

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

CRISTIANA RODRIGUES RUA

O que passou, passou?
Um estudo psicanalítico acerca das vicissitudes da experiência de adoecimento,
tratamentos e remissão da doença em pacientes de um Serviço de Onco-
Hematologia

SÃO PAULO
2014

CRISTIANA RODRIGUES RUA

O que passou, passou?

Um estudo psicanalítico acerca das vicissitudes da experiência de adoecimento,
tratamentos e remissão da doença em pacientes de um Serviço de Onco-
Hematologia

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientador (a): Profa. Dra. Maria Lúvia
Tourinho Moretto

SÃO PAULO
2014

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Rua, Cristiana Rodrigues.

O que passou, passou? Um estudo psicanalítico acerca das vicissitudes da experiência de adoecimento, tratamentos e remissão da doença em pacientes de um Serviço de Onco-Hematologia / Cristiana Rodrigues Rua; orientadora Maria Livia Tourinho Moretto. -- São Paulo, 2014.

110 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise 2. Corpo 3. Trauma psíquico 4. Compulsão à repetição 5. Elaboração I. Título.

RC504

RUA, C.R. O que passou, passou? Um estudo psicanalítico acerca das vicissitudes da experiência de adoecimento, tratamentos e remissão da doença em pacientes de um Serviço de Onco-Hematologia. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e essencialmente à minha família.

À minha mãe, pelo exemplo de mulher, pelo apoio e aconchego e para onde eu volto sempre.

Ao meu pai, por sua dignidade e por acompanhar de perto os meus sonhos e realizações até o momento de sua partida.

Aos meus irmãos Hiran e César, meu agradecimento fraterno e meu orgulho pelos seres humanos que vocês são. Caminharemos juntos sempre...

À tia Elza, por sua doce presença e apoio incessante em todos os momentos da minha vida.

À minha avó, por tantas lições que nos deixou...

Ao meu tio Caló, pessoa tão especial e inesquecível.

À Neusa e minhas primas Taiana e Tamara pela generosidade e presença em todos os momentos importantes.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto por acolher o meu projeto e orientá-lo com firmeza e dedicação, respeitando o meu caminho.

Ao Marcos e Luciana, pela amizade e presença fundamental desde o início de nossa jornada no IPUSP. Aos demais colegas do grupo de orientação: Mayra, Cláudia, Ivan, José Eduardo, Elton e Cláudio, pela riqueza de nossas trocas.

À Profa. Dra. Maria Helena Fernandes, por acompanhar e ser tão fundamental em meu percurso, sempre com tanta generosidade e neste momento me concede a honra de ser parte de minha banca. Com quem aprendi muito de Psicanálise e certamente suas lições sobre a escuta analítica serão a minha inspiração sempre.

Ao Prof. Dr. Daniel Kupermann por aceitar o convite para a banca e por suas inestimáveis contribuições ao campo da Psicanálise.

Aos meus amigos do Projeto Clínico de Psicossomática da Clínica do Instituto Sedes Sapientiae, onde há treze anos compartilhamos tantas ideias importantes sobre a clínica e que certamente são responsáveis pela possibilidade de realização desta pesquisa. Ao Prof. Rubens Marcelo Volich pelo acompanhamento atento de nosso trabalho.

À minha analista, pela escuta fundamental para o seguimento da jornada...

Aos pacientes do Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini que tanto me ensinam em suas lutas pela vida...

À direção do Hospital Euryclides de Jesus Zerbini, à Dra. Solange Aoki e à toda a equipe da Hematologia e Transplante de Medula Óssea com quem divido as alegrias e os dramas diários vividos no contexto hospitalar.

À Dra. Leila Perobelli, à Roseli Leandro e à Solange pela agilidade e competência com que procederam na apreciação desta pesquisa pelo Comitê de Ética.

À Jovita Carneiro Lima, pelo privilégio do trabalho conjunto e por tantas trocas importantes sobre a clínica psicanalítica.

À Alessandra Heluani, pelo apoio constante e por estar sempre disposta a ajudar nos momentos em que é preciso.

À Adriana Cardoso, Rosângela Fonseca, Adriana Araújo, Cláudia Mello e Raphael Cunha pelos momentos especiais que recheiam nossa amizade.

A todos os meus analisandos, que fazem de meu ofício algo tão gratificante.

Pois a doença faz o homem mais corporal
(“A montanha mágica” - Thomas Mann, 1924)

RESUMO

RUA, C.R. **O que passou, passou? Um estudo psicanalítico acerca das vicissitudes da experiência de adoecimento, tratamentos e remissão da doença em pacientes de um Serviço de Onco-Hematologia.** 2014, 110 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

O presente trabalho se propõe a apresentar uma sistematização teórica de minha experiência clínica enquanto psicanalista, no atendimento com pacientes que, após a remissão de doenças graves tais como diversos tipos de câncer que podem afetar a medula óssea (leucemias e linfomas), apresentavam-se como se ainda estivessem doentes, remetendo-se à doença como se esta fosse um acontecimento atual, identificando-se, em seu discurso, como doentes. Apresentamos dois casos clínicos que estavam com a doença em remissão há mais de dois anos e que foram atendidos em uma instituição hospitalar. O nosso objetivo é possibilitar a compreensão dos processos psíquicos envolvidos nos referidos casos clínicos. Estes atendimentos nortearam a formulação de uma hipótese clínico-teórica. Esta hipótese refere-se à possibilidade de estudar o problema clínico a partir do paradigma conceitual do trauma em Psicanálise, especialmente na acepção desenvolvida por Freud após 1920, com a formulação do segundo dualismo pulsional. Paralelamente, é realizado o percurso teórico que visa discutir a permanência dos pacientes atendidos no lugar de doentes, o que nos conduz à apresentação de um capítulo referente aos paradoxos envolvidos na remissão de uma doença orgânica. A articulação teórico-clínica é baseada em textos de Freud e Ferenczi, além de psicanalistas contemporâneos que têm estes autores como referência. Nesta articulação percorremos os seguintes pontos conceituais: a) a experiência do adoecimento; b) o conceito de trauma e efeito traumático para a Psicanálise; c) as teorias das pulsões; d) o trauma após 1920: as neuroses traumáticas; e) ganho secundário; f) a hipocondria em Freud; g) os paradoxos da cura em Danièle Brun e em Freud; h) sobre o trabalho do luto e da elaboração. A partir da articulação entre a clínica e os conceitos teóricos realizamos a discussão de nossa hipótese clínico-teórica. O percurso teórico-clínico realizado permite verificar que o problema clínico evidenciado pode ser entendido, conforme nossa hipótese clínico-teórica, a partir dos desenvolvimentos de Freud a propósito das neuroses traumáticas, em conjunção com o entendimento de que mesmo algo que era almejado pode não trazer alívio ou realização, mas sofrimento, conforme visto nos paradoxos envolvidos na remissão da doença. O percurso que partiu da clínica nos permite afirmar que o trabalho psicanalítico com pessoas que são acometidas por doenças orgânicas deve contemplar não somente a importância da elaboração psíquica de todo o processo de adoecimento que afeta o corpo, mas também, o que ocorre psiquicamente após a remissão da doença que traz a necessidade de elaboração, pois muitas vezes será no *só depois*, que estes aspectos poderão ser constatados.

Palavras-chave: Psicanálise. Corpo. Trauma Psíquico. Compulsão à repetição. Elaboração.

ABSTRACT

RUA, C. R. **What has passed, is it past? A psychoanalytical study about the sickness experience's fates, treatment and remission of the disease within patients of an Oncology Hematology Service**, 2014, 110 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

The following academic work proposes to present a theoretical systematization of my clinical experience as a psychoanalyst, upon service to patients who, after the remission of severe illnesses such as multiple types of cancer which can affect the bone marrow (leukemia and lymphomas), presented themselves as if they were still sick, referring to the illness as if it was a current event, identifying themselves, within their speeches, as sick people. We present two clinical cases of ones who had had the disease in remission for more than two years and they were cared at a hospital institution. Our goal is to facilitate the comprehension of the psychic processes related in these referred clinical cases. These services have guided the formulation of a clinical-theoretical hypothesis. This hypothesis refers to the possibility of studying the clinical issue from the trauma conceptual paradigm within the Psychoanalysis, especially from the approach developed by Freud after 1920, by formulating the second drive's (*Trieb*) dualism. At the same time, it is done a theoretical trajectory that aims to discuss the attended patients' stay at the sick patients' place, which conducts us to the presentation of a chapter referring to the paradoxes related to the remission of an organic disease. The theoretical-clinical articulation is based on Freud's and Ferenczi's texts, as well as contemporary psychoanalysts who also have these authors as reference. Within this articulation we have scrolled the following conceptual points: a) illness experience; b) the concept of trauma and traumatic effect to Psychoanalysis; c) driver's (*Trieb*) theories; d) the trauma after 1920: the traumatic neurosis; e) secondary earn; f) hypochondria within Freud; g) the healing paradoxes in Danièle Brun and Freud; h) about the work of grief and the elaboration. From an articulation between the clinic and the theoretical concepts we have discussed our clinical-theoretical hypothesis. The clinical-theoretical path accomplished allows us to verify that the evident clinical problem can be understood, according to our clinical-theoretical hypothesis, from Freud's developments about traumatic neurosis, in conjunction with the understanding that even something that was desired cannot bring relief or accomplishment, but sorrow, as seen at the paradoxes related on the sickness remission. The path that started with the clinic allows us affirm that the psychoanalytical work towards people that are affected by organic diseases should include not only the importance of the psychic elaboration of the whole illness process that affects the body, but also what occurs mentally after the illness remission that brings the elaboration need, because for several times it will be at *deffered action*, that these aspects will be able to be determined.

Key words: Psychoanalysis. Body. Psychic trauma. Compulsion to repetition. Elaboration.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. Justificativa.....	14
1.2. Objetivo.....	14
1.3. Método	15
2. DEFINIÇÕES DAS DOENÇAS ONCO-HEMATOLÓGICAS	16
2.1. A Leucemia Mieloide Aguda.....	16
2.2. O Linfoma de Hodgkin.....	19
3. CASOS CLÍNICOS.....	22
3.1. José	22
3.2. Clara.....	27
4. ARTICULAÇÃO TEÓRICO-CLÍNICA	29
4.1. A experiência do adoecimento	29
4.2. O adoecimento enquanto experiência traumática	33
4.3. O conceito de trauma em Psicanálise	35
4.4. Sobre as Pulsões	40
4.5. O trauma após 1920: as neuroses traumáticas.....	50
4.5.1. A compulsão à repetição	56
4.6. Sobre o ganho secundário	61

4.8. A hipocondria em Freud	71
4.9. PARADOXOS DA CURA.....	78
4.9.1. Os riscos psíquicos da cura: Danièle Brun.....	78
4.9.2. Os arruinados pelo êxito em Freud.....	80
4.10. O trabalho do luto e da elaboração	86
5. DISCUSSÃO	95
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105

1. INTRODUÇÃO

O trabalho do psicanalista no hospital está imerso em um universo de vivências intensas de sofrimento, que nos colocam diante dos limites de nossa prática constantemente. O psicanalista está frente aos excessos deflagrados no corpo adoecido, ao que muitas vezes a palavra não acessa. Apesar destas vivências, em minha experiência constato que o psicanalista pode muitas vezes ter uma efetividade de sua ação se estiver ao menos presente, acompanhando aquele que sofre. Muitas vezes, pela impossibilidade da fala, o olhar atento ou mesmo estar ao lado do leito tem importantes efeitos. Atualmente trabalho em um hospital de especialidades, onde são realizados procedimentos de alta complexidade, em que o risco de morte é constante. No contato com estes sofrimentos e buscando formalizar a experiência adquirida também no contexto de outras instituições, pretendo apresentar uma sistematização teórica a respeito de alguns fenômenos observados no *a posteriori* da doença orgânica, momento em que as pessoas poderiam dar seguimento às suas vidas.

O presente trabalho se propõe a apresentar uma sistematização teórica de minha experiência clínica enquanto psicanalista, no atendimento com pacientes que, após a remissão¹ de doenças graves tais como diversos tipos de câncer que podem afetar a medula óssea (leucemias e linfomas), apresentavam-se como se ainda estivessem doentes, remetendo-se à doença como se esta fosse um acontecimento atual, identificando-se, em seu discurso, como doentes.

Estes atendimentos ocorreram sempre a partir do encaminhamento de pacientes por parte das equipes médicas que realizam procedimentos de alta complexidade, no Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini (também conhecido como Hospital Brigadeiro) da rede pública de saúde, na cidade de São Paulo, nos setores de Hematologia e Transplante de Medula Óssea, no período de 2008 até a presente data.

Trata-se, portanto, da clínica com pacientes que sobreviveram a tratamentos extremamente debilitantes, mas que não conseguem, por razões que são as que devem ser investigadas neste trabalho, sair do circuito instaurado pela doença em suas vidas, inclusive, parecendo voltar à situação do adoecimento de forma incessante.

¹ O termo "remissão da doença" será utilizado neste trabalho, em preferência ao termo "cura", conforme orientação do Comitê de Ética e Pesquisa ao qual este trabalho foi submetido. Tal orientação deve-se ao fato de que atualmente, em relação aos tipos de doença abordadas o termo utilizado pela Medicina é "remissão", pois existe o risco de retorno da doença.

Habitualmente, nas sessões com a psicanalista, a maioria das pessoas atendidas refere-se à doença grave como a primeira experiência significativa de adoecimento corporal, caracterizando-a como um acontecimento repentino, brusco. Ainda nas sessões, nota-se o interesse dos pacientes em falar sobre o adoecimento, retomando, a cada sessão, a temática que o envolve, desde o início da doença, passando pelos percalços do tratamento, mas dedicando quase nenhum interesse em falar sobre a remissão da doença. Os pacientes trazem lembranças dos momentos difíceis que marcaram o adoecimento, por meio de relatos bastante vívidos.

Nota-se também pelos relatos que, ainda que sem uma razão “orgânica” claramente definida, há um movimento de retorno às consultas com os médicos (considerado excessivo por estes últimos), sendo que em algumas situações ocorrem mesmo intercorrências somáticas de menor gravidade, que são consideradas pelos pacientes como “episódios de repetição”. É nítido o prejuízo no seguimento da vida diária – profissional e pessoal, e o comprometimento do que se entende por qualidade de vida, esta que supostamente teria lhes sido devolvida com a remissão da doença, se não fosse a insistência na condição de doentes, e o retorno à cena médica, para validar esta mesma condição.

Vale ressaltar que não podemos deixar de considerar que, apesar de se tratar de pacientes com a doença em remissão, o “fantasma” de retorno da doença é algo que assombra invariavelmente quem já teve algum tipo de câncer, por existir um risco que isto aconteça. Este “fantasma” de retorno da doença podia ser notado mais no sentido de um estado de alerta constante em que os pacientes permaneciam, como se a qualquer momento pudessem ter um padecimento orgânico de qualquer natureza, e não necessariamente somente o retorno do câncer. Ou seja, notou-se uma vigilância extrema por parte destes pacientes a respeito dos sinais corporais, o que nos aproxima da importância de que a hipocondria seja abordada nesta pesquisa.

A partir da apresentação desta problemática clínica, é possível considerarmos que os efeitos psíquicos do adoecimento prolongam-se mesmo após a remissão da doença e a passagem do tempo. Desta forma, a compreensão dos processos psíquicos aqui envolvidos se faz fundamental para a abordagem clínica e terapêutica dos pacientes em questão.

Apresentaremos uma hipótese clínico-teórica que se sustenta, portanto, nisso que a experiência psicanalítica nos permite conferir que não há correspondência biunívoca entre organismo e corpo, uma vez que temos casos onde o organismo está sem doença e o corpo permanece adoecido.

Assim como Moretto (2006), a partir da clínica psicanalítica com pacientes recém-transplantados, para diferenciar “organismo” de “corpo”, afirma que a colocação do enxerto no organismo não corresponde à operação psíquica de *incorporação*, em nosso caso, pode-se afirmar que nem sempre a remissão de uma doença orgânica tem uma correspondência no plano psíquico, no sentido do sujeito identificar-se com a nova condição, de "não ser mais doente".

O que justifica o “apego à doença”? O que se nota é que, apesar do fato de não mais se “ter doença”, há uma certa insistência em “ser doente”. Algo insiste em retornar, se repetir. O quê?

O que se repete, portanto, no discurso destes pacientes em um primeiro momento é o adoecimento. Desta maneira, propomos que, pela articulação entre os conceitos psicanalíticos de trauma, repetição e elaboração é possível realizar uma sustentação da hipótese clínico-teórica que fundamenta nosso estudo, a qual apresentamos nos próximos parágrafos.

A partir das constatações na clínica elaboramos duas questões fundamentais para o entendimento do problema encontrado:

a) Seria o adoecimento uma experiência com valor de trauma, capaz de gerar efeitos traumáticos, constatados no *a posteriori*, após a remissão da doença? Dito de outro modo: se organismo e corpo não coincidem, pode uma doença orgânica grave incidir sobre o corpo, produzindo efeitos traumáticos, na medida em que afeta o corpo narcísico, representando um ataque à instância egoica? A experiência do adoecimento traria consigo um excesso pulsional que, não tendo sido inscrito na ordem simbólica, retornaria em busca de elaboração?

b) Seria a remissão da doença, antes almejada, o fator desencadeante para a emergência de “questões” que não apareciam enquanto o paciente vivenciava a experiência de adoecimento? Seria esta remissão, nestes casos, paradoxal? Ou seja, o que seria traumático: a doença ou a remissão da mesma?

Com o intuito de tentar responder a estas questões elaboramos uma hipótese clínico-teórica que explanamos a seguir:

Partindo da constatação clínica de que havia no discurso dos pacientes atendidos a repetição da situação de adoecimento como se fosse atual, mesmo após a remissão da doença, formulamos a hipótese de que o paradigma conceitual do trauma em Psicanálise,

especialmente a conceituação de Freud a respeito das neuroses traumáticas pode representar uma possibilidade de entendimento do problema clínico apresentado. Concomitantemente ao tema das neuroses traumáticas, nos ateremos ao estudo da hipocondria em Freud, uma vez que os pacientes em questão apresentavam após a remissão da doença queixas somáticas que pareciam de natureza hipocondríaca.

Para a discussão da hipótese será realizado um percurso teórico, enfatizando as repercussões que os processos de adoecimento, tratamentos e a remissão da doença suscitaram nos sujeitos atendidos.

Para tal, em uma primeira parte será apresentada a fundamentação teórica que dá sustentação ao entendimento da problemática clínica nos moldes do quadro descrito por Freud como neuroses traumáticas. Posteriormente, será realizado o percurso que visa discutir a permanência dos pacientes atendidos no lugar de doentes, o que nos conduz à apresentação do capítulo referente aos "paradoxos da cura" (Neste ponto manteremos a palavra "cura", por se tratar da cura no sentido psicanalítico).

Há um eixo teórico que une estas duas partes, sendo este eixo a conceituação por parte de Freud da segunda tópica e do segundo dualismo pulsional, com ênfase na conceituação da pulsão de morte. Assim, nesta segunda parte nos ateremos ao livro "A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura", de Danièle Brun e também nos textos de Freud que tratam das dificuldades que ele evidenciou nas análises, no que diz respeito ao que nomeou de "fracassados pelo êxito" ou também o que denominou de "reação terapêutica negativa". Danièle Brun dedicou-se à pesquisa com os pais de crianças que tiveram câncer e evidenciou uma série de aspectos que apontam para a dificuldade destes pais em lidar com o momento da cura da doença em seus filhos.

Antes do capítulo referente à articulação teórico-clínica apresentamos um breve percurso pelas definições médicas das doenças onco-hematológicas. Após esta breve definição apresentaremos dois casos clínicos.

Em nossa articulação teórico-clínica, para o estudo da hipótese percorreremos os seguintes pontos conceituais: a) a experiência do adoecimento; b) o próprio conceito de trauma e de efeito traumático para a Psicanálise; c) as teorias das pulsões; d) o trauma após 1920: as Neuroses Traumáticas; e) Ganho Secundário; f) O trauma em Ferenczi; g) a Hipocondria em Freud; g) os paradoxos da cura em Danièle Brun e em Freud; h) Sobre o trabalho do luto e da Elaboração.

1.1. Justificativa

O mais provável é que as dificuldades apresentadas em suportar a remissão da doença impliquem em consequências que se farão presentes não apenas no âmbito da instituição médica, e dos “gastos” que isso representa, mas sobretudo se farão presentes no seguimento da vida destes sujeitos.

Entendemos que a investigação teórica a respeito dos elementos envolvidos nessa situação clínica possibilitará a construção de “ferramentas” que facilitam a oferta de um dispositivo clínico no trabalho psicanalítico com estes pacientes, no qual, por meio de uma escuta diferenciada, se faça possível o manejo das dificuldades que fazem obstáculos ao percurso de elaboração dos processos de adoecimento/tratamentos/remissão.

A relevância desta pesquisa está na possibilidade de ampliação da escuta psicanalítica no atendimento a pessoas gravemente afetadas em sua integridade física, o que certamente nos leva à formulação de hipóteses sobre as repercussões psíquicas decorrentes de tal experiência.

Esta escuta deve contemplar a repetição que é própria do traumático como algo que deve ser trabalhado, inclusive enfatizando-se que, a possibilidade da colocação em palavras, pode significar uma diminuição nas chances de ocorrer um novo evento que acometa o corpo, ou seja, pode-se dizer que a possibilidade de recordar e de elaborar pode ter um caráter profilático.

Muitas vezes este tipo de paciente pode ser visto somente como *poliqueixoso*, sem ter a possibilidade de construção de sentidos a partir do material proveniente da repetição, que pode se transformar, dependendo das possibilidades de elaboração de cada sujeito.

Pretende-se também demonstrar a importância da escuta psicanalítica como um diferencial no atendimento destas pessoas, na medida em que contempla a importância da colocação em palavras do que antes era vivido principalmente através dos sintomas corporais.

1.2. Objetivo

O presente trabalho tem como objetivo possibilitar a compreensão dos processos psíquicos envolvidos nos casos clínicos de pacientes que estavam em remissão de uma doença onco-hematológica há mais de dois anos, mas que se apresentam, tanto na cena médica,

quanto nos atendimentos psicanalíticos, como se ainda estivessem doentes, remetendo-se à doença como se esta fosse um acontecimento atual, identificando-se, em seu discurso, como doentes.

1.3. Método

Trata-se de investigação teórica que se faz necessária a partir dos problemas clínicos apresentados.

Apresentaremos dois “casos clínicos” que nos permitiram evidenciar o problema a ser investigado. Então passamos, imediatamente, à “articulação teórico-clínica”, que é o capítulo que consiste na apresentação dos conceitos teóricos que nos permitem a compreensão dos processos psíquicos envolvidos, tomando como referência os textos de Freud e Ferenczi, e de psicanalistas contemporâneos que tomam estes autores como referência.

Por fim, passamos à discussão dos casos clínicos, na tentativa de chegar à conclusões que nos permitam embasar teoricamente a clínica com os pacientes em questão.

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini (número do parecer na Plataforma Brasil: 523.033).

2. DEFINIÇÕES DAS DOENÇAS ONCO-HEMATOLÓGICAS

Abordaremos dois casos clínicos em que cada paciente apresentava um tipo de doença onco-hematológica, com características específicas de cada uma delas. Desta forma, torna-se necessária uma breve apresentação da definição médica destas doenças, sua incidência na população em geral, entre outros dados como a sobrevivência, a taxa de cura e os tratamentos disponíveis.

2.1. A Leucemia Mieloide Aguda

Segundo Azevedo (2009), a leucemia como uma entidade clínica específica foi descrita pela primeira vez em 1845 pelo patologista alemão Rudolf Virchow. Este patologista cunhou o termo "sangue branco", ao observar em uma necropsia, uma baixa relação de glóbulos vermelhos em relação aos leucócitos (glóbulos brancos). O paciente examinado pelo patologista apresentava febre, exaustão, distensão abdominal, edema e sangramento que o levaram à morte (AZEVEDO, 2009, p.4). Em 1847, Virchow usou o termo "leucemia" pela primeira vez.

Ainda, conforme nos aponta Azevedo (2009, p.5), em 1857 foram descobertas por Friedreich as formas agudas e crônicas da doença e em 1869, Neumann identificou a medula óssea como sendo o local de origem da doença. Já a descoberta das diferentes linhagens de células (linfoide e mieloide) deve-se a Naegli, no início do século 20. Segundo Azevedo (2009, p.5):

Ao longo das últimas décadas, avanços significativos ocorridos no campo da imunologia, citogenética e biologia molecular permitiram que o diagnóstico das leucemias agudas fosse cada vez mais preciso, bem como traçaram importantes implicações diagnósticas. Isto propiciou o planejamento terapêutico cada vez mais individualizado, lançando mão, sempre que necessário do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH).

Após este breve histórico, apresentaremos a definição da doença e suas principais características. As definições que apresento a seguir tiveram como fonte o Portal do INCA², além de artigos científicos e de uma tese de doutorado. A decisão por utilizar algumas definições encontradas no portal do INCA deve-se à linguagem empregada, que facilitam o entendimento dos leitores não médicos.

Assim, segundo informações obtidas neste portal, a leucemia é uma doença que se origina a partir da série branca do sangue e subdivide-se em grandes grupos, tanto clínica quanto patologicamente. A primeira divisão está em suas formas agudas ou crônicas. A leucemia aguda se caracteriza por um aumento rápido no número de células imaturas do sangue, o que faz com que a medula óssea seja incapaz de reproduzir células sanguíneas saudáveis. A medula óssea é o local de formação das células sanguíneas e ocupa a cavidade dos ossos (principalmente esterno e bacia). Na medula são encontradas as células mãe ou precursoras, que dão origem aos elementos figurados do sangue que são: glóbulos brancos, glóbulos vermelhos (hemácias ou eritrócitos) e plaquetas.

A forma crônica de leucemia se caracteriza pelo aumento excessivo no número de células maduras anormais da série branca do sangue, podendo levar meses ou anos para progredir. A segunda divisão diz respeito ao tipo de célula afetado pelas desordens, sendo assim caracterizada como linfóide ou mieloide.

A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma doença clonal do tecido hematopoiético que se caracteriza pela proliferação anormal de células progenitoras da linhagem mieloide, ocasionando produção insuficiente de células sanguíneas maduras normais. Deste modo a infiltração da medula é frequentemente acompanhada de neutropenia, anemia e plaquetopenia. O mecanismo que leva a célula progenitora da linhagem mieloide a perder o controle da proliferação celular, ocasionando a expansão do clone leucêmico, permanece incerto (MARTINS e FALCÃO, 2000, p.1).

As causas para o desenvolvimento da leucemia mieloide aguda (LMA) ainda não são bem conhecidas. Segundo Azevedo (2009), apesar das causas ainda serem pouco conhecidas, "a análise de casos relacionados à exposição a agentes ambientais como quimioterápicos e radiação ionizante, além de raras ocasiões em que a LMA é atribuída à herança genética, auxiliaram sobremaneira no estudo da etiologia" (AZEVEDO, 2009, p.8). Entre os fatores de risco que já são conhecidos estão algumas substâncias como benzeno e alguns pesticidas,

² INCA: Instituto Nacional De Câncer José Alencar Gomes Da Silva. Órgão do Ministério da Saúde do Brasil voltado para as ações nacionais integradas para o controle e prevenção da neoplasia.

além de algumas drogas, o tabagismo e radiação ionizante. Há também fatores genéticos e cromossômicos, além do vírus Epstein-Barr (EBV).

Azevedo (2009, p.9) apresenta também a distinção feita na prática clínica entre a LMA chamada *de novo* ou primária (quando não há fator de risco para que a doença tenha sido desencadeada) e a LMA secundária, que ocorre após a exposição do paciente a agentes leucemogênicos.

Segundo Azevedo (2009) há uma classificação chamada de FAB (cooperação franco-americana-britânica), originada em 1976, que tem sido substituída progressivamente pela classificação da OMS, que contempla aspectos morfológicos, imunofenotípicos e citogenéticos. Apesar desta substituição, Azevedo (2009) afirma que a classificação FAB ainda é muito utilizada. Nesta classificação chamada de FAB a Leucemia Mieloide Aguda é classificada em 8 subtipos morfológicos (M0 a M7).

Não nos ateremos à descrição de todas as classificações da doença, mas somente apontaremos, conforme Azevedo (2009, p.16): "Em 1999, a Organização Mundial de Saúde (WHO) propôs aquela que é considerada a classificação mais abrangente das neoplasias mieloides, incluindo a LMA."

O INCA apresenta a estimativa de ocorrências de casos novos de leucemia para o ano de 2014 no Brasil: foram estimados cinco mil e cinquenta (5050) casos novos em homens e quatro mil trezentos e vinte (4320) casos novos em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 5,20 casos novos para cada cem mil homens e 4,24 para cada cem mil mulheres.

Segundo os dados do INCA, devido às diferenças no acesso aos tratamentos, há variações importantes na sobrevida, a depender das características de cada população. Nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, a sobrevida em 5 anos é de 43%; no Japão 25%; na América do Sul 24%; Índia, 19%, Tailândia, 15%, e África subsaariana, 14%. Na população infantil, quando há acesso aos tratamentos, a sobrevida relativa em 5 anos é de 80%.

A leucemia mieloide aguda (LMA) representa 90% dos casos de leucemia aguda no adulto, com idade média ao diagnóstico de 63 anos. (SILLA e cols, 2010).

Os tratamentos disponíveis para a leucemia mieloide aguda incluem quimioterapia e em alguns casos, o transplante de medula óssea.

Apresentamos a seguir algumas observações sobre as particularidades da quimioterapia, que é o tratamento de escolha para diversos tipos de câncer, incluindo as doenças abordadas nesta pesquisa.

Os efeitos da quimioterapia podem ser diversos. Segundo Sawada e cols (2009, p.1), que estudaram a qualidade de vida em pacientes submetidos a quimioterapia: "A quimioterapia constitui uma das modalidades de maior escolha para produzir cura, controle e palição. A quimioterapia envolve uso de substâncias citotóxicas, administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa)". Os autores mencionam as principais consequências clínicas da quimioterapia que são: náuseas e vômitos, lesão do esôfago, fraturas, má nutrição, desequilíbrio hidroeletrólítico (p.1). As toxicidades da quimioterapia envolvem "(...) supressão da medula óssea, imunossupressão, náuseas e vômitos, alopecia, toxicidade renal, cardiotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade e lesão gonadal e esterilidade." (SAWADA e cols, 2009, p.1)

Na discussão deste estudo, Sawada (2009) e cols, afirmam:

A mensuração da Qualidade de Vida (QV) tem sido muito utilizada para avaliar os ensaios clínicos com quimioterápicos, com a finalidade de medir os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia. Esse método é a melhor forma de avaliar a tolerância do paciente ao tratamento. O tratamento com quimioterápico deve ser avaliado sobre dois importantes aspectos: os efeitos colaterais da toxicidade sobre as células tumorais, bem como os impactos positivos e negativos sobre a qualidade de vida dos pacientes.

É importante ressaltar que, em nossa busca por artigos que abordem os efeitos da quimioterapia a longo prazo encontramos uma grande maioria de artigos que mencionam estes efeitos após a remissão do câncer em crianças e não em adultos, que são os pacientes abordados nesta pesquisa. Porém, mesmo com menos estudos abordando a questão, devemos levar em conta as sequelas abordadas acima, que poderão ou não afetar os pacientes que são submetidos à quimioterapia. Mais adiante, veremos nos casos clínicos, como o tratamento afetou cada paciente.

2.2. O Linfoma de Hodgkin

Segundo Santos e cols (2008), o Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia rara, de tecido linfoide, que corresponde a aproximadamente 1% de todas as doenças malignas. A doença surge quando um linfócito (tipo de glóbulo branco) se transforma em célula maligna, capaz de crescer descontroladamente e disseminar-se. Com o passar do tempo, há risco de essas células malignas se disseminarem para tecidos vizinhos e atingir outras partes do corpo.

Segundo dados obtidos no portal do INCA, nos últimos 50 anos, o número de casos permaneceu estável, e a mortalidade foi reduzida em mais de 60% desde o início dos anos 70 devido aos avanços no tratamento. É uma doença que acomete principalmente adultos jovens entre 15 e 39 anos, com predomínio do sexo masculino. Ainda segundo Santos e cols (2008), embora o LH fosse uma doença fatal até o início da década de 50, atualmente devido aos avanços obtidos nos tratamentos, é considerado uma neoplasia de excelente prognóstico. "Acima de 80% dos pacientes em estadios precoces, quando submetidos à radioterapia (RT) e/ou quimioterapia (QT), apresentam longa sobrevida." (SANTOS e cols, 2008, p.2). Ainda segundo estes autores, mais de 65% dos pacientes em estadios avançados podem obter a cura quando tratados com quimioterapias que contenham antraciclina. Os pacientes são tratados segundo o estadio clínico, e no caso de pacientes com doença localizada, são tratados conforme os fatores prognósticos. (SPECTOR, 2004). Ainda segundo Spector (2004), embora o LH seja uma doença rara, é uma das seis neoplasias mais comuns em adultos jovens. "Por este motivo, a toxicidade do tratamento a longo prazo adquire uma particular importância nas decisões terapêuticas, já que os pacientes sobrevivem por muitas décadas."(SPECTOR, 2004, p. 3)

Quando os resultados com a quimioterapia e radioterapia são insatisfatórios, pode-se optar pelo transplante de medula óssea, que é proposto com a intenção de intensificar o tratamento e aumentar as chances de cura (SANTOS e cols, 2008).

O Linfoma de Hodgkin é também conhecido como "Doença de Hodgkin". Segundo Spector (2004, p.3):

O reconhecimento de que a célula de Reed-Sternberg (RS) é um linfócito B do centro germinativo do gânglio linfático estabeleceu a doença de Hodgkin, conceitualmente, como um linfoma de células B. Por este motivo, os patologistas que propuseram a classificação histopatológica da Organização Mundial de Saúde preferiram mudar a designação da doença para "linfoma de Hodgkin".

Apesar desta nova denominação, ainda há divergência de opiniões quanto à nomenclatura, e segundo Spector (2004, p.3), "os dois termos permanecem em uso, mas há uma tendência a favor do termo Linfoma de Hodgkin."

Este autor enfatiza em seu artigo que os avanços em relação ao tratamento do LH foram importantes para todo o campo da oncologia clínica. Em 1965, na Conferência de Rye, foi reconhecida a necessidade de uma classificação histopatológica de uso geral. (LUKES ;

BUTLER³, 1966 apud SPECTOR, 2004, p.2). Em 1971, na Conferência de Ann Arbor, foi estabelecido o estadiamento clínico-patológico sistemático (CARBONE e cols⁴, 1971 apud SPECTOR, 2004, p.2).

Para finalizar esta descrição do Linfoma ou Doença de Hodgkin, é importante apresentar alguns dados epidemiológicos obtidos no portal do INCA.

Estimativa para casos novos no Brasil em 2014: um mil e trezentos (1300) casos novos em homens e oitocentos e oitenta (880) casos novos em mulheres. O risco estimado é de 1,28 casos a cada cem mil homens e 0,83 a cada cem mil mulheres. A última estimativa mundial realizada em 2012 apontou seiscentos e cinquenta e nove mil (659.000) casos novos, sendo trezentos e oitenta e cinco mil (385.000) do sexo masculino e duzentos e setenta e quatro mil (274.000) do sexo feminino. Ocorreram em 2012, duzentos e setenta e quatro mil (274.000) óbitos por este tipo de câncer.

³ LUKES, RJ; BUTLER, J.J. The pathology and nomenclature of Hodgkin's disease. **Cancer Rev**, 1966;34.

⁴ CARNONE, PP e cols. Report of the Committee on Hodgkin's Disease Staging Classification. **Cancer Rev**, 1971; 31.

3. CASOS CLÍNICOS

Os casos clínicos aqui apresentados são casos construídos a partir da experiência clínica com pessoas que aqui têm os seus nomes e dados de identificação alterados, de modo a garantir a não identificação das mesmas, considerando que, no presente contexto, o mais importante é que o caso clínico seja construído de modo a evidenciar os problemas que nos propomos a estudar. Foi coletada a assinatura dos pacientes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.1. José

José, 48 anos, que teve a remissão de uma leucemia mieloide aguda há 7 anos, chegou para o primeiro atendimento no ambulatório de Psicologia do hospital encaminhado pela médica hematologista que o acompanhava.

O encaminhamento foi realizado devido aos retornos constantes às consultas médicas, além do que, no entender da equipe médica, era o esperado. As consultas deveriam ser semestrais, porém José comparecia todos os meses ao hospital com alguma intercorrência orgânica considerada de menor gravidade por parte dos médicos, tais como gripes, alergias e dores sem uma explicação orgânica. Nesta instituição há um Ambulatório de Psicologia que recebe os pacientes encaminhados por qualquer uma das várias especialidades médicas. Após o encaminhamento, o paciente deve agendar uma consulta no Ambulatório de Psicologia, onde são realizadas entrevistas de triagem que tem por objetivo decidir ou não pelo acompanhamento dos pacientes neste ambulatório. Procura-se respeitar sempre que possível, que o paciente seja acompanhado pelo profissional psicólogo que já está inserido na clínica da qual o paciente é procedente. Após esta breve explicação do fluxo de encaminhamentos para a Psicologia na instituição, voltemos à história de José:

Após o diagnóstico da leucemia, José foi internado algumas vezes para a realização de sessões de quimioterapia e também realizou quimioterapia no ambulatório da mesma instituição hospitalar. Após a primeira remissão da doença, alcançada em virtude da boa resposta ao tratamento quimioterápico foi-lhe indicado a realização de um Transplante de Medula Óssea Alogênico (quando a doação é realizada por uma pessoa considerada compatível). Este tipo de transplante pode ser realizado por doação de medula de um doador

aparentado ou não aparentado. José foi submetido a este procedimento após a doação da medula óssea de um de seus irmãos.

José era casado e tinha um filho que estava com 20 anos. Tem quatro irmãos, sendo o mais novo de todos. Seus pais faleceram há alguns anos.

Estava aposentado em decorrência de seu adoecimento. Anteriormente havia trabalhado em instituições financeiras. No momento em que iniciou o tratamento dedicava-se somente a fazer cursos gratuitos e de curta duração. Gostava também de realizar pequenos consertos e era o responsável naquele momento pelos cuidados com a casa, já que sua esposa estava trabalhando.

José havia enfrentado uma situação de desemprego alguns anos antes de seu adoecimento, o que descreveu como uma situação difícil, pois considerou que esta demissão fora realizada de forma injusta. Após este período conseguiu trabalhar em outro ramo de atividade, momento em que adoeceu.

No primeiro contato conosco, relatou todas as etapas de seu tratamento até o momento do transplante de medula óssea. José enfatizava as intercorrências durante o tratamento e as pequenas cirurgias às quais havia sido submetido.

Neste primeiro momento referiu-se a vários episódios que estavam ocorrendo em sua família concomitantemente ao seu tratamento, como a doença de sua sogra e também de seu pai, que faleceu durante a sua recuperação do transplante de medula óssea. Outro marco apontado por José neste percurso foi ter sido internado para a realização do transplante no dia de seu aniversário.

Descrevia a doença como um marco em sua vida, de modo a dividi-la em duas etapas: antes e depois da doença.

Ao período que antecedeu a doença, descreveu como de muito trabalho, já que era responsável por manter financeiramente a sua esposa e filho. Apresentava-se como alguém muito agitado, nas suas palavras: "uma pilha atômica", "ligado no 220". José também repetia: "não adianta doutora, não consigo ficar parado".

Relatou o dia em que recebeu o diagnóstico em outra instituição hospitalar e negou-se a ficar internado de imediato, como orientado pela equipe médica naquele momento. José dizia que não poderia abdicar de seus compromissos para ficar no hospital naquele dia.

O *depois* da doença considerava como um período em que teve que se manter isolado e ficou um ano em casa após o transplante, protegendo-se de possíveis infecções. José usou a expressão "criogenizado" para descrever o estado em que permaneceu naquele momento. Além dos cuidados pelo temor de possíveis infecções relatou que precisava certificar-se de

que a família ficaria bem, caso ele viesse a falecer. Desta forma, descreveu este período como uma espécie de "teste", "fez-se de morto". Vale lembrar o significado de "criogenia", segundo dicionário Aurélio online: s.f. "Produção de baixas temperaturas que permitem, entre outras coisas, a hibernação de seres vivos por um longo tempo."

Esta imagem do "congelamento" surgiu após mais de um ano de tratamento.

José separou-se aproximadamente um ano depois do início do tratamento psicológico, por ter descoberto um relacionamento extraconjugal de sua esposa. Ele já sabia desta relação de sua mulher, porém somente a comunicou sobre esta descoberta após uma discussão. José, apesar de ter demonstrado decepção e também indignação pela infidelidade da esposa, de certa forma atribuía ao seu adoecimento o início da crise em seu casamento. A doença também era para José a responsável pelas características de comportamento apresentadas por seu filho como dificuldades de se engajar em estudos ou trabalho, pois considerava que o garoto, que tinha 13 anos na época do adoecimento havia sofrido muito e começou a ter problemas de desempenho na escola. Na época de sua separação foi intensificada a frequência das sessões.

Ao falar sobre sua ex-mulher, José diz que sente gratidão pela mesma, pois ela o acompanhou nos sete anos de doença. Estas são as palavras de José referindo-se a um período de sete anos, quando de fato o tratamento todo durou apenas um ano. Este ponto, que apresentaremos mais adiante na discussão, nos chamou a atenção por não serem sete anos de doença, mas sete anos de remissão da mesma. Ao apontar esta questão para José pareceu-me muito difícil que ele se desse conta do que havia acabado de dizer, por estar tão imerso no ser doente, no estar em tratamento médico. Este apego ao ser doente tem o seu ganho e uma função no funcionamento psíquico do paciente, o que ao meu ver requer cuidados no manejo.

Em um de seus relatos, José contou-me de um evento em que uma vizinha teve um mal-estar e desmaiou. Foi chamado para acudi-la, e quando a viu esforçou-se para ajudá-la, porém vieram à sua mente as lembranças das situações que vivenciou no hospital, especialmente as intervenções diárias, como perfurações para exames, por exemplo. Estas lembranças o fizeram também sentir-se mal fisicamente após o acontecimento com a vizinha. Outros momentos que o faziam reviver a situação eram reportagens que faziam qualquer alusão a hospitais, doenças, pessoas doentes etc. Relatava emocionar-se e um "filme passa em sua cabeça" (SIC), rememorando as situações que havia enfrentado.

José incomodava-se quando as pessoas se recordavam de seu adoecimento e tentavam poupá-lo de certos esforços físicos ou consideravam que ele poderia dar conselhos para pessoas que estivessem com câncer.

Mantinha todo o seu histórico de tratamentos em pastas, as quais carregava consigo quando consultava uma nova especialidade médica. José atribuía bastante importância a estas pastas, referindo-se às mesmas como um "dossiê".

Ao relatar a respeito de uma pessoa conhecida que estava com leucemia, afirmou que a sua forma de leucemia havia sido diferente, pois este vizinho tem a leucemia aguda e ele teve a leucemia crônica. José faz então um lapso, pois ele teve uma leucemia mieloide aguda, mas diz que foi crônica. Repito a palavra "crônica" para José, que somente se deu conta do que havia dito em uma segunda vez na mesma sessão, em que insiste que teve a leucemia crônica quando eu pergunto novamente "crônica?". Nesta segunda intervenção, ele se dá conta de seu lapso e se corrige. Este fragmento demonstra a forma que José lida com o ser doente: é crônico. Sim, há uma cronicidade em sua vivência do adoecimento que tem sido o objeto desta pesquisa.

José sentia uma dor nos olhos para a qual não era encontrado um diagnóstico e na investigação sobre as possíveis causas havia uma suspeita de que pudesse ser um aneurisma. Após a realização dos exames, constatou-se que José não tinha um aneurisma. Contou deste resultado dizendo sentir-se nervoso, parecendo decepcionado por não ser um aneurisma. Justificou este "nervoso" dizendo que não suportava mais tantos exames para investigar esta dor e acusava os médicos de não descobrirem a real causa de sua dor.

Esta dor acompanhou José por certo tempo, até diminuir após uma médica lhe receitar um medicamento. Ao invés de dor, José passou a sentir somente certo incômodo como se fossem "espasmos". Mesmo assim, incomodava-se com o sintoma e seguia buscando razões para o mesmo. Algumas vezes questionava se este sintoma poderia ter alguma relação com o seu estado emocional, mas a sua tendência era buscar as explicações no fato de ser uma pessoa que havia sido submetida a um transplante.

Há outra situação importante relatada por José a propósito de um exame de tomografia, ao qual teria que ser submetido para a investigação do referido sintoma nos olhos. José refere não ter dormido bem na semana da realização do exame e no momento em que estava para realizá-lo, quando lhe foi aplicado um medicamento sentiu a mesma sensação que havia sentido ao tomar a primeira dose de quimioterapia na época em que deu início ao seu tratamento para a leucemia. Diz que começou a se debater na maca como se tivesse reações espasmódicas provocadas pelo medicamento. José reconhece esta situação como um momento em que teve uma reação emocional e não orgânica.

Sobre a remissão da doença, em uma sessão, foi possível que José se desse conta de que não havia comemorado este momento. Esta constatação repercutiu de forma positiva no

seguimento dos atendimentos de José, que passou a incluir a palavra "cura" em suas falas e a se dar conta de forma paulatina de que poderiam haver outras formas de viver após a leucemia, que não somente o frequentar médicos e hospitais. Passou a incluir em sua vida momentos de lazer mais frequentes e reservava os domingos para tomar uma cerveja, uma vez que nos outros dias da semana tinha que seguir sua rotina de tomada de medicamentos, para o colesterol, para emagrecer e para a sua dor no olho.

3.2. Clara

Clara, 23 anos, fora encaminhada pela equipe médica mais de um ano após a remissão de sua doença. O seu diagnóstico médico era de um linfoma de hodgkin.

Era casada e tinha um filho de cinco anos de idade que permaneceu aos cuidados da avó paterna desde que tinha um ano de idade. Este filho era de um relacionamento anterior ao seu casamento. Clara relata que foi mãe na adolescência e considerava que naquela época não tinha condições de cuidar da criança do ponto de vista financeiro. Apesar de seu filho estar com a avó, Clara fazia visitas regulares à criança. Morava em uma casa próxima à sua família de origem que era composta por seus pais e dois irmãos.

Clara não havia retomado quaisquer atividades como estudos ou trabalho após o término de seu tratamento. Ainda não havia concluído o ensino médio. Quando mencionava a questão de um possível trabalho, Clara justificava-se dizendo que não teria condições de trabalhar, pois precisava ir aos médicos com frequência. Negava-se a retomar tarefas cotidianas, apoiando-se na ajuda de seu marido que era muitos anos mais velho.

Clara apresentava certo medo e desconfiança sobre a possibilidade de retorno da doença. Apresentava algumas sequelas da quimioterapia, e lidava com estas sequelas como se fossem novas doenças ou até a permanência da mesma doença. Por vezes, Clara demonstrava tamanha atualidade em referência à doença em seu discurso, que era necessário certificar-me, pelos dados de prontuário médico se havia algum sinal de retorno da doença.

Relatava na maioria das sessões os momentos dentro do hospital, porém, apesar de relatá-los como momentos de sofrimento havia em seu discurso algo da ordem de um pesar, por não estar mais precisando dos cuidados no hospital. Falava com certa satisfação: "todo mundo me conhece lá naquele andar". Estava sempre buscando informações a respeito dos outros pacientes, que conheceu na época de seu adoecimento e também parecia sentir-se bem em saber que a sua médica sempre estava atenta à quaisquer reações que pudesse apresentar. Referia-se à mesma de forma bastante afetiva.

Queixava-se da sua família que já não mais a acompanhava nas consultas médicas, postura que a família já tinha antes de seu adoecimento, porém durante o tratamento mantiveram-se mais presentes nas internações de Clara.

Clara encontrava-se acima do peso, mas não demonstrava nenhum movimento no sentido de mudar esta situação, apesar de ter encaminhamento médico para o Serviço de Nutrição. Apesar de ter comparecido à consulta com a nutricionista, não seguia as recomendações médicas. Relatava que comia somente alimentos mais calóricos, especialmente chocolates.

Clara passou a queixar-se de seu casamento e após investir em outra relação amorosa, separou-se. Era grata ao ex-marido, pois ele sempre a acompanhava no período em que esteve doente e este homem aparecia em seu discurso como alguém que a protegia e de certa forma a mantinha cercada de cuidados por ter tido uma doença.

Com o decorrer do trabalho analítico Clara conseguiu dar-se conta de sua paralisia e das outras possibilidades que poderia ter em sua vida, além de ir várias vezes ao hospital. Passou a questionar-se pelo fato de ser muito jovem e estar com a vida estagnada em vários aspectos. Começou a cogitar a possibilidade de retomar seus estudos.

Após o novo investimento libidinal (namorado) deixou de vir às consultas na Psicologia, o que entendi como um sinal de que, naquele momento Clara já poderia seguir sem a necessidade de um acompanhamento, pois conseguira realizar novos investimentos e estava fazendo planos de uma vida conjunta com o novo namorado.

Após algum tempo sem vê-la, encontrei-a em uma das salas de espera do hospital e a mesma contou-me que estava trabalhando e também estava grávida. Neste momento enfatizou que estava fazendo acompanhamento com sua médica para garantir que não ocorreriam intercorrências em sua gravidez.

4. ARTICULAÇÃO TEÓRICO-CLÍNICA

Neste capítulo apresentamos os conceitos acima mencionados, não em sua profundidade histórica ao longo da obra psicanalítica, mas até o ponto em que eles nos permitem embasar a hipótese apresentada e fazer a articulação teórico-clínica na discussão dos casos clínicos que ilustram o problema que é objeto desta pesquisa. Retomando a hipótese, lembremos que a mesma diz respeito ao entendimento da problemática clínica a partir do paradigma conceitual do trauma em Psicanálise, enfatizando que trata-se do trauma após 1920, do que Freud pôde desenvolver a respeito das neuroses traumáticas. O modelo das neuroses traumáticas e a conceituação da pulsão de morte embasará o entendimento do problema clínico. Também será abordada a hipocondria na obra de Freud, uma vez que evidenciou-se nos pacientes atendidos certas manifestações corporais que pareciam indicar um aumento da percepção em suas sensações corporais. Será realizado um percurso pela questão do trauma na obra de Freud e posteriormente nos ateremos principalmente aos textos em que Freud desenvolve a segunda teoria pulsional e a segunda tópica. Este percurso nos permite também abordar os paradoxos envolvidos na remissão da doença.

4.1. A experiência do adoecimento

Nota-se que após a constatação da doença e a comunicação de um diagnóstico, ou seja, após a constatação da doença como acontecimento, inicia-se um processo psíquico que vai configurar, para cada um, a experiência singular do adoecimento.

Habitualmente, a experiência de adoecimento é marcada pela ideia de perda da integridade corporal, construída ao longo dos anos, desde as primeiras relações com o outro.

Nesse sentido, para entendermos a experiência do adoecimento, vale a pena retomar a diferença conceitual entre “organismo” e “corpo”, já tocada anteriormente. De acordo com Moretto (2006), "o que há é que, em Psicanálise, corpo não é organismo, e isto tem a ver com a própria constituição da subjetividade humana", ou, dito de outro modo, ainda acompanhando Moretto (2006), o processo de constituição da subjetividade humana equivale ao processo de constituição da corporeidade, portanto, como afirma Birman (2003, p.58-59), "é essa diferença entre os conceitos de corpo e organismo que nos permite afirmar a existência

de um corpo-sujeito, este constituído, em todas as suas dimensões, a partir da relação com a alteridade." (BIRMAN, 2003⁵ apud MORETTO, 2006, p. 117).

Fernandes (2006, p.45), ao abordar a questão da alteridade, afirma:

Então, pode-se afirmar que o outro é o polo investidor que vai transformar o corpo biológico em um corpo erógeno. Esse outro seria a condição para que o corpo se torne um corpo próprio, habitado pela linguagem. Isso equivale a dizer que é o investimento libidinal no corpo da criança, realizado por esse outro maternal, que, ao torná-lo erógeno, lhe permite o acesso à simbolização.

Transpondo esta questão do investimento libidinal para a situação analítica, Fernandes (2006) aponta que é o analista que à semelhança da alteridade materna poderá realizar o investimento, acolhimento e nomeação das sensações deste corpo, transformando-o em um corpo falado.

Moretto (2006, p.131) ao abordar a clínica com pacientes que têm doenças que surgem de maneira insidiosa, como as abordadas nesta pesquisa, afirma que a forma como as pessoas atravessam todo o processo de adoecimento está fundamentalmente relacionada com os aspectos de sua subjetividade e o peso de sua história.

Moretto (2006, p.132) enfatiza também que o momento da descoberta de uma doença é sempre um marco no tempo do sujeito, marcando um antes e um depois. É um momento caracterizado por perdas das referências do que se tinha anteriormente; a sensação é de estranhamento. Nos casos abordados pela autora, em sua grande maioria, não havia a percepção de que estavam doentes. Ainda segundo a autora esta não percepção nos traz importantes indagações, como por exemplo, se os sinais da doença já se encontravam presentes e o sujeito não pôde perceber. Assim, ao mencionar a "surpresa" que os pacientes portadores de doenças hepáticas apresentavam ao saber de seu diagnóstico, Moretto (2006, p.132) afirma que ao levarmos em consideração a relação que os sujeitos estabelecem com o próprio corpo, estamos diante da problemática da relação entre o sujeito, o corpo e o saber. Segundo Moretto (2006, p.136):

O fato é que essas descobertas obedecem a uma lógica subjetiva. Há um instante de poder ver, que nem sempre corresponde a um tempo de compreender o que está sendo visto. Outros pacientes ainda percebem, mas por uma impossibilidade de ordem subjetiva, recusam o que conseguem ver.

⁵ Birman, J. Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

Ainda conforme Moretto (2006), o estranhamento vivenciado pelo sujeito no momento de seu adoecimento nos aponta para uma exterioridade do sujeito em relação ao próprio corpo, na medida em que o que percebe no momento do adoecimento é diferente da percepção que tinha de seu corpo até então. Afirma Moretto (2006, p.137):

(...) neste corpo vivo há um saber, mas ao sujeito marcado pelo significante, esse saber não lhe é de todo acessível. É o saber do qual ele não sabe, é o saber Inconsciente, e por isso ele dirige sua questão para o Outro.

Moretto (2006) afirma também que observou nos casos que acompanhou que o sujeito buscará o saber a respeito de seu próprio corpo a partir do momento em que se dirige ao médico. A partir deste encontro com o médico, que representa o saber da ciência, o sujeito terá um nome para o que ocorre em seu corpo, o que segundo Moretto (2006, p.138), "(...) se por um lado, a nomeação contorna a angústia, por outro provoca a unidade imaginária a dispersar-se, levando o sujeito à desestabilização em suas identificações".

No momento do adoecimento, o corpo pede atenção, pede que todos os investimentos se voltem para ele; há portanto, o retraimento narcísico necessário e que foi abordado por Freud em 1914, em "Sobre o narcisismo: uma introdução" e também em outros momentos de sua obra.

Assim, no caso de nossos pacientes, no momento do adoecimento eles foram obrigados a voltarem-se para as questões de seu corpo, diferentemente do que ocorria antes do aparecimento da doença. É comum que a doença onco-hematológica tenha sido o primeiro momento em que o paciente frequentou médicos, que soube que os componentes de seu sangue tem nomes próprios como hemácias, plaquetas, leucócitos etc.

Fernandes (2002) dedicou-se a pesquisar a questão abordada acima, relativa à variabilidade da percepção em relação aos processos somáticos. Notou que alguns pacientes não apresentavam nenhuma percepção de um processo de doença que se iniciava e outros tinham uma percepção bastante apurada. No entender da autora, os sinais somáticos existem sempre, porém nem sempre são percebidos pelos sujeitos. "Esta é uma problemática que diz respeito ao processo de adoecimento: como os sinais de uma doença são percebidos pelo sujeito, permitindo que eles se transformem em sintomas?" (FERNANDES, 2002, p.178). Em resposta a esta questão a autora apresenta algumas hipóteses, como por exemplo, a visibilidade do sintoma. "A noção de percepção permite estender o sentido dessa visibilidade

à dor que, embora invisível, é sentida pelo paciente em seu corpo" (FERNANDES, 2002, p.179). Ainda segundo Fernandes (2002) há também os casos em que há um mal estar difuso que é percebido pelo sujeito.

Foi por meio da abordagem das relações entre o corpo e o inconsciente que a autora desenvolveu a questão referente à variabilidade da percepção dos sinais corporais. Baseando-se na noção de Freud, Fernandes (2002) afirma que nos sonhos a doença física incipiente pode ser detectada mais cedo do que na vigília e de que nos sonhos "todas as sensações costumeiras do corpo assumem proporções gigantescas" (FERNANDES, 2002, p.180).

Fernandes (2002), nos aponta, a partir de Freud que a amplificação das sensações corporais é de natureza hipocondríaca, dependendo da retirada de todos os investimentos psíquicos do mundo externo para o ego, o que acontece durante o sono. "O estado de sono, e certamente o sonho, são aqui os instrumentos de uma abordagem que me pareceu permitir uma compreensão metapsicológica do modo de relação do inconsciente com o corpo" (FERNANDES, 2002, p. 180).

A autora ao abordar a questão da variabilidade dos sinais somáticos, nos aponta para o fenômeno observado na clínica, em que alguns pacientes apresentavam uma "recusa da realidade dos sinais somáticos" (p.181). Segundo Fernandes (2002, p.182):

(...) suponho que, em alguns pacientes, a recusa da realidade abrigaria um fantasma de indestrutibilidade do corpo, como se o sujeito se recusasse a ver-se como vulnerável. Neste sentido, o sentimento de onipotência e a recusa da realidade parecem manter entre si relações estreitas, combinando-se às vezes com um ideal de ego bastante poderoso que leva o indivíduo a tentar manter-se na ilusão de um corpo inatingível e de uma saúde perfeita.

Fernandes (2002) ainda propõe neste texto a questão do fenômeno do "silêncio dos órgãos", diferenciando-o da recusa descrita acima. "No *silêncio dos órgãos*, o corpo é colocado em silêncio, não faz nenhum barulho, não fala; na recusa da realidade, o corpo "fala", mas não é escutado, testemunhando, assim, uma espécie de surdez em relação aos sinais que se mostram." (FERNANDES, 2002, p.183).

Todas as colocações abordadas acima a propósito da variabilidade da percepção dos sinais somáticos são bastante importantes para o objetivo desta pesquisa, uma vez que abordamos justamente casos de pacientes, cujas doenças, apesar de vivenciadas como repentinas, apresentam alguns sinais para algumas pessoas. E, desta forma nos questionamos a respeito da questão da percepção.

4.2. O adoecimento enquanto experiência traumática

No caso dos pacientes aos quais nos referimos neste estudo, trata-se de pessoas cujo adoecimento pode ter consequências bastante graves e frequentemente levam à morte. As doenças onco-hematológicas são caracterizadas como tipos de câncer que atingem a medula óssea, tais como as leucemias e também os diversos tipos de linfomas.

A maioria destas doenças surgem de forma insidiosa, tendo sintomas parecidos com doenças menos graves, o que pode mascarar o diagnóstico em um primeiro momento. Muitas vezes a procura por ajuda médica se dá somente quando a doença apresenta os sintomas de forma mais intensa, o que é vivido pelo paciente como um adoecimento abrupto, especialmente nas formas agudas das doenças.

Os relatos sobre a descoberta da doença sempre convergem para uma espécie de “susto”, de um adoecimento que aconteceu “de um dia para o outro”. Esta questão do abrupto, do susto, do choque reitera a questão do traumático nestes casos que foram relatados.

Na experiência com os pacientes abordados há uma questão recorrente que é o perguntar-se por que foi o "escolhido" para ter determinada doença. Em resposta a esta questão surgem as mais variadas hipóteses, que embora sejam absolutamente singulares, o que aparece em comum são explicações de cunho religioso ou certa culpabilidade, do tipo "não me cuidava", ou ao contrário, " sempre me cuidei tanto, não fumava, nem bebia." Os pacientes buscam uma explicação para a novidade que a doença instaura em suas vidas; trata-se de uma novidade que tem várias facetas: sentir-se vulnerável, ter pensamentos recorrentes sobre a morte, vivenciar as incertezas de um tratamento até então desconhecido, sentir-se absolutamente a mercê de uma equipe médica que nem sempre lhes fornece as informações no tempo possível de entendimento. Todas estas facetas podem nos apontar para a hipótese do adoecimento como um acontecimento que, dependendo de como for vivenciado pelo sujeito pode se constituir em uma experiência com valor de trauma por vários aspectos, dentre eles, o fator surpresa, a perda da integridade física, mesmo que momentaneamente, as mudanças no plano estético, entre outras.

Todas as questões apontadas acima dizem respeito ao momento do adoecimento, momento que têm sido observado retrospectivamente nos sujeitos desta pesquisa, ou seja, quando não apresentam mais a doença. O adoecimento exige certa adaptação do sujeito à

novidade instaurada pela doença, o que requer um grande dispêndio de energia psíquica; será que as marcas deixadas por este processo podem ser tão intensas para alguns sujeitos, que torna-se impossível o voltar-se a sentir-se saudável?

Os efeitos psíquicos de tal experiência revelam-se como vivências de um excesso, que apontam para uma impossibilidade de representação psíquica. Pode-se inferir que não só o diagnóstico de uma doença grave pode ter o efeito de trauma, mas também os tratamentos extremamente debilitantes e as modificações corporais.

Fernandes (2003, p.86), ao trabalhar a questão do corpo em Psicanálise, afirma:

Se em Freud a relação entre corpo e identidade foi colocada em evidência, como já mencionado, a partir do momento em que ele introduziu o narcisismo, quando ele diz que o ego é corporal, o caracteriza também como narcísico. Apenas o registro do narcisismo pode sustentar a unidade ideal do sujeito, identificando o corpo ao si mesmo. De fato, com introdução do narcisismo, Freud estabelece o investimento libidinal do ego na mesma série que os investimentos do objeto, e acentua a natureza libidinal da pulsão de autoconservação.

Articulando esta citação com a questão desta pesquisa, podemos inferir que uma doença somática grave pode ter inúmeros efeitos sobre o corpo, não só como organismo, mas o corpo que é chamado por Fernandes (2003) de corpo psicanalítico, que se constrói a partir do cenário fantasmático de cada pessoa. Esta será uma questão relevante para o prosseguimento desta pesquisa, pois uma doença somática grave pode ter efeito de trauma por incidir justamente sobre este corpo, narcísico, representando um ataque à instância egoica.

Fernandes (2003, p.102) ao mencionar o caso relatado por Freud em “Análise terminável e Interminável” (1937), em que a paciente que havia se curado de uma patologia histórica adoeceu novamente psiquicamente após a retirada de um mioma, afirma:

Nesta época, Freud concede um lugar importante ao trauma, acrescentando que, sem o novo trauma, a nova manifestação psicopatológica não teria acontecido. Nesse caso, é legítimo supor que o novo trauma ao qual se refere Freud seja a eclosão do mioma e a consequente retirada do útero, um acontecimento que toca o real do corpo da paciente. Vemos aqui a importância que Freud concede à manifestação somática e suas consequências como potencialidade traumática que atinge a economia psíquica do sujeito.

Neste trecho temos uma afirmação sobre a possibilidade do efeito traumático de uma doença orgânica, no momento de seu surgimento e toda a modificação provocada pela doença em termos da distribuição da libido, o que será discutido ao longo deste trabalho.

4.3. O conceito de trauma em Psicanálise

Para podermos avançar em nosso entendimento da hipótese relativa à doença orgânica como algo que teve o efeito de trauma na vida dos sujeitos acometidos, efeito observado no *a posteriori*, após remissão da doença, teremos que nos remeter ao conceito de trauma em Psicanálise, especialmente na obra de Freud e de seus comentadores. Para tal, percorreremos desde as primeiras publicações psicanalíticas em que Freud abordou o trauma como algo fundamental na etiologia da histeria até a retomada da questão do traumático a partir de 1920, com o texto "Além do princípio de prazer", e também as relações entre trauma e angústia propostas em 1926. Para o nosso propósito buscaremos dar ênfase à teorização de Freud sobre as neuroses traumáticas.

A hipótese da doença física enquanto traumática surge em alguns momentos na obra de Freud, especialmente nos textos mais tardios, após a formulação do segundo dualismo pulsional, em que temos a questão do trauma voltando a ser abordada em sua acepção econômica. Será este momento do percurso de Freud (após 1920) sobre o trauma que será mais enfatizado para a investigação de nossa hipótese que busca entender o problema clínico nos moldes do que Freud constatou nos quadros das Neuroses Traumáticas.

Segundo Laplanche e Pontalis (1992), a Psicanálise retomou o termo "trauma" que tem origem grega e significa uma *ferida com efração*. Ainda segundo estes autores a Psicanálise transpôs para o plano psíquico as três significações dos termos "trauma" e "traumatismo" que já eram utilizados pela medicina, porém em Freud encontramos apenas *trauma*. As três significações são: a de um choque violento, a de uma efração e a de consequências sobre o conjunto da organização.

A definição abordada acima nos parece importante para pensarmos na doença orgânica enquanto aquilo que tem valor de trauma, pois a escuta dos sujeitos atendidos nos apontavam justamente para estas significações; é especialmente interessante pensarmos na questão das consequências sobre o conjunto da organização, pois nos sujeitos atendidos houve de certa forma a questão do "choque", advindo do saber-se portador de uma doença, e as repercussões deste choque na economia psíquica destes sujeitos.

Para Freud (1893/1899), o conceito de trauma constitui-se como um elemento de grande importância nos primeiros escritos psicanalíticos, devido ao seu papel central na etiologia das neuroses, especialmente da histeria.

Em seus primeiros escritos, Freud (1893/1899) postulou que um acontecimento real, de cunho sexual vivido na infância teria o efeito de trauma. Posteriormente, houve uma reformulação do traumático que passou a ser compreendido em dois tempos: o efeito traumático viria em um segundo momento, na puberdade, quando a cena aparentemente inofensiva, traria algum traço associativo com a primeira cena; a lembrança que vem a tona rompe as defesas do ego, propiciando o aparecimento do sintoma. O traumático estaria na articulação destes dois tempos, sendo que o segundo tempo ressignifica o primeiro. “ (...) não são as experiências em si que agem de modo traumático, mas antes sua revivescência como *lembrança* depois que o sujeito ingressa na maturidade sexual.” (Freud /1896; p.165).

Neste ponto são importantes algumas observações feitas por Rudge (2009) sobre a noção do *a posteriori* na obra de Freud. Assim, retomando esta noção, Rudge (2009) salienta o uso por Freud, já nos textos de 1895 da noção de *Nachträglich*, que significava o movimento pelo qual a memória de sedução, que não adquiria valor traumático no momento do acontecimento, se tornava traumática após a puberdade. Para que ocorresse esta ressignificação haveria a necessidade de que houvesse um fato atual que estabelecesse relações associativas com a cena inicial.

Segundo Rudge (2009, p.20):

O pressuposto dessa hipótese inicial era que a maturação, fator de ordem biológica, se encarregaria de introduzir a sexualidade na vida do púbere; só então a memória poderia ser dotada de uma significação sexual, antes inexistente, e assim promover o desejo sexual. Esse pressuposto foi rapidamente destronado com a descoberta da sexualidade infantil, mas a noção de *Nachträglichkeit* (eficácia "só depois" ou a posteriori") conservou sua importância na teoria psicanalítica .

Rudge (2009) enfatiza a importância da temporalidade *a posteriori* na obra de Freud como uma noção nunca abandonada.

No contexto da presente pesquisa esta é uma noção importante porque ao abordarmos o que se observou justamente no momento da cura, estamos tratando deste *a posteriori*, momento propiciador para a ressignificação do acontecimento passado que foi a doença orgânica.

Neste sentido, podemos pensar, seguindo o paradigma do trauma em Psicanálise, que será somente após a remissão da doença que poderemos ter acesso ao que pode ter sido traumático para cada sujeito. No momento do adoecimento, o sujeito está voltado para as

questões relativas ao seu corpo doente, impedido pelo excesso que a doença representa naquele momento. Está ocupado com a sobrevivência física, e concomitantemente temos um processo psíquico que busca meios de lidar com estes excessos, que muitas vezes não encontram vias de escoamento pela palavra, mas podem ser percebidos por novos adoecimentos ou mesmo através de atos.

Dando continuidade ao percurso do trauma em Freud:

Em “Comunicação Preliminar” (1893), Freud faz uma analogia entre a patogênese da histeria comum e das neuroses traumáticas, enfatizando que nas neuroses traumáticas o que se configura como a causa da doença não é o dano físico, mas o afeto de susto, que ele nomeia de “trauma psíquico”. Freud enfatiza neste momento que as causas desencadeadoras da histeria também poderiam ser descritas como traumas psíquicos. Nas palavras de Freud (1893, p.42):

Qualquer experiência que possa evocar efeitos aflitivos – tais como o de susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma desta natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada.

Nota-se na citação acima a questão do trauma psíquico abordado por Freud como algo absolutamente particular, que depende da suscetibilidade de cada pessoa e o autor atribui, não ao acontecimento, mas aos efeitos do mesmo no psiquismo dos sujeitos o caráter traumático. Desta forma, estes efeitos são entendidos como possibilidades de que a repercussão no psiquismo possa ser considerada traumática. Tendo por base esta noção de trauma psíquico, podemos pensar que uma doença orgânica insidiosa será traumática, a depender de como os efeitos da mesma repercute no psiquismo dos sujeitos acometidos. Nos sujeitos atendidos e que suscitaram as questões para a pesquisa parece-nos que temos uma permanência destes efeitos, o que nos permite relacionar o fenômeno observado com a conceituação do trauma, e questionar se podemos entender as manifestações observadas nestes pacientes nos moldes da explicação de Freud para as neuroses traumáticas.

Knoblock (1998) ao citar o texto "Comunicação Preliminar"(1893) afirma que a expressão neurose traumática era usada para designar um grupo de distúrbios psíquicos que surgia após um período de latência mais ou menos longo, depois de um choque afetivo muito intenso.

Ao abordar a temporalidade em relação ao trauma, Freud (1893) afirma que “os histéricos sofrem principalmente de reminiscências” (p.43). Ele estava mencionando nesta

época a importância de que o afeto relacionado a uma lembrança seja ab-reagido, para que o acontecimento, que teve um efeito traumático perca de alguma maneira a sua força como potencialmente propiciador do sintoma neurótico. Freud aponta para a importância da linguagem como um meio para se chegar a esta ab-reação. Ele enfatiza o caráter benéfico da fala para que um fato não preserve sua tonalidade afetiva do início. Freud aborda as condições em que uma reação a um trauma psíquico não se torna possível. A primeira refere-se à natureza do trauma (como a morte de um ente querido, por exemplo, em que não há reação possível); para citar esta condição, Freud aborda (segundo nota do editor) pela primeira vez o “recalcamento”, mencionando os casos em que há um esquecimento do acontecimento. A outra condição não diz respeito ao conteúdo das lembranças, mas está relacionada às condições psíquicas que não propiciam a reação; cita estados de alteração de consciência já presentes ou causados pelo próprio trauma. Nas palavras de Freud (1893, p.47):

Ambos os grupos de condições, porém, possuem em comum o fato de que os traumas psíquicos que não foram eliminados pela reação também não podem sê-lo pela elaboração por meio da associação. No primeiro grupo, o paciente está decidido a esquecer as experiências aflitivas e, por conseguinte, as exclui tanto quanto possível da associação; já no segundo grupo, a elaboração associativa deixa de ocorrer porque não existe nenhuma vinculação associativa abrangente entre o estado normal da consciência e os estados patológicos em que as representações surgiram.

Freud dá ênfase novamente no final deste texto à importância da fala como propiciadora da ab-reação do afeto.

Os pacientes aos quais nos referimos não tiveram possibilidades de reação frente ao adoecimento, uma vez que os relatos convergem para internações súbitas, impossibilidade de sequer pensarem a respeito do que lhes ocorria naquele momento. Segundo relatos dos próprios pacientes, eles não foram acompanhados por psicólogos no momento da notícia da doença, não tendo sido dada aos mesmos a oportunidade de terem uma escuta diferenciada para o sofrimento psíquico daquele momento. Temos que considerar que se há uma escuta neste momento inicial do tratamento médico, os pacientes possuem mais possibilidades de elaboração psíquica das vicissitudes que um adoecimento brusco significava em suas vidas naqueles momentos. Notou-se que os pacientes tinham uma atitude de isolamento no momento da notícia do adoecimento, não buscando nem mesmo a escuta dos familiares. Especialmente no caso de José houve um esforço para tentar seguir a sua rotina no dia em que recebeu o diagnóstico, negando-se a internar-se. Desta forma, uma hipótese a ser considerada é a de que se tivesse sido possível esta escuta, as repercussões psíquicas poderiam ter sido

diferentes e a cura somática poderia estar mais próxima de uma correspondência no plano psíquico, no sentido de viverem conforme a nova condição, de quem sobreviveu a uma doença grave. Trata-se apenas de uma suposição, pois permanecerá soberana no entendimento das questões observadas a vivência do adoecimento para cada sujeito.

Ainda em “Comunicação Preliminar” (1893), Freud aborda a questão do trauma por adição, em que vários traumas parciais formariam um grupo de causas desencadeadoras da histeria comum (que diferencia da histeria traumática) e o que faz estes traumas parciais formarem um conjunto é o fato de fazerem parte de uma mesma história de sofrimento.

Para situar historicamente o percurso de Freud em relação ao trauma é importante citarmos um momento de suma importância em sua teoria, momento este em que passou a relativizar a importância da sedução como um acontecimento real, após constatar que o relato de sedução que escutava das pacientes histéricas poderia ser fruto de fantasias; passa-se então a considerar o conflito psíquico inconsciente como a principal causa da histeria. O trauma enquanto acontecimento real, responsável pela sintomatologia histérica perde a importância. Em uma famosa carta a Fliess, de 21/09/1897, Freud escreve que já não acreditava mais em suas neuróticas, abandonando, portanto o fator real como responsável pelo aspecto traumático. Em uma nota de rodapé acrescentada em 1924 ao texto “A Etiologia Específica da Histeria” (1896), Freud salienta a distinção entre fantasia e experiências reais, ressaltando que na época do texto ainda não distinguia as fantasias dos pacientes sobre a infância e suas experiências reais.

Knoblock (1996, p.39) ao discorrer sobre o trauma na obra de Freud afirma:

A primazia dada à fantasia deslocou a importância da realidade. Aqui a extensão da teoria traumática fica limitada, justamente por não se dar mais a mesma importância à realidade efetiva, mas antes às explicações advindas do conflito inconsciente.

Esta famosa "virada" na obra de Freud foi importante para o desenvolvimento de toda a teoria psicanalítica posterior. Partindo da relação entre trauma e fantasia, o fator interno passa a ser enfatizado como responsável pela vivência traumática. Há uma substituição da realidade objetiva, da cena de sedução traumática pela realidade psíquica.

Dando continuidade ao percurso a respeito do trauma para a Psicanálise abordamos a seguir alguns momentos em que Freud trata de questões pertinentes para o nosso entendimento da doença orgânica como algo cuja repercussão psíquica não é findada com a cura somática, mas pode ser justamente o momento no qual pode ser mais observada.

Na Conferência "Fixação em traumas: o inconsciente", Freud (1917a [1916-1917]) retoma dois exemplos de pacientes neuróticas citados em outra conferência para ilustrar como cada uma delas demonstrava através dos sintomas uma fixação em um momento anterior, evidenciando o caráter traumático. Freud enfatiza nesta conferência o sentido econômico do traumático. Segundo Freud (1917a [1916-1917], p.325):

É como se estes pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se ainda estivessem enfrentando-a como tarefa imediata ainda não executada; e levamos muito a sério esta impressão. Mostra-nos o caminho daquilo que podemos denominar o aspecto econômico dos processos mentais. Realmente, o termo traumático não tem outro sentido senão o sentido econômico.

Pode-se observar nas colocações acima que Freud abordou esta questão da atualidade do trauma nesta conferência. O aspecto econômico era enfatizado neste momento.

Após este percurso pela conceituação do trauma nos primeiros escritos de Freud, e antes de apresentarmos o conceito de trauma após 1920, com a formulação do segundo dualismo pulsional, consideramos importante um breve percurso pelo conceito de pulsão em Freud, que é de fundamental importância para todos os conceitos apresentados nesta articulação teórico-clínica, desde as neuroses traumáticas, incluindo a hipocondria, o ganho secundário, os paradoxos da cura e também o trabalho do luto e da elaboração.

4.4. Sobre as Pulsões

Tendo em vista que o viés do trauma a ser trabalhado nesta pesquisa refere-se principalmente ao que Freud desenvolveu a partir de 1920, com a abordagem das neuroses traumáticas, faz-se necessário um breve percurso pela metapsicologia freudiana, que culminou no desenvolvimento de "Além do princípio de Prazer" (1920), parte da obra de Freud que tem bastante importância para a abordagem das questões clínicas que mobilizaram a pesquisa. Desta forma, para darmos continuidade à articulação teórico-clínica, e antes de nos atermos às neuroses traumáticas é importante ressaltarmos alguns pontos referentes à metapsicologia freudiana no que diz respeito à teoria da libido e ao percurso percorrido por Freud até o segundo dualismo pulsional. As observações seguintes são importantes na medida em que, como já apontado anteriormente, observou-se nos pacientes atendidos a dificuldade de realizar novos investimentos libidinais.

Iniciamos este breve percurso com algumas observações feitas por Khel (2011) na apresentação de uma das mais recentes traduções de Luto e Melancolia (1917 [1915]) para o português. Assim, ao abordar o percurso de Freud, Khel (2011, p.14/15) destaca:

Estamos diante de um percurso de pensamento que hoje nos parece ter sido destinado a desaguar, em 1920, na importante revisão da teoria pulsional expressa em *Além do princípio do prazer*, em que a antiga oposição entre pulsões do ego e pulsões sexuais foi substituída pelo conflito - mas também por variadas soluções combinatórias - entre pulsões de vida e pulsão de morte. A partir deste ponto, tornou-se impossível refletir sobre psicopatologia sem levar em consideração o trabalho da pulsão de morte que já estava em gestação desde a teoria da melancolia.

O primeiro trabalho de Freud que abordaremos neste percurso é "Sobre o narcisismo: uma introdução" (1914a) para fazermos alguns apontamentos sobre a extensão da teoria da libido já iniciada por Freud em 1905, com *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

Freud (1914a, p.94) afirma:

O valor dos conceitos "libido do ego" e "libido do objeto" reside no fato de que se originam do estudo das características íntimas dos processos neuróticos e psicóticos. A diferenciação da libido numa espécie que é adequada ao ego e numa outra que está ligada a objetos, é o corolário inevitável de uma hipótese original que estabelecia distinção entre os instintos sexuais e os instintos do ego. Seja como for, a análise das neuroses de transferência (neurose de histeria e obsessiva) compeliu-me a fazer esta distinção, e sei apenas que todas as tentativas para explicar esses fenômenos por outros meios foram inteiramente infrutíferas.

Freud (1914a) dá continuidade ao seu estudo do narcisismo, por meio da abordagem da doença orgânica, da hipocondria e da vida erótica. Desta forma, devemos salientar a importância que o desenvolvimento sobre o narcisismo em Freud tem para os capítulos subsequentes, especialmente o capítulo referente à hipocondria. Freud inicia a abordagem sobre a distribuição da libido, afirmando a semelhança entre doença orgânica, o sono e a hipocondria, sendo que nas três condições ocorre uma alteração nesta distribuição, que é resultante de uma alteração no ego. Freud segue abordando a erogenicidade do corpo, retomando a questão das zonas erógenas que já fazia parte das ideias contidas no texto de 1905.

Assim, segundo Freud (1914a, p.100):

Podemos decidir considerar a erogenicidade como uma característica geral de todos os órgãos e, então, podemos falar de um aumento ou diminuição dela numa parte

específica do corpo. Para cada uma das modificações na erogenicidade dos órgãos poderia, então, verificar-se uma modificação paralela da catexia libidinal no ego.

Freud (1914a, p.100/101) desenvolve a questão do represamento da libido no ego e o desprazer concomitante. Ao questionar por que este represamento é desprazeroso, Freud dá a explicação do aumento da tensão como o que provoca este desprazer, porém já anuncia o que irá desenvolver em 1915, com "A pulsão e seus destinos":

Aqui podemos até mesmo aventurar-nos a abordar a questão de saber o que torna absolutamente necessário para a nossa vida mental ultrapassar os limites do narcisismo e ligar as libidos aos objetos. A resposta decorrente de nossa linha de raciocínio mais uma vez seria a de que essa necessidade surge quando a catexia do ego com a libido excede certa quantidade.

Acompanhando Freud (1914a) destacamos mais uma parte deste trabalho que é de suma importância para o tema desta pesquisa. Freud (1914a) destaca a questão da libido do ego nos adultos após o processo de recalque. Assim, introduz a questão do ego ideal e afirma (FREUD, 1914a, p.111):

O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal.

Este ponto foi destacado pelo fato de conter ideias que serão bastante importantes no entendimento do problema clínico observado, na medida que uma doença orgânica pode, justamente ter o efeito de um acontecimento traumático por incidir neste ideal de perfeição, construído ao longo dos anos.

Freud (1914a) já menciona neste texto alguns pontos que irá desenvolver mais tarde em sua obra, no que se refere à segunda tópica e à sublimação. Estes pontos serão abordados mais adiante neste trabalho, especialmente em relação ao que está no "Eu e o Id" (1923).

Dando início ao percurso pela teoria das pulsões apresentada em 1915, podemos enfatizar primeiramente que, como nos aponta Volich (2010), Freud ao formular o conceito de pulsão destacou o seu valor energético, vinculado às excitações do organismo. "Verdadeira força motriz do comportamento humano, a pulsão distingue-se do instinto por sua natureza e sua plasticidade quanto aos seus modos de expressão e objetos de satisfação" (VOLICH, 2010, p. 95).

Freud (1915) define pulsão como força que vem de dentro do organismo e imprime um impacto constante, sem a possibilidade de fuga, como pode acontecer a partir de um estímulo que vem de fora. " (...) O melhor termo para caracterizar um estímulo instintual seria *necessidade*. O que elimina uma necessidade é a satisfação. Isso pode ser alcançado apenas por uma alteração apropriada (adequada) da fonte interna de estimulação." (FREUD, 1915, p.139)

Freud (1915) logo após apresentar as características da pulsão, afirma a propósito do princípio de constância:

(...) o sistema nervoso é um aparelho que tem por função livrar-se dos estímulos que lhe chegam, ou reduzi-los ao nível mais baixo possível: ou que, caso isso fosse viável, se manteria numa condição inteiramente não estimulada. Não façamos objeção por enquanto à indefinição dessa ideia e atribuamos ao sistema nervoso a tarefa - falando em termos gerais - *de dominar estímulos*.

É importante salientar, conforme nota do editor contida neste texto que Freud irá apresentar novamente o princípio de constância no "Além do princípio de prazer" (1920), adotando para o mesmo princípio o nome "princípio do Nirvana".

Outro trecho bastante importante na mesma obra é aquele em que Freud (1915, p.141) aborda o princípio do prazer:

Quando ainda verificamos que até mesmo a atividade do aparelho mental mais desenvolvido está sujeita ao princípio de prazer, isto é, que ela é automaticamente regulada por sentimentos pertencentes à série prazer-desprazer, quase não podemos rejeitar a hipótese ulterior, segundo a qual esses sentimentos refletem a maneira pela qual o processo de dominação de estímulos se verifica - certamente no sentido de que os sentimentos desagradáveis estão ligados a um aumento e os sentimentos agradáveis a uma diminuição no estímulo.

A seguir, retomamos um dos trechos deste texto mais importantes para este trabalho de pesquisa. É o ponto em que Freud define pulsão como o conceito limite, a fronteira entre o mental e o somático. " (...) como o representante psíquico dos estímulos que se originam

dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalharem consequência de sua ligação com o corpo" (FREUD, 1915, p. 142).

Segundo Volich (2010) Freud sempre destacou a importância do aparelho psíquico como um elemento de proteção tanto das excitações que vem de dentro quanto de fora do organismo. (...) " as representações são verdadeiros catalizadores e elementos de ligação possíveis para as excitações que circulam no organismo. É por meio da representação que a pulsão pode inscrever-se no aparelho psíquico ". (VOLICH, 2010, p.97).

Seguindo nosso percurso pelo texto de 1915, somente apontemos que Freud apresentou os termos *pressão, finalidade, objeto e fonte* como o que caracteriza a pulsão.

Para o propósito deste trabalho nos ateremos ao objeto da pulsão, que será abordado nos capítulos subsequentes, ao abordarmos a hipocondria, por exemplo.

Nas palavras de Freud (1915, p. 143):

O objeto de um instinto é a coisa em relação à qual ou através da qual o instinto é capaz de atingir sua finalidade. É o que há de mais variável num instinto e, originalmente, não está ligado a ele, só lhe sendo destinado por ser peculiarmente adequado a tornar possível a satisfação. O objeto não é necessariamente algo estranho: poderá igualmente ser uma parte do próprio corpo do indivíduo. Pode ser modificado quantas vezes for necessário no decorrer das vicissitudes que o instinto sofre durante sua existência, sendo que esse deslocamento do instinto desempenha papéis altamente importantes.

A respeito da fonte de uma pulsão Freud entende como algo que está fora do âmbito da psicologia, podendo ser inferido somente por meio de sua finalidade.

Freud (1915) retoma neste texto a distinção entre "pulsões do ego e as pulsões sexuais". O autor adverte que esta classificação pode não ser definitiva, mas lhe parecia adequada naquele momento. Convém lembrarmos, conforme nota do editor inglês (STRACHEY, p.43), que foi no artigo "As perturbações psicogênicas da visão" (FREUD, 1910) que Freud introduziu a expressão "instintos do ego", identificando-os com os instintos autopreservativos por um lado e com a função repressiva por outro. " (...) A partir dessa época o conflito foi regularmente representado como estando entre os dois conjuntos de instintos - os instintos libidinais e os instintos do ego " (STRACHEY, p. 133).

A seguir, destacamos parte de uma síntese apresentada por Freud (1915, p.147) a propósito das pulsões sexuais:

Logo que surgem estão ligados aos instintos de autopreservação, dos quais só gradativamente se separam; também na sua escolha objetal, seguem os caminhos

indicados pelos instintos do ego. Parte deles permanece associada aos instintos do ego pela vida inteira, fornecendo-lhes componentes libidinais, que, no funcionamento normal, escapam à observação com facilidade, só sendo revelados de maneira clara no início da doença. Distinguem-se por possuírem em ampla medida a capacidade de agir vicariamente uns pelos outros, e por serem capazes de mudar prontamente de objetos. Em consequência dessas últimas propriedades são capazes de funções que se acham muito distantes de suas ações intencionais originais - isto é, capazes de sublimação.

A partir desta síntese, Freud (1915) apresenta as vicissitudes ou destino pelos quais passam as pulsões sexuais ao longo da vida. Assim, apresenta quatro destas vicissitudes, que são: reversão em seu oposto, retorno em direção ao próprio eu do indivíduo, repressão e sublimação. Freud destaca neste texto somente os dois primeiros, reservando para a Repressão um artigo separado e alerta que não iria tratar da sublimação neste texto.

Na reversão ao seu oposto, Freud menciona dois pares de opostos: sadismo/masochismo e exibicionismo/escopofilia. Assim, segundo Freud (1915, p.148):

O retorno de um instinto em direção ao próprio eu (self) do indivíduo se torna plausível pela reflexão de que o masochismo é, na realidade, o sadismo que retorna em direção ao próprio ego do indivíduo, e de que o exibicionismo abrange o olhar para o seu próprio corpo. A observação analítica, realmente, não nos deixa, duvidar de que o masochista partilha da fruição de assalto a que é submetido, e de que o exibicionista partilha da fruição de [a visão de] sua exibição. A essência do processo, é assim, a mudança do objeto, ao passo que a finalidade permanece inalterada. Não podemos deixar de observar, contudo, que, nesses exemplos, o retorno em direção ao eu do indivíduo e a transformação da atividade em passividade convergem ou coincidem.

Em resumo, sobre a reversão neste par de opostos, Freud postula que sendo o sadismo o exercício de violência ou poder sobre uma outra pessoa, o que ocorre nesta vicissitude da pulsão é o abandono do objeto e a substituição pelo eu do indivíduo. Segundo Freud " (...) com o retorno em direção ao eu efetua-se também a mudança de uma finalidade instintual passiva para uma ativa. " (FREUD, 1915, p.148)

Não nos ateremos a longas descrições desta vicissitude, uma vez que nos capítulos seguintes abordaremos o masochismo naquilo que nos é importante para a pesquisa, principalmente no que Freud desenvolveu em "O problema econômico do Masochismo", em 1924.

Sobre o outro par de opostos (escopofilia e exibicionismo), Freud (1915, p.151) aponta que sua investigação é bem mais simples, e descreve que neste caso são postuladas as mesmas fases descritas para o outro par de opostos, mas descreve uma diferença:

Para o início de sua atividade o instinto escopofílico é auto-erótico; ele possui na realidade um objeto, mas esse objeto é parte do próprio corpo do sujeito. Só mais tarde é que o instinto é levado, por um processo de comparação, a trocar este objeto por uma parte análoga do corpo de outrem.

A diferença em relação ao sadismo é que desde o começo ele é dirigido para um objeto estranho.

Freud ainda apresenta neste texto a questão da ambivalência de sentimentos, enfatizando a transformação do amor em ódio. " (...) Visto ser particularmente comum encontrar ambos dirigidos simultaneamente para o mesmo objeto, sua coexistência oferece o exemplo mais importante de ambivalência de sentimento. " (FREUD, 1915, p. 154).

Freud (1915) afirma ao mencionar os vários opostos do amar que "a nossa vida mental como um todo se rege por três polaridades, as antíteses Sujeito/Objeto; Prazer/Desprazer e Ativo/Passivo" (p.155). Segundo Freud (1915, p.156):

As três polaridades da mente estão ligadas umas às outras de várias maneiras altamente significativas. Existe uma situação psíquica primordial na qual duas delas coincidem. Originalmente, no começo da vida mental, o ego é catexizado com os instintos, sendo, até certo ponto capaz de satisfazê-los em si mesmo. Denominamos essa condição de "narcisismo" e essa forma de obter satisfação de auto-erótica". Nesta ocasião o mundo externo não é catexizado com interesse (num sentido geral), sendo indiferente aos propósitos de satisfação.

A partir deste ponto no texto, Freud apresenta os vários momentos da relação ego e mundo externo, apontando para o momento em que o ego se desenvolve sob o domínio do princípio de prazer. "Na medida em que os objetos que lhe são apresentados constituem fontes de prazer, ele os toma para si próprio, os introjeta" (FREUD, 1915, p.158).

Assim Freud enfatiza como o ego passa a se relacionar com o objeto, como objeto de satisfação, que gera no ego a ânsia por ir em busca deste objeto. Freud coincide a busca pelo objeto que traz prazer com o *amar*, e repulsa a este objeto com o *odiar*.

Temos ainda desenvolvimentos importantes neste texto, porém para o propósito da pesquisa somente faremos mais algumas breves observações sobre a passagem deste texto de 1915 para a formulação por Freud, em 1920, do segundo dualismo pulsional. Passaram a chamar a atenção de Freud na clínica aquelas experiências que se repetiam, mas que não estavam sob o domínio do princípio do prazer.

Assim, foi a partir dos fenômenos de compulsão à repetição (que apresentaremos mais adiante), que Freud passou a postular o novo dualismo pulsional: pulsão de vida - pulsões de morte.

Conforme nos aponta Volich (2010, p.100) a propósito da elaboração do segundo dualismo pulsional:

(...) em sua reformulação do modelo pulsional, Freud foi conduzido a derivar uma nova dimensão do par pulsões de autoconservação - pulsões sexuais, destacado entre 1905 e 1915. Ele passa a reconhecer no âmbito do primeiro grupo de pulsões, do ego, uma tendência conservadora, regressiva e desintegradora, que buscaria a restauração de um estado anterior, não dotado de vida, caracterizando a *pulsão de morte*. Por sua vez, as pulsões sexuais também reproduziriam estados primitivos do ser vivo, mas por meio de sua tendência à fusão (primitivamente celular), à ligação, e à integração tenderiam à manutenção e à reprodução da vida, caracterizando a *pulsão de vida*.

A partir desta citação de Volich (2010), temos assinalada a passagem feita por Freud para o segundo dualismo pulsional. Será em "Além do princípio de prazer" (1920) que teremos o desenvolvimento deste novo dualismo, e a explicitação por Freud do que caracteriza a pulsão de morte. No contexto desta pesquisa, apresentaremos o texto de 1920 principalmente no próximo capítulo, a propósito da conceituação das neuroses traumáticas.

Antes de iniciarmos o próximo capítulo, e ainda no que se refere à teoria das pulsões, nos ateremos também brevemente ao texto "O Eu e o Id" (1923). A propósito do momento em que este texto se situa em sua obra, Freud (1923) afirma "Neste trabalho darei continuidade a reflexões iniciadas em Além do princípio de prazer (1920)". O ponto deste texto a ser destacado neste capítulo em que abordamos a teoria das pulsões é aquele no qual Freud apresenta a questão da des fusão pulsional, o que será importante para o entendimento do problema clínico estudado.

Freud (1923) afirma que pulsão de vida e pulsão de morte estão entrelaçadas, porém aponta para a possibilidade de des fusão destas pulsões (FREUD, 1923, p.50). Freud aponta a sublimação como libido dessexualizada. O autor questiona qual seria o outro destino para as pulsões, se não ocorre a sublimação.

No processo da dessexualização, há a transformação da libido objetal, investida nos objetos em libido narcísica. Em Freud (1923, p.54):

Essa conversão de libido erótica em libido do Eu implica, naturalmente, o abandono das metas sexuais e, assim, uma dessexualização. Podemos reconhecer aqui uma importante realização do Eu na sua relação com Eros. Na medida em que ele se

apodera da libido dos investimentos objetais, impondo-se como único objeto de amor e dessexualizando ou sublimando a libido do Id, ele trabalha contra os propósitos de Eros e se coloca a serviço de moções pulsionais que se opõem a Eros.

Kupermann (2003, p.118) ao trabalhar o tema da sublimação, traz algumas observações sobre o que Freud abordou em "Ego e o Id" (1923) a propósito da dessexualização.

De fato, a transformação da libido objetal em libido narcísica promove, simultaneamente, a defusão pulsional que, se não puder originar uma nova erotização, torna-se perigosa para o funcionamento psíquico pelo incremento do potencial mortífero do superego como pura cultura da pulsão de morte. Passaríamos assim do trabalho de luto para a melancolização do sujeito.

Soller (2013, p.24) afirma:

A repetição demoníaca, não foi amortizada com o tempo. Não é porque ela se impõe ao sujeito que é demoníaca. O inconsciente também se impõe. É porque ela não opera na cena do pensamento, das representações significantes associadas e do sentido a ser desvendado, aí onde os deslocamentos são sempre possíveis, mas opera, sim, sobre algo que não representa o sujeito. Como Freud diz isto? Em "Mais além do princípio do prazer" ele se expressa em termos de energia não ligada. Deixo de lado a questão do que ele chama de energia, libido ou pulsão. Não ligada quer dizer, para ele, não fixada nos processos secundários das associações dos *Vorstellungen* ("das representações", em francês) ou *Vorstellungs-Repräsentanz* ("das representações da representação, em francês).

Articulando estas duas últimas citações, podemos atentar para a importância das mesmas na abordagem do problema clínico estudado, especialmente no que diz respeito à impossibilidade de representação evidenciadas nos sujeitos atendidos, que estavam absortos na vivência do excesso, que rompe com as possibilidades representativas. Notamos que havia nos sujeitos atendidos a dificuldade de novos investimentos, o que nos aponta para a necessidade de que ocorra primeiramente a possibilidade de um trabalho psíquico de elaboração, trabalho que implica em um trabalho de luto. Estes serão pontos discutidos mais adiante.

Retomando Freud (1923), é importante também destacarmos a questão apontada na citação acima (Soller, 2013) a propósito do superego. Freud (1923) para abordar as características de destrutividade do superego, enfatiza que além de ser uma parte do eu, tem sua origem em fontes situadas no Id. A partir deste ponto no texto, Freud irá desenvolver a

característica do superego em se manifestar preponderantemente como crítica e com sua severidade contra o eu (p.60). Freud apresenta a melancolia como o quadro em que este "ataque" do superego ao eu é mais evidente.

4.5. O trauma após 1920: as neuroses traumáticas

Tendo em vista que as descrições de Freud a respeito dos quadros das neuroses traumáticas guardam semelhanças importantes com o que foi observado nos pacientes atendidos, faz-se necessário uma explanação do que caracteriza este quadro.

Freud retomou a questão do trauma em “Além do princípio do prazer” (1920) ao retomar o tema das neuroses traumáticas. Esta retomada foi motivada pelos acontecimentos da primeira Guerra Mundial quando os debates acerca da origem traumática das neuroses estavam acirrados e havia um aumento considerável de casos de pessoas que apresentavam os sintomas destas neuroses, e a chamada "neurose de guerra", que segundo Roudinesco e Plon (1998, p.537):

(...) não é uma entidade clínica, e provém da categoria da neurose traumática, definida em 1889 por Hermann Oppenheim que a descreveu como uma afecção orgânica consecutiva de um trauma real, provocando uma alteração física dos centros nervosos, por sua vez acompanhada por sintomas psíquicos: depressão, hipocondria, angústia, delírio etc.

No texto de 1920, o trauma aparece deslocado da questão sexual, estando mais relacionado com a questão dos excessos, com o que é vivido com grande intensidade e o psiquismo não consegue meios de elaboração. Freud aponta para um afluxo de excitações que o aparelho psíquico tem que encontrar meios de descarregar. Menciona as experiências que não estão sob o domínio do princípio do prazer, mas justamente além dele, que operam de forma mais primitiva e independentes do mesmo (p.176, p.45):

Descrevemos como traumáticas quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente numa conexão deste tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficaz contra estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis .

No trecho acima fica bastante evidente o aspecto econômico atribuído ao trauma e temos Freud dando valor ao acontecimento como traumático.

Freud (1920), ao abordar as neuroses de guerra e as neuroses nomeadas de "neuroses traumáticas dos tempos de paz," afirma que nas primeiras pode haver os sintomas típicos destes quadros, mesmo sem a participação de nenhum choque físico ou lesão. Já nas neuroses traumáticas, que Freud também nomeia de "comuns" (no mesmo trecho do texto), o que parece ter uma grande importância na etiologia dos sintomas é o fator de *surpresa*, do *susto*. É neste momento também que Freud diferencia angústia, medo e susto. Afirma que o *medo* exige um objeto definido do que se tenha temor, e *Susto* é o nome dado para o estado em que alguém fica quando entrou em perigo sem estar preparado; enfatiza assim o fator da surpresa. Já a angústia, Freud considera que não participa da produção de uma neurose traumática, uma vez que há na angústia algo que protege contra o susto. (p.24). Freud volta a abordar a angústia ao apontar que nos sonhos que ocorrem no contexto da neurose traumática há uma tentativa de dominação do estímulo a partir do desenvolvimento da angústia que esteve ausente, o que propiciou o aparecimento da neurose traumática (p.48).

Souza Lima (1995, p.256) ao discorrer sobre o texto de 1920, aponta que a questão do trauma já não está mais ligada somente à questão do sexual, mas está ligada ao que o autor nomeia de *acontecimento*.

O *acontecimento* é uma irrupção, portanto da ordem do *acaso*. Opera-se, aqui, com uma dimensão do real como possível de apresentação e apreensão. Um *real* tido, como aquilo que se introduz na realidade produzindo nesta uma ruptura e instaurando possibilidades de novos *acontecimentos*.

Pode-se pensar na doença orgânica como algo desta ordem, de um acontecimento? Sabemos que em algumas doenças há alguma predisposição ou algum fator ambiental que podem exercer certa influência em seu surgimento. Mas, mesmo se houverem estes fatores, as pessoas podem viver a doença como um acontecimento absolutamente imprevisível e distante do que imaginavam para as suas vidas.

Diferentemente dos sintomas das fobias, da histeria e da neurose obsessiva, os sintomas nas neuroses traumáticas não se encontram sob o domínio do princípio do prazer, não o impulsionam à realização do desejo, nem o compromisso entre instâncias, nem o retorno do recalado, mas o reviver persistente da situação traumática.

Para Freud (1920) a neurose traumática pode ser entendida como o resultado de uma ruptura na proteção do aparelho psíquico contra estímulos. Freud aborda a questão dos sonhos repetitivos que ocorrem nas neuroses traumáticas. Estes sonhos buscam lidar de forma retrospectiva com o estímulo, mediante o desenvolvimento da angústia que esteve ausente e

foi a causa da neurose traumática (p.195). Os sonhos neste caso obedecem à compulsão à repetição e buscam a ligação psíquica de impressões que foram traumáticas.

Mais adiante no mesmo texto, Freud (1920, p. 197)⁶ afirma:

Assim, a violência mecânica do trauma liberaria o *quantum* de excitação sexual que, devido à falta de preparação para a angústia, tem efeito traumático, mas, o simultâneo dano físico, ao solicitar um sobreinvestimento narcísico do órgão ofendido ligaria o excesso de excitação.

Freud aborda a questão da distribuição da libido, dando o exemplo da melancolia, em que uma doença física intercorrente pode levar à eliminação temporária dos sintomas melancólicos.

Em referência à hipótese, é interessante observar que no momento do adoecimento, para Freud o próprio ferimento ligaria as excitações. Mas, se abordamos neste trabalho o momento posterior, da cura, seria este justamente o momento em que, na falta de sofrimento físico aparente temos energia pulsional livre, momento este sim, traumático, por não encontrar mais meios de ligação para a excitação? Como abordado acima, seria este o momento do sujeito se haver com o que lhe restou após o adoecimento?

Um dos fatos que mais chamam a atenção nos atendimentos são os relatos das situações vivenciadas na época do adoecimento como se fossem relatos de sonhos traumáticos, com elementos bastante "crus", no sentido do reviver literal da situação que foi traumática, na forma de lembranças.

Rudge (2009), ao retomar a postulação feita por Freud a propósito da neurose traumática, afirma que há nos sujeitos traumatizados um reviver do acontecimento traumático, de forma quase alucinatória, mas não o é, pois o sujeito sabe que o fato que é traumatizante não está ocorrendo novamente. Então, Rudge prefere nomear de "*flashbacks*" esta repetição do que foi traumatizante.

Rudge (2009, p. 40/41) ao destacar a diferenciação feita por Freud entre a neurose traumática e as outras formas de neurose afirma:

Freud, que havia tão ardorosamente defendido, contra Oppenheim e com Charcot, a ideia de que a neurose traumática seria no fundo, meramente uma forma de histeria, volta atrás. Há uma modalidade de sofrimento de origem traumática, descobre o fundador da Psicanálise, que se reveste de tons bem mais sombrios do que os do

⁶ Para este ponto do texto preferimos a tradução de Paulo César de Souza (2010), São Paulo: Companhia das Letras, v.14.

sofrimento histórico, ao qual a sexualidade empresta as cores da sedução, da curiosidade e da vivacidade.

Rudge (2009), também nos lembra que esta diferenciação se dá na característica não metafórica dos sintomas na neurose traumática, mas apenas a repetição de forma literal do fato que recaía sobre a vida do sujeito, e que não se torna passado.

Este fato de não se tornar passado, é um dos cerne da relação estabelecida entre o que foi observado nos atendimentos descritos e a questão do trauma, mais especificamente com a hipótese da doença ter tido um caráter traumático para estes sujeitos. É a doença que não pode se tornar passado. Nos casos atendidos, para além do tal colorido das outras neuroses, deparei-me com sujeitos paralisados pela vivência da doença e que estavam com a vida atual absolutamente voltadas para o reviver patológico daqueles momentos em que tiveram suas vidas ameaçadas.

Ao mencionar as diferenças entre os quadros neuróticos, Rudge (2009, p.42) afirma: “(...) é importante observar que o psiquismo do sujeito acometido de neurose traumática também é constituído a partir de suas experiências infantis e que sua constituição é fundamental para se entender os efeitos do acontecimento traumático em sua vida.”

Esta observação é de suma importância, pois realmente há a particularidade do que será traumático para cada sujeito, uma vez que o que define o traumático não é só o acontecimento.

Cardoso (2011) traz uma importante contribuição para o entendimento do trauma na obra de Freud e cita o artigo de Carvalho e Ribeiro (CARVALHO e RIBEIRO, 2006 ⁷ apud CARDOSO, 2011, p.3):

Cabe pontuar, como bem esclarecem Carvalho e Ribeiro que não há disjunção entre trauma e pulsão na psicanálise: no novo modelo, o traumático como efração, revela-se inseparável da ação de uma força pulsional que transgride os limites egoicos. O acontecimento traumático – que pode se apresentar ao sujeito, do exterior, como elemento, como impressão intraduzível – poderia funcionar, em casos singulares como elemento desencadeador, no espaço interno, da irrupção de um pulsional desligado, sem representação ou recalçamento possível, processo correlativo a um estado de desestruturação narcísica. Tratar-se-ia, em última instância, de uma experiência de passividade, de desamparo, cujo protótipo é a própria constituição traumática da subjetividade humana.

⁷ Carvalho, M. T. ; Ribeiro, P.C. Modelos do trauma em Freud e suas repercussões na psicanálise pós-freudiana. Revista Percurso, n.37, p. 33-44, 2006.

Cardoso (2011, p.4) faz uma distinção entre as neuroses atuais e a neurose traumática justamente no que diz respeito à dimensão de atualidade:

De acordo com a perspectiva que tentamos aqui sugerir, a questão do atual, ao ser situada no cerne da compulsão à repetição, passa a se referir àqueles elementos, impressões que não conseguem se tornar passado. A violência do traumático concerne à impossibilidade de historicização; por conta disso, a resposta egoica dá-se pela via do ato, resposta fixada, portanto no registro do "atual" posto que repetidamente presentificada.

A citação acima nos auxilia a compreender pelo paradigma do trauma certa "paralisia" observada na vida dos pacientes atendidos, onde não parecia haver passado e nem futuro, mas uma certa "petrificação" em um presente absolutamente marcado pelas repercussões psíquicas do adoecimento. A questão da historicização apontada por Cardoso é importante, pois se notou nos sujeitos atendidos que esta paralisia apontava para uma impossibilidade de contar a própria história para além do momento que estamos considerando como traumático.

Pelo fato das doenças orgânicas abordadas neste trabalho não serem doenças crônicas, mas aparecerem de forma insidiosa e com um caráter de "surpresa" para os sujeitos acometidos é importante apresentarmos alguns elementos teóricos que nos auxiliem no entendimento deste fator surpresa e sua relação com os conceitos de trauma e angústia em Freud.

Podemos pensar que nos sujeitos atendidos não houve a possibilidade de colocar um processo defensivo em andamento, no sentido do desenvolvimento da angústia que possa apontar para o sinal de perigo, conforme Freud aborda em "Inibições, Sintoma e Angústia" (1926), em que a angústia passa a ter uma função de defesa, de preparação para o perigo, para evitar a situação traumática. Há então a ausência da "angústia sinal", que ativaría a defesa, mas o que ocorre é uma descarga, a angústia automática. Desta forma, o que acontece é que, após a ocorrência da situação que foi traumática há o advento da angústia, que nestes sujeitos aparece na forma de sintomas corporais que apontam para um excesso que não pôde ser assimilado por mecanismos psíquicos que dessem um destino mais elaborado para este excesso.

A angústia automática deixa marcas mnêmicas que serão reativadas sempre que uma nova situação remeta à situação de desamparo que foi vivida originalmente. Assim, o sinal de angústia é mobilizado sempre que ocorrer a ameaça de que a situação traumática volte a ocorrer.

Freud (1926) aborda as particularidades da angústia nas neuroses traumáticas, criticando aqueles que afirmaram que nas neuroses traumáticas o que está em jogo é o medo da morte e não a questão da castração; a partir desta constatação poderiam concluir que apenas a ameaça à autoconservação levaria à produção de uma neurose sem a participação dos fatores sexuais. Freud (1926, p.153) responde a esta questão afirmando que (...) “qualquer contradição dessa natureza de há muito foi eliminada pela introdução do conceito de narcisismo, que põe a catexia libidinal do ego em harmonia com as catexias objetais e ressalta o caráter libidinal do instinto de autopreservação.”

Freud (1926, p.153) dando continuidade à explicação de quais fatores participam da formação dos sintomas em uma neurose traumática e qual o papel da angústia nos mesmos, afirma sobre a experiência da morte, que não há correspondentes desta experiência no inconsciente como há para a castração, por exemplo, na experiência diária de eliminação das fezes e no desmame.

Estou inclinado, portanto, a aderir ao ponto de vista de que o medo da morte deve ser considerado como análogo ao medo da castração, e que a situação à qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor - os poderes do destino- de modo que ele não dispõe mais de qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam.

Freud ao apontar para as condições econômicas, para as quantidades excessivas que incidem sobre o psiquismo na neurose traumática, afirma que neste caso a angústia não está somente emitindo sinais como um afeto, mas "também sendo recriada a partir das condições econômicas da situação" (FREUD,1926, p.153).

No adendo B, Freud (1926, p.191) irá apontar para a condição de desamparo e para as medidas protetivas que o sujeito pode tomar para evitar a situação de perigo ou para aliviá-la. Fala de uma antecipação do trauma, da vivência da situação como se o trauma já houvesse chegado. Neste ponto Freud faz uma afirmação importante:

A angústia, por conseguinte, é por um lado, uma expectativa de um trauma, e por outro, uma repetição dele em forma atenuada. Assim os dois traços de angústia que notamos tem uma origem diferente. Sua vinculação com a expectativa pertence à situação de perigo, ao passo que sua indefinição e falta de objeto pertencem à situação traumática de desamparo - a situação que é prevista na situação de perigo.

Portanto, Freud assinala que o ego que antes havia experimentado o trauma de forma passiva o repete de forma ativa de forma atenuada, com a expectativa de que ele mesmo possa dirigir o curso do trauma.

4.5.1. A compulsão à repetição

Partindo das questões observadas na clínica com pacientes que tiveram a remissão de uma doença orgânica grave há algum tempo e que repetem em seu discurso, na forma de lembranças muito vivas o momento do adoecimento, evidenciando o caráter traumático do mesmo, propõe-se um percurso pela obra freudiana para se abordar a questão da repetição que é o fenômeno trabalhado por Freud desde que se deu conta do mesmo no atendimento aos casos de histeria. Vale ressaltar que Freud concedeu muita importância ao fenômeno da repetição nos casos de Neuroses Traumáticas.

O aprofundamento no tema da repetição também é importante pelo fato de que, nos pacientes que atendi e nos quais observei certa fixação no momento do adoecimento, foi de suma importância que estes sujeitos pudessem, após a remissão da doença, ter a chance de repetir, não de forma solitária, mas de colocar em palavras no contexto de uma análise o que foi vivido no corpo anteriormente. Ao falarem do adoecimento, dos traumas, no sentido físico, no sentido de lesão, vividos durante as internações e procedimentos, estão falando daquilo que deixou marcas no corpo e também marcas psíquicas. Embora, a princípio, o momento mais crítico tenha sido ultrapassado, o tempo de elaboração desta vivência é absolutamente particular para cada sujeito.

Mezan (1982, p.256), ao discorrer sobre a noção de repetição presente em "Além do princípio do prazer" (1920), afirma sobre a questão da temporalidade:

Podemos suspeitar que a antiga ideia do caráter intemporal dos processos inconscientes passa a ser suscetível de uma outra significação: além de não estarem arranjados cronologicamente e serem inalterados pelo passar do tempo, os elementos do inconsciente podem ser concebidos como dotados de uma temporalidade própria, que se expressa na repetição.

Para Mezan (1982), o repetir significa tentar ter controle de uma situação e tem a função de preparar o indivíduo para poder resistir melhor a traumas futuros, podendo

desenvolver a angústia que esteve ausente no momento do trauma. Podemos articular este ponto com o que já foi abordado a propósito da relação entre trauma e angústia.

A repetição pode ser notada, por exemplo, nos sintomas, em que alguns são nitidamente repetitivos como os rituais obsessivos e o que define a formação dos sintomas neuróticos em psicanálise é o ato de reproduzir de forma disfarçada certos conflitos do passado.

A repetição observada por Freud no tratamento analítico foi fundamental para a conceituação da transferência como uma atualização com o analista de questões inerentes aos conflitos infantis e as vivências com os primeiros objetos de amor. Para Freud, a repetição é um aspecto essencial de todo tratamento psicanalítico, sendo o que move a transferência.

Freud, no texto “A dinâmica da transferência” (1912) aborda a questão da repetição como o que caracteriza a transferência e sua importância para o tratamento, e principalmente a questão da resistência que ele reconhece nas transferências negativas e na transferência positiva de componentes eróticos reprimidos (p.140). Freud aborda a questão da ambivalência notada nos sujeitos neuróticos que constitui-se em um dos principais fatores para que as transferências sejam colocadas a serviço da resistência.

Em Recordar, Repetir e Elaborar (1914b, p.198), Freud ao abordar a repetição observada em seus pacientes, afirma:

Aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência. Podemos agora perguntar o que é que ele de fato repete ou atua (acts out). A resposta é que repete tudo o que já avançou a partir das fronteiras do reprimido para a sua personalidade manifesta – suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter.

Freud enfatiza ainda que os sintomas são repetidos no decurso do tratamento e o que o paciente leva de material tem que ser tratado como uma força atual. Será somente no decorrer do trabalho terapêutico que a problemática do paciente poderá ser remontada ao passado.

Ainda em “Recordar, Repetir e Elaborar” (1914b), Freud aborda importantes aspectos do tratamento analítico, alertando para alguns riscos, como a ação do paciente fora do contexto da análise, o que pode ter a intenção de invalidar permanentemente suas pretensões de restabelecimento (p.200). Aponta assim para a importância do recordar no lugar da ação. São bastante interessantes as orientações dadas aos analistas neste texto, como a famosa

recomendação de que os pacientes não decidam por mudanças importantes em suas vidas enquanto estiverem em tratamento, como o casar, mudar de emprego etc.

Segundo Laplanche e Pontalis (1994), a noção de repetição, por estar no centro de “Além do princípio do prazer” (1920), ensaio onde Freud reformula os conceitos fundamentais de sua teoria, tornou-se um conceito que foi muitas vezes retomado na literatura psicanalítica e sua discussão é por vezes confusa, por fazer entrar em jogo opções sobre as noções mais cruciais da obra de Freud como “prazer”, “pulsão”, “pulsão de morte”, “ligação”.

Ainda segundo Laplanche e Pontalis (1994, p.84), após abordar a compulsão à repetição Freud fez certa diferenciação nos fenômenos da repetição:

Ao colocar em primeiro plano, em *Além do princípio do prazer*, a noção de compulsão à repetição invocada desde *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud reagrupa um certo número de fatos de repetição já descobertos e isola outros em que a repetição se apresenta no primeiro plano do quadro clínico (neurose de destino e neurose traumática, por exemplo).

Estes autores ainda afirmam que estes fatos exigem uma nova análise teórica, para além da repetição presente no recalçado, em que está em jogo a repetição de um desejo. Há nesta nova forma de repetição observada a faceta de que o que se repete são as experiências desagradáveis e o enigma que se coloca refere-se a como o sujeito pode ter satisfação nesta forma de repetição. Estamos então no terreno da compulsão à repetição, sendo esta a forma de repetição que mais nos interessa nesta pesquisa.

Ao trabalhar a questão da temporalidade na obra de Freud e depois de mencionar a questão do *a posteriori*, Alonso (2010, p.2) afirma:

Mas há também, no psiquismo, uma outra relação entre passado e presente na qual o *après coup* parece não operar mais, a imobilidade impera, assim como eterno retorno do mesmo", como mera insistência pulsional, fazendo do passado um destino. "Neurose de destino", dirá Freud. No funcionamento da compulsão de repetição, o pulsional mais puro, sem possibilidade de representação, se encarna no atual, se apossa dele como sombra vampiresca e, no fora da linguagem, perde-se qualquer possibilidade de fazer o luto, de transformar a perda em ausência. Nessa presença da pulsão pura, a expressão "o tempo não passa" ganha toda sua força.

O trecho acima foi destacado por trazer considerações sobre a questão da temporalidade que são muito pertinentes para a abordagem do problema clínico trazido. Vale destacar a questão da imobilidade, do luto impossível, do tempo que não passa e da

compulsão à repetição. Alonso (2010) cita no trecho acima a Neurose de Destino, mencionada por Freud no texto "Além do princípio de prazer" (1920). Freud (1920, p.36) afirma:

Essa "perpétua recorrência da mesma coisa" não nos causa espanto quando se refere a um comportamento *ativo* por parte da pessoa interessada, e podemos discernir nela um traço de caráter essencial, que permanece sempre o mesmo, sendo compelido a expressar-se por uma repetição das mesmas experiências. Ficamos muito mais impressionados nos casos em que o sujeito parece ter uma experiência *passiva*, sobre a qual não possui influência, mas nos quais se defronta com uma repetição da mesma fatalidade.

Como podemos notar, neste ponto do importante texto de 1920, Freud introduz a questão da compulsão à repetição mencionando especificamente os casos em que notava a repetição que nomeou de "demoníaca" (FREUD, 1920, p.35). Freud dá o exemplo da mulher que casou com três homens que adoeceram e foram cuidados por ela até a morte.

Assim, novamente em Freud (1920, p.36):

Se levarmos em consideração observações como essas, baseadas no comportamento, na transferência e nas histórias da vida de homens e mulheres, não só encontraremos coragem para supor que existe realmente na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer, como também ficaremos agora inclinados a relacionar com essa compulsão os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas e o impulso que leva as crianças a brincar.

Soller (2013, p.27) ao abordar a construção do conceito de repetição em Freud e Lacan, salienta que Freud levou certo tempo para esta construção:

Compreende-se melhor o tempo que foi necessário a Freud, pois ele foi o descobridor. Ele encontrou certo número de dados clínicos, a neurose traumática, o jogo da criança, a neurose dita de destino, e, ainda aquilo que vai chamar de "neurose de transferência", digamos, a repetição sob transferência. O traço comum que Freud acaba por isolar de todos esses fatos clínicos tão heterogêneos, é que em cada um deles os limites do princípio do prazer são transpostos, burlados.

Nota-se na citação acima que Soller (2013) isola os aspectos mais importantes abordados por Freud a propósito do fenômeno da repetição.

Em "Além do Princípio do Prazer" (1920) a repetição estará em primeiro plano e será fundamental para a conceituação da pulsão de morte, como sendo algo que se expressa justamente pela compulsão à repetição. Aparece assim um caráter conservador da pulsão, uma resistência a mudança e a repetição do mesmo. Freud (1920) apresenta a brincadeira "FORT -

DA" realizada por seu neto para demonstrar que não é uma experiência de prazer que é repetida, mas sim o desprazer pelo desaparecimento do objeto. Freud infere que este fazer desaparecer o objeto, coloca a criança numa posição ativa em relação a este acontecimento desagradável que é o desaparecimento. Chama a atenção de Freud que a criança repetia mais insistentemente o primeiro momento da brincadeira que era o desaparecimento e não o retorno que seria o momento mais feliz.

Rudge (2009, p.52) ao abordar a questão da repetição, afirma:

A repetição pode ter duas faces. Às vezes parece simplesmente manter a experiência traumática como aquilo que nunca se esgota nem se modifica, jamais se tornando passado. Em outros casos, pode funcionar como um instrumento pelo qual as experiências traumáticas poderão vir a ser, gradativamente, integradas aos domínios do princípio do prazer.

A autora, ao abordar estas duas faces da repetição, nos lembra que, por vezes não é possível que a experiência traumática seja integrada e submetida ao princípio do prazer, mas a repetição faz com que a cada vez a angústia se atualize como no fato desencadeador.

Retomando a hipótese da pesquisa referente ao paradigma do trauma como uma forma de entendimento das questões apresentadas pelos sujeitos atendidos, podemos dizer que o conceito de repetição é importante na medida em que nos aponta que estes pacientes repetem algo que foi desagradável e esta foi uma constatação clínica bastante importante para Freud e para os analistas que surgiram depois dele.

Fernandes (2006, p.47), a partir das ideias apresentadas por Freud depois do segundo dualismo pulsional afirma:

(...) o fato de a pulsão de morte ter sido descrita como a pulsão sem representação vem acentuar uma forma de eficácia psíquica que se situa aquém da simbolização, abrindo, assim, todo um campo de possibilidades para se pensar o irrepresentável na metapsicologia. Isso permite enfatizar que a função metapsicológica do corpo, entre dor e prazer, vida e morte, permite abordar tanto um corpo da representação como também um corpo do transbordamento, que, situando-se aquém da simbolização, coloca em evidência o excesso impossível de ser representado.

4.6. Sobre o ganho secundário

As questões observadas nos pacientes atendidos merecem também ser pensadas a partir das questões dos ganhos envolvidos em qualquer situação de adoecimento. Esta é uma questão que também deve ser considerada nas problemáticas apresentadas pelos sujeitos atendidos, porém não pode ser entendida como uma explicação única que elimina a hipótese do traumático, porém a interroga. Freud relaciona a questão do ganho secundário de forma direta com as neuroses traumáticas como veremos a seguir em um percurso pela questão do ganho secundário em sua obra.

A noção de "fuga para a doença" e do ganho presente na etiologia das neuroses está presente na obra de Freud desde os primeiros textos, e foi abordada em diferentes momentos, o que destaco a seguir.

A primeira vez em que Freud usou a expressão "fuga para a doença" foi em 1909, no texto "Algumas observações gerais sobre os ataques histéricos", embora, como salientado acima, esta noção já era antiga em sua obra. Neste trabalho, Freud (1909, p.235) faz a distinção entre um ganho primário e um ganho secundário. Esta distinção aparece de forma sucinta quando ele aponta quais os determinantes de um ataque histérico, e um deles estaria relacionado a um objetivo primário, na fuga para a doença, quando a realidade é temível e também a serviço de objetivos secundários, aos quais a doença se alia para que através do ataque o paciente atinja uma meta útil para ele.

Seguindo os textos em que Freud aborda a questão do ganho, segundo o editor Strachey, foi no artigo técnico "Sobre o início do tratamento" (1913), que Freud introduziu o termo específico "ganho secundário a partir da doença". Em 1923, em nota de rodapé acrescentada ao caso Dora (1905 [1901], p.47) Freud fez um esclarecimento a respeito do ganho primário e secundário. Reproduzo parte desta nota, na qual ele enfatiza a importância do ganho primário:

Em primeiro lugar, o adoecimento poupa uma operação psíquica, emerge como a solução economicamente mais cômoda em caso de conflito psíquico (é a fuga para a doença), ainda que, na maioria das vezes, depois se revele de maneira inequívoca a inoportunidade desta saída. Essa parte do lucro primário pode ser descrita como *interna* ou psicológica, e é, por assim dizer, constante.

Foi na conferência "O estado neurótico comum" (1917b [1916 - 1917]) que Freud discutiu de forma mais ampla a definição dos ganhos. Desta forma, ao abordar a questão do ganho proveniente das doenças observado principalmente nas neuroses de transferência até aquele momento, faz a observação de que em alguns tipos de neuroses há uma maior participação do ego na questão deste ganho. Freud (1917b [1916 - 1917], p.445) cita as neuroses narcísicas e aborda a questão das neuroses traumáticas, enfatizando que neste tipo de neurose este ganho é reconhecível com bastante nitidez e jamais está ausente.

Nas neuroses traumáticas, e particularmente naquelas causadas pelos horrores de guerra, inequivocamente deparamo-nos, com um motivo egoísta por parte do ego, à procura de proteção e vantagem – um motivo que não pode, talvez produzir por si mesmo a doença, mas que condescende com ela e a mantém, uma vez que ela tenha surgido. Esse perigo procura preservar o ego dos perigos cuja ameaça foi a causa precipitante da doença, e não permitirá que ocorra a recuperação enquanto a repetição desses perigos ainda pareça possível, ou enquanto não tenha recebido a compensação pelo perigo que foi suportado.

Freud (1917b [1916 - 1917], p.448), utilizando-se de um exemplo aborda a questão do ganho secundário e uma das afirmações mais contundentes a este respeito neste texto é a seguinte:

Quando uma organização psíquica semelhante a uma doença durou algum tempo, ela termina por funcionar como mecanismo independente; manifesta-se um pouco como instinto de autopreservação; estabelece uma espécie de *modus vivendi* entre si e as outras partes da mente, mesmo aquelas outras partes que lhe são hostis; e raramente deixa de haver ocasiões em que se comprova que a doença, repetidas vezes se torna útil e adequada, e adquire por assim dizer, uma função secundária que reforça novamente sua estabilidade .

Nesta citação, Freud nos dá uma possibilidade de inferir que a permanência dos sujeitos atendidos em um estado anterior, de doentes, possa nos indicar que podemos entender a dinâmica de funcionamento psíquico destes sujeitos aos moldes da formação de todo sintoma neurótico, como uma fonte de satisfação inconsciente, podendo servir a uma instância psíquica e desagradar a outra, como nos aponta Freud.

Em outro momento nesta conferência, Freud (1917b [1916 - 1917]) ao discorrer sobre as causas de uma neurose, afirma que nem sempre podemos atribuir à vida sexual o aparecimento da doença neurótica. Freud cita exemplos de pessoas que podem adoecer porque perderam a sua fortuna ou sofreram uma doença orgânica exaustiva.

Neste último ponto, como podemos notar, Freud está atentando para o fato de que após uma doença orgânica podemos ter o advento de uma neurose e atribui à dificuldade do ego em diversificar sua libido a razão para tal adoecimento neurótico. Segundo nos lembra o editor, em nota de rodapé, esta é uma alusão ao assunto que Freud desenvolveu em conferência proferida sobre o narcisismo nesta mesma época. Segundo Freud (1917b [1916 - 1917], p. 451):

O que continua essencial e nos esclarece coisas é que, em todos os casos, e seja qual for o modo como a doença se pôs em marcha, os sintomas da neurose são mantidos pela libido, e, por conseguinte, são prova de que ela está sendo utilizada anormalmente.

Esta questão desenvolvida por Freud a propósito do narcisismo será mais desenvolvida nesta pesquisa, especialmente no que se refere à hipocondria.

Ainda sobre a formação dos sintomas neuróticos, Freud termina esta conferência fazendo a observação de que uma lesão ou manifestação orgânica patológica pode ser algo que coloca em marcha a atividade para formação de uma neurose, para a qual o sujeito já tinha uma predisposição. "(...) assim esta atividade prontamente transforma o sintoma, que lhe foi apresentado pela realidade, em representante de todas as fantasias inconscientes que estavam apenas aguardando a ocasião de lançar mão de algum meio de expressão." (FREUD, 1917b, [1916-1917] p.455).

Enfatizo que este trecho também é interessante para a discussão a ser feita nesta pesquisa, pois nos aponta novamente para a escuta dos sintomas psíquicos que podem advir após um adoecimento orgânico. Vale ressaltar que não é uma realidade para todas as pessoas que adoecem do ponto de vista orgânico, mas em alguns casos torna-se uma oportunidade do sintoma neurótico manifestar-se.

Ao abordar a resistência, Freud (1926, p.184) aponta para cinco espécies da mesma, que provêm de três direções: id, ego e superego. O ego é a fonte das três. Dentre as cinco espécies, destaco a terceira que é o ganho proveniente da doença e a quinta que Freud aponta como a última a ser descoberta e a mais obscura refere-se ao sentimento de culpa e necessidade de punição. "Parece originar-se do sentimento de culpa ou da necessidade de punição, opondo-se à todo movimento no sentido do êxito, inclusive, portanto à recuperação do próprio paciente pela análise" (FREUD, 1926, p.185).

4.7. O conceito de trauma em Ferenczi

Após a conceituação do trauma na obra de Freud e seus comentadores é importante apresentar a questão do trauma para Ferenczi, e também alguns textos deste autor que versam sobre a questão das relações entre os adoecimentos orgânicos e o psiquismo. Em relação à abordagem de Ferenczi a respeito do trauma serão abordados alguns pontos, de forma sucinta, buscando-se enfatizar as contribuições para as hipóteses desta pesquisa.

Este breve percurso pelos conceitos de Ferenczi tem por objetivo principal apresentar alguns pontos importantes que podem ser úteis à compreensão dos fenômenos observados nos pacientes atendidos, como as questões relativas ao conceito de trauma, à distribuição da libido, a hipocondria, as neuroses traumáticas, a questão dos ganhos e as relações entre o psíquico e o somático.

Há em Ferenczi alguns pontos importantes em relação à clínica psicanalítica, especialmente no momento posterior à formulação do segundo dualismo pulsional. Nas palavras de Kupermann (2008, p.149):

Notadamente, Sandor Ferenczi foi o primeiro psicanalista que se debruçou sobre esses quadros de sofrimento, dedicando-se aos chamados "pacientes difíceis"-aqueles que não atendiam à regra da associação livre e não se adaptavam à rigidez do enquadre clínico tradicional, revelando justamente uma pobreza do fantasiar e dos processos de simbolização -, o que o levou a sucessivos empreendimentos clínicos mais ou menos heterodoxos que culminaram no resgate da teorização sobre o trauma e sua incidência nos psiquismos.

Ferenczi (1932a) para abordar a questão do trauma, se vale do que ele chamou de confusão de línguas entre adultos e crianças por meio do exemplo da cena de sedução, a qual havia sido abandonada por Freud como determinante na etiologia da histeria, como vimos anteriormente. Ferenczi irá retomar a importância da realidade da cena de sedução enquanto algo que irá ter sérias repercussões no psiquismo das crianças. Segundo Ferenczi (1932a, p.116): "(...) nunca será demais insistir sobre a importância do traumatismo e, em especial, do traumatismo sexual como fator patogênico".

Ferenczi (1932a, p.117) afirma que a criança nesta cena de sedução mantém-se no nível da ternura e o adulto no nível da paixão; a isto Ferenczi nomeou como "Confusão de

língua entre os adultos e a criança". Aponta que nesta situação uma criança pode tentar recusar a situação, porém um medo intenso faz com que se sinta sem defesa frente ao adulto .
 "(...) Mas esse medo, quando atinge seu ponto culminante obriga-as a submeter-se automaticamente à vontade do agressor, a adivinhar o menor de seus desejos, a obedecer esquecendo-se de si mesmas, e a identificar-se totalmente com o agressor."

Ferenczi (1932a, p.117) a partir desta situação afirma que o agressor torna-se intrapsíquico e deixa de existir enquanto realidade exterior.

(...) o que é intrapsíquico vai ser submetido, num estado próximo do sonho - como é o transe traumático - , ao processo primário, ou seja, o que é intrapsíquico pode, segundo o princípio do prazer, ser modelado e transformado de maneira alucinatória, positiva ou negativa. Seja como for, a agressão deixa de existir enquanto realidade exterior e estereotipada, e, no decorrer do transe traumático, a criança consegue manter a situação de ternura anterior.

Ferenczi (1932a) enfatiza que haverá a introjeção do sentimento de culpa do adulto e o jogo entre o adulto e a criança passa a ser merecedor de punição.

Ainda a respeito da situação vivenciada pela criança, Ferenczi (1932a, p.119) afirma que a mesma passará a agir como um adulto, apresentando uma espécie de maturidade precoce.

Neste caso, pode-se falar simplesmente, para opô-la à regressão de que falamos de hábito, de progressão traumática (patológica) ou de prematuração (patológica). Pensa-se nos frutos que ficam maduros e saborosos depressa demais, quando o bico de um pássaro os fere, e na maturidade apressada de um fruto bichado.

A partir desta situação instaura-se a questão do *desmentido*, em que outro adulto não acredita na criança, o que impossibilita a representação psíquica do acontecimento. Ferenczi menciona as respostas possíveis ao trauma, sendo a clivagem uma destas respostas.

Segundo Kupermann (2008, p.152): "As condições para o trauma se apresentam quando, no encontro com a criança, o adulto tomado pela linguagem da paixão perde a dimensão desta diferença, efetuando uma violência."

O autor segue abordando a questão de que a violência não é necessariamente traumática, porém, o que adquire o valor de trauma é o fato de a criança não encontrar testemunhos para a sua dor e quem acolha o seu sofrimento. Assim, Kupermann (2008, p.153) afirma: "(...) o que é decisivo na experiência traumática é o abandono."

Ainda a respeito da questão do desmentido, Uchitel (2001) enfatiza que, ao impedir a representação do acontecido, torna-se a principal causa para que o trauma se torne desestruturante, atentando contra o EU do sujeito. Podemos pensar que a maneira abrupta com que os sujeitos atendidos foram acometidos pela doença possa representar este fator desestruturante, sem possibilidades de trabalho psíquico.

Segundo Uchitel (2001), a teoria do trauma de Ferenczi explicita seu desacordo com Freud e outros analistas da época, pois insiste na importância do acontecimento real, mas também aponta para um certo acordo com Freud quando retoma e desenvolve as teorias a respeito do trauma contidas em "Além do princípio do Prazer" (1920). Segundo Uchitel (2001, p.76):

A não-representação do acontecimento, o excesso de excitação, o fator surpresa, as lembranças no corpo, a compulsão repetitiva são todas ideias presentes em Freud que Ferenczi potencia nas suas teorizações. Por outro lado, numa construção original, o trauma encontra outros motivos e formas de expressão para além da violência sexual. O *desmentido* (a negação pelo adulto do que aconteceu com a criança) desponta também com poderosa força traumática.

Em seu "Diário Clínico" (1932b), Ferenczi, ao abordar o trauma, salienta que não bastava que os pacientes demonstrassem "explosões de afeto" nas sessões que eram relativas ao trauma, pois notava-se a repetição em sonhos de angústia, trazendo a repetição do trauma para a próxima sessão.

Ferenczi (1932b, p.214) afirma que enquanto houver a clivagem da personalidade, "(...) enquanto as partes clivadas não se unirem, uma com a outra, as ab-reações não terão mais efeito do que as crises histéricas que sobrevêm espontaneamente de tempos em tempos".

Ao abordar a técnica, Ferenczi (1932b, p.214) afirma: "O contraste com o ambiente da situação traumática, portanto, a simpatia, a confiança - recíproca- devem ser estabelecidas, antes que se apresente uma nova atitude: a rememoração em vez da repetição"

Como podemos perceber, Ferenczi confere bastante importância à repetição na situação analítica e busca meios na técnica para lidar com a repetição referente ao trauma.

Destaco também outro trecho interessante do Diário Clínico (1932b) em que Ferenczi, ao reproduzir um diálogo com uma paciente enfatiza que embora a clivagem possa impedir a rememoração consciente, não impedirá que o afeto que está atrelado a ela surja na forma de explosões emocionais, de uma depressão compensatória e inclusive de sensações corporais e de transtornos funcionais. Neste trecho temos então a importância dada por Ferenczi a certas

manifestações corporais que podem incidir sobre o sujeito traumatizado. Este último ponto destacado por Ferenczi corrobora com a nossa hipótese de que o sujeito já traumatizado, no caso, pela vivência de uma doença orgânica, poderá manter como forma privilegiada de expressão outros sintomas corporais.

Para abordar a questão do trauma em Ferenczi, considero importante também uma definição que encontra-se no texto "Reflexões sobre o trauma"(1934).

O "choque" é equivalente à aniquilação do sentimento de si, da capacidade de resistir, agir e pensar com vistas à defesa do Si mesmo [Soi]. Também pode acontecer que os órgãos que asseguram a preservação do Si mesmo abandonem ou, pelo menos, reduzam suas funções ao extremo. (A palavra Erschütterung- comoção psíquica- deriva de Scutt = restos, destroços; engloba o desmoronamento, a perda de sua forma própria e a aceitação fácil e sem resistência de uma forma outorgada, "à maneira de um saco de farinha" (1932, p.125).

Ainda sobre a comoção psíquica, Ferenczi faz uma observação que me parece elucidar de forma bastante interessante o que foi observado nos pacientes atendidos. O sentido de não preparação, e de a doença vir em um momento em que o sujeito não esperava e estava muito seguro de si. "(...) a pessoa sentiu-se *decepcionada*, antes, tinha *excesso* de confiança em si e no *mundo circundante*; depois, muito pouca ou nenhuma (1934, p.127).

Assim como Freud, Ferenczi aborda a questão do fator surpresa e a imagem do *saco de farinha* é uma imagem condizente o que se percebe em sujeitos que tiveram sua integridade corporal ameaçada por uma doença muito grave. Há uma certa passividade, aos moldes deste "saco de farinha". Podemos considerar esta colocação de Ferenczi como paradigmática para pensarmos nas observações realizadas em nossa clínica com sujeitos traumatizados.

Ferenczi dedicou-se também a estudar as relações entre distúrbios orgânicos e psíquicos. A seguir, apresento alguns momentos em que Ferenczi abordou estas questões por considerar importantes para a abordagem de nossa hipótese na medida em que Ferenczi trabalha com a questão do que ocorre nos sujeitos após um adoecimento orgânico e cria, uma categoria de neurose referente ao que ocorre no psiquismo dos sujeitos acometidos por enfermidades orgânicas.

No texto "Patoneuroses" (1917), Ferenczi retoma a concepção contida em *Introdução ao Narcisismo* (1914), em que Freud aponta que no momento de uma doença orgânica o indivíduo retira a libido dos objetos e a recolhe para o próprio eu, enfatizando que há uma regressão a um narcisismo traumático. Nomeou de *patoneuroses*, as neuroses que ocorrem

devido a uma doença orgânica. Neste caso, para Ferenczi, não há um investimento da libido em todo o ego, mas essencialmente no órgão doente, o que é capaz de gerar sensações prazerosas.

Neste mesmo texto, Ferenczi (1917) afirma também:

(...) uma doença orgânica pode acarretar uma perturbação da libido, não só narcísica, mas eventualmente, também transferencial (histérica), sendo preservada a relação de objeto libidinal. Chamarei a este estado *histeria de doença* (pato-histeria), em oposição à neurose sexual de Freud, em que a perturbação da libido é primária e o distúrbio funcional orgânico secundário (cegueira histérica, asma nervosa), (p.335).

Afirma que a sintomatologia destes quadros aproxima-se das regressões narcísicas e também dos sintomas da histeria de conversão e de angústia.

Para elucidar melhor este ponto, Ferenczi (1917, p.336) afirma:

Mas em que caso a doença ou o ferimento vão provocar uma regressão narcísica mais importante e desencadear um "narcisismo de doença" ou uma autêntica neurose narcísica? Creio que três condições poderiam determinar esta eventualidade: 1) se o narcisismo é constitucionalmente muito forte, mesmo antes da agressão - ainda que seja em estado latente -, de modo que a menor lesão de qualquer parte do corpo, não importa qual, atinge por inteiro o ego; 2) se o traumatismo constitui uma ameaça para a vida ou se o sujeito está persuadido disto, ou seja, se o ego e a existência em geral estão ameaçados; 3) enfim, podemos imaginar que uma *regressão ou neurose narcísica resulta da lesão de uma parte do corpo fortemente investida pela libido, parte com a qual o ego facilmente se identifica por inteiro.*

Ferenczi apresentará de forma mais pormenorizada neste texto a terceira condição, elucidando com exemplos em que demonstra que doenças em determinadas partes do corpo que são mais investidas libidinalmente podem acarretar distúrbios mais sérios em relação à distribuição da libido do que quando se trata de outras partes do corpo. Menciona também neste texto o masoquismo, aproximando-o do que foi abordado sobre os incrementos libidinais em certas partes do corpo.

Um ponto interessante neste texto para a questão da temporalidade em relação ao trauma que abordamos nesta pesquisa e sua relação com as doenças orgânicas é o trecho em que Ferenczi (1917, p.177) ao abordar as paralisias, diferencia aquelas que ocorreram de forma abrupta e as que tem uma lenta progressão:

Da mesma forma que uma morte inesperada provoca um luto mais intenso ou que uma súbita decepção infligida pelo objeto amado narcisicamente suscita um amor melancólico mais vivo, também se pode esperar que um processo cerebral, que

também sobrevenha de maneira brutal, acarrete uma reação patoneurótica mais intensa, que obrigará a psique a um trabalho de compensação mais ruidoso do que uma doença cerebral que começa de forma imperceptível e progride lentamente. Neste último caso, é de esperar sobretudo a ocorrência de um simples processo de demência, porquanto está faltando aí o fator traumático que poderia obrigar à mobilização de grandes quantidades de libido narcísica e provocar uma melancolia e uma mania paráliticas.

Nesta citação temos Ferenczi abordando a questão de um adoecimento abrupto como um fator traumático que mobilizaria maiores quantidades de energia psíquica para lidar com a situação. Como podemos perceber, Ferenczi dá mais uma vez grande importância ao fator traumático e as respostas que o sujeito pode dar ao mesmo.

Por fim, é importante mencionar também o que Ferenczi (1926) chamou de "neuroses de órgão". Segundo definição de Ferenczi estas são as doenças de origem psíquica que se manifestam por uma disfunção real de um ou mais órgãos. Considerava a neurastenia como uma neurose de órgão. Para o propósito desta pesquisa, uma afirmação importante contida neste texto é a de que após a cura de uma doença orgânica podem ocorrer certos distúrbios que Ferenczi irá caracterizar como "neurose de órgão". O autor cita certas manifestações como tiques que surgem após a cura da doença. Neste texto, Ferenczi (1926, p.417) afirma:

No limite entre as neuroses psíquicas e as neuroses orgânicas encontram-se também os fenômenos nervosos, gerais e locais, que surgem por vezes após uma operação; o choque psíquico provocado pelo perigo de morte e o estado de irritação no qual se encontra o órgão envolvido na cirurgia contribuem para isso em partes iguais.

Em suma, este é um trabalho de Ferenczi que aponta para as influências mútuas do psíquico e do somático; ideias que exerceram grande influência nas teorias psicossomáticas. Ferenczi (1926) afirma que após o advento do método psicanalítico introduzido por Freud, pôde-se "(...) explicar até uma profundidade antes insuspeitada a vida pulsional em que o corpo e o psiquismo não param de influenciar-se mutuamente "(FERENCZI,1926, p.418).

Por fim, considero importante algumas considerações sobre a conferência em que Ferenczi (1919), aborda as neuroses de guerra e apresenta diversos estudos a respeito do tema. Um dos pontos importantes é a questão do ganho, que aparecia em diversos casos estudados, em que o advento de uma neurose estava diretamente relacionado com a possibilidade de obter algum benefício. Ferenczi (1919) questiona neste texto a psicogênese dos distúrbios da neurose traumática, como poderiam ser distúrbios que davam tanto a impressão de uma organicidade, mas eram psíquicos? Para responder a esta questão, Ferenczi retoma os estudos de Charcot e Freud sobre os fenômenos histéricos. O importante a destacar deste texto é que

Ferenczi (1919) ao apresentar vários estudos contrapõe as teorias que creditavam a um fator físico os sintomas da neurose traumática e outros estudiosos, que mesmo não sendo psicanalistas eram influenciados pelas ideias de Freud a respeito da etiologia das neuroses, especialmente a histeria.

Afirma Ferenczi (1919) sobre as neuroses traumáticas:

O universo psíquico do paciente vítima de neurose traumática é dominado pela depressão hipocondríaca, pela pusilanimidade, pela angústia e por uma excitabilidade elevada que se faz acompanhar da tendência para acessos de cólera. A maioria desses sintomas pode ser atribuída a uma hipersensibilidade do ego (em especial a hipocondria e a incapacidade de suportar um desprazer moral ou físico). Essa hipersensibilidade provém de que o paciente - em consequência de um choque ou de uma série de choques - retirou dos objetos seu interesse e sua libido para concentrá-los no ego. Produziu-se assim uma estase da libido no ego, que se exprime precisamente por essas sensações orgânicas hipocondríacas anormais e pela hipersensibilidade (p.28).

Ferenczi (1919), enfatiza que indivíduos que desde a origem tenham tendências narcísicas, desenvolvem com mais facilidade uma neurose traumática, porém, alerta que, em sendo o narcisismo um ponto de fixação do desenvolvimento libidinal de todas as pessoas, não se pode descartar o desenvolvimento de uma neurose traumática mesmo em outros casos.

No final da conferência, Ferenczi (1919, p.29) retoma a questão dos ganhos:

Portanto, não se trata apenas, como acreditava Strumpell, de quadros clínicos apresentados em vista de um benefício atual (pensão, indenização por danos e perdas, isenção do serviço ativo); esses são meros benefícios secundários da doença; o motivo primário da doença é o próprio prazer de permanecer no seguro abrigo da situação infantil, outrora abandonado a contragosto.

É interessante também neste trabalho a menção de Ferenczi (1919, p.30) a Freud, que abordou os sonhos nas neuroses traumáticas como sonhos de angústia que podem ser considerados uma tentativa de cura espontânea do paciente. Menciona também:

É aos poucos que esses pacientes entregam à ab-reação consciente seu medo insuportável, incompreensível em sua totalidade e, por conseguinte, convertido em sintomas físicos, e contribuem assim para o restabelecimento do equilíbrio perturbado de sua economia psíquica.

4.8. A hipocondria em Freud

Após o percurso na obra de Freud, especialmente nos trabalhos que vieram após a conceituação do segundo dualismo pulsional e da segunda tópica, nos ateremos ao estudo da Hipocondria, naquilo que seu desenvolvimento na obra de Freud pode nos auxiliar no entendimento da problemática clínica aqui apresentada, em que observamos, conforme já apontado ao longo do trabalho, uma certa exacerbação na percepção das sensações corpóreas, que, em ambos os pacientes apareciam como queixas orgânicas difusas.

Assim, trazemos a seguinte questão: se durante o adoecimento há um privilégio dos investimentos no corpo, conforme proposição de Freud, porém, como podemos entender que mesmo na ausência de doença o sujeito permaneça tão voltado aos investimentos em seu próprio corpo, e um corpo que acredita ainda estar doente?

Em "Sobre o Narcisismo: uma introdução" (1914a), Freud afirma que na doença orgânica há a retirada da libido em direção ao ego, porém quando a pessoa se restabelece há novamente um investimento nos objetos. É este retorno para os objetos que parece estar ausente nos casos clínicos atendidos, em que não há mais a doença, mas também muitas vezes não se observa um retorno aos investimentos externos. Nas palavras de Freud: "Devemos então dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera" (FREUD, 1914a, p.98).

Portanto, em termos da distribuição da libido não é o que acontece com as pessoas que suscitaram as questões para esta pesquisa. Freud aborda a hipocondria como uma manifestação que tem sobre a distribuição da libido os mesmos efeitos que a doença orgânica, implicando em um movimento de retraimento narcísico. Freud aponta porém, para a diferença fundamental das duas condições: na doença orgânica há uma modificação demonstrável em termos orgânicos, o que não ocorre na hipocondria. Porém, Freud traz uma discussão de que talvez haja também na hipocondria modificações corpóreas e questiona o que seriam estas modificações.

Portanto, a hipocondria deve ser abordada nesta pesquisa, tendo em vista que há nos sujeitos atendidos um intenso investimento nos sofrimentos do corpo, sofrimentos estes que nem sempre têm uma lesão orgânica justificável, do ponto de vista médico. Porém, como já abordado no início deste trabalho o corpo abordado pela Psicanálise difere daquele abordado pela Medicina.

Retomando o texto "Além do princípio do prazer" (1920) é importante nos atermos a um trecho em que Freud aborda a questão da neurose traumática e a aproximação que se pode fazer entre este quadro e a hipocondria ou a melancolia. Freud (1920, p.23) afirma:

O quadro sintomático apresentado pela neurose traumática aproxima-se do da histeria pela abundância de seus sintomas motores semelhantes; em geral, contudo, ultrapassa-o em seus sinais fortemente acentuados de indisposição subjetiva (no que se assemelha à hipocondria ou melancolia), bem como nas provas que fornece de debilitamento e de perturbação muito mais abrangentes e gerais das capacidades mentais.

Volich (2002, p.83) ao destacar este trecho do texto citado acima, afirma que Freud aponta para a semelhança entre a sintomatologia dessas neuroses e as da histeria, sem contudo apresentar a dimensão simbólica e fantasmática das mesmas. A natureza narcísica das queixas estariam mais próximas da melancolia e da hipocondria. "Essas manifestações estariam a serviço da necessidade de ligação do incremento abrupto de excitações desencadeado pelas circunstâncias traumáticas."

Volich (2002, p.119) ainda considera que as fantasias hipocondríacas tem por função preencher as necessidades de ligação da excitação. Enfatiza que as próprias manifestações hipocondríacas se constituem em tentativas de ligação da excitação e da angústia, segundo um nível mais primitivo de funcionamento, ou seja, a partir de uma experiência corpórea.

Se pensarmos nos sujeitos atendidos e relacionarmos ao que já foi dito a propósito das neuroses traumáticas, podemos pensar na possibilidade de que estes sujeitos, antes sofrendo de doenças que pediam que os investimentos se voltassem para o corpo permanecem em um nível, chamado por Volich (2002), de mais primitivo, na medida em que precisam continuar a ligar um excesso de excitação que não encontra "paradeiro", além das experiências corpóreas.

No trabalho citado acima, Volich (2002) apresenta uma minuciosa pesquisa de como a hipocondria aparecia desde os primeiros trabalhos de Freud. Para o objetivo da pesquisa é importante destacar a questão apontada por Volich de que a hipocondria na obra freudiana não se constitui em uma entidade nosográfica autônoma, mas poderia manifestar-se em todos os quadros psicopatológicos, fazendo parte também de muitas de nossas experiências cotidianas. Volich menciona, por exemplo, a dimensão hipocondríaca da atividade onírica abordada por Freud.

Este ponto foi abordado por Fernandes (2001, p.67): "(...) o hipocondríaco exagera sua dor, assim como o sonhador amplifica suas sensações corporais (...)"

Fernandes (2001, p.68) aponta para as características dos hipocondríacos de sempre buscarem imagens para descreverem seu sofrimento orgânico, na tentativa de serem compreendidos pelo discurso médico, mas muitas vezes saem com a sensação de não se fazerem entender.

Ao citar Freud (1893) em sua comparação entre histeria e hipocondria, Fernandes (2001, p.68) afirma:

O hipocondríaco demonstra, ao contrário, um verdadeiro *trabalho mental* que visa a exprimir, detalhada e perfeitamente, uma *queixa*. O material que Freud utiliza para distinguir o doente orgânico, o hipocondríaco e o histérico é, portanto, o discurso, as particularidades discursivas desses pacientes. Ele chama a atenção já nesta ocasião, para a especificidade de nosso *instrumento de trabalho*: é exatamente da relação da palavra com o corpo que devemos nos ocupar. (*grifos do autor*)

Conforme podemos acompanhar nestes autores a hipocondria esteve presente desde os textos de Freud dos anos 1890, porém sempre como alguma manifestação sintomática que não tinha uma vinculação a um quadro psicopatológico particular. Foi a partir do caso Schreber, em 1911 e com o texto sobre o narcisismo em 1914 que Freud esboçou uma tentativa de compreensão da especificidade do fenômeno hipocondríaco a partir das neuroses narcísicas. Apesar de neste período Freud ter associado a hipocondria à paranoia e tê-la classificado como parte das neuroses narcísicas, ainda assim a hipocondria não deixou de ser parte do quadro das neuroses atuais.

Sobre as neuroses atuais, Ferraz (2006), afirma que a angústia como descarga, que foi abordada por Freud em 1895 para falar deste tipo de neurose é retomada em 1926, no texto "Inibições, Sintoma e Angústia" como o que Freud nomeou de "angústia automática."

Segundo Ferraz (2006, p.11):

A angústia automática é aquela que marca uma falha do ego diante do perigo, quando este, não tendo tido condições de examinar os processos da realidade, deixa-se tomar de surpresa. É claro que estamos falando aqui do trauma, ou seja, do irrepresentável que se articula exatamente à pulsão de morte. *Grosso modo*, o sujeito da neurose atual funciona no registro da neurose traumática; responde automaticamente, passando ao largo dos processos propriamente psíquicos na sua montagem sintomática.

Considero importante esta citação para as questões a serem discutidas adiante e para o seguimento do estudo da hipocondria que foi considerada por Freud uma neurose atual e as aproximações possíveis com a neurose traumática conforme já apontado a partir do texto de 1920.

Freud retoma também a questão da classificação da hipocondria como uma neurose atual, ao lado da neurose de angústia e da neurastenia. Discute a questão do paralelo que se pode fazer entre a parafrenia e a hipocondria no que diz respeito à distribuição da libido do ego, afirmando que é o mesmo tipo de relação que se pode estabelecer entre as outras neuroses atuais e a histeria e a neurose obsessiva que estão na dependência da libido objetal.

Segundo Volich (2002), Ferenczi (1916) ao abordar as doenças orgânicas traz certo acréscimo à teoria do narcisismo de Freud ao afirmar que uma doença orgânica pode representar não somente um retraimento narcísico, mas também ser fonte de uma manifestação psicopatológica ou de uma outra doença orgânica.

Ferenczi (1932, p.167) afirma seguir as ideias de Freud sobre a hipocondria, considerando-a uma neurose narcísica e que pode ser explicada pelo acúmulo de libido narcísica nos órgãos do corpo. Enfatiza que a hipocondria não ocorre somente em indivíduos que não tem uma lesão verificável do ponto de vista orgânico, mas também pode ocorrer associada a doenças físicas comprovadas, nas quais a quantidade de libido mobilizada como "contra-investimento" do processo orgânico excede o nível exigido pelas tendências para a cura e tem que ser controlada no plano psíquico.

Gibeault (2002) traz algumas importantes contribuições sobre a dimensão metapsicológica da hipocondria como angústia. "(...) Mencionada pela primeira vez no manuscrito B (8 de fevereiro de 1893), a hipocondria é um dos sintomas crônicos da neurose de angústia, que Freud classificará, em 1898, como uma das duas neuroses atuais, com a neurastenia " (GIBEAULT, 2002). O autor nos lembra que este é o primeiro tempo da construção freudiana da hipocondria, ocorrendo o segundo tempo após o conceito de narcisismo, em que há a nova oposição pulsional, entre libido do eu e libido de objeto. Neste ponto, têm-se o modelo da retirada da libido sobre o eu, o que leva Freud a fazer uma aproximação entre as angústias hipocondríacas e as chamadas parafrenias na época, ou seja as psicoses (p.114).

Segundo Gibeault (2002, p.115):

A este respeito, Freud (1914) faz a hipótese de uma estase da libido do eu que seria a fonte de desprazer; a questão continua sendo, como Freud mesmo o sugere, do

valor explicativo deste processo econômico. Mas, mesmo assim, ele não abandona a ideia de uma participação do núcleo hipocondríaco em qualquer organização psicopatológica, seja ela neurótica ou psicótica. E sua reflexão sobre o sintoma hipocondríaco permite-lhe assimilar a tensão de excitação somática do órgão dolorido ao órgão genital excitado. Ele supõe assim a extensão desta erogenidade a todos os órgãos, internos e externos. O próprio corpo adquire assim, por meio da dor hipocondríaca, uma qualidade erógena cuja avaliação continua, no entanto, relativa à distribuição de uma quantidade de libido do eu.

Gibeault (2002) enfatiza neste ponto que nesta perspectiva econômica estrita torna-se difícil diferenciar as diversas soluções somáticas, ou seja, os sintomas de conversão histérica, a doença orgânica e a hipocondria. O autor utiliza-se do texto de Freud "Pulsão e suas vicissitudes", de 1915, para explicar como Freud sai de certa ambiguidade do sintoma hipocondríaco (GIBEAULT, 2002, P.115):

(...) Vem das hesitações freudianas uma ambiguidade sobre o estatuto do sintoma hipocondríaco: seria uma sensação somática que remeteria à inervação vasovegetativa e vasomotora, ou seria uma representação (medo de estar doente, medo de ficar louco etc.) que provocaria sensações dolorosas?

O autor afirma que Freud saiu deste impasse por meio da elaboração de um conceito metapsicológico da pulsão. O autor nos lembra a frase de Freud (1915) já citada neste trabalho que coloca a pulsão como um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo.

Gibeault ao comentar esta definição de pulsão afirma: "(...) A relação de representância da pulsão permite, então, conceber ligações do somático com o psíquico como um processo histórico de construção do corpo no psiquismo" (GIBEAULT, 2002, p.115). O autor menciona a questão da dor como apontada por Freud em 1923, como a maneira que o indivíduo pode representar o corpo para si mesmo. Destaca também que neste contexto a economia do masoquismo é essencial para nos levar a este trabalho de representação.

É importante salientar, conforme já mencionado anteriormente, que o texto de Freud de 1915 traz contribuições fundamentais para todo o desenvolvimento da metapsicologia. Levando em conta esta questão destacaremos alguns pontos que se articulam diretamente com a questão da hipocondria observadas nos pacientes atendidos.

Assim, conforme Volich (2002, p.149):

Presente em todos os trabalhos da metapsicologia, o paradigma hipocondríaco é novamente utilizado quando Freud se encaminha para formular seu segundo modelo de aparelho psíquico. Em 1915, em seu artigo sobre as pulsões, e também, 1917, ele aponta para a importância das experiências corporais como aquelas a partir das quais se distinguem o interno e o externo, e organiza-se o princípio de realidade.

Volich (2002) descreve os avanços de Freud rumo ao desenvolvimento da segunda tópica e afirma que estas concepções abordadas acima, "(...) culminam com a descrição da constituição do ego e do superego a partir do Id. As experiências corporais permanecem sendo apontadas por Freud como determinantes deste processo." (VOLICH, 2002, p.150)

Lembremos que é no texto de 1923 (O eu e o Id), que Freud descreve o ego como a projeção de uma superfície corporal (FREUD, 1923, p.40).

Novamente, em Volich (2002, p.151):

Como vimos, a doença orgânica, a estimulação dolorosa ou ainda a inflamação de um órgão foram explicitamente mencionados por Freud como processos que desencadeiam os movimentos de retraimento narcísico, e que permitem também compreender a dinâmica hipocondríaca, ou seja, a capacidade de um órgão saudável atrair a atenção do ego. É esse paradigma que ele convoca na concepção de seu novo modelo tópico, ao mencionar a função dos " *processos dolorosos*" na discriminação entre o interno e o externo, e, sobretudo, na forma de "*conhecimento dos órgãos*" e do próprio corpo.

Gibeault (2002) desenvolve a questão da hipocondria como uma solução, o que nos parece bastante importante para o entendimento da problemática clínica apresentada. O autor menciona um caso clínico, em que o paciente apresenta o primeiro episódio hipocondríaco concomitantemente à ocorrência de situações que assumiram um valor traumático.

O autor, mencionando a segunda teoria da angústia de Freud afirma a respeito da solução hipocondríaca:

A hipótese de uma solução hipocondríaca nos leva assim, segundo a sugestão de R. D. Stolorow (1977,1979), a conceber a angústia hipocondríaca *como sinal de alarme* de um perigo que ameaça a esfera narcísica. À luz da segunda concepção freudiana da angústia (Freud, 1926), conforme emitida pelo eu para assinalar um perigo intrapsíquico, torna-se possível estender tal compreensão à angústia hipocondríaca: esta assinalaria um estado de alerta relativo ao investimento narcísico no próprio corpo.

É interessante a referência à segunda teoria da angústia, pois nos parece nos casos atendidos que é por meio das manifestações que podemos entender como hipocondríacas que os pacientes buscam lidar com a ameaça de perigo de um novo adoecimento. Nos dois casos

clínicos apresentados, podemos entender que após o adoecimento houve um certo "esgarçamento" das defesas, das possibilidades de reação, sendo o psiquismo destes sujeitos atingido brutalmente pelo excesso que a experiência lhes trouxe. Dado o excesso, que nos fez utilizar o paradigma do trauma, e, especificamente o modelo das neuroses traumáticas, temos a hipocondria como o sinal, novamente no corpo, de uma tentativa de solução para este excesso. Podemos entender os sintomas corporais, para os quais os médicos não encontravam explicação como tentativa de ligação, conforme apontado por Volich (2002).

4.9. PARADOXOS DA CURA

4.9.1. Os riscos psíquicos da cura: Danièle Brun

Tendo em vista que a hipótese deste trabalho surgiu a partir da constatação de que alguns pacientes, mesmo com a doença em remissão, não demonstravam nenhuma demonstração de apropriação de sua condição (de curados), surge um paradoxo relativo a como podemos entender que alguém, que teve algo que aparentemente almejava como a remissão da doença permaneça atrelado ao sofrimento como se ainda estivesse doente. Para abordarmos este fenômeno recorreremos à uma autora que dedicou-se ao estudo dos paradoxos envolvidos na cura de doenças, especificamente o câncer infantil.

Brun (1996, p. 11), que se dedicou à pesquisas com crianças com câncer, afirma que “(...) curar-se é um paradoxo constitutivo dos processos que operam na vida psíquica – não combina necessariamente com “alegrar-se”. A cura supõe, com efeito, a realização de um trabalho de luto bem como uma transformação dos investimentos exteriores e interiores.”

A partir desta afirmação pode-se pensar que nem sempre a cura de uma doença orgânica tem uma correspondência no plano psíquico, no sentido do sujeito identificar-se com o “curado”.

Brun (1996, p.23) afirma:

Se não é surpreendente que o diagnóstico de câncer muitas vezes seja entendido como uma condenação à morte, não se pode permanecer insensível ao fato de que o anúncio da cura seja entendido como uma condenação à vida. O interesse que tenho há muitos anos pelo futuro das crianças acometidas de câncer me levou a considerar o anúncio da cura como um fato fundamental para o desenrolar das situações fantasmáticas provocadas pelo aparecimento da doença (p.23).

Brun (1996, p. XV) menciona as representações dos pais das crianças curadas de câncer e as fantasias que estes pais carregam consigo, mesmo muito tempo após a cura. Brun afirma que a imagem que se impôs nestes dez anos de pesquisa é "a criança dada por morta". Os relatos de Brun a respeito dos atendimentos com os pais trazem falas muito significativas dos mesmos, que apontam para o descompasso entre o momento da cura física das crianças e as representações que eles apresentam.

Percebemos então que a criança dada por morta é uma personagem chave do teatro interno de cada um, aquele ao qual a palavra deve ser devolvida pouco a pouco, para que a loucura na qual mergulha o medo de perder um filho possa ser traduzido em palavras, e para que a existência da criança real não seja mais composta de instantes incansavelmente renovados.

Podemos notar neste trecho que Brun parece se referir a pais que estavam de certa forma "emudecidos" ou paralisados pela experiência de "quase morte" de seus filhos e coloca a palavra como o que vai permitir que saiam deste estado e possam vivenciar a experiência de cura de seus filhos.

Pode-se pensar que a cura favorece o aparecimento de uma série de questões que vão ser muito importantes no seguimento da vida do sujeito e na sua possibilidade ou não de viver conforme a condição de "curado". Esta é uma questão relevante para a abordagem psicanalítica destes sujeitos, para que tenham possibilidade de falar neste momento posterior à doença sobre o cenário fantasmático envolvido na questão do adoecimento. Conforme a experiência nota-se que neste momento pode-se ter acesso ao potencial traumático que a experiência de cura pode ter na vida destes sujeitos.

Apresentamos a seguir outro ponto fundamental em que Brun (2006, p.21) aponta para a questão pulsional que têm sido abordada para a investigação de nossa hipótese:

Se curar é uma necessidade vital, a satisfação dessa necessidade de modo algum diminui a tensão pulsional que poderia passar despercebida durante todo o tempo em que se confundisse com o perigo real. Uma vez passado o tempo de sua conjunção, apenas essa continua viva, constituindo uma verdadeira fonte de energia para comportamentos cuja lógica interna está longe de ser evidente.

Brun (1996, p.21) aborda também a questão da incredulidade que acontece quando há o anúncio da cura do câncer, nos casos por ela atendidos, no contexto da cura do câncer infantil:

(...) as pessoas têm reações de incredulidade, uma incredulidade que convém distinguir, na sua essência do temor de uma recaída ou de outras consequências desagradáveis. Ninguém espera, com efeito, que esses temores de uma recaída caduquem miraculosamente assim que o estado de saúde da criança melhora. A questão não é essa. Trata-se de maneira mais essencial, do suporte e do argumento que a recusa em acreditar, na sua dimensão inconsciente, encontra nesses temores. A recusa em acreditar é a expressão de um processo complexo que resulta de um encontro entre duas atitudes contraditórias: dever acreditar num acontecimento - no caso a cura do câncer - cuja realidade pareceu incerta por um lado; perceber, por outro lado, que se ignorava totalmente que o acontecimento se produzisse um dia.

Conforme podemos perceber na citação acima, Brun (1996) aborda a questão do temor da recaída, que mencionamos em nossa introdução. Conforme salientamos, o medo da recaída não pode ser entendido como a única explicação para o que observamos na clínica com estes pacientes, o que tornou necessário o percurso pela metapsicologia freudiana para nos auxiliar nas dimensões inconscientes envolvidas.

Brun (1996) ainda a partir do trecho acima em que coloca a recusa em acreditar, menciona o texto de Freud "Um distúrbio de memória na acrópole" (1936) que será trabalhado em nosso próximo capítulo. Brun (1996) destaca que "(...) Freud confere a este tipo de reação o *status* de um ato psíquico que participa simultaneamente do sonho e da realidade" (BRUN, 1996, p.22).

Finalizamos neste ponto nosso percurso pelo importante trabalho de Brun (1996), enfatizando que selecionamos trechos do mesmo que podem contribuir para a nossa argumentação no que se refere ao entendimento do que a autora nomeia de "paradoxos da cura", que vai de encontro à nossa problemática clínica com os pacientes que estão em remissão de uma doença onco-hematológica.

4.9.2. Os arruinados pelo êxito em Freud

Neste capítulo nos ateremos aos momentos em que Freud abordou as reações apresentadas por algumas pessoas quando “ganham” algo que almejavam. Nestes momentos, Freud apresenta algumas tentativas de entendimento destes fenômenos.

Em "Arruinados pelo êxito" Freud (1916) apresenta, através de alguns exemplos, e inclusive de trechos de "Macbeth", de Shakespeare a questão referente ao adoecimento por neurose que ocorre após uma pessoa conseguir algo que antes era muito almejado. Freud nos lembra que, segundo uma das teses psicanalíticas, até então as pessoas adoeciam por frustração de seus desejos libidinais. "(...) a frustração de uma satisfação real, é a primeira condição para a geração de uma neurose, embora, na verdade, esteja longe de ser a única" (FREUD, 1916, p.357).

Freud busca neste texto compreender este fenômeno por meio da distinção entre o que chamou de "frustração interna" e "frustração externa". Explica que geralmente uma frustração interna precisa da externa para que ocorra o adoecimento neurótico. Porém, no caso de pessoas "arruinadas pelo êxito", segundo Freud (1916, p.358):

Nos casos excepcionais em que as pessoas adoecem por causa do êxito, a frustração interna atua por si mesma; na realidade, só surge depois que uma frustração externa foi substituída pela realização de um desejo. À primeira vista, há algo de estranho nisso, mas, por ocasião de um exame mais detido, refletiremos que não é absolutamente incomum para o ego tolerar um desejo tão inofensivo na medida em que ele só existe na fantasia e cuja realização parece distante.

Freud atribui ao que nomeia neste texto de "forças da consciência" o que proíbe o indivíduo de obter alguma vantagem daquilo que, antes almejado, fora alcançado por uma mudança da realidade. Como mencionado acima, para ilustrar melhor este fenômeno, Freud escolhe a tragédia *Macbeth*, de Shakespeare. Não nos ateremos à tragédia, mas somente apontaremos que Freud quis demonstrar a derrocada de Lady Macbeth, que fora provocada pelo êxito, por ter alcançado os seus objetivos traçados no início da trama. Freud não tece uma explicação para este fato, mas apresenta algumas possibilidades de entendimento do mesmo, citando os trechos da tragédia.

Após outro exemplo literário neste mesmo texto, Freud (1916, p.374) conclui:

O trabalho psicanalítico nos ensina que as forças da consciência que induzem à doença, em consequência do êxito, em vez de, como normalmente, em consequência da frustração, se acham intimamente relacionadas com o Complexo de Édipo, a relação com o pai e a mãe - como talvez, na realidade, se ache o nosso sentimento de culpa.

Nos casos clínicos, como podemos entender esta questão, já que o êxito é a remissão de uma doença? Acredito que, a depender do funcionamento psíquico de cada paciente podemos ou não conjecturar que, após esta remissão advenha um sentimento de culpa, de não ser merecedor. É muito comum nos atendimentos a estes pacientes, que os mesmos busquem explicações para a doença e em muitos casos surge o pensamento: "o que fiz de errado para merecer esta doença?"

Freud, em 1936, no texto "Um distúrbio de memória na Acrópole", retoma em carta aberta a Romain Rolland o tema referente aos "arruinados pelo êxito" quando descreve a reação que teve ao chegar na Acrópole. Freud teve uma reação de incredulidade, sensação de que não poderia ser verdade o fato de visitar um lugar que pensou que só conheceria pelos livros. Nomeia de "conduta paradoxal" esta reação em que há uma incredulidade naquilo que pode trazer grande prazer. Neste texto, Freud (1936, p.240) menciona as questões trabalhadas em 1916:

Em um outro grupo de casos, como naqueles que se arruinam com o êxito, encontramos um sentimento de culpa ou inferioridade que pode ser traduzido assim: 'não mereço tanta felicidade, não mereço'. Mas, esses dois motivos são, em essência, o mesmo, por ser um apenas uma projeção do outro. Conforme há muito já se sabe, o Destino, que esperamos nos trate mal, é materialização de nossa consciência, do severo superego que há dentro de nós, sendo ele próprio um remanescente da instância primitiva de nossa infância.

Como podemos notar a partir desta citação, Freud que já havia trabalhado o tema 20 anos antes, em 1936 nomeia de superego, o que anteriormente aparecia como "consciência". Neste ponto é importante apresentar alguns trechos do texto "O Eu e o Id" (1923), onde Freud apresentou as relações dinâmicas entre as instâncias e retomou a questão da participação do superego nos fenômenos observados na clínica, em que observava as dificuldades dos pacientes de poderem usufruir de uma melhora no quadro neurótico após o tratamento analítico.

Ao trabalhar com as noções do que é consciente e inconsciente e da ambiguidade do inconsciente, Freud (1923, p.30) afirma:

Mas, seja como for, na psicanálise já nos habituamos à ambiguidade do inconsciente e lidamos bastante bem com ela. Aliás, tudo indica que ela é mesmo inevitável, pois a distinção entre o que está consciente ou inconsciente é, em última análise, uma questão atinente à nossa capacidade de percepção. É ela que nos permite responder com um sim ou um não sobre se percebemos a presença de algo.

Em o Eu e o Id (1923) Freud voltou a utilizar a expressão "sentimento inconsciente de culpa" como um problema encontrado na clínica, um entrave aos processos analíticos" (...)um sentimento inconsciente de culpa desse tipo desempenha um papel econômico decisivo e coloca os obstáculos poderosos no caminho do restabelecimento." (FREUD, 1923, p.41)

A partir do desenvolvimento da segunda tópica e da delimitação das instâncias psíquicas Freud buscará explicar neste texto os fenômenos encontrados na clínica que apontam para as "forças" que atuam contra a melhora nos quadros neuróticos. Assim, segundo Freud (1923, p.49):

O superego retém o caráter do pai, enquanto que quanto mais poderoso o Complexo de Édipo e mais rapidamente sucumbir à repressão (sob a influência da autoridade, do ensino religioso, da educação escolar e da leitura), mais severa será posteriormente a dominação do superego sobre o ego, sob a forma de consciência (conscience) ou, talvez, de um sentimento inconsciente de culpa.

Mais adiante no texto, Freud apresenta a característica do superego como um “imperativo categórico” que exerce a sua dominação sobre o ego.

Freud apresenta o ego como representante do mundo externo, da realidade e o superego como representante do mundo interno, do Id. Freud (1923, p.51):

Os conflitos entre o ego e o ideal, como agora estamos preparados para descobrir, em última análise refletirão o contraste entre o que é real e o que é psíquico, entre o mundo externo e o mundo interno.

Acreditamos que o trecho citado acima é de suma importância para o entendimento dos fenômenos observados com os sujeitos desta pesquisa, uma vez que diante de uma realidade, que é a remissão da doença, nos deparamos com um estado psíquico que contrasta com esta realidade. Por isso, é importante nos atermos ao texto “O Eu e o Id” (1923), principalmente no que concerne ao papel do superego e a relação que Freud estabeleceu do mesmo com a pulsão de morte.

Assim, segundo Freud (1923, p.57)

É natural que voltemos a indagar com interesse se não poderia haver vinculações instrutivas a serem traçadas entre, de um lado, as estruturas que presumimos existir - o ego, o superego e o id - e, de outro, as duas classes de instintos; e, além disso, se se poderia demonstrar que o princípio de prazer que domina os processos mentais tem alguma relação constante tanto com as duas classes de instintos quanto com estas diferenciações que traçamos na mente.

É importante neste ponto fazer uma ressalva de que neste texto, segundo nos aponta Roudinesco e Plon (1998), o superego era mal diferenciado do ideal do eu, mas é considerado inconsciente, a exemplo de grande parte do eu. Assim, segundo os autores:

"(...) na medida em que o superego ainda é sinônimo do ideal do eu suas funções permanecem ambíguas. Ora estão ligadas ao ideal e à proibição, ora, noutros momentos, à função repressora " (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Após uma extensa explicação das características do Id e suas relações com Eros e Thánatos, Freud (1923) irá novamente abordar um ponto que é de nosso interesse na presente pesquisa. Retoma a questão da “reação terapêutica negativa”. Este ponto nos interessa na medida em que podemos fazer uma analogia entre o que Freud observou como resistência de

restabelecimento nas análises e o “apego” ao ser doente que observamos nas pessoas atendidas. Freud (1923, p.65):

Não há dúvida de que existe algo nestas pessoas que se coloca contra o seu restabelecimento, e a aproximação deste é temida como se fosse um perigo. Estamos acostumados a dizer que a necessidade de doença nelas levou a melhor sobre o desejo de restabelecimento.

Freud apresenta a explicação de que, mesmo considerando a questão dos ganhos, o que se torna mais proeminente nestes casos é a questão do que nomeia de “fator moral”, o sentimento de culpa que encontra sua satisfação na doença e “...se recusa a abandonar a punição do sofrimento.” (Freud, 1923, p.66)

Acrescentamos abaixo mais um importante trecho deste texto. Assim, segundo Freud (1923, p.66):

Mas, enquanto o paciente está envolvido, esse sentimento de culpa, silencia; não lhe diz que ele é culpado; ele não se sente culpado, mas doente. Esse sentimento de culpa expressa-se apenas como uma resistência à cura que é extremamente difícil de superar.

São importantes também alguns pontos abordados por Freud em 1924, no importante trabalho "O problema econômico do masoquismo" em que também menciona o sentimento inconsciente de culpa. Neste texto, Freud discorre sobre as três formas assumidas pelo masoquismo que são: erógeno, feminino e moral, destacando que o primeiro tipo que designa prazer no sofrimento é o mais obscuro e está subjacente aos outros dois tipos. Segundo Freud: “Sua base deve ser buscada ao longo de linhas biológicas e constitucionais e ele permanece incompreensível a menos que se decida efetuar certas suposições sobre assuntos que são extremamente obscuros.” (p.202).

Nota-se nesta citação o caráter enigmático da questão do masoquismo, especialmente a forma do masoquismo erógeno. Freud aproxima o sadismo primário ao masoquismo primário, identificando um ao outro, ou seja, designando-os como idênticos. Aponta que uma parte do sadismo original foi dirigida aos objetos e a outra parte fica como um resíduo, o que é o masoquismo originário propriamente dito, que é o remanescente da fusão da pulsão de vida e de morte.

O masoquismo moral está relacionado a um sentimento de culpa inconsciente em que está envolvido certa satisfação, o que justifica, por exemplo, a “reação terapêutica negativa”

já mencionada acima e que se constitui uma das principais resistências ao tratamento analítico.

Freud aponta ainda neste texto sobre a inadequação da expressão “sentimento inconsciente de culpa”, pelo fato de um sentimento não poder ser designado como inconsciente, o que foi melhor desenvolvido no texto “O Eu e o Id” (1923). Por esta razão prefere abandonar este termo e abordar esta questão do masoquismo moral como uma “necessidade de punição”. Uma importante observação feita por Freud neste texto é a de a tendência masoquista do ego permanecer inconsciente para o sujeito e ter que ser inferida de seu comportamento.

Finalizando o capítulo sobre os paradoxos envolvidos na cura, podemos constatar que os elementos apresentados, nos apontam para as questões que estão além do princípio do prazer e que levaram Freud a formular o segundo dualismo pulsional.

Rudge (2006) afirma que Freud insistiu em dar continuidade à conceituação da pulsão de morte devido aos efeitos que a primeira guerra tinham lhe causado e à presença na clínica psicanalítica dos casos de neuroses traumáticas e de manifestações masoquistas como a reação terapêutica negativa e autoataques. Segundo Rudge (2006, p.2)

Sabemos que ao invocar a compulsão à repetição e a pulsão de morte em 1920, Freud reconhecia e enfatizava a inexorabilidade da repetição nos caminhos que levam para o sofrimento, repetição que chegou a qualificar de demoníaca. Entretanto, a questão de como se constitui e atua essa força que empurra o homem para a dor e para o mal continuou sendo um tema central de todas as suas formulações posteriores, já que ter apenas postulado uma força biológica que leva para a extinção de toda a vida não lhe deu condições de lidar com os fenômenos clínicos.

Desta forma, temos nesta citação a dimensão da importância que representa para a clínica os fenômenos que Freud passou a observar para além do princípio do prazer, o que nos dá elementos para o entendimento da problemática clínica abordada neste trabalho.

4.10. O trabalho do luto e da elaboração

Nos capítulos anteriores abordamos a questão do trauma psíquico, cujos efeitos no sujeito pode-se inferir pela sintomatologia, seja qual for a sua natureza. Enfatizamos também que uma situação tem um valor de trauma dependendo de sua intensidade e da possibilidade de elaboração psíquica frente a um acontecimento. Portanto, torna-se necessário a elucidação do conceito de elaboração que perpassa toda a teoria e técnica psicanalítica, especialmente tendo por base a hipótese deste trabalho de que nos sujeitos atendidos nota-se certo aprisionamento na situação de adoecimento, o que denota a possibilidade de que a mesma tenha tido o efeito de trauma para estes sujeitos e permanece como algo a ser elaborado psiquicamente. Presume-se que a repetição notada nestes sujeitos aponte para uma busca incessante da elaboração de algo que não pôde ser submetido a um trabalho psíquico anteriormente e retorne somente na forma de atos ou de outros sintomas corporais.

A partir da hipótese referente às neuroses traumáticas, e da constatação de que nos discursos dos pacientes notava-se a não elaboração da situação de adoecimento, dos tratamentos e também da remissão da doença, consideramos importante que neste capítulo sobre o trabalho da elaboração estejam incluídas algumas observações sobre o luto, já que o trabalho de elaboração implica em um trabalho de luto. Na abordagem destes pacientes podemos afirmar que há um luto a ser feito, e o trabalho de elaboração passará pela possibilidade do luto das perdas referentes ao corpo sadio de outrora, do ideal de invulnerabilidade. Enfim, são perdas de ordem narcísica que fazem uma marca importante na vida do sujeito.

Para abordarmos a elaboração é importante um breve apanhado de como esta noção aparece paulatinamente nos escritos de Freud, desde que a palavra passa a ser entendida como fundamental para a abordagem dos fenômenos histéricos. Então, desde o acompanhamento do trabalho de Charcot na Salpêtrière, passando pelos estudos com Breuer e, na passagem do método catártico para o método psicanalítico propriamente dito temos Freud bordeando a questão da elaboração psíquica.

Freud (1893 [1888-93], p.244) em “Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias orgânicas e histéricas referindo-se aos sintomas histéricos” afirma:

Todo evento, toda impressão psíquica é revestida de uma determinada carga de afeto (Affektbetrag) da qual o ego se desfaz, seja por meio de uma reação motora, seja

pela atividade psíquica associativa. Se a pessoa é incapaz de eliminar este afeto excedente ou se mostra relutante em fazê-lo, a lembrança da impressão passa a ter a importância de um trauma e se torna a causa de sintomas histéricos permanentes.

Nota-se nesta afirmação que Freud menciona a atividade psíquica associativa como um dos meios para que ocorra a eliminação do afeto; nesta época Freud falava em ab-reação: "Denominamos esta teoria de "Das Abreagieren der Reizzuwachse" (p.244).

Uchitel (1997) nos lembra que no texto abordado acima, Freud, além de apresentar a distinção entre o conceito de um corpo eminentemente orgânico para um corpo simbolizável, traz também a noção de trauma psíquico e já apresenta a noção de elaboração na medida em que aborda a questão do "trabalho psíquico consciente" como forma de eliminar o valor afetivo do trauma.

No percurso pela obra de Freud para abordar a questão da técnica, Uchitel (1997, p.22) ao mencionar o caso Anna O., afirma:

A sugestão hipnótica e o peso atribuído à palavra (na qualidade evocativa de lembranças e na expressão de fortes emoções) são os dois recursos básicos - ainda sem teorização nenhuma - utilizando-se neste caso, que assentaram precedentes valiosíssimos com os quais Freud retomará, posteriormente, seus futuros tratamentos.

Uchitel (1996) ao continuar seu percurso pela obra de Freud, destaca o momento em que Freud se dá conta da resistência no processo analítico e conclui que não bastava somente o recordar e a eliminação do afeto para que alguma transformação ocorresse.

Assim, segundo Uchitel (1996, p.32):

A terapia, que num primeiro momento se apresentava como necessária para desgastar uma lembrança pela descarga da excitação associada a ela, promoverá mais tarde, através da dissolução das resistências pela via interpretativa, o encontro das situações esquecidas, a circulação e a conexão entre os conteúdos psíquicos.

Cymrot (1996) dedica um livro ao estudo do conceito de elaboração psíquica e ao fazer um levantamento deste conceito em Freud, enfatiza como ele abordava o conceito no início de sua obra, mais especificamente nos "Estudos sobre a histeria" (1895):

Neste quadro, *elaborar* refere-se à revivescência de supostas memórias traumáticas esquecidas - afastadas da consciência; e diz respeito a fazer surgir as *resistências* que revelam o reprimido. Freud supôs que a repulsa, o pudor e a

ignorância favoreçam a dissociação da consciência e o recalçamento, impedindo a elaboração (CYMROT, 1996, p.49).

A autora também enfatiza que nesta época Freud ainda não abordava a elaboração como trabalho, pois ainda não havia teorizado sobre a transferência, ainda não havia expandido a noção de realidade psíquica e ocupava-se mais com a eliminação de sintomas. "A transferência, considerada inicialmente um entrave e apenas uma resistência à terapia, foi se centrando na teoria psicanalítica, e sua análise impondo-se como um método para que a elaboração operasse " (CYMROT, 2006, p.53).

Cymrot ainda nos lembra que na singularidade da repetição transferencial destacam-se as vicissitudes das pulsões, as conflitivas entre as estruturas psíquicas e a articulação do tempo e da memória.

Laplanche e Pontalis (1992, p.143) definem o conceito de elaboração da seguinte forma:

A) Expressão utilizada por Freud para designar, em diversos contextos, o trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que chegam até ele e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Este trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas .

B) O termo francês *élaboration* [bem como o português elaboração] é frequentemente utilizado pelos tradutores como equivalente do alemão *Durcharbeiten* ou do inglês *working through*. Neste sentido, preferimos *perlaboration* [perlaboração].

Laplanche e Pontalis (1994) mencionam o termo "trabalho" como aparecendo em diversas expressões de Freud como "trabalho do sonho"; "trabalho do luto", sendo o conceito de "trabalho" empregado para diversas operações psíquicas.

Como nos lembra Cymrot (1996), Freud ao abordar o termo "trabalho" referiu-se a uma quantidade de trabalho exigida pelo psiquismo, e a elaboração psíquica expressaria o conjunto destas operações (p.69). "Para Freud, a elaboração depende de uma sujeição e de algum controle das pulsões associados à expansão do ego. Resulta de um *trabalho mental* a ser realizado pelo analisando e favorecido pelas construções do analista"(CYMROT, 1996, p.72).

Segundo nota do editor (Strachey) a primeira vez em que apareceu a elaboração como um conceito foi em Recordar, Repetir e Elaborar (1914b). Neste texto Freud ao abordar as resistências ao trabalho analítico, enfatiza que não bastava somente apontar a resistência para

o paciente, mas "deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para *elaborá-la*, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise." (p.202)

Nota-se acima a questão do tempo, apontada por Freud como importante para que o processo de elaboração ocorra.

Retomando as questões observadas nos casos atendidos, podemos dizer que, ao chegarem para atendimento, os pacientes demonstravam justamente uma impossibilidade de que um trabalho psíquico fosse possível, congelados na vivência do adoecimento, sendo a repetição o mote das sessões.

Retomando algumas observações já feitas a partir do texto "Recordar, Repetir e Elaborar" (1914b) é importante destacar ainda a retomada histórica que Freud apresenta neste texto no que se refere à evolução da técnica psicanalítica e a noção da elaboração como trabalho. Assim, Segundo Freud (1914b, p.193):

As situações que haviam ocasionado a formação do sintoma e as outras anteriores ao momento em que a doença irrompeu conservaram seu lugar como foco de interesse; mas o elemento da ab-reação retrocedeu para segundo plano e pareceu ser substituído pelo dispêndio de trabalho que o paciente tinha que fazer por ser obrigado a superar a censura das associações livres, de acordo com a regra fundamental da Psicanálise.

Freud (1914b) enfatiza que mesmo com a mudança na técnica – da hipnose e do método catártico para a associação livre – o objetivo continuou sendo, de forma descritiva, preencher lacunas na memória e dinamicamente superar as resistências devido ao recalçamento.

Kupermann (2010, p.37) a propósito do texto de 1914, afirma:

Os dois últimos parágrafos de *Recordar, Repetir e Elaborar* explicitam a tendência de modificação do estilo freudiano, a partir da descoberta da compulsão à repetição como fenômeno irreduzível. O tripé no qual se sustentava a prática analítica - associação livre, princípio de abstinência e interpretação - se mostrava desequilibrado (...)

Kupermann (2010, p. 37) aborda o fato de a publicação de "Recordar, Repetir e Elaborar" ter ocorrido logo após as dificuldades que Freud teve na análise do *Homem dos Lobos* (Serguei Pankejeff):

A formulação, em fins de 1914 (O tratamento de Pankejeff é interrompido em 28 de junho de 1914), da *elaboração* (*Durcharbeitung*) - talvez o mais complexo e decisivo conceito freudiano referente às especificidades e sutilezas do manejo clínico - configura, em relação a essa análise, uma dissonância flagrante entre o dito e o feito.

Neste mesmo trabalho, Kupermann (2010, p.42) ao mencionar os diversos tipos de sofrimento que precisam ser abordados pela psicanálise contemporânea, afirma:

A psicanálise contemporânea acolhe uma ampla gama do sofrimento psíquico não redutível às questões edípicas, que evoca o espectro de uma entidade que, apesar das vicissitudes sofridas ao longo das formulações freudianas, nunca deixou de assombrar a sua compreensão psicopatológica: o trauma (*cf.* KUPERMANN, 2008).

Kupermann (2010) aborda ao longo deste texto questões pertinentes à prática analítica e a importância da postura do analista, mencionando, baseando-se em Ferenczi e também em Winnicott o que denomina a dimensão sensível do encontro analítico. "É preciso afirmar sua presença e resistir no encontro afetivo para que o analisando possa promover o trabalho necessário de recriação de si " (KUPERMANN, 2010, p.42).

Consideramos fundamental a citação acima para a abordagem de nosso problema clínico, uma vez que a elaboração nestes casos certamente envolve a possibilidade do analista de resistir, de suportar este encontro com a destrutividade e a ameaça de morte que a doença orgânica representa para estes pacientes; o que eles terão que recordar e repetir no encontro analítico para que o trabalho da elaboração seja possível, no sentido descrito acima, de recriação de si.

Ainda sobre o trabalho da elaboração, menciono algumas observações realizadas por Menezes (2007) em artigo que aborda a questão da linguagem e do trabalho de luto na rememoração. Assim, nas palavras de Menezes (2007, p.2):

(...) como se pode chegar a ter saudades de experiências de sofrimento, amargas, penosas ao extremo, também vividas na relação com o outro e que também deixam marcas, senão rimbos? Terreno inóspito para a vida, ou seja, para o desejo. Terreno onde o sujeito não é e não tem vontade de ser. Mas estas também, sabemos disto, como almas penadas, insistem silenciosamente nas análises, são também fontes de repetição. Precisam constituir-se como experiências de dor e sofrimento, antes que a chama do desejo possa, ainda que timidamente, voltar ali e ser fonte de sonho e vida.

Ao abordar a repetição na situação analítica, Menezes (2007) enfatiza que a mesma pode ser uma reprodução de uma impressão, que por sua violência não deixou marcas, permanecendo assim como impressão e requer pelo trabalho da linguagem a criação de memórias, a criação de um passado e de "(...) uma narrativa para essa violência muda que se apresenta num presente oco, eternizado, como puro excesso." (MENEZES, 2007,p.3)

Menezes (2007, p.3) ainda acrescenta:

Com a instauração de marcas, com a constituição de memórias, produzidas pela e na linguagem, a fala pode se relançar como modeladora de uma história, em seu trabalho de rememoração. Esta é uma maneira de considerar o desafio clínico posto pela compulsão de repetição situada nas bordas das possibilidades rememorativas, a exigir a restauração das condições da atividade psíquica.

A partir destas colocações podemos nos reportar novamente à problemática clínica estudada e afirmar que nos casos atendidos foi fundamental este efeito "modelador" da fala apontado pelo autor, para que os pacientes pudessem incluir palavras nas vivências de adoecimento/tratamento e cura que até então estavam emudecidas pelo efeito traumático.

Em outro trecho deste mesmo artigo, Menezes (2007, p.4) afirma:

(...) o trabalho da rememoração, em cujas bordas há o automatismo da repetição, é o que leva pouco a pouco à abertura da fala, estagnada na queixa neurótica, graças a um paciente trabalho de perlaboração (*durcharbeitung*) comparável a um trabalho de luto. Desfazer a parasitagem da consciência por um já-vivido ou por um ainda-não-vivido que insiste pesadamente em se manter presente no sintoma é poder, pelo trabalho da análise, por sua atualização como transferência, chegar à desistência, quando conseguimos transformar aquilo que se impõe compulsivamente em passado, em memória.

O autor insiste na questão do trabalho de rememoração implicar em um trabalho de luto, apontando as repercussões deste trabalho no curso da análise, pois "(...) ao se diferenciarem de seu passado quando este surge como passado, os pacientes estão também se diferenciando do seu objeto transferencial atual."(MENEZES, 2007, p.4)

Cymrot (1997) ao mencionar a evolução do conceito de elaboração na obra de Freud, enfatiza que a partir do desenvolvimento da segunda tópica, Freud teve que revisar a questão da reversibilidade do tempo e da recuperação de lembranças.

Assim, segundo Cymrot (1997, p.55):

Na segunda tópica pulsional, com a consideração do complexo de Édipo e das instâncias ideais, houve uma mudança - o caráter repetitivo da pulsão, a noção das estruturas psíquicas, a consideração do conflito intrapsíquico obrigaram Freud a uma revisão da ideia de reversibilidade do tempo e da recuperação de lembranças. O tempo, concebido como irreversível, impõe a necessidade de elaboração.

A autora aponta que a questão da irreversibilidade do tempo foi tratada por Freud no Texto Luto e Melancolia (1917c [1915]), e afirma também que o modelo apresentado neste texto foi fundamental para a clínica, no que se refere à abordagem das perdas narcísicas e objetais.

Após estes breves acréscimos referentes ao trabalho da elaboração, apresento algumas considerações sobre o trabalho do luto em Freud.

Em Luto e Melancolia (1917c [1915], p.275), Freud define a condição do luto:

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos que essas pessoas possuem uma disposição patológica.

Sabemos que Freud, por não considerar o luto como patológico, não o considerava também passível de tratamento. “Confiamos que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele.” (FREUD, 1917c, p.276)

Nos casos abordados a dificuldade de abandonar uma posição libidinal nos levou à observação da permanência em um certo "apego" no ser doente. Assim, quando abordávamos a questão da distribuição da libido nos casos atendidos estávamos nos aproximando de um funcionamento que Freud abordou quando afirma a respeito do trabalho que o luto exige “(...) é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade, quando um substituto já se lhes acena.” (Freud, 1917c [1915], p.277)

Em alguns momentos neste texto, Freud aborda a questão do tempo necessário ao trabalho do luto para que os novos investimentos voltem a ser realizados. "...no luto, se necessita de tempo para que o domínio do teste da realidade seja levado a efeito em detalhe, e que, uma vez realizado este trabalho, o ego consegue libertar sua libido do objeto perdido.” (FREUD, 1917c [1915], p.285)

Na conferência " O estado neurótico comum (1917b), para explicitar os mecanismos psíquicos que caracterizam os quadros neuróticos Freud aborda, a partir de exemplos de pacientes histéricas as características de fixação no passado e compara estes quadros com as neuroses traumáticas, que neste momento ainda não haviam sido muito bem descritas.

Freud (1917b, p.325) menciona a questão da elaboração nesta conferência, ao apontar para o sentido econômico próprio ao traumático:

Aplicamo-lo a uma experiência que, em curto período de tempo, aporta à mente um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso para ser manejado ou elaborado de maneira normal, e isto só pode resultar em perturbações permanentes da forma em que esta energia opera.

Ao abordar mais especificamente a questão da fixação em uma fase do passado, enfatiza que toda neurose inclui uma fixação em determinada fase do passado, porém não é toda fixação em algo que é passado que "(...) conduz a uma neurose, coincide a uma neurose ou surge devido a uma neurose " (FREUD, p.326).

No texto "Sobre a Transitoriedade" (1916 [1915]), Freud aborda a questão do luto de uma forma bastante interessante. Relata um episódio em suas férias, em que estava caminhando na companhia de um amigo e de um poeta, e o último não conseguia apreciar as belas paisagens, justamente por conceber que um dia aquela beleza teria um fim.

Freud (1916 [1915], p.346), ao interpretar esta postura afirma:

O que lhes estragou a fruição da beleza deve ter sido uma revolta em suas mentes contra o luto. A ideia de que toda essa beleza era transitória comunicou a esses dois espíritos sensíveis uma antecipação do luto pela morte dessa mesma beleza; e, como a mente instintivamente recua de algo que é penoso, sentiram que em sua fruição de beleza interferiam pensamentos sobre sua transitoriedade.

A partir desta citação podemos nos reportar novamente aos casos descritos no trabalho e inferir que, em ambos poderia haver o que Freud nomeou de pensamentos sobre a transitoriedade. Podemos questionar se, no caso de uma doença como o câncer, em que há uma ameaça de seu retorno, esta sensação de transitoriedade pode ser mais proeminente. Os pacientes não referiam um medo de que os benefícios da remissão da doença tivessem um fim, mas demonstravam a impossibilidade de usufruir dos mesmos. Mas, será que nestes casos, poderíamos também creditar ao recuo do que é penoso, conforme Freud nos aponta, como uma maneira de evitar a vivência da perda, que nos casos dos pacientes atendidos

ocorreria novamente? Neste caso, salientamos o aspecto de nossa hipótese que aponta para os paradoxos da cura, em que algo que é bom não pode ser usufruído pelo receio de sua perda.

Será que por analogia podemos pensar que a não apropriação da condição de curados refere-se à questão da transitoriedade abordada por Freud, em que, uma pessoa devido ao medo da perda de algo bom, acaba por não apreciar o que seria bom para si mesmo?

Ainda no mesmo texto, Freud (1916 [1915], p.348) cita a guerra que ocorreu um ano após este encontro com seu amigo. Reflete a respeito da consequência da destruição da mesma nos psiquismos e afirma a respeito do luto:

Creio que aqueles que pensam assim e parecem prontos a aceitar uma renúncia permanente porque o que era precioso revelou não ser duradouro, encontram-se simplesmente num estado de luto pelo que se perdeu. O luto, como sabemos, por mais doloroso que possa ser, chega a um fim espontâneo. Quando renunciou a tudo que foi perdido, então consumiu-se a si próprio, e nossa libido fica mais uma vez livre (enquanto ainda formos jovens e ativos) para substituir os objetos perdidos por novos igualmente, ou ainda mais preciosos.

Neste bonito texto sobre a transitoriedade, Freud nos lembra do caráter efêmero de todas as coisas e no caso dos pacientes atendidos já ocorreram várias perdas que foram aquelas referentes ao corpo saudável e também a todos os ideais de invulnerabilidade do corpo que, de certa forma, acompanham os seres humanos, em menor ou maior grau.

5. DISCUSSÃO

Esta discussão tem por objetivo apontar para alguns pontos de reflexão a respeito da hipótese clínico-teórica apresentada neste trabalho. Serão apresentadas as relações que pudemos estabelecer entre a hipótese e o caso clínico de José e posteriormente faremos esta articulação com o caso Clara. Em alguns momentos apontaremos o que evidenciamos de comum nos dois casos clínicos. Para o estabelecimento de tais relações retomaremos os conceitos que foram explanados com o objetivo de fundamentar a nossa hipótese.

Ao retomarmos nossa hipótese, em que buscamos entender o fenômeno clínico observado a partir da conceituação das neuroses traumáticas proposta por Freud após 1920, apontaremos algumas particularidades do atendimento de José que nos aproximaram da formulação desta hipótese, e que explanamos ao longo da articulação teórico-clínica. Concomitantemente ao estudo das neuroses traumáticas, fez-se necessário também o estudo de conceitos que nos auxiliaram a compreender os paradoxos envolvidos no *a posteriori* da doença orgânica, representando a dificuldade destes pacientes de retomarem as suas vidas, permanecendo identificados com o "ser doente". Conforme vimos, Freud nos possibilita o entendimento deste fenômeno a partir do momento em que observou na clínica certas reações como aquelas relativas à "reação terapêutica negativa", e os "fracassados pelo êxito" por exemplo.

José se apresentava desde as primeiras entrevistas com um discurso que trazia em sua forma descritiva e muitas vezes repetitiva algumas questões referentes às repercussões psíquicas do processo de adoecimento somático. Como vimos, o adoecimento marca um antes e um depois na vida de todas as pessoas e em José isto é bastante enfatizado por ele. Considerando que a Leucemia Mieloide Aguda havia sido o primeiro episódio de adoecimento significativo e ocorreu de forma abrupta e insidiosa, e, portanto enquanto uma experiência inédita, colocou José diante de uma nova realidade referente ao seu corpo que até então, de acordo com a sua percepção não necessitava de cuidados médicos. Mas, com o adoecimento este corpo passa a ser objeto da Medicina, quando José começa a buscar um saber sobre este corpo. O adoecimento enquanto marca passa a ser responsável por outras vicissitudes de sua vida como a sua separação, o comportamento de seu filho, a aposentadoria. Apesar de José apresentar, em seu discurso, o transplante como um renascimento, não vive como alguém que renasceu, mas ainda como alguém ameaçado de

morte. Inclusive, José diz comemorar dois aniversários, o dia que nasceu e o dia do transplante.

José, que nunca havia frequentado médicos, repentinamente vê-se internado em um hospital e a imagem que surge a partir de seu relato deste momento já é a de um congelamento, embora a metáfora da "criogenia" tenha sido usada posteriormente. José reitera por diversas vezes que não sentiu-se triste no momento do adoecimento, mas só queria dar continuidade em sua vida, estando apenas preocupado com suas obrigações enquanto chefe de família. Conforme vimos no capítulo em que abordamos a experiência do adoecimento, notamos tanto na história de José quanto na de Clara alguns elementos que nos apontavam para a experiência de adoecimento como algo com valor de trauma, devido ao fator surpresa, às diversas intercorrências abruptas no registro corporal, e no plano estético. Temos então, neste ponto os elementos que nos aproximam da nossa hipótese de entendimento da problemática clínica nos moldes do que Freud abordou a propósito das neuroses traumáticas.

Outro elemento importante na clínica com José, e que vai de encontro à nossa hipótese foi o fato do mesmo recorrer constantemente aos momentos em que esteve na situação de doença, inclusive relatando lembranças nos moldes de *flashbacks*, conforme já indicado anteriormente no texto. O fenômeno da repetição, no sentido apontado por Freud em 1920 foi se tornando cada vez mais proeminente na escuta e José fornecia elementos que apontavam para certa cronicidade, não da doença, mas em "ser doente". Foi somente após um certo tempo de trabalho que, em um "lapso" José confirma esta cronicidade, pois viveu nestes sete anos como um doente de uma doença crônica. No capítulo em que abordamos a compulsão à repetição, vimos que este é um conceito de suma importância para a abordagem dos pacientes atendidos. A questão da temporalidade foi fundamental, principalmente no que diz respeito à atemporalidade do inconsciente. Realmente para José a doença ainda não havia passado porque o tempo em questão é outro, o tempo do trabalho psíquico de elaboração. Reiteramos que sem a possibilidade de falar e de ser escutado, seria muito mais difícil a possibilidade de ressignificação de sua experiência. Devemos considerar que a abordagem dos médicos com estes pacientes foi fundamental no que tange ao encaminhamento, pois tiveram a percepção de que algo impedia o curso do planejado para estes pacientes com a doença em remissão, no que diz respeito ao acompanhamento médico. Este impedimento era resultado da repetição que se manifestava por meio dos retornos constantes aos médicos.

Assim, podemos afirmar que a percepção de que José falava de sua doença como algo atual, as lembranças vívidas das situações ocorridas no hospital e sua necessidade de repetir incessantemente o que havia lhe ocorrido, nos levou à hipótese, que aponta para a questão do

trauma abordada por Freud após 1920, em que o sujeito diante de um excesso para o qual não tem representações psíquicas, justamente pelas intensidades, pelo sentido econômico, repete, na tentativa de alguma elaboração. Como apontamos anteriormente, ainda a propósito do trauma em Freud, o que nos permitiu referirmos ao paradigma do trauma foi a observação de que existia uma permanência dos efeitos do acontecimento, no caso a doença orgânica, enquanto atualidade no psiquismo dos sujeitos que estavam com a doença em remissão há mais de dois anos.

Tanto os conceitos de compulsão à repetição quanto de elaboração são fundamentais para a abordagem dos dois casos clínicos. O discurso de José era marcado pela repetição, e repetição nos moldes do que foi descrito por Freud a propósito das neuroses traumáticas, em que o que se repete é uma experiência desagradável. Em José o fato de a doença não poder se tornar passado é bastante evidente pelo menos em dois momentos de seu atendimento descritos neste trabalho. Primeiramente, José diz literalmente que sua ex-esposa o acompanhou em seus sete anos de doença, mas a doença estava em remissão há sete anos. Como apontado anteriormente é a doença que não pode se tornar passado e uma das maneiras de se entender esta questão é pelo paradigma do trauma, mais especificamente das neuroses traumáticas. Não só o discurso de José, mas a sua insistência no retorno aos médicos e as manifestações em seu corpo nos apontam também para o fenômeno da repetição.

No decorrer do trabalho consideramos que nos casos atendidos havia uma impossibilidade de elaboração do processo de adoecimento. Esta afirmação pode ser feita na medida em que nos deparamos com sujeitos que pareciam paralisados pela vivência do adoecimento, enquanto experiência traumática, e uma vez que, todo o trabalho de elaboração implica em um luto, este foi o trabalho que teve início a partir do momento em que foram encaminhados e puderam dar início ao tratamento analítico. A partir de então, havia um outro (analista) que pôde, por meio do estabelecimento da relação transferencial, oferecer o espaço para a elaboração das perdas inevitáveis e inerentes ao processo de adoecimento, tratamentos e até mesmo da remissão da doença. Ao considerarmos a elaboração como trabalho psíquico podemos pensar que para José este trabalho passou a ser possível a partir de seu encaminhamento para a Psicologia, quando começou a ter a possibilidade de ser escutado em algo que parecia estar somente no registro da repetição, sem a chance da colocação em palavras, ou seja, o que ocorria era o retorno de José aos médicos com suas queixas de sintomas corporais bastante difusos. Pode-se dizer que foi necessário percorrer com José repetidamente as descrições das situações vivenciadas na época do adoecimento, para que depois estas descrições ganhassem pouco a pouco um sentido em sua história. Podemos

inferir que a possibilidade de ocorrer lapsos e de José poder começar a ampliar de forma lenta seus interesses nos aponta para uma possibilidade de que em transferência seja possível com José um trabalho que nos leve à elaboração.

A impossibilidade do trabalho de luto em relação ao que se perdeu, não só com o adoecimento, mas com a remissão da doença, nos leva aos paradoxos da cura em que abordamos que o momento da remissão da doença parece apontar para perdas e para a impossibilidade de uma correspondência do que ocorre no plano psíquico para o plano somático. Vimos em Brun (1996) que a cura implicará em um trabalho de luto, o que pareceu-nos estar ausente em José, pois permaneceu aprisionado na situação de adoecimento parecendo não ter havido a elaboração das perdas vivenciadas neste processo. A abordagem de Brun (1996) sobre a cura como uma "condenação à vida" nos parece bastante pertinente, pois há um "não viver" conforme a nova condição, mas o reviver da situação anterior. Neste ponto, não podemos deixar de levar em conta que no caso das doenças que acometeram estes pacientes, ou seja, dois tipos de câncer, há as particularidades do que caracteriza a vida após o câncer. Conforme José marca com o seu "dossiê", a vida permanecerá referida a este momento do câncer, uma vez que é uma doença cuja ameaça de retorno está sempre presente, do ponto de vista da Medicina. Porém, propomos que a possibilidade de um trabalho analítico para estes pacientes permita que isto que será sempre uma ameaça possa ser vivenciado com menos prejuízos para a vida destas pessoas, que, apesar da ausência da doença, não conseguem realizar novos investimentos, ou ao menos, voltarem às atividades que lhes ocupavam antes do adoecimento.

Seguindo a questão da angústia como um sinal antecipatório de uma situação, como apontada por Freud, podemos pensar que em José esta angústia esteve ausente, justamente pela imprevisibilidade da situação. Porém, podemos inferir há no momento da remissão da doença o advento da angústia como uma forma de lidar com a ameaça de que a situação que foi traumática ocorra novamente.

Retomando a questão do retraimento narcísico propiciado por uma doença orgânica, de acordo com proposição de Freud, podemos perceber que José permaneceu com seus investimentos libidinais voltados ao seu próprio corpo, um corpo que acredita ainda estar doente. Uma das questões que se colocava era como não foi possível que José voltasse a investir no mundo externo após não ter mais a doença, o que nos aproximou da hipocondria. Assim, consideramos que a articulação teórica apresentada no capítulo sobre as teorias das pulsões em Freud foi fundamental para o entendimento das questões relativas aos investimentos observadas nos pacientes em questão. Ou seja, o entendimento de que havia

nos sujeitos atendidos a permanência dos investimentos no próprio corpo nos aproximou da questão do luto e da hipocondria. Em José havia um pesar pela vida de outrora, de sua impossibilidade de continuar sendo a "pilha atômica", conforme se autodenominou. Portanto, havia uma perda, que podemos denominar de narcísica, na medida em que apontava para o fato de o adoecimento ter atingido de forma brutal suas certezas, seu ideal de invulnerabilidade.

Conforme visto anteriormente, a hipocondria para Freud podia ser entendida como uma das manifestações clínicas das neuroses traumáticas. Lembremos que foram as manifestações hipocondríacas de José que motivaram o seu encaminhamento para a Psicologia. Podemos entender que estas manifestações apontavam para uma tentativa de ligação, para um "grito de alerta" dos excessos deflagrados no corpo, pela impossibilidade de representação psíquica.

Tanto as contribuições de Freud quanto as de Ferenczi que foram apresentadas nos aproximam de nossa hipótese na medida em que nos apontam para algumas repercussões psíquicas do adoecimento orgânico como a ideia de que após uma doença pode sobrevir um adoecimento neurótico até então não apresentado.

A questão do abandono apontada por Ferenczi também pode nos fazer inferir que nestes sujeitos a remissão da doença pode ter significado este abandono, na medida em que no momento do adoecimento estavam cercados de cuidados, e como nos lembra Ferenczi (1919) "(...) o motivo primário da doença é o próprio prazer de permanecer no seguro abrigo da situação infantil, outrora abandonado a contragosto" (p.29).

Este ponto nos aproxima da questão dos ganhos como algo que pode estar intrinsecamente relacionado aos fenômenos observados nesta clínica.

Embora possamos considerar o ganho secundário, nota-se com mais evidência em José a questão da hipocondria, no sentido de que ele parecia não conseguir deixar o retraimento narcísico que foi necessário no momento do adoecimento e notava-se uma percepção aguçada de suas sensações corporais. Era como se não fosse mais possível para José retirar-se deste investimento em suas sensações corporais.

Para finalizar a discussão do caso clínico de José, podemos notar que após um tempo de trabalho ele passou a trazer representações que parecem já apontar para uma progressão em seu funcionamento psíquico, no caminho de uma apresentação mais metafórica do que foi vivenciado. Vários elementos nos apontam para esta progressão, no caminho da representabilidade, por exemplo, quando José nos traz a importante imagem do congelamento, e fala em criogenia. Neste ponto já estamos mais próximos do terreno da "fantasia" e José já

pode trazer novos elementos para representar a sua dor, elementos que passam pelas palavras e não somente pelas dores ou por relatos que apenas repetem as vivências de forma literal. Desta forma, podemos inferir que foi possível algum trabalho de elaboração psíquica.

No caso de Clara, temos também a questão do adoecimento como uma experiência inédita e que aparecia em seu discurso como algo vivenciado como "surpresa", como "choque".

Podemos fazer algumas colocações sobre a nossa hipótese no sentido de que ela também apresentava uma revivescência dos tempos passados no hospital, e aparecia em seu discurso com bastante frequência a questão da doença como algo atual. A sensação ao escutá-la era de que ainda estava enfrentando o momento do adoecimento e neste ponto nos aproxima da questão do trauma por parecer, conforme abordamos, ainda presa a uma situação passada.

Clara parece também se colocar como objeto da Medicina acatando qualquer decisão que venha de um profissional médico. Parece reagir desta forma mobilizada por um temor de que algo volte a lhe ameaçar de forma tão brutal como foi o câncer. Parece ter permanecido no registro do "susto". No registro corporal, permanece no mesmo estranhamento inicial, do Linfoma, parecendo não ser sujeito de seu próprio corpo, mas têm o corpo como algo externo ao si mesmo, que entrega aos cuidados da Medicina. Clara parece não notar que suas formas ficam cada vez mais arredondadas e a obesidade não traz nenhuma questão, mas o Linfoma ainda se faz presente em seu discurso. Assim a questão da imagem corporal é algo a ser observado neste caso. Temos também elementos para pensarmos na questão dos paradoxos da cura, pois Clara apresentava de forma mais proeminente a questão do abandono e das perdas em termos de cuidados que a cura lhe trouxe. Trazia em forma de queixa e de pesar os privilégios perdidos após a cura.

Assim, em Clara temos proeminente a questão dos ganhos, tanto ganho primário quanto secundário, na medida em que o "ser doente" parecia redimi-la de qualquer responsabilidade no cuidar-se de si própria delegando constantemente este cuidado às figuras parentais, ao marido, aos médicos e também à analista. Clara parecia pedir estes cuidados com o olhar durante as sessões.

Para finalizarmos esta discussão é importante nos atermos mais uma vez aos "paradoxos da cura", que é um viés importante no entendimento de nossa problemática clínica que se articula com os fenômenos descritos por Freud que estavam além do princípio de prazer. Vimos que nem sempre a obtenção de algo que era antes almejado traz satisfação, mas pode vir acompanhado do que Freud nomeou de incredulidade. Nos dois casos clínicos

aparecia esta questão e principalmente José apresentava a dificuldade em usufruir dos benefícios da remissão da doença, parecendo preferir ficar sob a proteção constante dos médicos, se salvaguardando de novas “surpresas” e de novas perdas.

Partir da clínica, ir à teoria e depois voltar para a clínica nos mostrou algumas possibilidades de entendimento do problema de pesquisa investigado e nos aponta também para a importância da clínica psicanalítica no sentido de poder propiciar a colocação em palavras, seja do que se apresentava paralisado e emudecido, tanto pela vivência das intensidades, quanto pela falta de uma escuta que contemplasse as vicissitudes das repercussões psíquicas que a vivência de um adoecimento somático abrupto pode ter na vida dos sujeitos acometidos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos afirmar que a hipótese das neuroses traumáticas nos dá elementos para entendermos os paradoxos envolvidos na remissão de uma doença grave, uma vez que o curar-se não significa "alegrar-se" (conforme expressão de Brun), mas significa também lidar com excessos deflagrados a partir do momento em que estes sujeitos foram atingidos brutalmente por uma doença, sem possibilidades de defesa, de preparação, de acionamento de uma angústia como alarme, conforme Freud nos aponta em 1926.

O quadro das neuroses traumáticas pode ser entendido como paradigmático para o entendimento do problema clínico apresentado, na medida em que a descrição feita por Freud guarda muitas semelhanças com o que foi escutado nestes atendimentos no hospital.

É interessante atentarmos para o fato de que comumente poderia se esperar que as pessoas que tiveram a remissão de uma doença grave estivessem em um momento de ligação com a vida, e não de aparente desligamento, conforme pudemos constatar. E aí está o paradoxo. Paradoxo que Freud apontou desde que observou que não é somente a busca pelo prazer que rege a vida psíquica dos seres humanos.

Freud, de forma brilhante nos mostrou um modelo de aparelho psíquico que contempla a relação dinâmica entre as instâncias e nos faz inclusive constatar que uma instância punitiva internalizada e derivada do "indomável" Id pode nos fazer entender fenômenos como os observados na clínica abordada neste trabalho, e na clínica psicanalítica como um todo. E, como estes fenômenos representam um desafio importante aos analistas, na medida em que as forças em jogo "são muito poderosas".

Apesar dos paradoxos, apontados acima, há particularidades no atendimento a pacientes acometidos por doenças como estes tipos de câncer que nos motivaram a entender a problemática apresentada pelo viés do trauma. Os tipos de doenças que acometeram os pacientes requerem tratamentos muito debilitantes que trazem por si só marcas que serão indeléveis, tanto fisicamente quanto psiquicamente. Este ponto deve ser enfatizado, pois para além do aspecto de ganhos ou de satisfação pulsional que a permanência na condição de doentes pode trazer, há a necessidade de um trabalho de luto que só poderá ser feito na medida em que haja uma escuta para o trabalho de elaboração das perdas implicadas no processo que envolve a doença, o tratamento e a remissão da doença.

Assim, retomando as questões que nos levaram à formulação de nossa hipótese pudemos constatar, a partir do percurso teórico-clínico realizado, que o adoecimento pode ter efeitos traumáticos na medida em que representa um excesso pulsional que, na impossibilidade de representação psíquica, fica enredado pelos fenômenos da compulsão à repetição que caracterizam os quadros descritos por Freud como neuroses traumáticas, com suas características de paralisação em um "passado que não passa", e no caso de nossos pacientes, "a doença que não se torna passado". Vimos que será por meio da possibilidade do trabalho da elaboração que este circuito pode ser modificado.

A nossa segunda questão diz respeito ao aspecto paradoxal envolvido na remissão da doença e conforme constatamos, esta remissão pode ser também propiciadora de questões que não surgiam no momento do adoecimento. Foram também os fenômenos da compulsão à repetição e a conceituação da pulsão de morte que levaram Freud a apresentar os fenômenos clínicos que estavam além do princípio de prazer. É neste ponto que tivemos a possibilidade de junção de nossas duas questões para a formulação de uma única hipótese que nos permitiu entender o problema clínico estudado, uma vez que tanto o aspecto traumático observado no discurso dos pacientes quanto a "insistência" na condição de doentes nos apontaram para a importância da conceituação do segundo dualismo pulsional e da segunda tópica em Freud.

Podemos afirmar que o nosso objetivo de apresentar a compreensão dos processos psíquicos envolvidos nos casos de pacientes que tiveram a remissão de uma doença grave há mais de dois anos e permaneciam referidos ao lugar de "doentes", foi atingido a partir de todo o percurso teórico-clínico realizado. Tal percurso nos permitiu constatar que o problema clínico evidenciado pode ser entendido, conforme nossa hipótese inicial, a partir dos desenvolvimentos de Freud a propósito das neuroses traumáticas, em conjunção com o entendimento de que mesmo algo que era almejado pode não trazer alívio ou realização, mas sofrimento, conforme vimos nos "arruinados pelo êxito", em Freud.

É importante enfatizar novamente que as vicissitudes que caracterizam as reações psíquicas após o adoecimento e a remissão da doença são absolutamente particulares para cada sujeito. Conforme a articulação teórico-clínica pudemos constatar que a metapsicologia freudiana foi de importância fundamental para o entendimento da problemática clínica constatada nos atendimentos descritos.

Para finalizar, é importante enfatizar que o trabalho psicanalítico com pessoas que são acometidas por doenças orgânicas deve contemplar não somente a importância da elaboração psíquica de todo o processo de adoecimento que afeta o corpo, mas também, o que ocorre

psiquicamente após a remissão da doença que traz a necessidade de elaboração, sendo que muitas vezes será no *só depois*, que estes aspectos poderão ser constatados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALONSO, S. O tempo que passa e o tempo que não passa. **Revista Cult**. São Paulo, n.101, 2010. Disponível em: <www.revistacult.uol.com.br>. Acesso em 18 dez. 2013.

AZEVEDO, M. C. **Avaliação Retrospectiva dos pacientes portadores de leucemia mieloide aguda tratados no Serviço de Hematologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo entre 1978 e 2007**, 2009. 177f. Tese (Doutorado em Ciências). Departamento de Ciências Médicas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva**. Disponível em: <www.inca.gov.br>

BRUN, D. **A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

CARDOSO, M.R. Das neuroses atuais às neuroses traumáticas: continuidade e ruptura In: **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**. vol.14, n.1. São Paulo, 2011. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 11 jun. 2012.

CYMROT, P. **Elaboração Psíquica: teoria e clínica psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 1997.

FERRAZ, F.C. Crepúsculo e aurora do corpo em Psicanálise. In: **II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental**, 2006, Belém do Pará: Universidade Federal do Pará. Disponível em: <www.fundamentalpsychopathology.org/pagina-trabalhos-completos-465>. Acesso em: 20 de mar. 2013.

FERNANDES, MH. As formas corporais do sofrimento: a imagem da hipocondria. In: **Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental**, v. IV, n.4, p.61-80, 2001.

_____. A hipocondria do sonho e o silêncio dos órgãos: o corpo na clínica psicanalítica. In: AISENSTEIN, M.; FINE, A.; PRAGIER, G. (orgs). **Hipocondria**. São Paulo: Escuta, 2002. p. 173-192.

_____. **Corpo**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. In: CINTRA, E.M.U (org). **O Corpo, o Eu e o Outro em Psicanálise: ciclo de palestras na Clínica Dimensão**. Goiânia: Dimensão, 2006.

FERENCZI, S. (1917) **As Patoneuroses**. In: Psicanálise II, Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. (1919) **Psicanálise das neuroses de guerra**. In: Psicanálise III, Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. (1922) **A Psicanálise dos distúrbios mentais da paralisia geral**. In: Psicanálise III, Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. (1926) **As neuroses de órgão e seu tratamento**. In: Psicanálise II, Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. (1932a) **Confusão de língua entre os adultos e a criança**. In: Psicanálise IV, Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. (1932b) **Diário Clínico**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

_____. (1934) **Reflexões sobre o trauma**. In: Psicanálise IV. Obras Completas. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FREUD, S. (1888-1893). **O estudo comparativo das paralisias orgânicas e histéricas**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.III).

_____. (1893) **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.III).

_____. (1893/1895) **Estudos sobre a Histeria**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.II).

_____. (1896) A Etiologia Específica da Histeria **in Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.III).

_____. (1905 [1901]) **Fragmento da análise de um caso de histeria**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.VII).

_____. (1909 [1908]) **Algumas observações gerais sobre os ataques histéricos**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. IX.

_____. (1914a) **Sobre o narcisismo: uma introdução**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XIV.

_____. (1914b) **Recordar, Repetir e Elaborar** (Novas Recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XII).

_____. (1915) **Os instintos e suas vicissitudes**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).

_____. (1916) Os arruinados pelo êxito. **In: Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XIV.

_____. (1916 [1915]) **Sobre a Transitoriedade**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).

_____. (1917a) Fixação em traumas: o Inconsciente. **In: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XVI).

_____. (1917b [1916-1917]) O Estado Neurótico Comum. **In: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XVI).

_____. (1917 [1915]) **Luto e Melancolia**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XIV).

_____. (1920) **Além do Princípio do Prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud v.XVIII).

_____. (1924) **O problema econômico do masoquismo**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XIX.)

_____. (1926) **Inibições, Sintomas e Angústia**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. (Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XX.)

_____. (1936) **Um distúrbio de memória na Acrópole**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. Edição Standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.XXII.

_____. (1920) **Além do Princípio do Prazer**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1923) **O Eu e o Id**. In: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente. São Paulo: Imago, 2007. (Obras Psicológicas de Sigmund Freud, v. III.)

GIBEAULT, A. A solução hipocondríaca. In: AISENSTEIN, M.; FINE, A.; PRAGIER, G. (orgs). **Hipocondria**. São Paulo: Escuta, 2002. p. 113-127.

KEHL, M. R. Melancolia e Criação. In: FREUD, S. **Luto e Melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011. p. 9-31.

KNOBLOCK, F. **O tempo do traumático**. São Paulo: Educ, 1998.

KUPERMANN, D. **Ousar rir: humor, criação e psicanálise**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____. **Presença Sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

_____. A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. In: **Cadernos de Psicanálise. CPRJ**, Rio de Janeiro, ano 32, n.23, p.31-45, 2010.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. **Vocabulário de Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 1994.

LIMA, A.S. **Além do princípio do Prazer.** In: Alonso, S.L.; Leal, A.M.S. (orgs). Freud: um ciclo de leituras. São Paulo: Escuta, 1997.

MARTINS, S.L.R.; FALCÃO, R.P. A importância da imunofenotipagem na Leucemia Mieloide Aguda. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, vol.46. n.1, Jan/Mar. 2000. Disponível em: < www scielo.br>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MASSON, J.M. (org). **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess (1887-1904).** Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MENEZES, L.C. A linguagem e o trabalho de luto na rememoração. In: **Revista Ide**, São Paulo, vol. 30, n. 45, dez/2007.

MEZAN, R. **Freud: a trama dos conceitos.** São Paulo: Perspectiva, 1982.

MORETTO, M.L.T. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”.** 2006. 262f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUDGE, AM. Pulsão de Morte como efeito de supereu. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.1-7, Jan/Jun 2006.

_____. **Trauma.** Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

SANTOS, F.M. et al. Tratamento do linfoma de Hodgkin após falha do transplante autólogo. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v.30, n.4, jul./ago. 2008. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 01 abr. 2014.

SAWADA, N.O. et al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.43, n.3, set. 2009. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em 28 abr.2014.

SOLER, C. **A repetição na experiência psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 2013.

SPECTOR, N. Abordagem atual dos pacientes com doença de Hodgkin. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São José do Rio Preto, v.26, n.1, jan./mar. 2004. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 01 abr. 2014.

UCHITEL, M. **Além dos limites da interpretação: indagações sobre a técnica psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

_____. **Neuroses Traumáticas**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VOLICH, R.M. **Hipocondria: Impasses da Alma, Desafios do Corpo**. Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise**. Coleção Clínica Psicanalítica, 7e. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.