejo de segurança e por isso querem tomar o que não lhes deram na infância, amor e segurança, e por isso tentam satisfazer os desejos de dependência por meio de atividade e impulso de dar, substituindo-os por crises de diarréia. Enquanto as pacientes não perdiam seu ninho e a finalidade de sua vida, contentavam-se com estes sintomas.

Tanto os morrentes de HIV como neoplásicos, fazem o que Marty chamou de desorganização progressiva. Repetindo, é uma regressão global a um estágio de indiferenciação somatopsíquica, não existindo forças libidinais reparadoras, a regressão levando o indivíduo até o Nirvana. É como se os instintos de vida tivessem desaparecido, o indivíduo lutando para satisfazer uma outra parte sua , a dos instintos de morte.

Os sintomas clínicos, a progressiva depauperação do indivíduo em favor do crescimento do tumor, das metástases - a preocupação com o tumor/corpo, a peculiaridade

de relacionamento familiar (eles literalmente impedem a família de viver) só podem ser entendidos como um caminho para a morte, uma volta a um estado sem tensão, Nirvana, por mais caro que seja o preço pago por isso, que é a vida. Não existem para o paciente nem futuro nem passado, nem desejos. Muitas vezes darão ao examinador uma impressão de luta pela vida através de preocupações com o corpo e a dor. No entanto eles SÓ vivem ESTA SITUAÇÃO. Não existem planos para o futuro, não conseguem encontrar qualquer finalidade. Uma vez descarregado o ódio, o paciente se apresenta calmo, ponderado mas, vive apenas a sua própria doença. Vemos isso em qualquer doença psicossomática. Assim o artrítico antes das crises está deprimido e durante tranqüilo.

Mas a questão toda não se resume apenas nisso. Falamos em instintos de morte e da importância dos mesmos na formação das enfermidades. Freud (1915(1980)) nos diz que quando a libido está solta, não ligada, quando não existem objetos para ela investir, ela passa a se colocar a serviço dos instintos de morte. O psicossomático não tem características que lhe permitam brigar, xingar, ou dar um tiro na cabeça, literalmente falando. Qual seria portanto a melhor maneira de retornar ao Nirvana, senão alimentar um tumor que o levara à morte? É a desorganização progressiva descrita pelo Marty, e uma vez iniciado o processo o retorno é impossível, ou quase impossível. Há muitos anos surgiu nos jornais uma notícia de que uma paciente, portadora de câncer incurável, considerada como terminal pelos médicos, sarou ao abraçar o papa. O caso foi muito noticiado e estudado, considerado um milagre. Temos notícias de várias outras curas, descritas como milagrosas. Em se tratando de uma desorganização global (Marty,) quando existe um potencial libidinal restaurador a questão é fácil de ser compreendida.

Vamos considerar aqui uma outra situação e que não fez parte do que pesquisamos: a leucemia. Como exemplo vamos citar o filme Love Story, no qual a

protagonista, moça pobre mas bonita, se casa com um rapaz que por causa dela abandona a família, e é deserdado pelo pai. Como se explicaria este tipo de câncer que acomete pessoas que vivem, aparentemente, num meio idílico, inclusive jovens esposas? Para entender isso teremos que recorrer a M. Klein. Os instintos de morte e a inveja andam de mãos dadas e ambos atacam a vida. A inveja primária é a manifestação externa do instinto de morte. A protagonista de Love Story, não suportou as invejas que tinha do marido , tão bom, perfeito, que deu tudo para ela, que até deixou ser deserdado pelo pai. A inveja violenta não podia ser descarregada para fora. A ambivalência , o rapaz objeto desejado e invejado/agredido inconscientemente , o objeto bom, se agredido traria culpa. Viver com isso seria ainda pior. É o que temos observado entre muitas pacientes, jovens, casadas. A maioria têm um marido "extremamente bom, provedor perfeito, que não reclama". Como reclamar dele, exigir algo, sendo que todo tempo ele transmite como é apto, bom, batalhador, não deixa faltar nada em casa? Citamos este caso apenas para mostrar que podem existir casos em que não há a perda externa, muito pelo contrário, excesso do BOM EXTERNO, que o paciente não agüenta.

Quaisquer que sejam os conceitos dos diferentes autores apresentados acima, acreditamos que são nos casos de pacientes terminais, que podemos ver com maior nitidez a presença dos instintos de morte. Manifestando-se muitas vezes através de um comportamento indiferente, negando que possam vir a morrer, outras vezes olhando-nos com ódio e fazendo-nos literalmente fugir de perto deles, sentimos as suas presença à medida que rejeitamos estabelecer um vínculo de morte com o paciente.

Talvez o maior exemplo disso podemos encontrar no meio médico. Até que ponto a escolha de "ser médico", e mais ainda a especialidade, não esconde o medo da sua

própria morte e a defesa contra ela. O ser oncologista não poderia ser uma defesa contra os próprios instintos da morte?

Herbert Rosenfeld (1971), apesar de não falar em alterações somáticas, discorre sobre os instintos de morte e narcisismo. Refere (1971, p.6): "nos estados narcísicos onde os aspectos libidinais predominam, a destrutividade se torna visível assim que a idealização do self onipotente é ameaçada pelo contato com um objeto, que é percebido como separado do self. Impossibilitado de destruir o objeto que se afastou destrói a si próprio. Observamos isso não apenas nos portadores de neoplasías, mas também, de outras doenças, principalmente auto-imunes, como lupus, nas quais qualquer afastamento, por menor que seja é capaz de desencadear uma crise".

Durante anos trabalhamos com pacientes lúpicas e sempre detectamos que antes de uma crise havia um afastamento de objeto. Não precisava ser término, bastava ser uma pescaria, viagem de negócios ou algo semelhante.

Rosenfeld, na mesma página, escreve: "quando os aspectos destrutivos predominam, a inveja é mais violenta e aparece como um desejo em destruir o analista como o objeto que é a fonte real da vida e de bondade". Voltando a Love Story, o marido da protagonista era o protótipo de bondade e de vida para ela. Então se destruindo, morrendo, ela não estaria destruindo o marido?

Este ódio aparece mais claramente na morte das pacientes lúpicas. O paciente portador de neoplasía morre apenas com olhar de acusação, conversa, sem se queixar. A paciente lúpica nos olha com ódio, recusa qualquer aproximação. Notamos freqüentemente entre algumas pacientes lúpicas, que uns dias antes de óbito recusavam qualquer aproximação. Certa vez uma paciente que acompanhamos na diálise, que mantinha uma relação relativamente boa conosco, quando já estava perto de morrer, se

recusava a nos olhar. A última vez que a vimos ela nos olhou com ódio e puxou o lençol cobrindo a cabeça.

Sentimos a morte e ela nos mobiliza, traz muita raiva, em todas as clínicas, mas mais particularmente na oncologia.

Encontramos a necessidade de destruição, instintos de morte em outros casos sem serem da Oncologia ou dos portadores de HIV. São os casos de pacientes que primam pela necessidade de se destruir, morrer, o que se evidencia através de constantes aparecimentos de doenças e procura de curas agressivas, autoagressivas à medida que se submetem a muitas cirurgias e exames torturantes.

Vamos citar o caso de uma paciente que foi nos encaminhada depois de várias cirurgias, com quadro depressivo mascarado. Os antidepressivos tinham pouca ação sobre o seu humor. Psicoterapia não a atingia, sentíamos como se estivéssemos diante de um muro impenetrável. Apesar de tudo isso, ela volta a ser internada. E o que mais nos chama atenção no seu pós-operatório é a sua necessidade, quase que imperiosa, de mexer no curativo, de se virar e desvirar, fazer todos os movimentos que o cirurgião pediu que não fizesse. Parafraseando Dejours (1988) "Quem tem interesse em ver o paciente doente", nem a paciente nem a família permitiram esta aproximação, deixando nos totalmente impotentes diante do quadro. É a vitória dos instintos de morte sobre os instintos da vida.

É o caso de uma família, mãe, pai, dois filhos e uma filha. Nós tratávamos de um filho, portador de uma síndrome esquizo-afetiva. Um dia tivemos que atendê-lo na residência. A casa transpirava a morte. Móveis escuros, sem um objeto de adorno, sem uma planta, sem um quadro. Um sofá diante de uma televisão que nos dava a impressão que fora jogado ali. O paciente estava deitado no quarto dele, que consistia em uma cama, encostada na parede, armário e mesinha de cabeceira. Tudo escuro também e sem cortinas

ou até abajur de cabeceira. À entrada da casa havia um pequeno espaço tomado pelo mato e alguma grama. A família tinha excelentes condições financeiras que com certeza lhes permitiria viver melhor. A mãe, alta, magra, vestida com roupa escura, sem uma pintura, cabelo desgrenhado. O pai, típico fazendeiro do centro-oeste. Nenhum dos dois nos dirigiu qualquer sorriso. Mostraram-nos o quarto onde se encontrava o paciente. A primeira coisa que fizemos ao adentrar ali, foi abrir a janela. Perguntamos se ele gostava daquele quarto escuro. O paciente nos respondeu que era a mãe que fechava as janelas para não entrar poeira. Este paciente foi internado no Rio de Janeiro, e um dia amanheceu enforcado no quarto. Um irmão deste paciente, dirigindo em altíssima velocidade caiu de um viaduto, tendo morte instantânea. A irmã faleceu de câncer de fígado, alguns anos depois.

Ainda no nosso trabalho do dia-a-dia, como psicanalista, vemos a manifestação de instintos de morte no acting out, quando o paciente "aparentemente" cresce, produzindo em nós, contratransferencialmente, sentimentos de apoio, satisfação. Entretanto o paciente esta tentando inibir a nossa capacidade de pensar e interpretar como analistas. É como se matando a nossa capacidade de analisar, com isso mataria as suas possibilidades de sobrevida. Muitas vezes esta situação passa despercebida, ou por uma recusa nossa, em nos prestarmos a alianças de morte, ou por uma necessidade de termos o nosso ego massageado.

Vejamos agora porque estes pacientes seriam iguais aos morrentes anaclíticos portadores de HIV. Os portadores de HIV que iam a óbito muito rápido, nós traziam exatamente os mesmos sentimentos que os morrentes da oncologia. Eram os pacientes que se deixavam ficar no leito, sem pedir nada, sem reclamar nada, que recebiam poucas visitas com as quais quase não conversavam e que iam emagrecendo a olhos vistos, até

falecer tranqüilamente, como se estivessem dormindo. A personalidade pré-mórbida, o tipo de relacionamentos que estabeleciam era exatamente igual a nossos morrentes da oncologia.

Assim, o que falamos acima dos morrentes da oncologia se aplica também aos morrentes portadores de HIV.

Ainda vemos a atuação de instintos de morte em muitas pessoas ditas "normais". São aquelas que se acidentam com uma freqüência muito grande, e talvez o local mais rico nesta demonstração possa ser o arquivo de um ortopedista. Necessidade de castigo? Um superego tanatofílico, que impõe a extinção de toda a função genital e a raiva que o paciente sente, levando-o a procurar castigo? São perguntas e respostas que cabem numa outra pesquisa....

Torna-se desesperadora a situação do médico, terapeuta ocupacional, serviço social, diante destes pacientes que literalmente nos dizem : "queremos mais é morrer".

A facilidade com que se atribuem as neoplasías à genética, deve ser decorrente da negação dos próprios desejos de autodestruição.

Considera-se que o câncer atinge até a terceira geração. Isso nos leva a pensar se seria uma questão de hereditariedade ou uma questão de identificação de filhos com os pais, com os avós etc...?. Claro que é mais fácil pensar em fatores genéticos do que em influências psicológicas...

6.1.2. Os morrentes HIV neuróticos

Já falamos que entre os morrentes na Clínica dos portadores de HIV existe um grupo que não apresenta relacionamentos anaclíticos. Pode parecer estranho chamá-los de neuróticos, uma vez que o termo se refere a uma grande porção de indivíduos, com os

mais diversos quadros. No presente item, quando falarmos em neuróticos, estaremos falando em todos os indivíduos fixados acima da faixa da divided line[26], que eventualmente teriam atingido a fase edípica.

São indivíduos neuróticos, tal qual nós os conhecemos e que num nível inconsciente procuram se contaminar em função das mais diversas decepções que sentem que a vida lhes traz.

A pergunta que muitas vezes nos fizeram era como é que indivíduos inteligentes, que tinham conhecimento de que certos comportamentos os levariam a se contaminar, continuaram a atuar até que adquiriram o vírus? Nos pacientes que estudamos sempre havia uma esposa inadequada, um filho que era projeção do pai e que o frustrava, um patrão que não lhe reconhecia valor, uma perda de finalidade para algo, sem bem que isto não era o fator mais importante. A questão que nos vem é porque havia escolhas erradas, ou se estas escolhas se tornavam erradas em função de comportamento e exigências do paciente. Não é questão de quem é culpado de que, mas de insatisfação, até por falta de diálogo que o casal tem.

Não se trata aqui de um investimento narcísico, como no caso dos morrentes, mas num investimento, vamos chamar, talvez inapropriadamente, de neurótico. São pessoas que atravessaram bem a divided line[27], que chegaram a maturidade apresentando mecanismos de defesa neuróticos, não mais talvez que todos nós. Entretanto, uma característica que encontramos entre eles é uma forma de ligação muito intensa, - frisamos, não a ligação narcísica - resquícios talvez de algo não muito bem resolvido na fase oral do indivíduo, que entram na neurose precisando controlar muito mais o outro,

---

[26] Divided- Line - linha imaginária, situada entre a fase anal 1ª e 2ª, a fixação libidinal em fases anteriores levaria a anenenstruturações, aos borderline, narcisismo, ou a grandes somatizadores. Dinte de frustração a regressão se daria a um destes estágios abaixo da linha divisória.

[27] divided line - a linha divisória entre psicose e neurose

numa suscetibilidade muito grande a qualquer manifestação de afastamento ou de ouvir ou dizer um NÃO.

Ora, todos nós sabemos que qualquer início da relação prima pela projeção de algum objeto nosso muito querido. Enquanto o tempo passa nós começamos a enxergar o OUTRO e dentro da nossa maturidade, do nosso "gosto" mais autêntico, vamos aceitar ou não, a amar ou deixar de amar. Os morrentes neuróticos – que se contaminaram através de sexo ou drogas, não os portadores de HIV por transfusões ou outros – antes de se entregarem à atividade, vamos chamar como passível de ser contaminante, como sexo ou drogas injetáveis sem proteção , mantinham uma ligação estável, forte com o OUTRO, mas que não o satisfazia totalmente. Assim, primando pelo sentimento de solidão, pela necessidade de aconchego e colo, quando este não vinha na sua totalidade como ele imaginava, o paciente não era capaz de reagir diretamente contra aquele objeto. O medo de perdê-lo, destruí-lo, até o medo de se sentir culpado em relação ao que ama, levava-o à busca de outro , seja droga, seja sexo. A finalidade era ou de completar o que faltava, ou de agredir indiretamente aquele que não lhe dava tudo, ou mesmo negar a necessidade que tinha do primeiro.

Em muitos casos encontramos depressão, situações aparentemente traumáticas antes da contaminação. Não se tratava de depressão essencial de Marty, mas de depressão na qual existia um objeto e a raiva contra este objeto. O mundo não era vazio. E é justamente pelo fato de terem um mundo relativamente mais rico, menos vazio que os que estão fixados na fase de indiferenciação somato-psíquica, é que procuram fazer vínculos conosco.

A raiva, gerada pela vivência de inadequação do OUTRO, acrescida da culpa que isso trazia, levava à expiação desta culpa à proporção que o próprio indivíduo se agredia

através do vírus. A própria família na maior parte dos casos parece que estimulava estas culpas. É o cuidado exagerado que em lugar de melhorar o paciente, aumenta mais a sua culpa. “Eles são tão bons comigo e eu sou esta porcaria que lhes dá trabalho, os exaure, pode até contaminá-los com vírus...”.

Portadores de estruturas extremamente rígidas, uma vez contaminados não se permitem viver mais, a culpa e auto-acusações são de tamanha monta que o castigo tem que ser o maior possível. São os pacientes que mais sofrem antes de falecer.

Uma vez descoberto HIV vinha a culpa. A culpa agora muito maior visto que, inconscientemente, culpava o OUTRO que não lhe deu tudo que queria e que o levou a procurar a substituição. O objeto interno, que já estava sendo agredido, é agredido agora muito mais. A culpa é maior, e o alimentar o vírus tem as duas significações : castigar-se e cultuar o agredido dentro dele.

Um fator predominante nestas personalidades é a de inveja. Encontramos morrentes neuróticos entre pacientes que têm “tudo” e que de repente não se permitem usufruir este “tudo”. O tudo em geral vem do OUTRO, ou dele mesmo, através do sucesso que obtém na vida. As invejas arcaicas em relação a um seio bom, onipotente, são assim ativadas contra o bom. É o que encontramos no dia a dia, sem falar em neoplasias ou HIV, nas pessoas que chegam a uma posição relativamente alta, e sem saberem como, pelo menos conscientemente, de repente perdem tudo, para reiniciar novamente a batalha.

A dinâmica de formação de personalidade, a vida e a morte do protagonista é mostrada de forma magistral no filme **Minha Vida**. A sociedade narcísica, caracterizada pela necessidade de ganhar dinheiro, subir na vida, trabalhar para comprar coisas, acaba criando um homem que só se valoriza através de dinheiro. O processo familiar, valorização de trabalho em detrimento da presença afetiva, seguido de mentiras às vezes,

leva o filho, protagonista do filme, a viver em função de sempre ter mais. Ninguém o vê - apenas vê o que ele realiza. Não visto pela mãe, não consegue ver os outros. No ápice de suas realizações, quando sua esposa engravida, não agüentando novamente ser preterido (ele não quer ver o ultrasom) , desloca a ira para o corpo. É o tumor localizado nos rins que rapidamente se espalha pelo soma.

6.2. OS PACIENTES VIVENTES

Vejamos agora como os pacientes viventes conseguem "vencer" o vírus ou a neoplasia. Vencem, no sentido geral do termo, pois conseguem sobreviver anos a fio, mas acabam sendo levados à morte por ele, só que muito tempo depois. Diferentemente do paciente cuja libido esta fixada na fase de indiferenciação psicossomática, ou já tendo passado por esta fase estão presa de invejas da fase oral, como no caso dos morrentes, no caso dos viventes esta fixação é posterior. Existe um objeto bom, mas é muito frágil, desvalioso. Alguns conseguiram chegar até a fase edípica, e usam mecanismos de defesa mais maduros, outros permanecem no narcisismo e se defendem de outras formas.

6.2.1. Os pacientes viventes da Oncologia

Existe uma grande diferença entre os pacientes viventes e morrentes. A principal, talvez seja a atitude que adotam frente à doença. O paciente que vai morrer não quer saber se está tomando este ou aquele remédio, se está sendo furado, perfundido, operado. Não consegue reclamar. Para ele tudo está bem. Os terminais, cultivam o tumor e o alimentam dentro deles. Os viventes, se aparece tratam de se livrar, de uma forma lógica.

Arrancam o objeto mau – tumor, e continuam vivendo, recusando-se, na maior parte das vezes a se submeter aos tratamentos dolorosos.

O paciente vivente, assim, arranca o objeto mau, interno psíquico, projetado no corpo, no órgão atacado. Existe uma necessidade imperiosa de extirpá-lo, de se livrar dele. Já sem ele, passa a ter uma vida totalmente diferente da que tinha, o que é compreensível se pensarmos que o ruim, a culpa e a necessidade de castigo de alguma forma são eliminados. Acompanhamos muitos pacientes, principalmente de Ca de pele, de sobrevida longa, alguns há mais de 20 anos, que toda vez que surgia algum sintoma, principalmente se fosse visível como no caso de dermatologia, eles se livravam cirurgicamente dele. Eram pacientes que se recusavam a fazer químio ou rádio terapia, o que a nosso ver lhes permitiu terem uma qualidade de vida melhor e prolongou a sobrevida. Vimos isso na paciente KV, que de retraída, fechada, ao ficar sem o MAL, conseguiu viver feliz, casou-se.

No caso de viventes, existe uma força reorganizadora, forças libidinais que se opõem ao invasor destrutivo. O tumor, a destruição que ameaça a vida do indivíduo, é como que expulso. Curioso o caso de um paciente com melanoma. Toda vez que aparecia um ele ia ao oncologista, extirpava, mas se recusava a qualquer outro tipo de tratamento. Levou nisso vinte e cinco anos. Faleceu aos 75 anos, feliz e faceiro. Este paciente, assim que apareceu o primeiro melanoma, mudou totalmente a sua maneira de ser. De carrancudo e fechado, passou a ser brincalhão e irreverente com os outros. Pouco dedicado ao trabalho, à cada melanoma que era extirpado, passava a trabalhar e produzir mais. Principalmente neste caso é que se nos afigurou muito clara a luta entre os instintos de vida e de morte. Cada melanoma retirado parecia que era uma vitória. O paciente não ficava preocupado. Muito pelo contrário, parecia-nos que tinha o mesmo prazer que um viciado em tirar cravos - tirei mais um. Vemos o Objeto Mau, melanoma, o ataque do mesmo contra a vida, os instintos de morte aliados a uma mãe má, agressiva introjetada (no caso deste paciente, ele nasceu numa família cuja mãe

apresentava um ódio muito grande contra as figuras masculinas, fossem filhos ou irmãos e marido). Cada retirada do melanoma era uma forma simbólica de se livrar destas coisas internas ruins.

Vimos isso em muitos outros pacientes, não apenas oncológicos. Em grau menor encontramos em pacientes de clínica geral. Assim é o caso de uma paciente que fez histerectomia, mas cuja cicatrização não ocorria. Chamados para vê-la, descobrimos que a paciente "não agüentava ficar sem coçar a cicatriz". Bastava a enfermeira sair, ela ia direto na incisão e coçava. Escondia este fato de todos, assim conscientemente comunicava que queria ser ajudada. Inconscientemente fazia exatamente o contrário sem se dar conta, aparentemente. Uma outra paciente nos procurou depois de ter interrompido tratamento psicoterápico há 19 anos. Já na porta nos disse que passou 19 anos bem, mas que agora estava precisando de ajuda. Contou que nos últimos três anos retirou o útero, ovário e um rim, e que estava cheia das mais diversas doenças !!!! É o que vemos em inúmeras pacientes que perambulam pelos consultórios médicos e sempre acham um médico que entra em conluio com elas e faz alguma cirurgia, ou algumas cirurgias, uma atrás de outra. Vemos, em geral, um enorme prazer no rosto dos pacientes que nos dizem que tiraram este ou aquele órgão Parece que é uma glória para o paciente se submeter a tudo isso. Mas é uma forma de luta entre os instintos de vida e de morte. Não importa se chamamos de instinto ou agressão por parte de um objeto mau, ou de superego, ou necessidade de punição. Ao fim vai ser a mesma coisa, apenas mudando os termos. O objeto mau torna-se aliado dos instintos de morte. Se existem poucos objetos bons, os instintos de vida vão servir aos da morte.

O paciente vivente pode passar anos e anos extirpando o seu objeto MAU. Mas vive. O paciente morrente se submete a ele, aos instintos de morte e morre.

Um outro aspecto a ser considerado é a questão de culpa e castigo, que sempre estão presentes. Talvez não tão visíveis como os casos de HIV, mas aparecem à medida que o

paciente periodicamente se entrega a um tratamento doloroso. Principalmente nos casos de câncer ginecológico, seja mama, seja útero. Trata-se em geral de mulheres que sentem a sua sexualidade como algo pecaminoso. Muito ligados a figuras parentais, em última instância com seu complexo de Édipo não resolvido, predominando ainda o desejo de separação, a culpa real, ou imaginária em relação a isso, e a conseqüente castração que vem se manifestar no ataque àquilo que a mulher possui de mais característico – o útero, que pode gerar filhos, e a mama.

É o caso da paciente KV. Muitas destas mulheres, entretanto, se entregam às doenças durante anos a fio. Acreditamos que a falta de apoio psicológico - **não para tolerar o tumor, mas para descobrir e elaborar as causas do mesmo -** poderiam beneficiar muito as mulheres com tendência para tal.

Existe um tipo de mulheres, diferentes da paciente KV, que de alguma forma nos permitem até suspeitar de poderem ser futuras portadoras de neoplasías, São mulheres que poderíamos chamar de sem-vida. Apagadas, pouco falam, pouco sorriem, em geral aceitam convites dos quais desistem no último momento, presas de invejas que não transparecem para os outros, mas que as corroem por dentro. São mulheres secas, de sexualidade reprimida, quando por acaso têm um companheiro, caracterizam-se por serem as grandes sangradoras (metrorragias constantes) - uma forma de impedir a vida sexual. Se trabalham, ficam em posições apagadas., sempre iguais, sem inovações. São mulheres sem cor. O tumor aparece quando chegam à idade que, culturalmente, já não devia existir sexualidade. Tiram assim o que mais prezam: o útero, possibilidade de ter filhos e confissão de sexualidade, e a mama, órgão universal de sedução. Agradam assim aos gregos e troianos , agora não devo/posso mais desejar o homem, objeto proibido, porque não tenho mama, e não porque me proíbo. Conseguem assim viver anos a fio, freqüentando igrejas, grupos de oração e outros círculos basicamente assexuados.

A luta entre os instintos de Vida e de Morte, entre os objetos Maus (muitas vezes representados por um superego tanatofílico),e os BONS é clara, manifesta, e não escapa ao observador mais acurado.

6.2.2. Os pacientes viventes portadores de HIV

No caso de portadores de HIV viventes, existe um agente externo que se aloja no corpo e que por alguma razão não consegue destruir este corpo com a mesma rapidez que dos morrentes. Descrevemos três tipos de viventes entre os portadores HIV: os psicopatas, os neuróticos e os narcísicos.

É principalmente entre os portadores HIV que chamamos de neuróticos, que observamos a semelhança com os pacientes viventes da oncologia. O objeto mau é projetado no vírus, que então passa a atacar o soma. Entretanto existe no indivíduo um lado forte de vida, que se opõe a destrutividade deste. É o que observamos nos pacientes principalmente batalhadores, que eventualmente quando estão acometidos de alguma infecção oportunista reagem a ela, não com desespero, mas quase como se não tivessem dando importância ao que os ataca. Continuam exercendo as suas atividades. Se há necessidade de internação, se internam, mas tudo é feito tranqüilamente, sempre com uma atitude de que "amanhã vou voltar à vida de sempre". E realmente voltam. É como nos disse certa vez um paciente: " meus braços estão mais finos, minha barriga muito maior, mas meus dedos continuam fazendo as bijuterias". Ele periodicamente vinha com alguma queixa, às vezes era internado, magro, com alguma crise de diarréia. Deitado, tomando soro continuava a enfiar as contas na linha, criando colares, pulseiras e outros. A vontade de fazer as bijuterias, de vibrar com a sua criatividade, de não se entregar "ao culto do vírus", permitiam ao paciente sobreviver enquanto vencia as eventuais agressões do vírus ou germes oportunistas.

A luta entre o "Mau" e o "Bom", é mais fácil para o portador de HIV, se considerarmos que o MAU é externo, o vírus, enquanto no caso dos pacientes oncológicos este mesmo MAU é interno. Um movimento que encontramos ainda entre os chamados neuróticos é tratar o próprio MAU no outro. É incrível a quantidade de portadores que fazem parte de ONG[28], e a dedicação deles a esta atividade. Talvez nos tornando redundantes, mas é o mesmo que vemos em muitos componentes de alcoólatras anônimos que passam dias visitando famílias ou outros alcoólatras, numa tentativa de trazê-los para a abstinência. É o OUTRO que está doente, que tem o mal, eu não. Não se trata ali de simples negação – eu estou curado – mas de projeção no outro, de sua doença.

Às vezes podemos falar em culpas e necessidade de castigo. É a idéia de que se adoece por vontade de Deus. Principalmente nas religiões/filosofias espiritas – a doença é sentida como uma necessidade, um pagamento pelos pecados cometidos em outra vida. Estes pacientes sofrem dor e não reclamam, aceitam-na calados. Mas assim que há o alivio destas culpas, há menor necessidade de castigo. Deste modo a sobrevida pode ser maior. Periodicamente eles apresentam o recrudescimento da doença, mas saem facilmente dela.

No caso das personalidades narcísicas, ocorre algo semelhante, só que em relação a uma figura maior – Deus. O objeto bom, pequeno e desvalioso, é hipertrofiado, idealizado ao máximo. Antes do HIV esta hipertrofia do objeto bom era menor, e o mesmo era projetado na figura do companheiro, principalmente quando se tratava do mesmo sexo. Com HIV, que passa a representar o objeto mau que destrói, o mau fica isolado da totalidade do indivíduo. Aumenta assim o spliting, a cisão, o objeto bom é idealizado ao máximo, e a necessidade de dependência e recebimento equânime de graças e proteções, é projetada em Deus, não importa de que religião nem o nome que possa ter. Se assistirmos a uma das

[28] ONG – Organizações não Governamentais.

reuniões de AAA, uma das coisas que vai nos chamar atenção é como eles colocam o Deus como dando atenção igual a todos. Não existem preferências por A ou B. Todos são iguais perante ele. Se por um lado este é o princípio de todas as religiões, nos AAA vemos isso reafirmado de uma maneira muito consciente e que é necessária para se ressegurarem das não preferências arcaicas, infantis vividas pelos mesmos.

E eles passam então em companhia permanente do Deus. Deus é mais forte, jamais vai deixá-los e inclusive se morrerem é porque ele os quer junto deles, não os quer em pecado. Desta forma, o fortalecimento do bom, apesar de projetado, a não cultuação do mau, agora bem isolado da personalidade total, apenas servindo como hospedeiro de um inimigo que penetrou no seu corpo – vírus – leva-os a sobreviverem anos seguidos.

Em ambos os grupos encontramos mudanças radicais de vida. Num grupo temos a "volta ao amor", a semelhança que ocorreu com a paciente KV, a valorização de seu EU, o trabalho em prol dos outros, a ligação com a família, ou melhor a volta para a família.

Em outros o fator religioso desempenha um papel primordial. É a descoberta do Ego Ideal, onipotente e onipresente na figura de um Ser Superior – Deus. São principalmente alguns portadores de AIDS, - em geral homossexuais, travestis e alguns tipos de dependentes químicos – que estabelecem uma relação com Deus , de barganha, e que sempre O desculpam. É uma situação que deixava a equipe apreensiva, como já falamos em outro capítulo.

Por último temos as personalidades psicopáticas. Se entendermos as personalidades piscopáticas como aqueles indivíduos que primam em atuar em prol de uma satisfação instintiva imediata, sem sentimentos de culpa, por conseguinte sem estabelecerem vínculos afetivos. Eles "não permitem" que o vírus os "acabe", em última instância não o alimentam, surge como que uma "raiva" do mau, que finalmente se manifesta livremente.

Se nos reportarmos ao Dejours (1988), poderemos considerar os psicopatas como aqueles cujos instintos não têm nenhuma ligação com o soma. Quaisquer frustrações, estímulos externos são descarregadas, sob forma de atuação. Assim o vírus está ali, porém totalmente isolado dos afetos internos, vamos chamá-los assim, apesar de que todos os afetos são internos. Estes afetos nas personalidades psicopáticas não atingem nem a psique mais profunda nem o soma, mas são jogados para fora, sob forma de comportamento violento, maledicências, seduções, total falta de consideração pelos outros a não ser que lhes sirvam para algum objetivo.

Assim, o vírus está sozinho no corpo. Não tem nada para ajudá-lo a destruir aquele que o alimenta. O resultado é o tempo de sobrevida ser muito maior. As infecções oportunistas também não têm porque se alojar ali. É a resistência que não baixa.

6.3. DISCUSSÃO GERAL DE OUTROS FATORES

6.3.1. A Familia

A família dos nossos morrentes, em ambas as clínicas é igual. Trata-se de famílias altamente narcísicas, com supervalorização do externo, do material, do cumprimento de ordens e desejos de que o filho/filha cresçam de acordo com o padrão que eles têm. Se imaginarmos que o ser humano nasce com uma faixa de possibilidades amorosas e agressivas, quanto mais amor, respeito e aceitação de seus desejos e anseios ele recebe, tanto mais rico se torna seu mundo interno. No caso dos morrentes não existe nem amor, nem respeito, nem aceitação de desejos e anseios dos futuros doentes, assim seu mundo é pobre, pleno de iras contra os que os cercam, mas dos quais dependem. Estas iras são então descarregadas no seu próprio corpo.

Em última instância, a conseqüência deste tipo de relacionamento leva à formação de indivíduos que estabelecem relações anaclíticas e, por conseguinte às doenças dos morrentes. Dentro do que vimos, o paciente psicossomático é aquele que não consegue pôr a IRA para fora. Ele se torna o "pouco objeto bom", sendo o mal deslocado para um órgão de sua preferência, órgão que mais serviu durante a sua vida como descarga de tensões (p.ex. o intestino, no caso dos avarentos, a mama quanto à problemática sexual, etc.) começando a reproduzir ali as suas células cancerígenas. O objeto, projetado neste órgão, passa a ser alimentado pelo sujeito, que tira do restante do corpo o alimento necessário a ele.

Assim é grande o lucro obtido por um portador de neoplasia. A doença, o depauperamento é a grande possibilidade que ele tem de dizer: eu sou bom, vocês são maus, vocês me fizeram isso, vocês estão me matando. O preço é muito alto, a morte, mas como disse Freud (1980(1923)), os instintos não estariam ocupados em preservar a vida, mas possibilitar ao organismo buscar a morte à sua própria maneira.

O paciente olha os que o cercam como se os estivesse acusando da sua própria infelicidade e sofrimento. Logo a ele que é tão bom, que se sacrificou vida inteira. É o olhar que o paciente dirige à família, como se esta o estivesse deixando, abandonando, diante da tentativa de qualquer afastamento, mesmo que seja para ler, ver televisão. O simples sair para comprar pão na esquina se torna uma verdadeira tortura. Com muita freqüência ouvimos que: "ele não admite nem que eu vá até a esquina". Se indagarmos o que ele diz a resposta vem "ele nos olha como se o estivéssemos abandonando, rejeitando". Com isso ele/ela matam a família antes de morrer. A família deixa de viver, o paciente finalmente conseguindo ser o centro de atenções de todos, reeditando seus antigos desejos de ser o centro da vida da mãe.

No grupo dos morrentes portadores HIV e que chamamos de “neuróticos”, encontramos famílias extremamente rígidas, rigidez esta que tanto pode se manifestar através de mandos e desmandos violentos, como pelo não verbalizado.

É como se os provenientes de lares narcísicos morressem em função de raivas advindas de uma frustração, e os provenientes de famílias rígidas, de acusações violentas a partir de um superego tanatofílico.

Se imaginarmos que o ser humano nasce com uma faixa de possibilidades amorosas e agressivas, quanto mais amor, respeito e aceitação de seus desejos e anseios ele recebe, tanto mais rico se torna seu mundo interno. No caso dos morrentes não existe nem amor, nem respeito nem aceitação de desejos e anseios dos futuros doentes, assim seu mundo é pobre, pleno de iras contra os que os os cercam, mas dos quais depende. Estas iras são então descarregadas no seu próprio corpo.

Já entre os viventes encontramos famílias mais afetivas, que tem maior aceitação e respeito pelos desejos dos filhos.Com isso o desenvolvimento da criança dá-se da melhor, há maior introjeção do bom, e por conseguinte maior capacidade de amar, de se opor ao MAl interno existente.

A título de maior compreensão podemos citar aqui dois filmes. Um, Minha Vida, que nos mostra a família totalmente narcísica, criando um indivíduo narcísico, que consegue ganhar muito dinheiro, ser o melhor, mas que morre ainda jovem de câncer. Outro, Meu Pé Esquerdo. que é a trajetória de um menino tetraplégico, criado no meio de uma porção de irmãos e amigos numa vila operária, que o aceitam, até jogam futebol com ele, e que desenvolve uma incrível capacidade de pintar com o pé.

6.3.2. A questão do agente agressor, e o vínculo com o paciente

Julgamos ser de maior importância o agente que leva ao quadro clínico. Ele pode ser interno ou externo, mas influi desde a escolha de especialidade, como nos vínculos que se formam entre o paciente o os médicos.

No caso dos portadores de câncer o agente é interno , vamos deixar de lado os teóricos de vírus, e pensar que todos temos células cancerígenas circulantes – uns desenvolvendo a doença outros não.

No caso dos infectologistas, o agente agressor é externo - o vírus. Assim, o infectologista está lutando contra um agente externo – vírus – conseguindo fazer uma aliança com o paciente, em prol da saúde. O oncologista, não o consegue, luta contra o próprio paciente que acalenta e alimenta o seu tumor.. Não existe o invasor externo, mas o "desejo" do próprio paciente de alimentar uma célula maligna que é sua, e qualquer aproximação para o contrário é rejeitada.

Se pensarmos agora na escolha de especialidade podemos concluir que talvez os especialistas em câncer necessitem muito mais vencer a sua própria necessidade de morte, seus instintos de morte – projetados no paciente. É o paciente que quer morrer e é contra a sua própria vida que ele esta lutando. Assim o oncologista terá que lutar contra o paciente e não contra o tumor.

Já o infectologista tem a seu favor o paciente, pelo menos a maioria, como descrevemos no capítulo referente a portadores de HIV. Assim, a própria escolha de especialidade o leva a trabalhar com algo que está FORA e não DENTRO do ser humano. Na relação com o seu paciente ele se UNE a ele, contra um agressor externo. Assim existe uma aliança de trabalho.

Apenas para lembrar, não é com todos os pacientes portadores de HIV que o médico consegue estabelecer este vínculo de ajuda. Existem, como já falamos, aqueles que uma vez

infectados, querem morrer, entregando seu corpo ao vírus. Em relação a estes ocorre exatamente o mesmo que com pacientes morrentes da oncologia.

Um outro aspecto é a fuga do oncologista e também de médicos que tratam de outras nosologias , quando o agressor é interno . A nossa tendência é de fugir , uma vez que o agressor interno também pode estar dentro de nós, também pode fugir ao nosso controle. O infectologista é mais aberto e quer descobrir, tem menos medo do agressor por este estar fora, num objeto externo . Não nos cabe, no presente trabalho, entraremos no mérito da questão se dentro dele, infectologista, também existirem as mesmas forças destruidoras, que ele poderia estar negando.

Um vínculo bom, um vínculo para a vida já por si só leva a uma melhora do quadro clínico. Encontramos várias explicações para este fato. A clássica por todos conhecida, a melhora do paciente à medida que encontra a mãe boa na figura do médico, que lhe dá garantias de saúde (na fantasia do paciente), levando a uma reestruturação, um fortalecimento do BOM dentro dele e por conseguinte um aumento da luta contra qualquer doença que fosse.

No caso dos portadores de HIV, vemos que o paciente se encontra numa situação muito mais regressiva, e angustiante, do que um outro qualquer paciente. Até há pouco tempo AIDS era sinônimo de morte. Como se isso não bastasse os meios de comunicação, anunciavam diariamente que nada se sabia da doença, o que gerava maior pavor ainda. Alguns pacientes, no início, costumavam negar, dizendo que “era invenção dos americanos para médicos ganharem dinheiro”. A negação da morte é algo presente e até necessário para todos nós, uma vez que é a única coisa da qual temos certeza na vida. Negar o HIV é negar a presença do objeto mau. Com isso o médico passa a desempenhar o papel da mãe boa, idealizada, que vai livrar o paciente do MAU, projetado no vírus. Diante disso o paciente não

esta mais sozinho, tem o apoio e a ajuda que esta pedindo. A própria impotência da medicina diante do vírus – o que o paciente sabe -- torna-se menos ameaçadora. Existe até a possibilidade de se conversar a respeito daquilo que mais se teme, a morte, uma vez que a ela se opõe o desejo de viver do paciente.

É um tipo de vínculo que se estabelece na primeira consulta, e que explica a dificuldade de outro profissional entrar na relação.

Na oncologia o vínculo é diferente - o agressor interno pode estar dentro do próprio médico, o que gera a dificuldade de comunicar o diagnóstico. Vemos freqüentemente o diagnóstico ser comunicado á família, ficando com ela a maior responsabilidade para com o paciente. É o fato do agressor ser interno que leva o médico à negação, a esconder o diagnóstico e à fuga diante de perguntas do paciente. A fuga mesmo diante da proximidade de morte destes pacientes, da possibilidade de sua própria fuga. Assim, a relação humana muitas vezes é substituída pelos comprimidos milagrosos, como Prozac e outros.

Talvez uma outra explicação para se formar o "vínculo de vida" com o paciente possa ser explicado pela seguinte situação: a maior parte dos nossos pacientes era de SUS , e sabemos que o atendimento é rápido, o médico se resumindo em "ver" o sintoma e fazer a receita . O atendimento na DIP era diferente. Seja devido a maior interesse pela doença (doença nova) , seja por poder mergulhar num lado de vida que em geral não se encontra nos ambulatórios ou seja pelas próprias características de personalidade do médico voltado para esta especialidade. Assim um interesse maior do médico pelo paciente - não que o paciente fosse visto como uma avis rara - levava estes pacientes a perderem o medo e se aproximarem mais daquele que sentiam que queria ajudá-los.

E por último, a aliança que se estabelecia era contra um inimigo que estava fora e não dentro, o que facilitava qualquer relação.

Já o agressor externo mobiliza mais as forças para lutar pela vida. O infectologista estabelece uma relação de ajuda com o paciente. Os dois sabem que existe um vírus e se aliam contra ele. Existe uma facilidade muito maior em comunicar ao paciente o resultado do exame, de conversar, de responder as perguntas que sempre ocorrem. É uma forma de rapport, onde nem sempre outro profissional consegue entrar. É uma aliança de vida contra a morte

Entretanto, existem também pacientes portadores de HIV que não estabelecem este tipo de aliança, muito pelo contrário parece que nos puxam também para a morte como descrevemos nos pacientes morrentes na Oncologia. mesmo tempo mostra a importância da presença de psiquiatra ou psicólogo na equipe. Entretanto, somos de opinião de que o trabalho deveria ser feito mais com a equipe e MENOS com o paciente. O caso já citado por Costa Neto, (1988) da equipe que chama o psicólogo para conseguir fazer uma laringoctomia é bastante elucidativo. Talvez devêssemos dar maior atenção à formação do futuro médico, principalmente no campo de psicologia médica. Uma idéia , talvez utópica, seria de que cada especialidade, tivesse um professor de psicologia médica que acompanhasse os alunos. O ensino de cada doença em separado, não ficaria colocado em compartimentos estanques, mas andaria de mãos dadas com o HOMEM , como ser único inserido num meio com o qual interage.

É este fato que explica a dificuldade que tivemos em entrar na oncologia.

6.3.3. O local

Podemos dizer o mesmo quanto a vínculos que o paciente estabelece com a equipe de saúde. Foi a diferença de “clima” entre as duas clínicas que mais nos chamou atenção. Se alguém nos pede ajuda para viver, é muito mais fácil nós o ajudarmos do que se nos pede

para morrer. Se nada nos impede a sermos falsos , palavra talvez forte demais para o que queremos dizer, podemos ficar mais "soltos" na nossa postura, no nosso sorriso. O paciente da oncologia representa as nossas próprias forças destrutivas, a nossa própria necessidade de voltarmos ao Nirvana. Assim nós ficamos tensos, fechados, não sorrimos, cedamos o paciente o mais rápido possível para que não nos lembre as nossas próprias forças destrutivas.

Na DIP o " clima bom" representa a luta contra o que está fora, que nos agride de fora. Tornamos a lembrar, não é com todos os pacientes. Assim pode se rir, colocar o paciente fora do quarto, por mais feio que esteja .

A problemática sexual do paciente e de algum componente da equipe desempenhava um papel muito importante na relação. Temos encontrado entre alguns médicos não especialistas, como nos acadêmicos que passam pela DIP, ou mesmo alguns enfermeiros/as verdadeiras ojerizas quanto à doença. As dificuldades em relação à própria sexualidade era patente, dificuldade esta que não poderia ser sanada nas reuniões de grupo, e na maioria das vezes, nem discutida.

Foi o que observamos no nosso serviço. Talvez seja diferente em outros centros, maiores, nos quais tão freqüentemente o paciente é tratado como sendo apenas mais um número, ficha número tal.

6.3.4. Algumas palavras sobre contratransferência

Foi o nosso sentir que nos levou a presente dissertação.

Assim, vimos que a transferência é a projeção, é o colocar dentro do OUTRO, toda uma relação que temos com objetos internos, desejos e sentimentos em relação a estes objetos, formados pela introjeção de objetos externos, modificados pelo bebê, com

fantasias, sentimentos e defesas contra eles. Se na nossa relação com o paciente nos sentimos bem, confortáveis na compreensão e atenção que damos a ele, é que temos condições de entender o que ele quer, de perceber o bebê, que também fomos um dia projetado dentro de nós pelo paciente.

Entretanto, se este indivíduo, quando criança/bebê, jamais teve alguém em quem pudesse confiar, que soubesse aceitar as suas angústias e medos, como ele o conseguirá fazer com seu médico no ambulatório ou na enfermaria? Se ele não projetar em nós a figura confiável e que soube conter seus medos quando bebê, o que ele vai colocar em nós na enfermaria, no ambulatório?

Entra no ambulatório já esperando apenas uma receita, um diagnóstico quanto a um órgão doente, uma receita e talvez nem a palavra de que deveria voltar. Volta-se quiser, se for preciso, às vezes se ouve. Vemos isso com muita freqüência em qualquer clínica, o próprio paciente já senta na nossa frente esperando apenas a receita, algumas perguntas, e nos transmite exatamente o que sente no seu corpo, sem fazer qualquer ligação com sua vida, presente ou passada, sentimentos que a doença lhe traz e outros.. Quando nos demoramos conversando com ele, o paciente denota até certa surpresa, a expressão do seu rosto muda, às vezes passa a nos contar alguns fatos de sua vida, no início timidamente, soltando- se um pouco, à medida que o tempo passa.

Entretanto, não podemos esperar muito do paciente. Num primeiro momento, podemos até nos sentir bem. À proporção que os minutos passam, ou talvez em alguma outra consulta, este “sentir bem”, muda.

Alguns pacientes permanecem na nossa mente, sob a forma de um pensar que incomoda, um sentir que não fizemos nada por ele, que somos impotentes e incompetentes. Se ficarmos atentos a este sentir, compreenderemos que o paciente

colocou, “socou dentro de nós sem nos pedir licença” o objeto não confiável, que o frustrou na sua infância, junto com as raivas e ódios que tinha dele naquela época. E nos sentimos exatamente como ele nos sente. Numa seção de análise isso é percebido e interpretado. Mas os médicos não são psicanalistas. Este sentir desagradável os levará a tentar fugir, de ficar com raiva, e em última instância inserir na equipe um psicólogo ou psiquiatra com formação dinâmica. É algo tão desagradável esse sentir, que temos a vontade de não aparecer na enfermaria.

Este tipo de relação transferencial é o mais encontrado nos pacientes da oncologia. Se considerarmos que o paciente portador de neoplasia, vem de lares nos quais havia, na realidade ou na fantasia, transformado uma mãe/objeto não suficientemente boa ou material, em pior, como adulto, diante de alguns acontecimentos familiares ou sociais, sente-se frustrado, traumatizado, passando a retirar toda a sua libido que porventura tivesse investido naqueles que o cercam.

Em geral existe uma pessoa, um objeto que é intensamente investido, idealizado, os outros que o cercam funcionando como satélites, pouco investidos, muito usados. No caso de uma decepção com o objeto eleito, o desinvestimento é total, e além da raiva que isso gera, a pouca libido fica a serviço de instintos de morte. Assim, o paciente vê em nós um objeto frustrante do qual tem muita raiva.

Ora, o médico é treinado para vida – se bem que esta está sempre de mãos dadas com a morte - e sentir-se incapaz e impotente o deixa com culpa, raiva do paciente, e até o leva a fugir, se bem que nestes casos o mais freqüente é ficar perto e tentar TUDO para “provar o contrário ao paciente”. São aquelas situações nas quais o paciente olha o médico como aquele que não faz nada para curá-lo, e o médico “inventa” cada vez mais

cirurgias, e outros tratamentos. É um torturando o outro. O paciente sofre com o tratamento e o médico sofre com seu insucesso numa seqüência que termina em morte.

É o caso daquela paciente, com uma massa tumoral enorme no abdome, e médico decide abrir para tirar, porque a família faz pressão, a paciente faz pressão, todos querem saber o que é "que é essa coisa na barriga da mamãe". O médico abre, fecha, comunica à paciente que tirou o que estava lá dentro. Diz à família que não há mais nada a fazer, a paciente passa suas últimas semanas na ignorância do quadro, envolta em mentiras, sofrendo mais do que se não tivesse feito a cirurgia.

Entretanto, existe um outro fator que a nosso ver é a mola mestra de nossas fugas , a aliança que o paciente tenta fazer conosco, não para a vida, mas para a morte. É o paciente sem vida, sem anseios, sem querer nada, para o qual tudo está bem. Quando lhe perguntamos se dormiu, se sente dor sempre vem a resposta que tudo está bem. Ele quer fazer conosco uma aliança para a morte e não para a vida, o que é contra a nossa formação. É por isso que estes pacientes são os últimos da enfermaria, os solicitados pelos acadêmicos para anamnese, exame etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. O primeiro objetivo da nossa pesquisa foi detectar as semelhanças ou diferenças entre os pacientes morrentes e viventes na Clínica Oncológica e de Doenças Infecto-contagiosas, particularmente os portadores de HIV. Assim concluímos:

– Os pacientes morrentes, tanto na Clínica Oncológica como na Clínica de HIV, são portadores de estruturas que apresentam fixação na fase de indiferenciação somatopsíquica, cujo mundo interno é povoado mais de objetos maus do que bons, por

conseguinte com pouco potencial libidinoso para se opor à desorganização progressiva. Com a perda, real ou fantasiosa, grande ou aparentemente mínima, do objeto externo investido, os instintos de vida ficam soltos, livres. Não encontrando objetos aos quais se ligar, ficam a serviço dos instintos de morte, fortalecendo-os e levando o indivíduo à morte.

Esta seria a semelhança entre os dois grupos nosológicos. Não importa quando e como o paciente se contaminou. É como já falamos, antes de "procurar" o vírus, o pacientes já sofreu uma perda. Ou mesmo depois ocorre algo que o decepciona. Se não fosse o HIV, seria alguma outra doença, mais ou menos mortal.

Os pacientes portadores de HIV e que chamamos de neuróticos, são os pacientes que chamamos de pacientes "neuróticos" portadores de estruturas neuróticas, ou seja cujas fixações libidinais estão acima de "divided line", com um superego extremamente rígido. São os pacientes que se deixam morrer por culpas, não importa se reais ou imaginárias, em relação aos objetos com os quais têm vínculos. Se assemelham muito a pacientes morrentes de outras clínicas. Não encontramos enfermos com esta estrutura entre os morrentes da oncologia.

– Os pacientes viventes na oncologia e os portadores de HIV apresentam algumas diferenças. Podemos dividi-los da seguinte maneira:

a) Os pacientes viventes da Oncologia e os que chamamos de Batalhadores na Clinica dos portadores de HIV, apresentam características semelhantes. O desenvolvimento ultrapassou a divided line, assim os mecanismos de defesa predominantes são das fases posteriores do desenvolvimento. Em sendo assim, à medida que a doença surge – seja neoplasia seja o vírus HIV com suas manifestações – a capacidade libidinal de se opor ao invasor é muito maior. Ocorre o que Marty chama de

desorganização global. É o encontrado também em outras clínicas, nas quais a doença surge de repente, e o paciente reage a ela, quer com medicação – visita ao médico ou o cuidado prestado pelo familiar – ficando curados, muitas vezes sem saber como.

b) Os viventes homossexuais e dependentes químicos, estão mais próximos da "divided line", usam mecanismos de defesa mais maduros, mas cujo mundo interno ainda contém pouco BOM. Existe uma hipervalorização deste pouco BOM, a idealização e a projeção num objeto externo, o Ser Superior, que passa a suprir todas as necessidades afetivas do indivíduo. É um mecanismo intermediário entre os pacientes fixados na fase de indiferenciação somatopsíquica e os pacientes portadores de estruturas neuróticas.

c) Por último temos os pacientes viventes portadores de estruturas piscopáticas. São pacientes que não têm "nenhuma" ligação entre a mente e o corpo, e descarregam toda a agressividade no mundo externo. Não os encontramos entre os portadores de neoplasias, doenças auto-imunes, e outras..

2. O segundo item dos nossos objetivos é como se formam estas personalidades, e a dinâmica do grupo primário.

Em sendo os morrentes de ambas as nosologias portadores de estruturas anaclíticas, encontramos exatamente o mesmo tipo de núcleo familiar. Trata-se de famílias altamente narcísicas, com supervalorização do externo, do material, do cumprimento de ordens e desejos de que o filho/filha cresçam de acordo com padrão que eles tem. Se imaginarmos que o ser humano nasce com uma faixa de possibilidades amorosas e agressivas, quanto mais amor, respeito e aceitação de seus desejos e anseios ele recebe, tanto mais rico se torna seu mundo interno. No caso dos morrentes não existe nem amor, nem respeito nem aceitação de desejos e anseios dos futuros doentes, assim seu

mundo é pobre, pleno de iras contra os que os cercam, mas dos quais dependem. Estas iras são então descarregadas no seu próprio corpo.

No grupo dos morrentes portadores HIV e que chamamos de "neuróticos", encontramos famílias extremamente rígidas, rigidez esta que tanto pode se manifestar através de mandos e desmandos violentos, como pelo não verbalizado.

É como se os provenientes de lares narcísicos morressem em função de raivas advindas de uma frustração e os provenientes de famílias rígidas, de acusações violentas a partir de um superego tanatofílico.

A titulo de maior compreensão podemos citar aqui dois filmes. Um, Minha Vida, que nos mostra a família totalmente narcísica, criando um indivíduo narcísico, que consegue ganhar muito dinheiro, ser o melhor, mas que morre ainda jovem de câncer. Outro, Meu Pé Esquerdo. que é a trajetória de um menino tetraplégico, criado no meio de uma porção de irmãos e amigos numa vila operária, que o aceitam, até jogam futebol com ele deitado num carrinho, e que desenvolve uma incrível capacidade de pintar com o pé.

3. O terceiro objetivo foi de estabelecer uma compreensão entre um acontecimento frustrante, traumatizante e o posterior desenvolvimento da enfermidade.

Entre todos os pacientes, quer morrentes quer viventes sempre encontramos um acontecimento, que de alguma forma foi vivenciado como frustrante, traumatizante pelo indivíduo. E sempre houve a significação de perda, afastamento ou decepção diante de um objeto que era investido intensamente pela libido.

Também aqui as duas nosologias se igualam. A perda de objeto nos pacientes oncológicos é a perda de um objeto externo, representante de um objeto interno pouco valioso. No caso de portadores de HIV, a perda é mais relacionada com objeto interno,

também pouco valioso. A invasão do corpo pelo vírus é sentida como a confirmação do predomino do MAU, a frustração diante da constatação de impotência. Assim, em ambos os casos existe uma total impossibilidade de novas ligações a objetos bons, ficando os instintos de vida a serviço dos instintos de morte.

Nos viventes ocorre um desinvestimento da libido do objeto externo, deixa os instintos de vida soltos. Os viventes conseguem sobreviver encontrando um outro objeto nos quais projetam estes mesmos instintos. Os morrentes, não o conseguem, conseqüência de pouca existência de objetos bons internos, vindo a se juntar estes instintos de vida, livres e soltos a instintos de morte.

O novo investimento nos objetos internos BONS dará origem a uma nova força libidinosa reorganizadora, combatendo os instintos de morte. No caso dos portadores de neoplasías como no de portadores de HIV, há uma mudança total de vida, cada um a sua maneira, trabalhando, criando novo vínculos ou projetando o seu objeto bom num Deus.

4. O quarto objetivo foi observar e explicar as diferentes formas de contratransferência provocadas pelos pacientes no médico e na equipe que os cerca.

Concluímos que os pacientes de êxito letal eram os que produziam na equipe sentimentos desagradáveis como paralisação, não ter o que dizer, vontade de não conversar com eles, fugir em última instância.

Já os pacientes viventes causavam na equipe justamente o contrário. Apesar de serem freqüentes as queixas da equipe de que este ou aquele paciente os deixava com raiva. Esta raiva podia ser entretanto dos morrentes – recusa do cuidador a fazer vínculos de morte, como dos viventes , por este incomodar, solicitá-lo muito mais do que o morrente.

Os sentimentos produzidos eram conseqüência de identificação projetiva maciça.

Finalmente, qual foi o nosso objetivo ao fazer esta pesquisa? Como já falamos, partimos da curiosidade, do porquê de determinados sentimentos que a equipe e nós tínhamos em relação aos pacientes. Qual seria o resultado prático desta compreensão inicialmente nós não sabíamos.

Entretanto, à medida que os dados foram-se acumulando concluímos que talvez este conhecimento pudesse ser útil principalmente na relação médico/ paciente. Se o médico perceber o que se passa na sua relação com o paciente, será que não conseguirá mudar seu comportamento, e com isso beneficiar mais o seu paciente? Á proporção que se entende o outro, a comunicação se torna mais fácil além de que, no caso do médico e outro profissional de saúde, esta compreensão levar a possibilidades do paciente desabafar, fazer uma catarse, cuja conseqüência seria o alívio de tensões. Mesmo que o paciente não queira a nossa aproximação, que nós rejeite até com palavras e atos, será que o acolhimento tranqüilo desta rejeição não poderia melhorar o sofrimento do paciente? Ele está sozinho ali, os leitos colocados longe das portas, se fugimos deles, será que não pioramos suas dores? Se a criança chora, se recusa a presença da mãe, à medida que esta mãe a acolhe a crianças tende a melhorar. Os nossos pacientes estão muito regredidos. Eles não choram, não gritam não esperneiam, mas acreditamos que no fundo aguardam alguma aproximação. A compreensão do que se passa, acreditamos que levaria a menores fugas da parte da equipe.

Não sabemos se pode ser de alguma utilidade este sentir quem vai viver e quem vai morrer. Basear-nos neste sentir pode ser algo perigoso principalmente quanto a atitudes a serem decididas e tomadas. Mereceria maior estudo, maior maturidade da parte

do profissional. De qualquer forma, a percepção da própria impotência pode levar a uma maior humildade diante do paciente – o que é benéfico.

Em outro aspecto, lamentavelmente apenas utópico, seria a questão familiar. Vimos que os morrentes provêm de famílias altamente narcísicas. Entretanto, mudar o mundo é impossível. Vem nós a lembrança a história do beija-flor que vai carregando com seu minúsculo bico gotinhas de água para apagar um grande incêndio. Talvez uma maior inserção de psicologia no curso médico poderia levar a uma modificação.... Se fazem campanhas contra o fumo, sol, substâncias poluentes, aleitamento materno. Por que será que não se fazem campanhas que é mais importante transmitir amor ao filho, tê-lo nos braços do que comprar um brinquedo eletrónico.

Repetindo, para finalizar : é a diferença que vemos entre as famílias no filme Minha Vida e Meu Pé Esquerdo, **É QUE NOS PERMITE VER O PORQUÊ DO ADOECER.**

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, Karl. Teoria psicanalítica da libido (1927). Rio de Janeiro: Imago, 1970.

ACHTERBERG, Jeanne. A imaginação na cura (1985). São Paulo: Summus Editorial, 1996.

ALEXANDER, Franz. Medicina psicossomática (1987). Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ASSUMPÇÃO, E. Tanatologia e o Doente Terminal (1988). In Psicosoma, ano 9, nº2.

BALINT, Michael. A experiência Balint (1982). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

_____. O médico, seu paciente e a doença (1980). Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

BENOIT, Pierre. Psicanálise e medicina (1988). Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BION, Winfred. Aprender pela experiência (1966). Rio de Janeiro: Imago, 1973.

BION,W. R. Experiências com grupos (1961). Rio de Janeiro: Imago,1970.

BLANK, Gertrude & RUBIN. Psicologia do ego (1974). Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

BLEGER, Lily S. de. Impacto psicologico del cancer (1978). Em: Impacto psicologico del cancer. Buenos Aires: Editorial Galerna, 1978.

BLEICHMAR & BLEICHMAR. A psicanálise depois de Freud (1989). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BLEICHMAR, Hugo. O narcisismo (1981). Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

BUESTING, Ute. Vivendo com AIDS (1993). In: Boletim Oficial da Conferencia de Berlin,1993.

CAMPOS, Elisa M. Parahiba. Historia de um serviço. In: Resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998.

CARVALHO, Maria Margarida M.J. Pesquisas (1998) In: Resgatando o Viver. São Paulo: Summus,1998.

_____. Introdução à Psico-oncologia (1994). Campinas: Editorial Psy, 1994.

COSTA NETO, Sebastião Benício. A Psico-oncologia no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço. In: Resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998.

_____. Os serviços clínicos de Psico-oncologia da Associação de Combate ao câncer em Goiás. In: Resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998.

COSTA, João Carlos. Necessidade de Consultoria Psiquiátrica em Ambulatório de AIDS. In: COSTA, Lizete P.M. e MELLO, J. Aspectos psicológicos de pacientes portadores de Imunodeficiência Adquirida-Aids. In: Informação Psiquiatrica, 10(4), 1991.

DEJOURS, Cristophe. O corpo entre a biologia e a psicanálise (1988). Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. Repressão e subversão em psicossomática (1989). Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

DELAY, Jean. Introducción a la Medicina Psicosomatica. Barcelona: Toray-Masson, 1964.

D'EPINAY, Michelle. A doença como linguagem (1983). Campinas: Papirus, 1988.

DEUTSCH, Helen. Problemas psicológicos da adolescência (1967). Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

DUNBAR, Flander et. al. Medicina psicossomatica y psicoanalisis de hoy. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1958.

EKSTERMAN, Abram. Análise existencial do Adoecer. In: Perestrello, Danilo. A medicina da pessoa. Rio de Janeiro, 1989, p. 248.

FAIRBAIRN, Ronald W. Estudos psicanaliticos da personalidade (1952). Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

FREUD, Sigmund, Estudos sobre histeria (1895). In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol.II. Rio de Janeiro: Imago, 1980

_____. Interpretação dos sonhos (1900). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. IV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Três ensaios (1905). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____Delírios e sonhos na gradiva de Jensen (1907). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Cinco lições de psicanálise - 5ª conferência. (1909). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XI. Rio de Janeiro, Imago, 1980.

_____. Dinâmica da transferência (1912). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Introdução ao narcisismo (1914). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980

_____. Observações sobre amor transferencial (1915). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Mais além do princípio de prazer (1920). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. O ego e o id (1923). Em Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro, Imago:1980.

_____. Problema econômico do masoquismo (1924). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Inibição, sintoma e angústia (1925). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Conferências introdutórias (1933). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. Análise terminável e interminável (1937). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

GREEN, André. Pulsão da morte, narcisismo negativo, função desobjetalizante. (1986). In: Pulsão da morte. São Paulo: Escuta, 1988.

GRODDECK, Georg. Estudos psicanalíticos sobre psicossomática (1917) São Paulo: Perspectiva, 1992

GUIR, Jean. A psicossomática na clínica Lacaniana (1983). Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

HEIMANN, Paula. Notas sobre a teoria de los Instintos de Vida y de Muerte (1936). In: Dessarollos en Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidos,1962.

I.MELO, José Maria de Souza. A Medicina e sua História (1989). Rio de Janeiro: Publicações Cientificas, 1989.

JONES, ERNEST. Vida e Obra de Sigmund Freud (1961).Rio de Janeiro: Zaher Editores, 1975.

JOSEPH, Betty. Transferência: Situação total (1988) In: Melanie Klein hoje, editado por E.B.Spillius. Rio de Janeiro: Imago, 1990

KERNBERG, Otto. Mundo interior e realidade exterior (1987). Rio de Janeiro: Imago, 1989.

KLEIN, Melanie. Amor, ódio e reparação (1937). Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. Dessarrolos en psicoanálisis (1960). Buenos Aires: Ediciones Hormé, 1962.

_____. Inveja e gratidão (1957). Rio de Janeiro: Imago, 1974.

_____. Sentimento de solidão (1963).Rio de Janeiro: Imago, 1975.

KRANT, Melvin J. El oncologico y el psicologico (1978). In: Impacto psicologico del cancer. Buenos Aires: Editorial Galerna, 1978.

KREISLER, L.; FAIN, M.; SOULÉ, M. A criança e seu corpo (1974). Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

KUBLER-ROSS, Elizabeth, 1959. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes, 1966.

LAPLANCHE e PONTALIS. Vocabulário de psicanálise (1982). São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LESHAN, Lawrence. Câncer como ponto de mutação (1989). São Paulo: Summus, 1992.

LESHAN, Lawrence. Brigando pela vida (1977). São Paulo: Summus, 1994.

LUCHINA, Isaac L. Relacion medico-paciente en cancerologia. In: Impacto psicologico del câncer. Buenos Aires: Editorial Galerna, 1978.

MARTY, Pierre El pensamiento operatório (1963). In: Revista de Psicanalisis. Associaciona Psicoanalitica Argentina, nº4.

_____. A psicossomática do adulto (1990). Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MASSOTA, Oscar. Introduccion a la lectura de Jaques Lacan (1970). Buenos Aires: Editorial Proteo, 1970.

MELLO FILHO, Júlio de. Concepção psicossomática. 5.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

_____. Psicossomática hoje (1992). Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____O ser e o Viver.(1989) Porto Alegre: Artes M´wdicas1989.

MILLER DE PAIVA, Luis. Medicina psicossomática. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1994.

MONEY-KYRLE, Roger. Contratransferência normal e alguns de seus desvios (1978). In: Melanie Klein hoje, E.B.Spillius. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. Teoria do Instinto de Morte (1969). In: Temas de psicanálise aplicada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1969.

_____. Uma Contribuição inconclusiva á teoria do instinto de morte (1955). In: Obra selecionada. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

PERESTRELLO, Danilo. A medicina da pessoa (1973). Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

_____. Análise existencial do Adoecer (1989). In: Medicina da pessoa. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

RACKER, Heinrich. Técnica psicanalítica (1950). Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

RISQUEZ, Fernando. El enfermo canceroso (1978). In: Impacto psicologico del câncer. Buenos Aires: Editorial Galerna, 1978.

ROSENFELD, Herbert. Uma abordagem clinica para a teoria psicanalitica dos instintos de vida e de morte (1971). In: 27ª International Psycho-Analytical Congress. Viena, Austria, 1971.

RUBIM, Bruce Joel. Minha vida. Filme de Jerry Zucker, 1994.

SANTOS FILHO, Otelo C. Psicanálise do paciente psicossomático (1994). In: Revista Brasileira de Psicanálise, vol. XXVIII, nº 1.

SCHAVELZON, José. Sobre psicossomática e câncer (1992). In: Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. El paciente, el médico y la familia (1978). In: Impacto psicologico del cancer. Buenos Aires: Editorial Galerna, 1978.

SCHERIDAM, Jim. Meu pé esquerdo. Filme ,1989.

SEGAL, Hanna. Da utilidade clínica do conceito de instinto da morte (1986). In: A pulsão da morte (1986). São Paulo: Escuta, 1988.

WARTEL, Roger. Psicossomática e psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

WINNICOTT Donald W.Explorações psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

_____. Da pediatria à psicanálise (1956). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

ZILBORG, Gregory. Historia de la psicologia medica. Buenos Aires: Libreria Hachette, S/A., 1945.

---

[i] Errata:
pag.163: onde se le "no fundo as duas teorias ... leia se Aparentemente as duas ....