PUC RIO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

NEIDE LOURO DE SOUZA RABELLO

"MELANCOLIA E CÂNCER"

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Dezembro de 1988

CTCH Centro de Teologia e de Ciências Humanas

N.Chamada: 150 / R114m /TESE UC
Título: Melancolia e cancer /
0 0 3 1 5 1 0 9 4
1687
Ex: 1-CENTRAL

ORÇAMENTO 334

NEIDE LOURO DE SOUZA RABELLO

"MELANCOLIA E CÂNCER"

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Departamento De Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Dezembro de 1988

UC 21498-8

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
BIBLIOTECA
DO RIO DE JANEIRO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
BIBLIOTECA
DO RIO DE JANEIRO
1519
05/06/89
35094

150
R114m
TESEUC

À Aline,
filha querida,
pelo orgulho
de tê-la como
produção original.

AGRADECIMENTOS

- à querida e muito especial orientadora Angela, pelo apoio integral e interferências sábias na condução do nosso trabalho;

- aos meus pais e irmãos pelo amor, apoio e confiança sempre presentes;

- ao Jorge Ricardo, amado companheiro, pela presença forte e carinhosa, que tanto estímulo despertou;

- à Dulce Maria Fausto de Castro e Maria Izabel de Mello Monteiro, queridas amigas, pela solidariedade e respeito profissional demonstrados ao aceitarem julgar as entrevistas;

- ao Dr. Carlos Paes de Barros pelos ricos ensinamentos durante o estudo individual, que se fizeram importantes durante todo o trabalho;

- à Suely Machado Ricci, minha amiga e diretora, pelo carinho, estímulo e compreensão diários;

- ao Hospital de Oncologia do INAMPS, por permitir a utilização de suas dependências para a realização da pesquisa;

- à Suely Tavares, psicóloga do Hospital de Oncologia, amiga querida que muito auxiliou com a bibliografia;

- à Dra. Vera Suevo, oncologista do H. de Oncologia, pela competência e carinho utilizados para supervisionar a matéria sobre câncer;

- aos colegas do Instituto Nacional da Propriedade Industrial pela saudável e estimulante "torcida";

- à Ana Maria Santos do Couto, minha exímia datilógrafa, pela dedicação carinhosa com a qual preparou estas páginas;

- à Zélia Correa Neto, cujo apoio integral permitiu aliviar as tarefas outras, facilitando elaborar este trabalho;

- à Rosângela Brites Julio, pela dedicação, sem a qual teria sido impossível chegar até aqui;

- ao Sérgio Zaidhaft, pela preciosa e insubstituível presença nos momentos difíceis e por tudo que haveremos de descobrir;

- ao Departamento de Psicologia pela confiança depositada;

- a CAPES pelo apoio recebido;

- a todos os meus queridos amigos que recolheram material auxiliar, que se propuseram a discutir partes do trabalho e a criticá-lo, minha gratidão por tão incentivadores momentos;

- a todos os entrevistados que voluntária e anonimamente

dispuseram-se a colaborar.

- ao amigo Jorge Falcão pelo auxílio na versão do resumo;
- à Rosângela Oliveira de Souza, que com tanta presteza e carinho, auxiliou na datilografia.

RESUMO

A proposta deste trabalho é investigar a possibilidade de uma conexão de causalidade entre a Melancolia, uma patologia psíquica e o Câncer, uma patologia somática caracterizada por invasão e crescimento celular descontrolado.

Foi estabelecida a diferença entre o estado depressivo e a melancolia, com a finalidade de discriminar a tristeza como resposta natural possível para qualquer corpo adoecido, da tristeza considerada como uma doença psicológica crônica.

A melancolia foi enfocada, inicialmente, sob um referencial psicanalítico, sendo diferenciada dos estados neuróticos e psicóticos. O câncer foi introduzido, então, como um fenômeno psicossomático, quando averiguou-se a afinidade entre seu aspecto somático (função do sistema imunológico) e o seu correlato psíquico (função do aparelho psíquico na melancolia).

A compreensão do câncer como uma doença deflagrada em razão de uma inibição imunológica e a melancolia como uma doença psíquica promovendo inibição em uma série de interações entre o ego e meio externo, levaram este estudo a examinar situações compatíveis a esses dois processos.

A pesquisa realizada com pacientes cancerosos hospitalizados, apresentou resultados significativos que confirmaram a hipótese inicial, com respeito a alta correlação entre câncer e melancolia. Enfatizou-se a presença de perdas objetais significativas em ambas as patologias, ou seja, nos domínios psíquico e somático.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to investigate the possibility of a causal relationship between: Melancholia, a physicpathology, and Cancer, a somatic pathology characterized by invasion and uncontrolled growth of cells.

A difference was established between a depressive state and melancholia aiming at disciminating sadness, a possible natural response to any body ailment, from sadness considered a chronic psychological disease.

Melancholia was first focussed within the psychoanalytic frame of reference, differentiating it from the psychotic and neurotic states. Cancer was then broached as a psychosomatic phenomenon while examining the relationship between its somatic aspect (function of the immunologic system) and its physic correlate (function of the physic apparatus in melancholia).

The understanding of cancer as an ilness triggered off due to an immunologic inhibition, and melancholia as a phychological illness promoting inhibition of a chain of interactions between ego and enviromment, led this study to examine situations compatible with these two processes.

The research, undertaken with hospitalized cancer patients, presented significant results as to a confirmation of the initial hyphotesis regarding the high correlation between cancer and melancholia; emphasis was put on the presence of similar significant object losses occurring in both pathologies i.e. both in the somatic and psychic realms.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO

I. Uma concepção Psicossomática de doença 4

II. Sobre o Câncer 16

II.A. Fatores Ambientais 19

II.B. O câncer, o vírus,

o sistema imunológico 22

III. Depressão e Melancolia 28

III.A. Diferenciação 28

III.B. À luz da Psicanálise 53

IV. Critérios norteadores para a determinação

do Quadro Melancólico 82

V. Metodologia 86

VI. Resultados 88

VI.A. Apresentação 88

VI.B. Discussão 113

CONCLUSÃO 115

ANEXO 123

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 148

I N T R O D U Ç Ã O

"Como, o desejo não é sempre o mesmo, esteja o objeto presente ou ausente? O objeto não está sempre ausente? - A melancolia não é a mesma: há duas palavras: Pothos, para o desejo do ser ausente, e Himéros, mais ardente para o desejo do ser presente".

(Détienne in Roland Barthes, 1986, p. 28).

Para os gregos, na literatura, parece haver uma compreensão apaixonada para o termo Melancolia. Sofrer a dor de desejar um objeto ausente, outrora intensamente significativo dos melhores momentos de uma vida, por sabê-lo perdido é "Pothos", enquanto "Himéros" seria o desejo exercido com a cumplicidade de tentar resgatá-lo em um outro, a cada momento de amor ou de paixão.

Realizar um trabalho que verse sobre Melancolia implicará em abraçar toda a agonia dos próprios lutos, das perdas, assuntando um pouco a própria morte.

A proposta desse trabalho, incidirá na observação de que a melancolia, enquanto ensandecedora pela incompreensão de um abandono, poderá revalidar os seus direitos a uma companhia, criando-a em alguma parte do corpo extenuado por uma busca inútil, em reconquistar o lugar do absoluto.

Saindo do terreno do pensamento livre, onde a utilização de metáforas embeleza e não esconde o sentido, ruma-se para uma apresentação mais técnica que permita ao leitor apreender exatamente o que interessa.

Durante um período de alguns meses numa instituição hospitalar, dedicada ao tratamento de pacientes diagnósticados como cancerosos, desenvolveu-se um trabalho clínico com grupos de pacientes internados e observou-se a coincidência entre o relato de perdas de figuras significativas para eles e o aparecimento de Câncer.

É sabido que a nosologia psiquiátrica estabelece diferenças para as depressões que geralmente acompanham as patologias do corpo e a melancolia. Por sua vez, a Psicologia resguarda os termos, enquanto uma entidade nosológica-Melancolia e como sintoma presente em patologias diferentes, Depressões, mais ou menos ao molde da conceituação psiquiátrica.

A primeira tarefa será compreender um pouco do mecanismo que permite às células sofrerem alterações, ocasionando o Câncer.

Em seguida, far-se-á uma apreensão conceitual das diversas formas de Depressões que acompanham os pacientes em tal doença.

Investigando a Psicanálise será verificado o caminho percorrido pelo sujeito para a elaboração ou não de seus lutos, de seus fracassos e de suas perdas.

Como o trabalho, basicamente desde a sua concepção, continha indagações sobre a relação de uma doença somática com uma forma específica de conjunção psíquica, é míster que se realize uma reflexão acerca da compreensão mente e corpo, tanto nos aspectos filosóficos, quanto na Medicina e na Psicologia.

Em se chegando a uma avaliação do Câncer como fenômeno psicossomático, serão trazidos autores psicanalíticos que se dedicaram ao estudo dessa doença e de outras tantas, numa abordagem onde o soma e a psiquê mantêm estreita relação de cumplicidade.

Finalmente, algumas histórias de pacientes com neoplasias malignas serão contadas e analisadas, como ilustração das hipóteses aqui levantadas.

Será um trabalho ousado por empreender o caminho uníssono da morte: para o corpo, enquanto câncer e na mente pela Melancolia.

CAPÍTULO I

UMA CONCEPÇÃO PSICOSSOMÁTICA DE DOENÇA

A Organização Mundial de Saúde define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Isso deve ser apreendido como um processo em constante mudança e evolução e não como uma situação estática. (Capra, 1982, p. 117).

Quando é aceita a interdependência entre a mente e o corpo pode-se admitir que qualquer doença contenha aspectos mentais. Diz Capra que o adoecer e o curar-se são partes integrantes da auto-organização, ele conclui que os processos de adoecer e de curar-se são essencialmente mentais. (Capra, 1982, p. 320).

Um trabalho recente indica o Câncer como a segunda causa principal de morte da população, detendo 21,4% do total; afirmando, ainda, que a cada 7,5 segundos morre uma pessoa de Câncer no mundo civilizado. A cifra publicada pelo Boletín de Organización Mundial de la Salud, em maio de 1984, fala em 43 milhões de mortes de pessoas por ano devidas principalmente aos 12 tipos mais importantes de Câncer, sendo que 2,3 milhões pertencentes aos países subdesenvolvidos. Após os 5 primeiros anos de vida o câncer é a princi

pal causa de morte nesses países. (Santos e Villanueva, 1986, p. 8).

Sabe-se que os países subdesenvolvidos carecem da utilização dos modernos equipamentos diagnósticos e de tratamentos sofisticados e de maior precisão. Mesmo assim, permanece o desafio para a prática médica, daqueles corpos que mesmo quando submetidos aos tratamentos regidos pelos avanços tecnológicos, parecem não oferecer uma resposta positiva aos mesmos.

Fox, 1978, disse existirem evidências de que tanto o "stress" quanto os fatores psico-sociais influenciam a imunidade quando associados aos riscos de Câncer. Acredita-se, portanto, que o desenvolvimento e o curso de algumas classes de tumor são restringidos pela atividade imunológica ou, inversamente, que esses fatores imunológicos podem vir a estimular o crescimento de tumores sob certas condições.

Em 1977 foi descrito na Austrália uma diminuição na estimulação dos linfócitos, durante a mitose, num grupo de viúvas, após 7 a 10 semanas da morte de seus maridos. (Bartrop e colaboradores, 1977).

Foram estudados os maridos de mulheres que morreram de câncer de pulmão e, também, encontraram uma redução

significante na replicação dos linfócitos nesses homens durante os dois primeiros meses após o enviuvamento, se comparada com os níveis anteriores à viuvez. (Schleifer e outros, 1983). Esses indivíduos foram acompanhados por um ano após a perda das esposas e notou-se um retorno da atividade dos linfócitos aos níveis anteriores pela maioria deles, mas não por todos.

Há, ainda, evidências de que a depressão clínica está associada com as alterações das funções dos linfócitos. Foi feita uma correlação entre os níveis de linfócitos em pacientes psiquiátricos melancólicos, pacientes psiquiátricos não-melancólicos e um grupo controle normal. Os níveis de linfócitos na replicação mitótica eram mais baixos no grupo de paciente melancólicos. (Kronfol, Silva e Grenden, 1983).

Esses resultados demonstraram que a atividade funcional dos linfócitos, bem como o número de células imunológicas circulantes, diminuiram nos indivíduos hospitalizados com doenças depressivas.

Vários estudos sugerem que perdas freqüentemente precedem ao aparecimento de linfomas ou de outros tipos de câncer. (Le Shan, 1959 e Greene, 1966) e, ainda, que os estados depressivos predispõem ao câncer (Shekelle e outros ,

1981; Hagnell, 1966).

Por não se tratar de um trabalho com enfoque médico sumarizou-se o Câncer, as causas já detectadas e comprovadas cientificamente, e as hipóteses levantadas para permitir o progresso no controle e prevenção dos tumores malignos. Entretanto, tudo o que foi citado mostra um corpo que adoece a partir da invasão de agentes estranhos, destruidores da homeostasia nos seres vivos.

O corpo que padece com a presença de tumor maligno é enfocado como um aglomerado celular destituído de emoções.

Somente nos últimos trabalhos citados, irá haver uma preocupação com o estado emocional dos pacientes acometidos pela doença em tela.

Apesar dos avanços tecnológicos permitirem uma maior acuidade nos diagnósticos e desdobrarem as possibilidades de compreensão dos mecanismos de instauração do Câncer, a nível biológico, não parece existir, na mesma intensidade, estudos que propiciem estabelecer relações entre o que ocorre no soma desses pacientes e as repercussões psíquicas e vice-versa.

A ciência, enquanto arraigada à um modelo mecanicista, necessitando de comprovação matemática a fim de respaldar os fenômenos e torná-los respeitáveis como produtos

do conhecimento, dificulta que seja investigada a relação que essa enfermidade guarda com o psiquismo humano.

> *"La escuela cancerologia rusa ha publicado intere - santes trabajos acerca de la neurosis provocddas y su influencia sobre la aparicion y desarrollo de neo- plasias en animales de laboratorio. Dejando a un la do dichas observaciones, que no han trascendido aún el terreno experimental, queda como hecho indiscuti ble la profunda influencia que esta enfermedad ejer ce sobre la psiquis del enfermo".* (Estevez, Sampaio e Alvarez, 1978, p. 44).

Interessante o início da citação acima, transcrita de um trabalho experimental, onde o aparecimento e desenvolvimento de neoplasias (células tumorais) em animais de laboratórios é devido a neuroses provocadas. Esses dados são descartados para colocar, logo em seguida, um chavão de uma visão estereotipada dentro do modelo médico, isto é, o fato consumado de que qualquer doença física influencia o psíquico.

Parece que determinados autores utilizam os dados encontrados na experimentação, ora como promotores de ciência, ora não, conforme lhes atenda a conveniência.

A dificuldade em aceitar que o físico e o mental

mantenham relações diferentes daquelas de causa e efeito lineares e unilaterais, sendo soma → psique, transparece quando um trabalho cientifíco é desprezado por não haver extrapolado o terreno da experimentação e por apontar para uma relação inversa, entre o somático e o psíquico ou seja, que o mental poderia influenciar o físico.

A Medicina resiste em admitir que o psicológico seja desencadeante de patologias somáticas. Como se possível fosse acolher o humano, destituindo-o da interelação corpo e mente!

> *"La science, c'est le mythe moderne; c'est elle qui explique le monde et vaincra la mort. La science, ça se fait avec des machines et des théories, dans des laboratoires. Le scientifique c'est le Prométhée moderne. De plus, son object d'étude est objet précisément et non sujet; c'est plus simple à manier et à manipuler, ça n'implique pas, ça n'emotionne pas".*
> (Meyer, R, 1985, p. 11).

Estudar uma doença meramente em seus fatores somáticos implicará na abertura de um hiato entre o físico e o mental, quiçá provocando uma completa anulação dos fenômenos emocionais.

A ousadia deverá estar presente quando se averi-

gŭar o sofrimento psíquico que acompanha as patologias do soma, contudo parecerá pretensiosa a idéia de um estudo sobre a promoção de distúrbios fisiológicos a partir de fenômenos emocionais.

Fritjof Capra assinala alguns pontos relevantes para a proposta deste trabalho, qual seja a influência da divisão Cartesiana na assistência à saúde, onde os médicos tratam do corpo e os psiquiatras da mente, com isso gerando uma lacuna entre os estados emocionais e as doenças. Só muito recentemente foi feita uma ponte entre o estresse e uma variedade significativa de enfermidades. (Capra, 1982, p. 134).

É premente que a Ciência busque alternativas para apreender os seres humanos em sua totalidade. A proposta de estudos fragmentados acerca da saúde precisa ser transformada. O conceito de cura tão discutido pelas ciências biomédicas deverá englobar todo o sistema que compõe o organismo vivo: o psicológico e o físico.

Ilumine-se, então, uma patologia física, detentora de uma grande parcela dos óbitos na humanidade, com teorias que versem sobre o psiquismo dos indivíduos!

Realize-se uma sondagem sobre as implicações do emocional sobre o surgimento das alterações celulares!

Com o desejo de estabelecer um alargamento na pro-

dução do conhecimento e rejeitando a ganância hegemônica de um saber, transcreve-se Leonard Shlain: "A arte de curar não pode ser quantificada".

Atenta para a forma reducionista que implicará no estreitamento das conclusões, pergunta-se porque num determinado grupo de indivíduos, expostos aos mesmos agentes cancerígenos, uns desenvolverão a doença enquanto outros não?

> *"A resposta é que qualquer influência nociva do meio ambiente envolve o organismo como um todo, incluindo o estado psicológico e o condicionamento social e cultural da pessoa. Todos esses fatores são significativos e têm que ser levados em conta para se entender a doença."* (Capra, 1982, p. 143-4).

Os sintomas de uma doença falam de um organismo em sofrimento. Na prática mais comum lança-se mão, para aliviá-lo, dos conhecimentos biomédicos, incluindo sofisticados equipamentos para diagnóstico que a moderna tecnologia providenciou. Entretanto é esquecido que esse corpo é habitado por infinita rede de vivências e experiências não captáveis pelas máquinas em uso. Estará, então, sendo conveniente e completamente atendido o ser que adoece?

O simples ato de falar de uma dor ou sofrimento demanda nos seres humanos um envolvimento mais amplo e comple

xo do que aquele trabalho realizado pelo aparelho fonador.

Uma mesma doença pode apresentar-se com características diferentes em cada indivíduo. Essas idiossincrasias não serão consideradas, caso se utilize uma abordagem mecanicista e fragmentadora para a observação e análise dos casos.

Interessante que, já em 1888, Freud parecia se dar conta disso à medida que em seu verbete sobre Histeria a descrevia como uma "anomalia do sistema nervoso", oriunda de alterações na distribuição das excitações acompanhadas de um excesso de estímulos no órgão da mente." (vol. I, 1980 , p. 99-00).

Afirmava ele que tudo aquilo que modificava a distribuição das excitações no sistema nervoso podia curar os distúrbios histéricos e, mais ainda, que esses efeitos eram em parte de natureza física e, em parte de natureza psíquica.

Para Reich o câncer é uma doença sistêmica causada pela frustração crônica do funcionamento sexual natural. Essa ligação entre a função sexual e o câncer seria constituída por 4 fatores: (a) a má respiração externa que tem como consequência um transtorno da respiração tissular interna; (b) os transtornos das funções de carga e descarga orgonóti

ca dos órgãos autônomos, especialmente os sexuais; (c) os espasmos crônicos da musculatura ("contraturas"); (d) a impotência orgástica crônica. (1985, p. 158).

Não se entrará em maiores considerações acerca dessa concepção por considerá-la atributo próprio de um corpo teórico desvinculado dos demais, por priorizar, aos extremos, a energia sexual em sua rede de relações com o soma e a psiquê. Foi importante, entretanto, apontá-la como mais uma forma de conexão entre o corpo e a mente e pela preocupação do autor em buscá-la, à época em que dispunha de parcos conhecimentos sobre as causas do Câncer.

Imagina-se que uma quantidade maior de energia se tornará necessária aos corpos para o restabelecimento de seu equilíbrio e bem-estar durante qualquer processo patológico. Se pensado inversamente que perdas energéticas estarão envolvidas no adoecer? De que espécie será o desequilíbrio energético ocorrido no organismo para permitir às células cancerígenas ludibriarem o sistema imunológico, por exemplo?

Para René Dubos quase todas as doenças envolvem o corpo e a mente, tanto para a observação de suas causas quanto de suas manifestações e esses dois aspectos manteriam tão íntima interdependência que seria impossível ten -

tar separá-los. (Capra, 1982, p.321).

Na Medicina existe uma corrente preocupada com esse universo de inter-relação corpo e mente, tanto conceitualmente quanto em sua práxis, denominada Psicossomática. Ela surgiu interessada nos distúrbios orgânicos não identificados. Nessa visão o organismo não é dividido em partes alijadas umas das outras. Em cada alteração fisiológica haverá um componente emocional. As doenças caracteristicamente de origem hereditária (hemofilia, anemia falciforme, etc.) ou aquelas causadas por fatores do meio ambiente, como intoxicações são excluídas. É resguardada, porém, a exarcebação dos danos em virtude de tensão psíquica, já que o estado emocional freqüentemente ajuda a determinar o curso da doença. (Howard e Lewis, 1984).

O têrmo psicossomático é forjado em 1818 pelo clínico e psiquiatra Heinroth, para expressar "a influência das paixões sexuais sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer." (Guir, 1988, p.10).

É dessa concepção sobre as determinações inconscientes, a partir de conflitos rejeitados pelo campo da consciência, que a Medicina Psicossomática irá se apropriar, para explicar o modo de interação da psique e do soma.

"Cualquera sea el punto de vista que se adopte acer

ca de la natureza del hombre, o cualquiera sea el sistema filosófico o teológico seguido por los psicólogos individuales, la conclusion general que prevalece en la psicologia contemporánea es que el hombre deve ser estudiado como un organismo biológico unitario, sin parcialidad ou perjuicio filosófico y utilizando en estes estudios datos y métodos exclusivamente científicos." (Misiak, 1964, p. 77).

Respaldado nesta abordagem onde o somático e o psíquico se tocam e se trocam, este trabalho ocupar-se-á da leitura de uma doença física de comprometimento celular - o Câncer sob a luz de um estado psíquico muito peculiar - a Melancolia.

Haverá o cuidado de não recair em sectarismo semelhante àquele condenado até aqui. O modelo médico questionado implica numa ampliação da visão científica para obter as respostas necessárias ao equilíbrio e bem-estar humanos.

"...El hallazgo de um significado histórico que nos permite comprender la enfermedad como una forma de simbolización vital, no excluye el hallazgo de una causa física que nos permita explicar el mecanismo de su formácion." (Chiozza, 1978, p. 10).

CAPÍTULO II

SOBRE O CÂNCER

O Câncer ou tumor maligno encontra-se entre as primeiras causas de morte na espécie humana.

Todos os seres vivos são passíveis de desenvolver tumores, quer sejam benignos ou malignos. As células anormais, formadoras dos tumores, podem manter-se restritas a um órgão sem invadir os tecidos vizinhos e permanecendo circunscritas ao local de origem, configurar o tumor benigno. Quando as células anormais possuem a capacidade de disseminação para além do local de origem, atingindo a corrente sangüínea e ou linfática, ocorre o tumor maligno ou câncer.

O Câncer definido por Willis, em 1952, é uma massa anormal de tecido, cujo crescimento excede ao do tecido normal, com o qual não apresenta nenhuma coordenação, persistindo do mesmo modo excessivo após cessar o estímulo que o provocou.

A esta caracterização pode-se adicionar que a massa anormal é sem finalidade, parasita o hospedeiro e é virtualmente autônoma. (Robbins-Cotran, 1983, p. 118).

Os tumores malignos têm crescimento rápido, invandindo os tecidos vizinhos, enquanto que os tumores benignos

são de crescimento lento, podendo permanecer silenciosos durantes anos. Os malignos costumam apresentar metástase, isto é, crescimento à distância. É comum o caso de células cancerosas no pulmão provenientes de câncer no ovário. Este deslocamento se dá pelo sistema linfático ou pela corrente sangüínea.

As propriedades que caracterizam uma célula, como sendo tumoral, são resumidas em três:

1) Perda do controle de crescimento.

2) Perda do controle de posição pela invasão e as metástases.

3) Capacidade de sonegar a vigilância imunológica.

A característica principal de uma célula cancerosa é, então, a perda da capacidade de controlar seu crescimento e a sua divisão.

Os tipos de Câncer são enquadrados em 3 extensos grupos:

1 - Carcinomas que se originam nos epitélios (capas de células que recobrem a superfície do corpo e forram as diferentes glândulas).

2 - Sarcomas que sendo mais raros, têm origem nas estruturas de sustentação, como o tecido fibroso e os vasos sangüíneos.

3 - Leucemias e Linfomas que se originam nas célu - las hematopoiéticas (células sangüíneas) da medula óssea e dos linfonodos (gânglios linfáticos).

Essas três formas de carcinogênese são fundamentalmente distintas, pressupondo métodos diversos de prevenção e tratamento.

Os diferentes tipos de Câncer classificam-se, principalmente, pelo órgão em que se tenham originado e pela classe de células comprometidas. Assim sendo, encontram-se uma centena de variedades da doença.

Aproximadamente a metade de todas as mortes são por tumores malignos localizados no pulmão, no intestino grosso e na mama. (Santos e Villanueva, 1986, p. 12).

A cada variedade de Câncer corresponde uma causa diferente, visto que sua incidência é autonomamente modificada quando se induz uma alteração no ambiente.

II.A: FATORES AMBIENTAIS

Em 1775, pela primeira vez foi relacionado um agente ambiental causador de câncer: Sir Percival Potts percebeu a alta incidência de câncer escrotal em limpadores de chaminés, pela sua crônica exposição à fuligem.

Os cânceres humanos devidos a fatores exógenos podem ser ocupacionais ou ambientais e relacionados com hábitos, condutas etc...(Estevez, Sampaio, Alvarez, 1978, p.23).

O câncer apresenta uma etiologia de natureza multifatorial, conjugando componentes ambientais, toxicológicos (tabaco e álcool), radiações, exposições ocupacionais ou virológicas.

A constatação dessa indiscutível correlação pode ser feita, por exemplo, através do alto índice de câncer de pulmão verificado nos tabagistas, ou pelas diversas formas de cânceres manifestados pelas populações de Hiroxima e Nagasaki que sofreram radiações atômicas.

Destaca-se o consumo de fumo e de álcool, além de deficiências nutricionais, que constituem fatores importantes para a eclosão de câncer em diferentes locais do corpo. (Estevez, Sampaio, Alvarez, 1978, p. 25).

O câncer ocupacional é bastante complexo quanto às

tentativas de prevenção por envolver diversos interesses. Ele implica em risco para os sujeitos que trabalham na produção ou distribuição desses agentes cancerígenos. É lógico que esse risco se amplia a toda a população vizinha às modernas indústrias, visto que esses mesmos agentes contaminam o meio ambiente dia a dia, cada vez com maior intensidade.

Deverão ser levadas em consideração, além dos fatores pré-disponentes ambientais já citados, ainda, as diferenças individuais tais como sexo, raça, idade, condições geográficas, história familiar, genética etc., conforme alerta de praticamente todos os autores consultados.

A professora de psiquiatria e medicina, Sandra M. Levy do National Cancer Institute, E.U.A., traçou em seu livro um paralelo entre Natureza e Cultura, designando-os como fatores que afetam o comportamento celular no Câncer.

> *"In terms of Nature and Nurture, we are most concerned here with environmental and developmental nurture because such factors can be at least partially modified. Certainly, nature cannot be ignored. As the British epidemiologists Doll and Peto (1981) point out, some individuals are born with genetic predisposition to certain cancers... Among nurture*

factors that Doll and Peto (1981) list are environmental carcinogens (such as asbestos), endogenous and exogenous hormones (such as estrogen), obesity, reproductive history, "promiscuity", tobacco use, ultraviolet light, and viruses (such as hepatitis B virus)". (1984, p. 11).

A autora disse que o fator "stress" não é considerado por Doll and Peto, porém ela insiste nas modificações sofridas pelo organismo estressado, incluindo a deficiência imunológica como fator de risco para o Câncer.

Nesse momento, a atenção está sendo voltada para o aspecto emocional contido nas mudanças celulares dessa patologia. Ressalte-se o fato desse trabalho ter sido editado em 1984. Parece que os oncologistas contemporâneos preocupam-se com as implicações dos mecanismos imunológicos envolvidos no processo cancerígeno. Certamente pela própria ingerência que os fatores emocionais têm com tais mecanismos, haverá necessidade de investigar ambos os lados da questão.

II.B: O CÂNCER, O VÍRUS E O SISTEMA IMUNOLÓGICO

Trabalhos mais recentes sobre as causas do Câncer (Villanueva e Santos, 1986) apontam para bases genéticas - existiria um substrato genético comum dentro da célula, no qual qualquer que fosse a causa do Câncer, nele atuaria. Duas hipóteses principais explicam o fenômeno tumoral sobre tal base genética comum:

1º) O Câncer seria devido às mutações somáticas acumuladas, de modo que, os fenótipos cancerosos mais extremos, seriam o resultado de uma série progressiva de mutações.

2º) A maioria dos cânceres se originariam pela inserção de novo material genético em consequência da infecção de células normais por vírus tumorais.

Apesar dessas investigações lançarem mais luz sobre a causalidade do Câncer, parecem não dar conta de todos os tipos conhecidos. Como as duas hipóteses não se excluem mutuamente, é possível que ambos os processos desempenhem um papel importante em algumas classes da doença.

Em 1908 foi obtido o primeiro êxito acerca do comprometimento dos vírus no Câncer. Experimentalmente foi transmitida leucemia, de uma galinha à outra, através de um filtrado acelular. Mais tarde foram encontrados vírus de

ADN associados a cânceres de animais e de seres vivos (Wunder e Rauscher, 1977, p. 7).

De acordo com Braun (1977) e outros, é fato comprovado que o Câncer pode desenvolver-se e existir na presença de complementos de gens nucleares completamente normais.

> *"The basic cellular mechanisms that underlie the tumorous state are similar to those that underlie differentiation that occurs during the normal course of development in all higher organisms. Both phenomena depend for their expression on the persistent activation and repression of specific but, in part, different genes present in the nucleus of a cell."* (Braun, 1977, p. 199).

Sabe-se que no Caso de Câncer por causa virótica, ocorre uma insuficiência no bloqueio pelo sistema imunológico para os códigos "estranhos" que são introduzidos pelas células malignas. Tanto o vírus quanto as células neoplásicas não recebem resposta combativa desse sistema, o qual se ocupa em manter a integridade do organismo.

Marx, 1984, sugeriu em pesquisa recente, que os cânceres de origem virótica ou não-virótica podem ser causados pela alteração inapropriada de gens similares.

As modernas técnicas de Genética molecular e a

Bioengenharia permitiram, às pesquisas científicas, desenvolver estudos sobre as implicações de material genético nos processos tumorais: os oncogens celulares víricos. Estes oncogens originam-se, por diversos mecanismos, a partir de gens celulares normais conhecidos como protooncogens.

Na última década houve uma expansão da Biologia Celular e molecular que fomentou progressos nas investigações sobre o Câncer.

Apesar disso, muitas perguntas ainda permanecem sem resposta. Algumas abrindo uma lacuna impeditiva ao avanço do conhecimento. Que razões estariam ocultas numa célula normal permitindo sua transformação em uma célula cancerosa?

Com o advento da tecnologia do ADN recombinante foi possível aprofundar os íntimos mecanismos da célula cancerosa. Esta técnica possibilita o exame direto das alterações do ADN e a exploração da natureza do dano causado.

Essa tecnologia surgiu no cenário científico em 1973, após grandes avanços periódicos que culminaram nessa possibilidade de conhecimento dos processos biológicos fundamentais e para o alívio de problemas humanos de saúde. Por exemplo, no início da década de 1960, algumas descobertas básicas feitas por Nirenberg, Khorane e Holley, antecipavam a revelação do código genético.

O conceito de código genético pode ser descrito da seguinte maneira: a molécula de DNA ou ADN (ácido desoxiribonucleico) contem uma seqüência linear de 4 bases -adenina, timina, guanina e citosina. Uma "palavra" no DNA contem 3 dessas bases, arrumadas em qualquer combinação. Essas seqüência de três bases determinam que aminoácidos irão aparecer nas proteínas especificadas pelo DNA; a proteína é uma molécula que contem muitos aninoácidos, permanentemente ligados entre si. Três bases no DNA correspondem a um aminoácido na proteína; a seqüência de bases no DNA é co-linear à seqüência de aminoácidos na proteína. Uma alteração na seqüência dessas "palavras" de três "letras" leva a uma alteração correspondente no aminoácido da proteína, daí resultando uma nova proteína.

Pode-se pensar que cada um dos 4 grupos diferentes de DNA é uma "letra" de uma "palavra". Muitas dessas "palavras" dão origem a um gen. Diferentes permutações de "letras e palavras" dão origem a gens diferentes. (Cavalieri , 1983, p. 196 e 202).

As pesquisas sobre a recombinação do DNA poderão contribuir para o tratamento do câncer, porém o cientista Liebe Cavalieri lança uma questão contundente sobre o melhor caminho a ser tomada pela comunidade científica tão

UNIVERSIDADE CATÓLICA

preocupada em reduzir a taxa de mortalidade, em decorrência dessa doença:

> *"É preferível buscar a cura do câncer virológico através da pesquisa com o ADN recombinante ou é melhor ampliar as pesquisas sobre as causas ambientais do câncer?"* (1983, p. 204).

Michael Bishop (1986) afirma que o câncer é fundamentalmente uma doença genética, por ser consequência de uma degeneração da estrutura de um gen no interior de uma célula.

As alterações cromossômicas a nível do ADN (ácido desoxiribonucleico que forma os cromossomos) são de ordem qualitativa e quantitativa nas células malignas. Os vírus, por sua vez, agem sobre o ADN e o ARN (ácido ribonucleico) como transportadores de informações genéticas estranhas às células.

> *"El Cancer no es una enfermedad hereditaria en la grand mayoria de los casos; las alteraciones genéticas asociadas con tumores son casi siempre de tipo somático, es decir, se adquieren durante la vida no por herencia".* (Santos e Villanueva, 1986, p. 7).

A predisposição genética ao câncer, nesse momento entendida como Herança Mendeliana, portanto hereditária, pa

rece ocorrer lineamente associada ao número de parentes de primeiro grau que tiveram câncer. Para se estabelecer a hereditariedade em pacientes cancerosos há necessidade de colher uma história familiar extremamente cuidadosa. (Robbins Cottran, 1983, p. 168).

Dessa forma, parece mais claro o fato de que o envolvimento genético nessa patologia se dá a partir de interferência viral, sendo que a hereditariedade possui incidência bem menos significativa.

C A P Í T U L O I I I

DEPRESSÃO E MELANCOLIA

III.A: DIFERENCIAÇÃO

Imagina-se que o Câncer mantenha uma relação particular com os estados depressivos. Indiscutível a presença da depressão acompanhando pacientes portadores de tumor maligno. A intenção, nesse momento, será pesquisar as implicações de estados depressivos, aliás, melancólicos nos processos cancerígenos.

Estar-se-á investigando as prováveis relações de anterioridade desse estado emocional com o diagnóstico das alterações de malignidade nas células.

Cientes de que dois pacientes portadores de Câncer e depressivos, com prognósticos semelhantes, podem apresentar evoluções diametralmente opostas, surge a curiosidade de compreender como é relatada, por esses dois pacientes, essa tristeza e desinteresse por tudo que os cerca.

Inicialmente será preciso estabelecer, conceitualmente, diferença entre os estados depressivos. A Psiquiatria e a Psicologia ocuparam-se de definir Depressão e Melancolia como estados adoecidos algo semelhante por alguns sintomas e bem diferenciados quanto a outros.

Henri Piéron em seu Dicionário de Psicologia diz:

"Depressão: estado mental mórbido que se caracteriza por lassidão, fatigabilidade e é acompanhado, com freqüência por ansiedade mais ou menos acentuada. Forma mínima de Melancolia." (1978, p. 113).

Ele irá sugerir a diferenciação pela intensidade do estado ansioso. A melancolia será, então, uma patologia de maiores proporções. Tem-se:

"Melancolia: Afecção mental muito freqüente, caracterizada por depressão mais ou menos acentuada, sentimento de incapacidade, falta de interesse pela vida, desgosto de viver, podendo chegar à idéia de suicídio, ansiedade, insônia e, às vezes, idéias delirantes de auto-acusação, indignação etc... Surge, às vezes, sem razão aparente, ligada a uma psicose maníaco-depressiva; outras vezes segue-se a choques afetivos (melancolia reacional) e, ainda em outras decorre da influência de involução pré-senil (melancolia de involução). É afecção muito perigosa, por ser causa freqüente de suicídio e mesmo de homicídio. Não obstante hoje apresenta possibilidade de cura por meio dos métodos de choque." (1978, p.268).

O autor situa melancolia como uma entidade nosoló-

gica grave, enquanto que depressão seria um estado mental adoecido.

Aproveitando este momento, é pertinente lembrar que se toda doença acarreta transtornos psíquicos ficará a pergunta de qual depressão se fala quando em presença de processos cancerígenos?

O paciente de câncer apresenta depressão durante o processo da doença. Será possível afirmar que este estado emocional apenas o acompanha face ao comprometimento das alterações fisiológicas? Qual a especificidade e a relação desta Depressão com a doença?

No Dicionário de Psiquiatria de Robert J. Campbell encontra-se:

"Melancolia: estado mental mórbido caracterizado por depressão - A melancolia caracteriza-se psiquicamente por um estado de ânimo profundamente doloroso, perda de interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de todas as atividades e diminuição do amor-próprio. Esta última traduz-se em auto-censuras e auto-acusações que culminam numa expectativa delirante de castigo. Este quadro torna-se um pouco mais inteligível quando consideramos que, com uma única exceção, os mesmos tra-

ços são encontrados no luto." (Freud, CP). A única exceção é a diminuição da auto-estima que não se observa no luto ou aflição normal pela perda de um ente querido. Segundo Freud o luto normal está para a melancolia como o medo normal está para a ansiedade mórbida. Em resumo a perda de um objeto de amor leva-se a retirar a libido da realidade e à introjeção da libido sobre o quadro mental do objeto de amor que se perdeu. Abraham demonstra que nesses estados a libido regride para o estágio oral."

(Campbell, 1970, p. 371).

A presença de depressão na anamnese dos pacientes cancerosos não desperta estranheza nos médicos. O luto ou aflição normal é aceito, por consenso, que esteja presente em qualquer situação de padecimento orgânico, pela própria perda das condições homeostáticas do organismo.

No Tratado de Psiquiatria de Ey, Brisset e Bernard o termo Depressão pode ter, pelo menos, três significados: um sintoma, uma síndrome ou uma entidade nosológica. Enquanto sintoma, um enfraquecimento tímico que envolvido por outros, justificam a descrição da síndrome e, inclusive, a entidade nosológica.

A síndrome não pode ser reduzida a uma depressão

de natureza fisiológica visto que no conjunto, o sistema nervoso simpático se encontra excitado e o parassimpático inibido. Sabe-se que os sistemas nervosos simpático e parassimpático têm ações contrárias, isto é, quando um estimula uma atividade, o outro a inibe.

Além dos transtornos de humor, ainda existem dois fenômenos: a inibição e a dor moral. A inibição é caracterizada pela letargia psíquica que reduz o campo da consciência e do interesse, fadiga mental, e astenia física. O doente tem uma consciência dolorosa desta inibição. Esta reação pode ser normal durante um processo de luto. O exagero ou o prolongamento deste estado é que o converte em patologia.

A dor mental se expressa em auto-depreciação, autoacusação ou auto-punição e um sentimento de culpabilidade.

Os autores ressaltam, ainda, a importância dos transtornos simpáticos: cefaléias, dores diversas, palpitações cardíacas, dores vertebrais ou articulares, transtornos digestivos, constipação, etc... É possível que estes sintomas adquiram tal vulto que venham a camuflar o estado depressivo. Somente um exame clínico apurado poderá estabelecer que as queixas não sejam de etiologia orgânica e expressem um estado depressivo.

Entre os estados depressivos, a crise de melanco -

lia "es un estado de depresión intensa vivenciado con un sentimiento de dolor moral y caracterizado por el enlenteci miento y la inibición de las funciones psíquicas y psicomotoras". (Ey, Brisset e Bernard, 1969, p. 240).

O termo Melancolia tem sido empregado desde Hipó - crates com diversos sentidos. Desde o Renascimento a melancolia designava uma espécie de "loucura parcial" quando se apresentavam transtornos gerais da inteligência mas que não implicavam necessariamente em tristeza.

A Melancolia, mais tarde, foi integrada no quadro das psicoses periódicas: a loucura da dupla forma (Baillarger, 1854), loucura circular (J. P. Falret, 1854) ou psicose maníaco-depressiva (Kraepelin, 1899).

Nos fins do século XX, os estudos sobre melancolia dirigiram-se para os aspectos biológicos e hereditários. Em 1911, K. Abraham e em 1915, S. Freud, entre outros psicanalistas, promoveram uma análise psicológica da melancolia, bem como os fenomenólogos, Minkowski, Strauss, Digo etc... (Ey, Brisset e Bernard, 1969, p. 241).

Ainda neste Tratado de Psiquiatria encontrou-se um resumo da visão psicanalítica, após os trabalhos de Freud e Abraham e as investigações de Sandor Rado, 1927; H. Deustch, 1933; A. Garma, 1937; D. Lagache, 1938; etc..., acerca da

melancolia como sendo uma situação de "perda do objeto amado." Um comportamento de luto pelo objeto (imagem parental) de seu amor anacrônico pré-genital (de um amor tirânico e sempre revoltado contra o objeto, quando este se retira ou se apresenta como mau). (Ey, Brisset e Bernard, 1969, p.258)

A Análise Existencial contribuiu através de Strauss (1928); Minkowski (1930) e Digo (1942), entre outros, com a análise fenomenológica da melancolia evidenciando a profunda alteração da estrutura temporal, como uma estrutura simetricamente inversa à da mania. Tal alteração implica numa desorganização do ser psíquico, constituída por: (a) perda da atividade sintética do pensamento; (b) transtorno da consciência; (c) desestruturação temporal ética da consciência melancólica: esta apontada como fundamental. Compreendida com uma lentificação até a uma parada do tempo vivenciado. O melancólico permanece fixado em uma temporalidade desestruturada, que perdeu seu impulso para o futuro, voltando sempre ao passado. O tempo é e deve ser para ele, uma perspectiva de morte. O melancólico está imerso na fatalidade de seu passado. (Ey, Brisset, Bernard, 1969, p. 259).

Segundo a teoria temporal do psiquismo, o indivíduo está fadado a arrastar seu corpo através do tempo, desde o parto até a agonia, os extremos da existência. A diferença

entre o humano e o animal reside no fato de que para o primeiro existe a possibilidade de "inventar o tempo".

O Homem inventou o tempo, e com ele a angústia. O corpo está "encerrado" no presente. O presente entendido como o salto no vazio, por ser o espaço do inesperado.

O passado é o conhecido, por isto estável; o futuro é inventável, portanto, também controlável. O presente fora de controle é a lacuna aberta entre o passado e o amanhã.

Para Moffatt, o melancólico é o indivíduo que "não pode separar-se imaginariamente do que já não existe no real e para reter o que foi, apela para manobras no mundo real (os sintomas)." (1983, p. 91).

A somatização, nesta teoria é compreendida como retenção, ou seja, uma forma de preservar no corpo, o personagem querido que foi perdido.

Suponha-se, então, a partir de tudo que foi apresentado até aqui, que o Câncer possa materializar-se como preenchimento do espaço vazio deixado pelo que partiu.

O melancólico padece deste vazio em sua azáfama de reconquistar os momentos de plenitude amorosa.

Desta forma, estaria o melancólico reproduzindo em si mesmo, uma obturação do vazio deixado por aquele ou aqui

lo que se foi, como resolução para uma perda insuportável, negando a si mesmo buscar, do lado de fora, um novo amor?

O Dr. César Lima Santos, oncologista, em uma palestra realizada no Instituto Nacional do Câncer-INCA, disse que as neoplasias desencandeiam sempre estados depressivos mais ou menos estereotipados, de duração variável. A recíproca era menos óbvia, porém não menos verdadeira.

A Drª Zenaide de Barros, também do INCA, realizou um estudo em pacientes cancerosos, encontrando alta incidência de estados depressivos de ocorrência prévia e mediata ao surgimento de variadas formas de neoplasias.

Richard Meyer, 1985, diz que cinco a dez por cento da população francesa seriam mais ou menos depressivos, isto é, de 3 a 6 milhões de franceses. Destes, 95% tratando-se de depressões reacionais ou existenciais e, somente 5% de melancolia. Ele denuncia a venda indiscriminada de anti-depressivos (que só atenderiam a este último), respaldado no fato do DSM III haver eliminado a distinção entre depressão neurótica e melancolia. O poder médico atuando com a exclusividade de receitar, fomenta a multiplicação de medicamentos nos laboratórios farmacêuticos.

Para José Schavelzon, cancerologista, as depressões podem ser consideradas em dois grandes grupos: a de-

pressão neurótica e a psicótica. Esta última evoluindo para a melancolia ou a mania. Ele acredita na existência de uma estrutura depressiva da personalidade que aparece quando se perdeu ou se destruiu algo, ou quando o indivíduo crê que está em perigo um objeto ao qual ele quer bem.

Edgardo Rolla, 1972:

"La amenaza de pérdida va necessariamente acompañada de pánico y de resentimento y, como intento de solucion de um incremento de la dependencia. Estas son las caracteristicas de los individuos que posteriormente hacen pertubaciones chamadas psicosomáticas; pertubaciones caracteristicas que, a mi enteder, son equivalentes directos de la situación melancólica, diríamos, la melancolia del cuerpo".

O Dr. José Leme Lopes apresentou no Simpósio de San Moritz (1972) uma comunicação onde mostrava que um estado depressivo podia preceder uma doença neoplásica, de alguns meses até poucos anos. Ele preconizava o apoio psicoterápico para os pacientes cancerosos, porém preferia que o apoio fosse feito pelo próprio médico assistente.

Os termos depressão, estados depressivos e melancolia são utilizados pela classe médica de forma indiscriminada. Ao mesmo tempo, com toda a confusão terminológica e con

ceitual estabelecida, é dada preferência a que um médico faça a psicoterapia do paciente. Deixar-se-á de lado esta questão, por entender que o assunto sobre o poder médico e a onipotência auferida a este saber, já foram suficientemente questionados anteriormente.

Em um trabalho publicado em 1980, na Acta Psiquiatrica y Psicólogica de America Latina, volume 26, foram analisadas algumas situações de perdas afetivas que precederam ao aparecimento de câncer em pacientes. Tais perdas ali entendidas como fatores estressantes, logo potencializadoras do curso clínico da doença. Ao longo do procedimento para a elaboração do trabalho, foram os pesquisadores percebendo que algo mais ocorria além da potencialização do curso da doença. O grupo de pesquisadores em sua conclusão assinalou que as experiências de separação ou de perda na vida adulta de pacientes com câncer, podem contribuir, através da revivescência de situações anteriores, à eclosão manifesta da doença ou à um agravamento da mesma. Nesta pesquisa foi abordado o fato de que o isolamento causado pela internação do paciente oncológico, ressignificaria as perdas e separações anteriores, fator este potencializador também dos danos da doença.

A conduta médico-institucional é acusada de criar

uma "incomunicabilidade trágica"; isto é, o sujeito, enquanto paciente, é alijado de sua escala de valores familiares, convertendo-se a relação médico-terapêutica em uma repetição da ausência das figuras parentais e de outras perdas significativas ocorridas ao longo da vida desses pacientes.

A Medicina Psicossomática avançou na compreensão de doenças endocrinológicas, cardiovasculares, neurofisiológicas e da fisiologia renal quando realizou pesquisas com as relações entre os estados mentais e as funções normais e anormais dessas áreas específicas.

Em anos mais recentes, aquela que mais se desenvolveu foi a Imunologia e sua interação com os vários estados psicológicos, especialmente aqueles ligados ao estresse. A premissa central é de que o estresse pode aumentar a vulnerabilidade do organismo para certas doenças, num bombardeio de tal monta que o organismo, na sua tentativa de se adaptar, vai abrindo mão, aos poucos, dos discriminadores mais finos, isto é, extinguindo o efeito imunossupressor, especialmente para aquelas doenças intimamente associadas aos mecanismos imunológicos, tais como infecções, malignidade e doenças auto-imunes.

Quanto às doenças malignas, destaca-se o câncer como representante máximo.

Eleito o tumor maligno como a maior expressão pato

lógica de um organismo estressado, infere-se que a desorganização celular ocorre pela exaustão das leis normativas que regem a manutenção do corpo e da mente.

Para José Schalvezon, oncologista argentino, bastante preocupado com os aspectos psicológicos da doença, todo paciente "sabe" que tem câncer, muitas vezes antes do médico proceder ao diagnóstico. Este saber se apresentaria em diferentes níveis de consciência.

Os pacientes respondem à comunicação do diagnóstico com seus mecanismos de defesa que irão interagir com a atitude médica ao realizá-la:

> *"Es muchísimo más importante dejar hablar al enfermo, darle la oportunidad de expresar su propria interpretación de la enfermedad, permitirle descargar su angustia y corregir sólo los errores más graves e prejudiciales de su pensamento."* (Schalvezon, J., 1975, p. 25).

Lily Bleger, oncologista e psicanalista, afirmou que a situação psicológica básica encontrada em todo paciente com câncer é equivalente a um luto pela perda ou morte de uma parte dele mesmo. A partir disso, cada paciente reagirá a esta depressão com manifestações psicológicas distintas para a elaboração desse luto. (Bleger, L, 1978, p. 113).

Ela enfatizou que as repostas psicológicas nunca correspondem paralelamente à gravidade do câncer; relacionando-se, contudo à personalidade pré-mórbida dos pacientes: *"Las reacciones de cada persona estarán predeterminadas por la forma como ha enfrentado otras situaciones critica de la vida."* (Bleger, L., 1978, p. 115).

Nesse mesmo livro, ela relatou o caso de uma paciente com câncer de mama que perdera sua mãe há dois meses. Durante todo ano estivera à cabeceira do leito de morte da mãe, sem permitir que ninguém mais a cuidasse. Mesmo percebendo um endurecimento em sua mama, não procurou médico para diagnóstico e tratamento. Ao iniciá-lo, após o falecimento da mãe, apresentava-se abúlica e submissa, como se premeditadamente quisesse seguir o destino de sua mãe.

A autora analisou o caso sob o enfoque da relação simbiótica. (Bleger, L., 1978, p. 115).

O sentimento de perda de algum ente querido, vivido com depressão, faz diminuir o nível de defesas imunológicas. O paciente, com esse quadro, está mais desestruturado inconscientemente, física e emocionalmente em sua identidade.

Tomando-se essa elaboração de luto, patologicamente, como produto de uma relação mimética com o ser desapare

cido, poder-se-á admitir a eclosão de uma doença que permita a esse indivíduo manter sua realidade, o seu fantasma incorporado.

Freud, em Luto e Melancolia, disse que algumas das formas desta última "sugerem afecções antes somáticas do que psicogênicas." (vol. XIV, 1980, p. 275).

Mais adiante no mesmo artigo observou que a retirada da libido do objeto perdido para um novo, não ocorre no melancólico. Ao contrário, a libido livre é retirada para o ego, estabelecendo uma identificação com o objeto perdido. (vol. XIV, 1980, p. 281).

Em 1926, foi publicado um livro por Elida Evans, aluna de Jung, denominado "Estudio Psicologico del Cáncer". Nesse estudo foram relatados os resultados de uma pesquisa em 100 pacientes cancerosos. Ela afirmou que o paciente canceroso perdera uma parte importante de suas relações emocionais previamente ao desenvolvimento da neoplasia maligna.

Num trabalho de 1952, Bacon, Rennecker e Culter estudaram a história psiquiátrica de 40 mulheres com câncer de mama. Encontraram 35 com estrutura masoquista e que não dispunham de possibilidade para descarregar seu ódio diretamente ou de forma sublimada. Além disso, apresentavam conflitos não resolvidos de hostilidade familiar.

Algumas evidências apontadas por trabalhos de pesquisa demonstraram a existência de relações psicopatológicas anteriores ao surgimento do Câncer.

Schavelzon considera prematura a afirmação de que corrigido o transtorno psicológico poder-se-á influir na terapêutica do câncer. (1978, p. 20).

Por outro lado Simonton, baseando-se em suas pesquisas e de outros colegas, desenvolveu um modelo onde são mostrados os estados psicológicos e físicos trabalhando juntos no surgimento do Câncer. (Figura 1).

Ele, propôs um segundo modelo indicando como o desenvolvimento do câncer pode ser revertido. Ele explicou que os mesmos sentimentos, cuja tradução em condições fisiológicas conduz ao aparecimento de neoplasia maligna, podem sofrer intervenção psicológica para restabelecer a saúde. (Figura 2). (1980, p. 76 a 83).

Schavelzon e Simonton, dois grandes oncologistas, comungam a concepção psicossomática do Câncer, embora como pode ser observado anteriormente, divirjam sobre a possibilidade de interferência psicológica na supressão do processo cancerígeno.

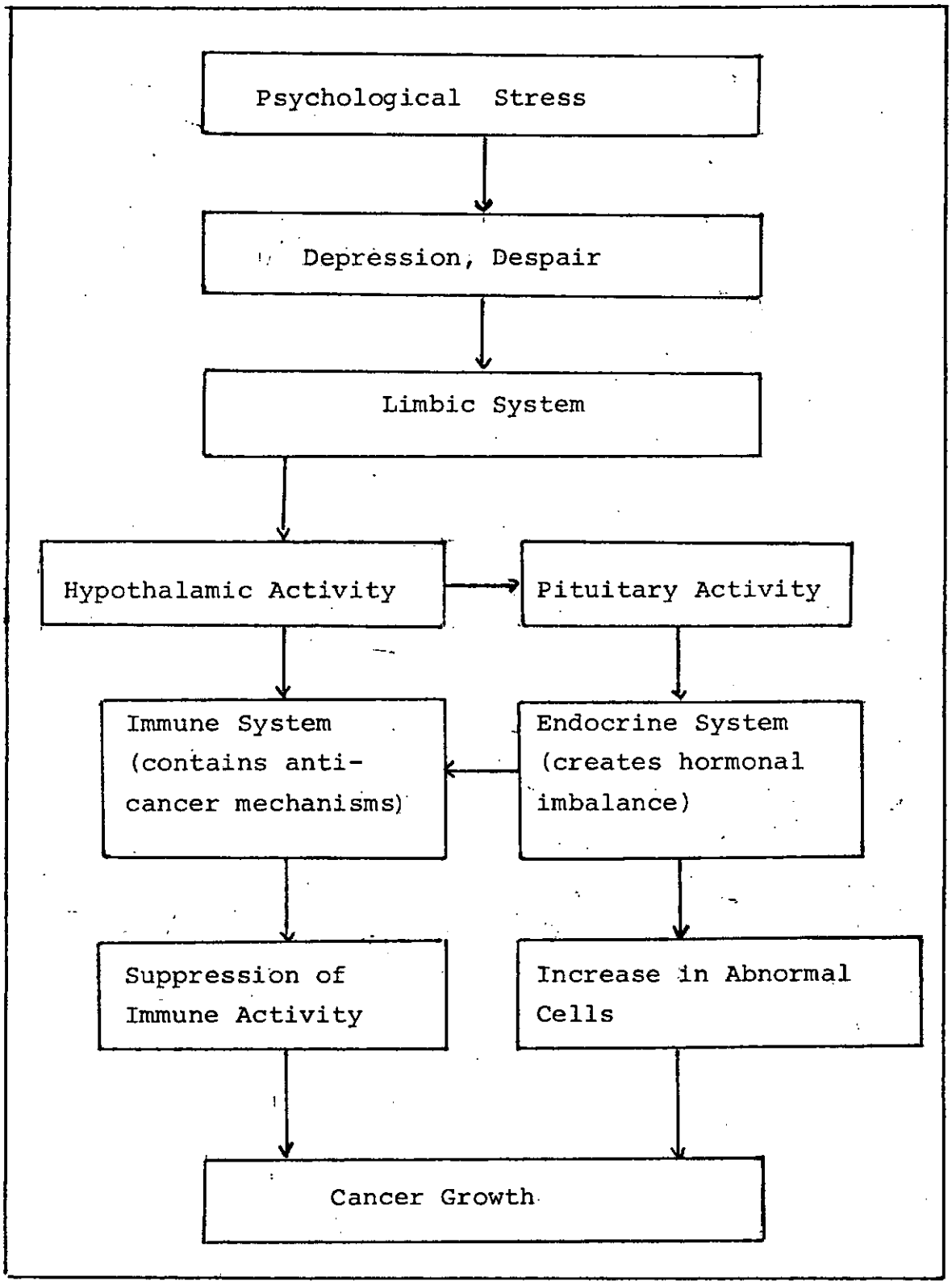

Figura 1. A Mind/Body of Cancer Development

Psicological Stress - existem consideráveis evidências de que pessoas estressadas têm maior predisposição às doenças, incluindo o câncer. Os estudos realizados sugerem que os estados estressantes críticos parecem ocorrer de 6 a 8 meses antes do diagnóstico da doença.

Depression, Despair - trata-se aqui de uma forma específica de reação pessoal ao estresse, para que se configure uma susceptibilidade à doença. A impossibilidade de oferecer resposta a uma dada situação, torna os problemas insolúveis. Daí, pode surgir depressão, desânimo, desamparo e desesperança (todos esses sentimentos são reportados como anteriores ao câncer).

Limbic System - o sistema límbico, conhecido como cérebro visceral, é responsável pelas atividades de autopreservação do organismo. Este sistema registra os sentimentos de desespêro e depressão que estão sendo vivenciados.

Hypothalamic Activity - O hipotálamo, pequena área do cérebro, é utilizado pelo sistema límbico para influenciar todo o corpo. As mensagens recebidas pelo hipotálamo, oriundas do sistema límbico são traduzidas sob 2 formas: (a) participa no controle do sistema imunológico; (b) desempenha um papel crítico na regulação da atividade da glândula pituitária, que por sua vez regula os resíduos do sistema

endócrino com sua vasta gama de funções de controle hormonal em todo o corpo.

Immune System - responsável pela contenção ou destruição das células cancerosas, que segundo algumas correntes da Medicina sugerem, existem em todos os corpos de tempos em tempos. Uma alteração nesse sistema pode induzir ao crescimento do câncer. Nesse modelo mente/corpo, o estresse emocional mediatizado pelo sistema límbico via hipotálamo , produz a supressão do sistema inumológico, deixando o corpo susceptível a desenvolver um câncer.

Pituitary Activity/Endocrine System - existem evidências que o hipotálamo respondendo ao estresse, dispara a glândula pituitária de tal forma que o equilíbrio hormonal do corpo, regulado pelo sistema endócrino, é pertubado.

Increase in Abnormal Cells - o resultado dessa anormalidade no equilíbrio hormonal será um aumento na produção de células anormais e o enfraquecimento na atividade de combate a essas células, por parte do sistema inumológico.

Cancerous Growth - com essa seqüência de mudanças fisiológicas serão criadas condições ótimas para o crescimento do câncer.

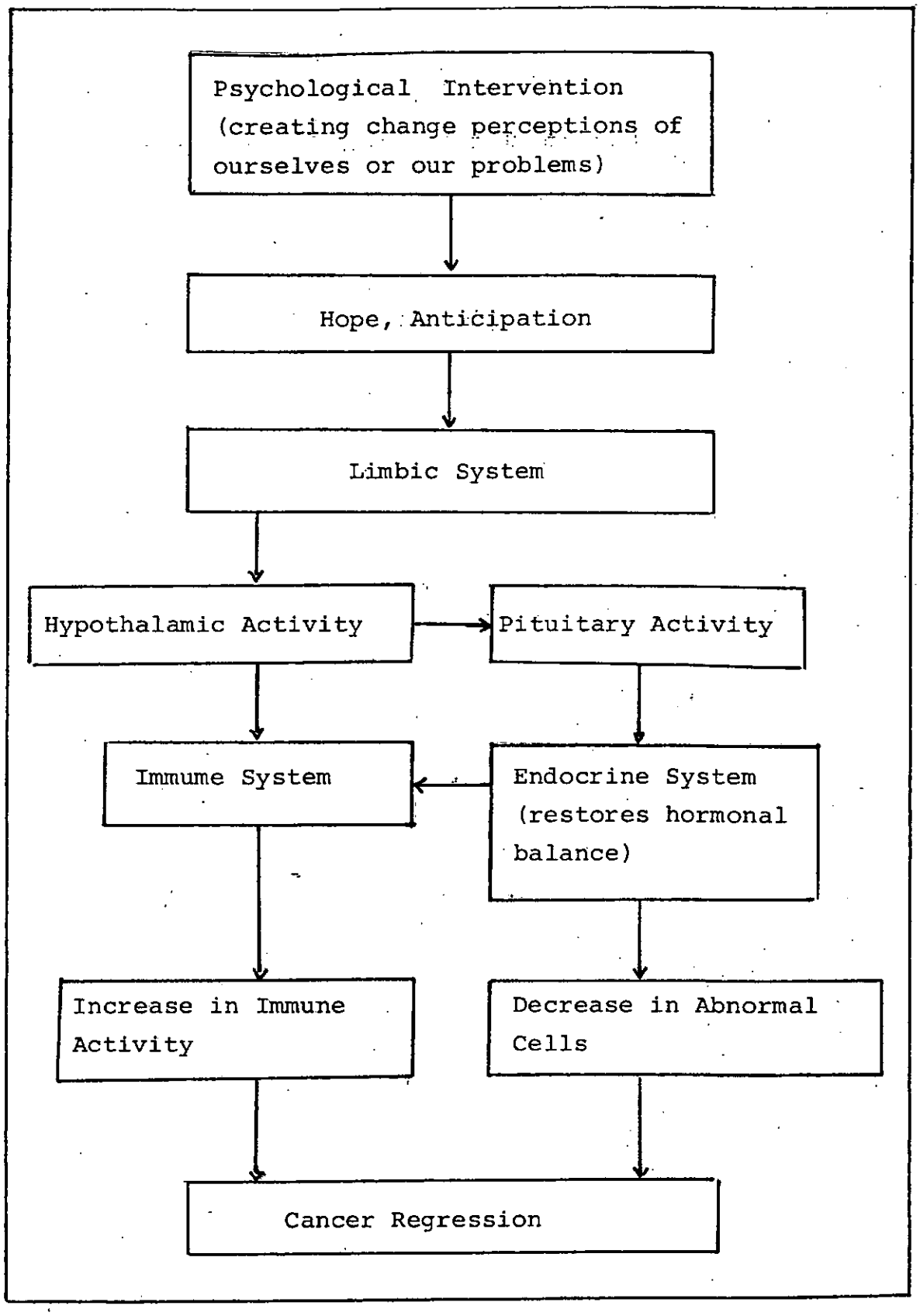

Figura 2. A Mind/Body Model of Recovery

Psychological Intervention - o primeiro passo para reverter o processo é assistir o paciente de câncer, estreitando sua crença na eficácia do tratamento e na potencialidade das defesas do seu organismo. Depois, ele precisa ser ensinado a enfrentar efetivamente o estresse em sua vida. É particularmente importante que haja uma mudança na auto-percepção dos pacientes ou na condução de seus problemas. Então, eles acreditarão em poder resolver seus problemas anteriores ao aparecimento da doença.

Hope Anticipation - a intervenção terapêutica atuando sobre os pacientes quanto à resolução dos problemas por si mesmos, os reaproxima da vida e lhes devolve a confiança e a esperança.

Limbic System - a alteração nos sentimentos é registrada, então, pelo sistema límbico.

Hipothalamic Activity - o hipótalamo envia mensagem à glândula pituitária, refletindo as alterações emocionais.

Immune System - o hipotálamo reverte a supressão do sistema; logo, as defesas orgânicas serão mobilizadas contra as células anormais.

Pituitary Acitivity/Endocrine System - a glândula pituitária, que é parte do sistema endócrino, recebe mensa-

gem do hipotálamo e as envia para todo o sistema endócrino, restaurando o equilíbrio hormonal do corpo.

Quanto ao modelo Mind/Body desenvolvido por Simonton, parece ter cumprido a intenção de ilustrar convenientemente, de forma sintética e a nível fisiológico, a instauração do processo cancerígeno. Por outro lado, quanto à proposta de intervenção psicológica, parece haver um simplismo na forma de apresentá-la. Toda a complexidade dos fenômenos psíquicos que envolvem o adoecer, são reduzidos à eleição de sentimentos que desencadeiam o padecer orgânico.

É superficial tanto a escolha das causas emocionais precipitadoras do câncer, quanto a forma utilizada para transformá-las em agentes removedores do crescimento anormal das células.

Defende-se que o câncer seja uma, dentre tantas outras, doença psicossomática, porém rejeita-se que a apropriação do biológico pelo psicológico, se dê de forma reducionista, ingênua e inconseqüente.

O excesso de otimismo proposto pelo modelo acima, quanto à intervenção psicoterapêutica, pressupõe que a estrutura psíquica dos pacientes apresente uma tendência altamente maleável em direção à cura, posto que será a auto-estima a grande responsável pelo ponto de partida para que a

luta fisiológica contra o câncer tenha um final vitorioso.

Toda a questão envolvendo o inconsciente, o plano do recalcado ou o jogo entre as pulsões é desprezado.

Fortalecendo o que se quer consignar neste momento, cita-se Christophe Dejours que procurará os elos de ligação entre a Biologia e a Psicanálise, nos fenômenos psicossomáticos:

> *"A doença asmática não está ligada ao "stress", assim como também não o estão a diabete e o câncer. Trata-se aí de processos mentais lentos, difíceis de descobrir e identificar, que põe em causa a dialética Sujeito-Objeto, os limites psíquicos do corpo em relação ao não-Self e ao Estranho (quer dizer, a imagem do corpo), os processos de identificação e a de introjeção pulsional".* (1988, p. 17).

Ele estabelece a diferença entre fase aguda ou de crise e fase crônica das doenças psicossomáticas. Para cada uma delas existirão comprometimentos diversificados para a leitura psicanalítica.

A Biologia utiliza os efeitos do estresse sobre o corpo de maneira pouco diferenciada. Uma doença em fase crítica tem seus mecanismos desencadeadores em alta atividade, geralmente com mediação nervosa. Quanto ao câncer, ele a

considera como uma doença psicossomática crônica em virtude da destruição lenta do sistema auto-imune. Para a psicanálise interessa o traumatismo psíquico registrado e o fenômeno psicossomático subseqüente. Por ocasião de investigação psicanalítica de uma doença psicossomática crônica, dever-se-ão levar em consideração "a estrutura do sujeito, sua história de vida, seus lutos e seus investimentos objetais. A depressão e a pulsão de morte, têm aí um lugar especial. (1988, p. 17).

As depressões têm subsidiado inúmeras manifestações imunopatológicas e a respeito disso o autor assinala que a depressão, "Colapso de Eros", dispara o "componente lento da somatização", aquele responsável pela cronicidade das doenças, que no caso do câncer poderia concretizar-se na destruição de um tecido. (1988, p. 76).

Em sua experiência clínica ele obteve fortes indícios de que as alterações no sistema imunológico estão diretamente associadas às "pertubações economicas" decorrentes de uma perda de objeto.

Seu entendimento sobre o objeto referente à essa perda, não é o objeto edipiano e sim o pertencente à fase pré-conflitiva e de relação pré-objetal. Não fica transparente se esse objeto seria o do narcisismo secundário, en-

quanto estruturador do ideal de ego ou seria o objeto parcial, do narcisismo primário, da fase auto-erótica.

Ele considera o sistema imunitário como o supervisor dos encontros do "self" com o ambiente, protegendo-o das agressões. Esse sistema configuraria a personalidade biológica e quando alterado por uma perda de objeto, responderia às invasões do ambiente de forma inadequada, como se tivesse perdido "seu modo de fazer e sua memória". (1988, p. 76).

O trabalho de luto quando impossibilitado de transcorrer livremente; isto é, o processo de desgaste de todas as identificações realizadas com o objeto perdido, pode dar início a uma crise na economia psicossomática onde o "funcionamento mental entra em colapso e o sistema imunitário parece paralisado". (1988, p. 76).

Apesar do autor referir-se à alteração no trabalho de luto sem nomeá-lo como melancolia, parecem coincidentes as características descritas por ele e algumas postulações anteriores já enfocadas neste trabalho.

Fica-se com a sensação de que o preço a ser pago pela originalidade das idéias, pode chegar ao clímax de serem oferecidas aos leitores, variadas definições para uma mesma coisa, até porque esse autor busca uma ponte entre a Biologia e a Psicanálise.

III.B: À LUZ DA PSICANÁLISE

A obra de Freud será utilizada com o objetivo de recolher dados que organizem o pensamento acerca do que a Psicanálise considera como Melancolia. Pretende-se delinear o percurso psíquico trilhado pelo sujeito melancólico, desde a origem até a eclosão da patologia. Outros autores serão também consultados, como complementação dos pontos que se apresentarem obscuros e pouco explicitados em Freud.

Em seu artigo "Os Instintos e suas Vicissitudes", 1915, Freud fêz uma ligação entre a mente e o corpo, definindo um conceito limítrofe entre o somático e o mental - "Trieb". Na edição em protuguês, o termo "Trieb" aparece como instinto mas não deve ser apreendido sob um enfoque biológico. O correto será entendê-lo como pulsão. No Vocabulário de Psicanálise lê-se pulsão como "processo dinâmico que consiste numa pressão ou força (carga energética, factor de motricidade) que faz tender o organismo para um alvo". (Laplanche e Pontalis, 6ª ed., p. 506). O objeto de uma pulsão, isto é, "a coisa em relação a qual ou através da qual o instinto é capaz de atingir sua finalidade (...) poderá igualmente ser uma parte do próprio corpo do indivíduo". (Vol. XIV, 1980, p. 143). A finalidade da pulsão é sempre a satisfação regida pela série prazer-desprazer. A ligação da pul-

são com o objeto quando "particularmente estreita (...) se distingue pelo termo fixação. (vol. XIV, 1980, p. 143). A fixação pode ocorrer, para Freud sob 2 condições: por fatores da própria história de vida (relações familiares, trauma etc...) e por fatores constitucionais, ou seja, uma aderência (viscosidade) geral da libido: quando um componente pulsional parcial atinge uma determinada posição e por angústia de perdê-la ou temendo não encontrar na seguinte a mesma satisfação, nela se fixa. (Laplanche e Pontalis, 6ª ed., p. 253).

As pulsões foram divididas em pulsão do ego ou de auto-preservação e pulsão sexual. Quando Freud tratou das vicissitudes (modalidades de defesa contra as pulsões) da pulsão sexual, ele as descreveu como "(a) reversão a seu oposto; (b) retorno em direção ao próprio eu (self) do indivíduo e (c) repressão e sublimação". Ele considerou a primeira como uma "mudança da atividade para a passividade e uma reversão de seu conteúdo". (vol. XIV, 1980, p. 147).

Utilizando os pares de opostos sadismo-masoquismo e escopofilia-exibicionismo, ele demonstrou as vicissitudes da pulsão através da reversão a seu oposto e o retorno em direção ao próprio eu, situação essa que depende da organização narcísica do ego, ou seja através da satisfação auto-

erótica contida nos dois pares de opostos.

A mudança do amor em ódio incidindo sobre o mesmo objeto, ambivalência, estaria presente na organização narcisista do ego. Essa mudança de conteúdo pulsional "oferece o exemplo mais importante de ambivalência de sentimento". (vol. XIV, 1980, p. 154).

Relativamente às antíteses Amar, Freud administrou as por 3 polos de pares opostos: (a) sujeito (ego) - objeto (mundo externo); (b) prazer-desprazer; (c) ativo-passivo.

No início da vida mental, o corpo do bebê é continente para catêxis de pulsões e a satisfação está contida nele mesmo. O prazeiroso esta contido no próprio ego, enquanto o mundo externo é o desagradável. Nessa condição o ego é auto-erótico.

Posteriormente o ego se desenvolve, tomando para si os objetos externos, agora catexizados como fontes de prazer. Introjeta objetos prazeirosos enquanto projeta para o mundo exterior o que se apresenta desprazeiroso. Odiar seria, então, uma forma do ego narcisista expressar o desagrado induzido pelos objetos do mundo externo. O ódio, em última instância teria como "sua fonte as pulsões autopreservativas". (vol. XIX. 1980, p. 161).

Seguindo o trajeto com as pulsões de autopreserva-

ção (egoícas) e as pulsões de destruição (sexuais), destacam-se os seguintes momentos do texto "Além do Princípio do Prazer", 1920: Freud vai relacionar o desprazer com um "aumento de excitação e o prazer com uma diminuição". A manutenção desse "quantum" de excitação em níveis baixos, portanto agradáveis, é regido pelo princípio do prazer que em última análise decorre do princípio de Constância. (vol. XIV, 1980, p. 18).

No capítulo IV, do mesmo artigo, Freud inseriu a melancolia como "distúrbio grave na distribuição da libido". (vol. XIV, 1980, p. 50).

A libido definida em Laplanche e Pontalis é a "energia postulada por Freud como substrato das transformações da pulsão sexual quanto ao objecto (deslocamento dos investimentos), quanto ao alvo (sublimação, por exemplo) e quanto à fonte da excitação sexual (diversidade das zonas erógenas). (6ª ed., p. 343).

Libido do ego ou narcísica: toma como objeto de investimento a própria pessoa.

Libido objetal: o investimento será num objeto exterior.

As pulsões do ego, equiparadas por Freud à pulsão de morte, trazem características conservadoras e pela com-

pulsão à repetição visam restaurar o estado inanimado.

Em 1910, Freud escreveu "Contribuições para uma discussão acerca do suicídio" onde esboçou conjecturas sobre os processos afetivos no luto e na melancolia. Como a pulsão de vida seria subjugada: "se isto pode apenas acontecer com o auxílio de uma libido desilúdida, ou se o ego pode renunciar à sua autopreservação, por seus próprios motivos egoístas". (vol. XI, 1980, p. 218).

Numa reunião na Sociedade Psicanalítica de Viena, em 1909, Freud declarou que "o narcisismo era uma fase intermediária necessária entre o auto-erotismo e o amor objetal".

Em 1914 ele concluiu a versão final do texto "Sobre o Narcisismo" que será a base para a teoria da Identificação. Distinguiu dois tipos de narcisismo: o primário e o secundário.

O narcisismo primário é caracterizado pela ausência de relações com o mundo externo. Não existe diferenciação entre o ego e o id. É a fase auto-erótica do bebê. Toda a libido é investida pela criança em si mesma. O id, pela organização das pulsões, vai se diferenciando e delineando o ego; logo, diz-se que o ego se funda no narcisismo primário.

O narcisismo secundário surge com o retorno da li-

bido ao ego. Libido essa entendida como libido objetal que foi afastada do mundo externo.

Freud apontou uma "nova ação psíquica" como elemento necessário, além dos instintos auto-eróticos, à fundação da estrutura narcísica. (vol. XIV, 1980, p. 93). Essa "nova ação psíquica" deve expressar o investimento libidinal realizado pela mãe em seu filho, isto é, a possibilidade do filho ser reconhecido como objeto de amor por essa mãe. Para que se funde a estrutura narcísica, além da libido egóica demandada pelo prazer do bebê em perceber e sentir o próprio corpo, haverá necessidade de que a mãe tome esse filho como objeto de amor. O corpo do bebê, dantes ausente de significado, reune-se em partes, cada vez mais carregadas de sentido e de exigências pulsionais. Será, então, o investimento amoroso da mãe que possibilitará a introjeção das figuras parentais como representativas e suscitadoras da identificação primária. Com isso, efetiva-se a passagem do ego ideal para a de ideal de ego.

Para Bleichmar a "nova ação psíquica" contrasta, à nível perceptivo e sensorial, a imagem de um corpo despedaçado com uma imagem unificadora e vice-versa. Esse contraste é o responsável pelo "salto que implica passar da pura percepção de incoordenação motriz à significação da mesma

como fragmentação". (Bleichmar, 1983, p. 145). Opondo, como objeto de reflexão, a compreensão de Bleichmar e a explanada acima, parecem coincidentes, apenas explicitadas por vias distintas. O autor enuncia "uma passagem da pura percepção de incoordenação motriz", refletida na onipotência e organização que a mãe significa para o bebê. Isso pode ser traduzido como a incapacidade motora deste, para alcançar aquilo que deseja por seus próprios recursos. Firma-se, então, a compreensão inicial, por entender que esse investimento viabiliza e assegura, nessa relação dual, a codificação necessária ao bebê para opor seu corpo fragmentado à unidade representada pelo corpo de sua mãe.

O ego ideal é a formação intrapsíquica mantenedora do amor a si mesmo e dos momentos de plena satisfação vividos no narcisismo.

Em termos de ideal de ego, "a idealização é possível tanto na esfera da libido do ego quanto na da libido objetal". (vol. XIV, 1980, p. 111). O que Freud quis dizer com essa expressão, foi uma referência à possibilidade de idealização, enquanto investimento libidinal do ego pelas identificação (ego ideal ou ideal de ego) e no caso de idealização na esfera da libido objetal pelo investimento libidinal sublimado, ou seja, pelo desvio da pulsão para outro objeto

diferente daquele capaz de oferecer satisfação sexual. (complexo de Édipo). Enquanto o ego ideal é uma formação narcísica, o ideal de ego é uma estrutura que se dirige à uma imagem, norteador das identificações futuras. A idealização, como forma permitida para o escoamento do desejo, conduz às identificações.

A libido narcísica é determinante para a auto-estima. Freud disse que a "auto-estima expressa o tamanho do ego (...). Tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar sua auto-estima". (vol. XIV, 1980, p. 115). As catexias libidinais retiradas do ego em grande quantidade deixa-o empobrecido, dando margem à eclosão de sentimentos de inferioridade.

Em "Psicologia do Grupo e A Análise do Ego", 1921, capítulo VII, sobre Identificação, Freud citou a Melancolia como exemplo de introjeção de objeto. Nessa patologia ocorre a cisão do ego que se pode perceber pelas severas reprimendas e auto-censuras as quais o sujeito se inflinge. As ofensas são dirigidas ao objeto, que nessa patologia se encontra identificado a uma parte do ego. Dessa forma o ego vinga-se do abandono que lhe foi aplicado pelo objeto. A parte do ego que clama por vingança é a instância reconhecida como "ideal do ego". Freud a chama de "herdeiro do narcisis

mo original", à medida que ele porta todas as exigências da manutenção da fase auto-erótica (narcisismo primário).

Mais adiante, no mesmo artigo, capítulo XI, Freud colocou:

> *"Há sempre uma sensação de triunfo quando algo no ego coincide com o ideal do ego. E o sentimento de culpa (bem como o de inferioridade) também pode ser entendido como uma expressão da tensão entre o ego e o ideal do ego".* (vol. XVIII, 1980, p. 166).

Ele definiu a melancolia psicogênica como perda real do objeto amado ou perda pela necessidade da retirada da libido objetal, enquanto que a melancolia espontânea é uma rebelião periódica do ego contra o ideal do ego. (O "ideal de ego em excesso de sensitividade, incansavelmente exibe sua condenação do ego com delírios de inferioridade e com auto-depreciação"). (vol. XVIII, 1980, p. 167).

Como se fora um processo de construção de uma es - trada, em cada trecho destacado vão se delineando as marcações que esboçam a constituição da melancolia.

É importante seguir citando "O Ego e O Id" de 1923, como a passagem da primeira tópica (Inconsciente, Pré-Consciente, Consciente) para a segunda (Id, Ego, Superego). A primeira tópica de Freud determina a localização psíquica

dos processos mentais. A segunda tópica é uma reorganização dinâmica dos conteúdos. Os conflitos neuróticos passam a ser da ordem do "ego coerente e o reprimido que é expelido (split off) dele". (vol. XIX, 1980, p. 30). O ego é uma formação diferenciada do id, ocorrida pelo permeio do sistema Pcpt e da erogeneização corporal. Através do desenvolvimento do aparelho perceptivo a criança se dá conta de si mesma e da realidade que a cerca. Para Freud o ego é "primeiro e acima de tudo um ego corporal". (vol. XIX, 1980, p. 40). Na parte III do mesmo artigo, Freud lança mão do estudo da melancolia para explicar a estrutura do ideal de ego como a substituição da catexia do objeto perdido por uma identificação. Entendendo que a primeira identificação ocorre no narcisismo, pode-se chamar essa identificação de primária, visto que em outro momento, mais tarde, na fase edípica, ocorrerá a secundária. A identificação primária permitirá ao ego negociar com o id , em suas exigências pulsionais, pelo abandono externo do objeto. Agora ele já se assemelha àquelas características (pela introjeção) e se apresentará disposto a oferecer alternativas ao id (pela sublimação). Esse primeiro momento identificatório prestará serviço ao segundo, como norteador de uma solução. A identificação primária conterá os personagens marcantes para as fu-

turas escolhas objetais, aquelas que serão efetuadas por ocasião da fase edípica. A identificação secundária definirá, então, nesse momento as características ideais para que se possa viver o amor.

Como "herdeiro do narcisismo original e do complexo de Édipo" esse ideal de ego ou superego terá função crítica no conjunto dos valores sociais e culturais formadores do relacionamento humano. Ele reproduzirá, ao longo do percurso da vida de cada um, aquele conflito inicial do ego frente aos impulsos do id. O superego, autoritariamente, polemizará com o ego a respeito de seus compromissos com o meio externo, tomando-o, na melancolia, como objeto de seu sadismo. O ego, por sua vez cederá às exigências dele, como uma forma masoquista de conciliação.

Ao masoquismo Freud dedicou um trabalho chamado "O Problema Econômico do Masoquismo", 1924, considerando-o como derivado de um sadismo anterior. Distinguiu 3 modalidades diferentes: masoquismo primário ou erógeno; masoquismo feminino e masoquismo moral.

O luto patológico se distingue pela presença de sentimento de culpa. O masoquismo moral, das 3 a mais importante, é identificado pela Psicanálise como o mesmo sentimento peculiar ao luto referido acima. Além disso, na melan

colia percebe-se a presença de sadismo voltado para o objeto perdido, agora identificado à uma parte do ego. O sadismo é o correspondente pulsional do masoquismo, atribuído ao superego. No masoquismo moral tem-se a libido fora de conexão e a pulsão de morte voltada para o próprio "self". Aos indivíduos portadores de masoquismo moral Freud, chamou de "ofensores de si mesmos". (vol. XIX, 1980, p. 207). A necessidade de castigo revela a violência de uma compulsão à autopunição, levada às últimas conseqüências, muitas vezes chegando ao suicídio.

Em se falando de sadismo-masoquismo é oportuno lembrar que Freud utilizou os termos fusão-desfusão para descrever as relações entre a pulsão de vida e a pulsão de morte. A fusão estaria exemplificada em Eros e agressividade (sadismo-masoquismo). Na desfusão, as pulsões partem cada uma de per si, para o atingimento de seus alvos. A ambivalência seria um bom exemplo de desfusão. Em qualquer regressão há uma desfusão das pulsões, enquanto no desenvolvimento sexual normal, para que se passe de uma fase à outra, deverá existir uma junção dos componentes eróticos. (Laplanche Pontalis, 6ª ed. , p. 268).

Finalmente, o retorno ao texto Luto e Melancolia , escrito em 1915, para um exame mais apurado, já é possível

em função dos pontos ressaltados.

A reação à perda de um objeto de amor é acompanhada, geralmente, pelas mesmas características: total desinteresse pelo mundo externo; impossibilidade de investir em um novo objeto de amor; isolamento em pensamentos que relembrem o objeto de amor perdido; exclusão de ação em torno de outras coisas. Essas características resumiriam, a grosso modo, o trabalho do luto.

A melancolia encerra um processo onde o tempo não determina a finalização do trabalho de luto, pelo contrário, o perpetua; bem como não poupa a auto-estima, levando o melancólico a deleitar-se em ofender-se e recriminar-se.

No trabalho de luto normal, através do teste de realidade, o ego conclui a inexistência do objeto de amor. Cada recordação do objeto perdido é evocada, hipercatexizada e a libido passa a desligar-se de cada uma delas. O ego com esse trabalho gastará muita energia precisando reduzir seus gastos. O mundo se torna, então, destituído de atrativos. Por outro lado, no trabalho de luto da melancolia parece ter havido uma "perda de natureza mais ideal". (vol. XIV, 1980, p. 277). Freud remeteu essa perda à qualidade das identificações. Se houve perda concreta ou não, de um objeto de amor atual, não é considerada; porém, o surgimento da

melancolia parece devida à uma questão anterior que remonta ao narcisismo.

No melancólico uma parte do ego é tomada pela outra como se fora o objeto perdido. Ocorre uma cisão do ego. Seguindo a suposição de que a identificação primária, ocorrida no narcisismo, deveria fazer parte do processo mórbido, percebe-se que as ofensas dirigidas a si mesmo, assemelham-se à características do objeto de amor que foram deslocadas para o próprio ego.

Mais do que uma perda concreta de amor, faz sentido imaginar uma decepção ou frustração levada ao máximo suportável, para que uma relação objetal seja introjetada e se torne parte do ego. A catexia objetal, ao invés de separar-se do objeto decepcionador e, tornando-se livre, partir para um novo objeto, reverte seu sentido e se fixa ao ego como se fosse o objeto abandonado.

A regressão na forma utilizada para a escolha objetal é notória, à medida que foi no narcisismo original que houve a incorporação (introjeção) do objeto de amor (fase oral) ao ego. Esse processo se fêz mediante sentimentos ambivalentes (ódio X amor), indutores da identificação primária (facilitadora das escolhas objetais futuras).

A ambivalência do melancólico configura a desgraça

de haver desejado um dia aquele objeto de amor. Via senti - mento de culpa, o sadismo, como par antitético do masoquismo, derramará seus suplícios sobre o objeto, ora identificado com uma parte do ego.

O suicídio na melancolia é explicado como a tentativa do sujeito matar o objeto internalizado, causador do sofrimento. Seria o sadismo levado às últimas conseqüências. O ego dominado pelo objeto, pelo retorno da catexia objetal e sua fixação, dirige, como no início de sua diferenciação do id, toda a hostilidade para o objeto. O desfecho terrificante desse episódio reside no fato da identificação desse objeto coincidir com o próprio ego. Na realidade o suicídio dissimularia um assassinato.

Por ocasião da fase Edípica a criança se defrontará com a diferença anatômica entre os sexos feminino e masculino: para aquele, a ausência do pênis. A mãe, figura idealizada como perfeita e onipotente sofrerá agora, nesse momento, o derradeiro golpe. No jogo entre o percebido e o idealizado, o ego se atualizará face a uma presença ou a uma negação desta, para traçar o destino do sujeito. Reconhecendo essa "falta", o ego a representará segundo duas possibilidades: recusando a realidade, não querendo entrar em contato com o juízo de realidade (castração); negando es

sa percepção e a reconhecendo, com muita angústia, ao mesmo tempo.

A decepção com o objeto de amor cristaliza-se. O sujeito desinveste esse objeto externo e volta-se para a representação interna do mesmo, que já coincide com uma parte de seu próprio ego.

Laplanche e Pontalis referem-se ao papel da identificação na melancolia para Freud: "o indivíduo se identifica no modo oral com o objecto perdido, por regressão à relação de objecto característica da fase oral". (6ª ed., p.297)

> *"O superego na melancolia atua como incentivador para a pulsão de morte. Na resolução do Complexo de Édipo do melancólico, parece ter havido algo como uma destruição, incluindo um máximo de dessexualização do objeto proibido (leia-se, também, perdido), de desfusão das pulsões, de sublimação e, para tanto, todos os instintos tanáticos ficariam albergados no superego".* (Marucco, 1981, p. 751).

> *"A tensão entre o severo superego e o ego, que a ele se acha sujeito, é por nós chamada de sentimento de culpa; expressa-se como uma necessidade de punição".* (Freud, vol. XXI, 1980).

Freud disse que o sentimento de culpa provinha de duas origem: num primeiro passo seria o medo de uma autori-

dade que viesse por fim às satisfações pulsionais que seram plenamente atendidas e, mais adiante, o medo do superego, exigindo punição, para a continuação dos desejos proibidos.

Dessa forma o superego agiria sadicamente sobre o ego, que reteria essas exigências,masoquisticamente, sobre si mesmo. É válido lembrar que no melancólico, esse ego tem sobre si mesmo o objeto abandonado; logo,os castigos e punições exigidas pelo superego circularão, tanto dinâmica quanto topograficamente, no mesmo agente.

O sadismo libidinal do superego dos melancólicos , não encontrará em um objeto externo o alvo, para descarga , outrossim incidirá sobre uma parte do ego.

A melancolia pode ser classificada como doença narcísica por haver uma parada no processo de desenvolvimento, onde o juízo de reconhecimento da castração (leia-se: juízo da realidade) é recusado.

Frente à ameaça de castração pelo pai, e por assumir duas posições frente à ausência de pênis na figura materna ocorre a cisão do ego. A mãe castrada é recusada como ideal. A pulsão de morte reaparece como ódio pela figura materna não ideal.

Para Lia Riccón, participando de um debate publicado na Revista de Psicoanalisis, a melancolia ocorre devido à um distorção na fase auto-erótica mais do que no narcisis

mo primário ou secundário. A erogeneização das partes do corpo seria feita de forma fragmentada. Cada parte do corpo seria tomada como objeto parcial, não chegando a formar uma unidade completa e diferenciada. Dessa forma ela explicou os sintomas hipocondríacos presentes na melancolia e em todos os tipos de depressão. Até mesmo os delírios com partes do corpo que chegam, as vezes à negação da existência de órgãos. Haveria uma eterna dependência externa de objeto de amor, à medida que não existiria internamente algo que reassegurasse sua existência e sua identidade. Não haveria identificação com um objeto externo, mas sim com uma parte de seu próprio corpo, tomada como objeto parcial. (1981, p. 756).

Na melancolia a escolha de objeto atende à eleição narcísica, isto é, segundo o que Freud postulou em seu artigo sobre Narcisismo (1914), seria uma escolha em consonância ao que o sujeito foi, é ou desejaria ser ou, ainda, com alguém que foi um dia parte de si mesmo (a mãe). Essa eleição se faria à imagem e semelhança do ego. (Bleichmar, 1983, p. 33). Esse tipo de escolha foi caracterizado, por Freud, como restituidora da auto-estima, da vivência de perfeição, de plenitude e de onipontência.

O binômio mãe-bebê, representante da unidade simbiótica, é uma diáde portadora da possibilidade de amar e

ser amado. É o prê-requisito que a natureza oferece às crianças para que se tornem sujeitos e conduzam sua existência.

Partindo-se das contingências que abraçam essa relação, advirá para o sujeito infantil uma maior ou menor autonomia. Poderá desprender-se dessa situação relativamente seguro dela e apresentando um núcleo egóico.

Apesar de depender da figura materna para seus cuidados pessoais, já se faz capaz de amá-la e, em sua ausência, suportar a saudade, recriando-a internamente. Se, ao contrário observado o sujeito infantil sem essa capacidade criativa estará triste, mergulhado no abismo deixado pelo afastamento de seu objeto de amor.

Para Raquel Goldstein, psicanalista argentina "una pérdida de objeto desafia y pone a prueba los sentimientos de confianza en la propria capacidad para reinstalar lo vinculo perdido". (1981, p. 748).

Joyce Mc Dougall ao escrever sobre a relação mãe - bebê, qualificou o Seio, não como objeto parcial ou corporal, mas sim como Melanie Klein o concebeu: "a mãe em sua totalidade", como toda a diversificada fonte de sensações, percepções e afetos que o recém-nascido experimenta. (1983, p. 56).

Essa situação maravilhosa vivida pelos dois, vai

fortalecendo o ego do bebê. Caso essa relação seja interrompida ou a mãe não cumpra adequadamente seu papel protetor, um tipo de angústia específica dessa fase, diferente da angústia de castração (fase fálica) e da angústia de espedaçamento, surgirá e foi por ela denominada de "ameaça de aniquilamento". Essa ameaça significaria a morte psíquica pela perda da identidade global. A mãe nesse momento é muito mais do que objeto, é a detentora das condições necessárias à distinção do bebê enquanto ser vivo e singular.

> *"Posto a perda a qual nos referimos é condição primordial para a identidade psíquica, toda tendência de retornar à não-diferenciação primitiva implica um grave risco para o sujeito (estados psicóticos) ou para a própria existência (toxicomanias, suicídio, doenças psicossomáticas).* (Mc Dougall, J,1983, p. 56).

A vivência pelo bebê de seu primeiro luto, a perda da Mãe-Seio, dos sentimentos avassaladores que o preenchiam inteiramente e que lhe permitiam sentir-se vivo, agora, por não mais existirem o deixam solitário. Essa solidão conterá várias possibilidades para o bebê de organizar a sua existência. Dentro de saber-se só mas nunca abandonado, ele poderá recriar internamente todos os momentos de plena felici

dade vividos. Caso contrário, ele estará aprisionado por esta solidão e buscará nele mesmo e/ou no meio que o cerca, formas de compensar e aliviar o desespero que o acomete.

Tome-se Margareth Mahler e Joyce Mc Dougall em 2 momentos de seus livros, onde falam do rompimento da célula simbiótica ou separação-individuação, que para a primeira está contido no "duplo curso do desenvolvimento intrapsíquico" e para a segunda no "duplo objetivo tomado pela vida pulsional da criança".

Mahler - "Um é o curso da individuação, a evolução da autonomia intrapsíquica, percepção, memória, cognição, teste de realidade; o outro é o curso do desenvolvimento intrapsíquico da separação, que ocorre ao longo da diferenciação, distanciamento, formação de fronteiras e desligamento da mãe." (Mahler, M 1977, p. 85).

Mc Dougall - "uma parte da libido procura - e isto durante toda a vida do sujeito - anular a separação e buscar uma união total, corporal, tão pouco simbólica quanto possível com o Objeto, enquanto outra corrente pulsional visará a manutenção, a todo custo, da independência em relação ao objeto, para impedir que a identidade corra o risco de dissolver-se na Mãe-Universo". (Mc Dougall, J., 1983, p. 57).

Mahler elaborou seu trabalho enfocando o paciente fronteiriço, aquele cuja estrutura não seria neurótica nem psicótica, enquanto Mc Dougall nos fala do paciente psicossomático em referência similar. Ela diferencia uma produção psicossomática, de uma neurótica ou psicótica, à medida que aquela não atende nem à proteção da vida instintiva nem à defesa do ego.

As somatização ocorrem na histeria de conversão, porém para Mc Dougall, na histeria o "soma empresta suas funções à psiquê a fim de traduzir simbolicamente os conflitos pulsionais". Nas transformações psicossomáticas o corpo se exprime sozinho. Elas seriam regidas por leis biológicas e não psicológicas como na neurose. O corpo na psicose fala sem representação simbólica. Para ela o corpo psicossomático "não fala-age". (1983, p. 136).

Para Jean Guir a diferença entre os fenômenos psicossomáticos e a conversão histérica expressa-se em que, nesta última, a lesão orgânica pode desaparecer imediatamente após uma interpretação, enquanto que para os primeiros, a lesão é real e, mesmo quando reversível, não cede instantâneamente sob os efeitos da psicanálise. (1988, p. 26).

Seguindo os ensinamentos de Lacan, Guir apresentou a dinâmica dos fenômenos psicossomáticos desdobrada em 3

tempos: (a) "ocorre uma separação brutal de um ente querido na infância; (b) esta separação se repete na realidade ou um conjunto de significantes particulares a relembram ao sujeito; (c) muitas vezes antes de um ano, após o segundo tempo, a lesão aparece". (Guir, J., 1988, p. 33).

O autor aplicou os três tempos em seus estudos clínicos com pacientes cancerosos. Ele fêz uma distinção quanto à resposta psicótica ao retorno do real, porque nesta o significante foi precluído. Nos fenômenos psicossomáticos os significantes primordiais recebidos dos pais ficam "congelados", acabando por encontrar no Real uma situação que os reatualiza. A preclusão é o necanismo de defesa encontrado na psicose, "Verwerfung", que no Vocabulário de Psicanálise de Laplanche e Pontalis é chamado de Rejeição ou Repúdio: "consistiria numa rejeição primordial de um significante fundamental (por exemplo: o falo enquanto significante do complexo de castração) para fora do universo simbólico do indivíduo". Esse termo foi introduzido por Jacques Lacan, "como mecanismo específico que estaria na origem do facto psicótico". (6ª ed., p. 571).

Os mecanismos de defesa do ego relativos à psicose, em Freud, mostram-se nebulosos: Verwerfung=preclusão e Verleugnung=recusa. Quanto ao mecanismo de defesa característico da melancolia fica-se, também, numa encruzilhada. Sabe -

se que a recusa é o mecanismo típico dos perversos, contudo a melancolia contem em sua estruturação grandes doses de sado-masoquismo proporcionadas pela forma de interação entre o ego e o superego. Isto não basta para que se conjecture a melancolia como uma peversão. É oportuno que se teça algumas considerações acerca da melancolia, como aqui está sendo desenvolvida. Não se trata da melancolia, fase alternativa da patologia cíclica chamada psicose maníaco-depressiva. Toma-se a liberdade, ainda, de isolá-la desta outra, que é uma psicose, para enfatizá-la como pertencendo a uma terceira vertente, pouco teorizada e mal definida, não compatível com as neuroses nem com as psicoses e, conforme apontado anteriormente, muito menos com as perversões. Essa terceira estrutura, se não for muita ousadia assim nomeá-la, seria a responsável por uma inscrição no corpo, de uma separação mal vivenciada, como se houvera um rompimento brusco, cuja marca não se fêz, apenas às custas de uma representação. Além dela, uma parte do corpo do sujeito melancólico investe-se, também, desse sentimento de perda, adoecendo o corpo, fazendo-o falar dessa dor insuportável e inesgotável.

A doença orgânica, enquanto sofrimento, dor e mal-estar, induz ao desinteresse pelo mundo externo. Esse desinteresse é devido às "alterações na distribuição da libido que são resultantes de uma modificação no ego. (Freud, vol.

XIV, 1980, p. 99). Essa formulação assemelha-se à descrição de inibição das funções do ego que acontece no trabalho de luto. Nesse trabalho o ego é arduamente solicitado e perde grande quantidade de energia. Seu investimento no mundo externo é interrompido, como se fosse parte de uma proposta para economizar os gastos energéticos. Pode-se dizer que o ego está inibido em suas funções.

Em 1926, Freud definiu inibição como a "expressão de uma restrição de uma função do ego" quando publicou "Inibições, Sintomas e Ansiedade". (vol. XX, 1980, p. 109).

Existem ainda inibições que servem à autopunição. O ego desistiria de suas funções para não entrar em conflito com as exigências do superego. Nos casos de hipocondria, comuns aos quadros melancólicos, ocorre o mesmo processo, embora não sejam percebidas, nesses casos, concretamente as modificações somáticas.

A tentativa de esboçar uma terceira vertente psíquica capaz de abranger os fenômenos psicossomáticos, encontra adeptos nas escolas francesa e argentina de psicanálise, que por caminhos distintos, buscam compreender o câncer como forma de expressão de um adoecer psíquico, significado em alguma parte do corpo.

O câncer enquanto doença psicossomática é, para muitos autores doença ulteriormente desenvolvida a uma perda

significativa. Para Jean Guir os fenômenos psicossomáticos se inscrevem no corpo, não de um psicótico nem de um histérico, outrossim naquele que "funciona com um pedaço do corpo do outro", como num processo de mimetismo. (1988, p. 39).

O lugar comum encontrado entre as diversas teorias e formulações que procuram os elementos de ligação entre a Biologia e a Psicologia nos processos cancerígenos, parece ser o registro, na história dos pacientes, do relato de uma perda traumática anterior à doença.

Essa premissa autoriza a hipótese de que esses pacientes elaboram seus lutos de alguma forma peculiar e que seus corpos respondem com alterações fisológicas uníssonas, às primeiras situações traumáticas de suas histórias de vida.

Cada ser humano ao nascer preencherá um determinado espaço na história de sua família. Esse lugar lhe é designado, sem reservas e com garantias, previamente, no momento em que um homem e uma mulher sucumbem magicamente em um ato de amor.

Todo bebê tem direito a essa retrospectiva, de uma história, com respeito a seus pais, irmãos e parentes que configuram sua árvore genealógica. Esse conjunto de relações poderá ser bastante elucidadora da comédia ou da tragé

dia de sua existência.

Os psicanalistas argentinos, estudiosos de Freud e Melaine Klein têm uma concepção psicanálitica do Câncer e de algumas outras doenças psicossomáticas baseada no temor ao incesto. Tratam o Câncer como tumor perceptível ou como fantasia inconsciente. Pela demonstração psicanalítica de que o temido é o desejado, inferem que o temor ao câncer é o medo de uma tentação.

Basearam-se em duas teses principais: (a) uma relação entre o incesto, narcisismo e homossexualidade e (b) o falso privilêgio do pai no Complexo de Édipo.

Luiz Chiozza, ao relacionar o incesto e o câncer, tomou como ponto de partida a organização bissexual primitiva do ser humano e o fato clínico dessa bissexualidade ou hermafroditismo existir na fantasia. Essas fantasias continham um anelo procriativo narcisista e bissexual, simbolizado através do ser andrógino ou hermafrodita e presentes nos atributos das divindades extraídas da Mitologia. Para ele o aspecto procriativo das fantasias narcisistas estaria intimamente ligado na fantasia insconsciente, à vivências hipocondríacas de crescimento corporal:

"El paradigma de estas fantasias bisexuales (...) es el conocido mito de El banquete de Platón, según el cual el ser humano era primitivamente un

ser andrógino, hermafrodita, de forma esférica, que fue separado en dos mitades "hetero-sexuales" por Zeus, quien castigó así su arrogante soberbia". (1978, p. 45).

Chiozza utilizou-se de um trecho de Freud, em "Além do Princípio do Prazer" (1920), transcrito abaixo, para assegurar que a "representação de um crescimento tumoral" pode ser devida a um "conteúdo narcisista de uma excitação incontrolável". Ele supôs que o processo somático (câncer) correspondente a tal representação, fosse determinado por uma configuração narcísica semelhante.

"As próprias células germinais se comportariam de maneira completamente "narcisista", para empregar a expressão que estamos acostumados a utilizar na teoria das neuroses para descrever um indivíduo total que retem sua líbido em seu ego e nada desembolsa dela em catexias de objeto. (As células dos neoplasmas malignos que destroem o organismo, talvez também devessem ser descritas como narcisistas nesse mesmo sentido: a patologia está preparada para considerar seus germes como inatos e atribuir-lhes atitudes embriônicas)". (vol. XVIII, 1980, p. 70).

Esse autor argentino interpretou o conteúdo narci-

sista, fantasiado como cópula hermafrodita, presente no caráter consagüíneo do incesto e determinante inconsciente do horror frente ao coito endogâmico, provocador da vivência de um desenvolvimento monstruoso, de um crescimento anômalo, tumoral, como aquele conteúdo que integra, de maneira adequada, as fantasias de gravidez ou de ter um câncer, que são encontradas freqüentemente associadas ao conteúdo latente, como o horror ao incesto. (1978, p. 50).

C A P Í T U L O I V

CRITÉRIOS NORTEADORES PARA A DETERMINAÇÃO DO QUADRO MELANCÓLICO

Dentro do referencial teórico apresentado neste trabalho, foram eleitos quatro critérios que serão considerados como determinantes do quadro melancólico.

a) Temporalidade: Moffatt,na Teoria Temporal do Psiquismo (1983, p. 91), configurou o sintoma no quadro melancólico como uma estratégia para reter no real o objeto perdido. O sujeito não poderia imaginariamente separar-se dele.

A análise fenomenológica da melancolia pressupõe a fixação do sujeito em uma temporalidade desestruturada, onde inexiste o impulso para o futuro, pelo eterno retorno ao passado, como já foi apresentado neste trabalho (p. 26-7).

Em Freud encontra-se que o trabalho de luto normal deverá desaparecer após "um certo lapso de tempo"(Vol. XIV, 1980,p. 276). O melancólico, pela circularidade imposta ao ego, através da identificação do objeto perdido com uma parte dele mesmo, deverá perpetuar essa ligação.

A temporalidade será analisada, portanto, quanto ao aspecto de retenção do que foi perdido, que se expressa no retorno temporal.

b) Auto-Estima: Considera-se a auto-estima como o conjunto de valores que um sujeito acumula a respeito de si mesmo, o amor próprio que cada um tem por si e que lhe permite preservar-se frente à vida.

Para Freud a auto-estima "expressa o tamanho do ego, é tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência". (vol. XIV, 1980, p. 115).

Na melancolia a auto-estima encontra-se diminuída, o ego está empobrecido e o sujeito tem uma auto-imagem desvalorizada. Além disso, o melancólico desfrutará do fato de comunicar amplamente suas características negativas.

Freud situou a diminuição da auto-estima como a única característica diferenciadora entre os traços do luto normal e a melancolia. (vol. XIV, 1980, p. 276 e 278).

c) Ambivalência: É a mudança do amor em ódio incidindo sobre o mesmo objeto.

No quadro melancólico, a identificação de uma parte do ego com o objeto perdido, dará início a um jogo conflitivo entre as exigências sádicas do superego e o masoquismo conciliador do ego.

A ambivalência transparecerá no quadro melancólico pela presença de atitudes, decisões ou expressões verbais

contraditórias dirigidas a um mesmo fato ou alvo.

d) Juízo de Realidade: Com o desenvolvimento do ego, os objetos externos, catexizados como fontes de prazer são introjetados enquanto os desprazeirosos são projetados para o mundo exterior. (p. 47).

"A base do juízo de realidade é a presença de experiências corporais, sensações e imagens motoras no próprio sujeito". (Freud, vol. II, 1980, p. 440).

No início da vida mental, o corpo do bebê é continente das catéxis de pulsões e a satisfação está contida nele mesmo.

O juízo de realidade permite estabelecer a percepção como externa quando é suprimida por uma ação muscular , ou interna, em caso contrário. (Freud, vol. III, p. 263).

"Toda a nossa relação com o mundo externo depende da capacidade de distinguir as percepções das idéias." (Freud, vol. XIX, 1980, p. 263).

O juízo de realidade afirma ou nega que uma representação encontre a sua correspondência na realidade.

"Se uma vez concluído o ato de pensamento, a indicação da realidade chegar à percepção, então se terá obtido um juízo de realidade". (Freud, vol. I, 1980, p. 440).

Se a base para tal juízo é o modo de perceber, sentir e vivenciar, através do corpo, as primeiras relações com o mundo externo, o sujeito melancólico padece de uma falha no julgamento entre o externo e o interno, provavelmente ocorrida por ocasião do narcisismo e que como é sabido, será ressignificada por ocasião da recusa em aceitar a castração materna. (p. 67)

Pode-se então, concluir que o juízo de realidade está alterado no quadro melancólico.

C A P Í T U L O V

METODOLOGIA

Essa é uma pesquisa piloto que se propõe verificar, em primeira instância, a presença ou não de um quadro melancólico em sujeitos cancerosos, usando para este fim quatro critérios específicos: Temporalidade, Auto-Estima, Ambivalência e Juízo de Realidade.

Foram realizadas entrevistas em 13 pacientes cancerosos, 8 mulheres e 5 homens, internados no Hospital de Oncologia do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS.

A conduta da entrevistadora manteve-se uniforme para a escuta de todas, obedecendo a uma mesma forma de apresentação em todas as enfermarias percorridas.

A todos os pacientes era informado o objetivo do trabalho, a necessidade de utilização de gravador durante o relato, a publicação anônima do mesmo e, em seguida, solicitava-se que voluntariamente alguém se dispusesse a colaborar.

As entrevistas não seguiram roteiro rígido, pré-determinado, contudo manteve-se a preocupação de iniciá-la com o discurso sobre a doença e o fato da internação e continuá-la através da história familiar mais antiga e fechá -

la com a atual.

Não houve preocupação de controlar o tempo das mesmas, visto que, mesmo voluntariamente, alguns pacientes se encontravam mais eloqüentes, enquanto outros cansavam-se logo.

O discurso dos pacientes foi livre. As poucas perguntas feitas pela entrevistadora, tiveram o cunho de direcioná-lo, para pontuá-lo no exposto acima. Foi respeitado integralmente o momento delicado dos sujeitos frente a tão agressiva doença, ou seja, nunca procurou-se obter maiores detalhes a respeito de qualquer assunto abordado pelos pacientes. Os relatos limitaram-se a história que cada um desejou contar à entrevistadora.

Os pacientes voluntários se achavam hospitalizados aguardando cirurgia ou em tratamento quimioterápico.

As entrevistas após transcritas foram submetidas a três leituras, por três sujeitos, psicológos clínicos, que utilizaram os 4 critérios definidos no capítulo IV.

C A P Í T U L O V I

RESULTADOS

VI.A: APRESENTAÇÃO

Juiz 1

Paciente 1:

Temporalidade-preservada. Pretende estudar Direito quando ficar bom.

Auto-Estima - diminuída. Comunica com facilidade as questões de uso de drogas e relacionamento homossexual.

Ambivalência-presente. Tanto em relação ao tratamento, quanto ao relacionamento com a família. Os irmãos sabem tudo sobre sua vida mas o condenam por ela. O tratamento está dando certo mas ele irá pará-lo.

Juízo de Realidade-alterado. A agressividade, tanto física quanto verbal, dirigida às copeiras e às enfermeiras.

Paciente 2:

Temporalidade-alterada. Todo o relato se prende ao passado. Não existe projeto para o futuro.

Auto-estima-diminuída. Acha a mãe muito boba porque se refugia nos filhos. É a filha mais ligada a ela. Sua companheira para sair e resolver tudo. (Somando-se o fato da recusa aos alimentos).

Ambivalência-presente. Briga muito com os irmãos mas é muito unida com eles.

Juízo de realidade-preservado.

Paciente 3:

Temporalidade-preservada. Pretende estudar corte e costura.

Auto-estima-diminuída. Se retirarem o seio, ela se suicida.

Ambivalência-presente. Projeta estudar corte e costura e, ao mesmo tempo, ameaça suicidar-se. Pelo interesse em conceder a entrevista e rapidamente encerrá-la.

Juízo de Realidade-alterado. Ameaça suicidar-se, caso perca o seio.

Paciente 4:

Temporalidade-alterado. Mesmo com o enfisema continuou a fumar, como fazia desde menino.

Auto-estima-preservada.

Ambivalência-presente. Começou o tratamento em um hospital e foi descoberto um tumor no pulmão. Continuou a fumar.

Juízo de realidade-alterado. Apesar de saber do tumor no pulmão, refere-se à doença atual como enfisema e continuou a fumar.

Paciente 5:

Temporalidade-alterada. Seu relato retoma o passado como expectativa de reprodução no futuro.

Auto-estima-preservado.

Ambivalência-presente. Tem confiança no hospital mas teme que o soro possa matá-la.

Juízo de realidade-alterado. Acha que vai morrer no hospital porque o soro irá matá-la.

Paciente 6:

Temporalidade-preservada. Ela perde a filha de 13 anos e consegue criar os demais. Hoje pretende dedicar-se à criação da mais nova.

Auto-estima-diminuída. A traição do marido deixou-a anorética, com insônia e sofrendo dos nervos.

Ambivalência-presente. Após a traição do marido, engravida e tem agonias. Nasce a menina e ela passa a ter dores no estômago.

Juízo de realidade-alterado. A gravidez que a adoece e a gravidez que a torna mais saudável.

Paciente 7:

Temporalidade-preservada. Irá procurar um tratamento para controlar-se. Irá freqüentar Igreja.

Auto-estima-diminuída. Relata atitudes violentas

com irmã e prima.

Ambivalência-presente. Quando fica nervoso, perde a cabeça e depois se arrepende muito.

Juízo de realidade-alterado. Quando briga com a irmã e a prima, ferindo-as fisicamente.

Paciente 8:

Temporalidade-alterada. Relato aprisionado ao passado sem perspectiva para o futuro.

Auto-estima-diminuída. Sempre teve uma vida pobre e muito difícil. Ninguém pode melhorar porque os outros sentem inveja e falam mal.

Ambivalência-ausente.

Juízo de realidade-alterado. Está no hospital porque tem febre alta e dificuldade de alimentar-se, embora vá operar-se e esteja fazendo quimioterapia.

Paciente 9:

Temporalidade-alterada. O relato marca o passado, não há projeto futuro.

Auto-estima-diminuída. Seu irmão era o mais inteligente de todos. Com a morte do irmão, desistiu da carreira militar. Sentia-se um peso por estar desempregado.

Ambivalência-ausente.

Juízo de realidade-preservado.

Paciente 10:

Temporalidade-alterada. Não existe projeto para o futuro. Volta para os pais, quando eles adoecem.

Auto-estima-diminuída. Após a morte do marido relaxou com tudo. Sente-se caída e acabada para casar novamente.

Ambivalência-presente. Seu pai foi muito bom, mas tolhia a vida das filhas. A mãe era boa, mas acomodou-se ao jeito do pai. É independente economicamente, mas depende do cunhado e da família.

Juízo de realidade-alterado. Seu relato quanto ao filho. É normal, mas é doente.

Paciente 11:

Temporalidade-alterada. Reproduz em sua vida atual, com o filho, todo o passado com a mãe.

Auto-estima-alterada. Não conhece o carinho da mãe e reproduz no filho esse abandono.

Ambivalência-presente. Acha difícil viver com a mãe, mas vai levando a vida assim. Agora que ela está doente, veio morar com a mãe.

Juízo de realidade-alterado. Embora achando difícil, optou em viver com a mãe. Repete como filho, o abandono de sua mãe.

Paciente 12:

Temporalidade-alterada. Justifica todos os seus problemas a partir da relação com os pais.

Auto-estima-diminuída. Considera-se uma sofredora sem possibilidade de ajuda. Nenhum profissional conseguiu chegar ao seu interior.

Ambivalência-presente. Tem um ótimo relacionamento com os pais: não adianta agredir e ser agredida. Responsabiliza os pais por seus problemas e é a filha que mais se dedica à mãe.

Juízo de realidade-alterado. Ela presenciou desde pequena o relacionamento difícil dos pais. Sofreu traumas. Mas o pai é muito carinhoso. Ela tem um relacionamento ótimo com eles.

Paciente 13:

Temporalidade-preservada. Procura preparar-se para enfrentar a quimioterapia que irá fazer após a cirurgia.

Auto-estima-preservada.

Ambivalência-presente. Rezava para os novos irmãos morrerem para que não sofressem como ela. Ela não gosta dos irmãos.

Juízo de realidade-alterado. O medo das roupas e o médico que iria matá-la com uma injeção, caso a ouvisse.

Juiz 2

Paciente 1:

Temporalidade-preservada. Quando ficar bom pretende estudar Direito em Friburgo.

Auto-Estima-diminuída. Faz uso de tóxicos e manteve relacionamento homossexual. Só gosta de fazer o que lhe dá na cabeça.

Ambivalência-presente. A quimioterapia está dando certo mas pretende pará-la.

Juízo de Realidade-alterado. Justifica sua agressividade e violência com as copeiras e enfermeiras, dizendo que elas são umas ignorantes. (costuma atirar longe os pratos com a refeição).

Paciente 2:

Temporalidade-alterada. Todo o discurso se remete ao passado. Não há projeto para o futuro.

Auto-estima-diminuída. Acha a mãe muito boba e é ligada a ela.

Ambivalência-presente. Briga muito com os irmãos mas é muito ligada a eles.

Juízo de Realidade-alterado. Estado de anorexia de paciente e de depressão que compromete seu estado geral.

Paciente 3:

Temporalidade-alterada. Apresenta como projeto futuro uma ameaça de suicídio.

Auto-estima-diminuída. Era muito bonita quando se vestia com trajes típicos. Se perder o seio se matará.

Ambivalência-presente. Quis fazer a entrevista e logo depois cansou-se.

Juízo de Realidade-alterado. Ameaça suicídio caso lhe seja retirado o seio.

Paciente 4:

Temporalidade-alterada. Em todo o seu relato não aparece projeto para o futuro.

Auto-Estima-diminuída. Não pede autorização ao Exército para casar-se, embora sabendo que sofreria punição.

Ambivalência-presente. Pretendia seguir a carreira militar. Abandona a carreira para não ser punido e vem para o Brasil.

Juízo de Realidade-preservado.

Paciente 5:

Temporalidade-alterada. Tem medo de repetir o quadro da 1ª cirurgia. Acha que vai morrer no hospital.

Auto-Estima-diminuída. Tem problemas nos nervos. Não gosta quando os filhos e os netos vão visitá-la.

Ambivalência-presente. Não tem medo de ser operada mas tem pavor que venham aplicar-lhe o soro.

Juízo de realidade-alterado. Sua questão a respeito da morte no hospital pelo soro.

Paciente 6:

Temporalidade-alterada. Apesar de dizer que se dedicará à criação da filha mais nova, não caracteriza um projeto. Seu relato retoma o passado integralmente.

Auto-Estima-diminuída. Com o choque da traição do marido, ficou sem dormir e sem comer. Passou a sofrer dos nervos.

Ambivalência-presente. A gravidez da filha tendo agonias. Com o nascimento passou a ter dores no estômago. "Mundo da Maldade, ela nunca foi beijada, nem nunca namorou".

Juízo de Realidade-alterado. A gravidez relacionada com doença e o trabalho relacionado com caroço.

Paciente 7:

Temporalidade-preservada. Irá freqüentar a Igreja, irá procurar tratamento para se controlar.

Auto-Estima-diminuída. Relatos de violência, drogas e más companhias.

Ambivalência-presente. Quando fica nervoso, perde

a cabeça e não vê o que está fazendo. Depois se arrepende muito, embora sabendo ser tarde demais para reparar o dano causado. Ele estava brigado com os irmãos, mas como ficou doente eles vieram ajudá-lo.

Juízo de Realidade-preservado. Pretende procurar ajuda para controlar-se.

Paciente 8:

Temporalidade-alterada. Não há projeto para o futuro.

Auto-estima-diminuída. Sempre teve uma vida pobre e muito difícil. Ele e os irmãos não se dão bem. Ninguém pode melhorar porque os outros sentem inveja e falam mal.

Ambivalência-presente. Ele se diz conformado com tudo. Tem tido reações fortes à quimioterapia. Tem dificuldades para alimentar-se. Não tendo fome.

Juízo de Realidade-alterado. Mesmo de licença pela doença, voltou ao trabalho para complementar o salário.

Paciente 9:

Temporalidade-alterado. Todo o relato retoma o passado. Não há projeto para o futuro.

Auto-Estima-diminuída. Desistiu da carreira militar, voltou para casa. Sentia-se um peso por ser o único desempregado.

Ambivalência-ausente.

Juízo de Realidade-preservado.

Paciente 10:

Temporalidade-alterada. Todo o relato retoma o passado. Não há projeto para o futuro.

Auto-Estima-diminuída. Sente-se caída e acabada.

Ambivalência-presente. Seu pai foi muito bom mas tolhia a vida das filhas. A mãe acomodou-se ao jeito do pai.

Juízo de Realidade-alterado. Ela tem uma pensão que a permite não depender economicamente de ninguém. No fundo acha que depende do cunhado e de sua família.

Paciente 11:

Temporalidade-alterada. Todo o relato retoma o passado. Não existe projeto para o futuro.

Auto-Estima-diminuída. Afirma não ter conhecido o que é carinho de mãe. Acha que não soube dar carinho ao seu filho também.

Ambivalência-presente. Acha difícil morar com a mãe mas vai levando a vida assim.

Juízo de Realidade-alterado. A mãe de criação deixou ela vir ficar com a mãe, depois que souberam que ela estava doente. Está achando difícil morar com ela, mas vai levando a vida assim.

Paciente 12:

Temporalidade-alterada. Acredita que todo o seu sofrimento seja conseqüência da relação problemática dos pais

Auto-Estima-diminuída. Teve muita estafa ao longo de sua vida. Passou por muitos traumas. Ninguém conseguiu chegar ao seu interior. Todos estão casados, menos ela.

Ambivalência-presente. Tem um ótimo relacionamento com os pais. Não adianta agredir e ser agredida.

Juízo de Realidade-preservado.

Paciente 13:

Temporalidade-alterada. Fora os efeitos da quimioterapia, contra os quais parece pretender lutar, não existe projeto para o futuro.

Auto-Estima-diminuída. Cresceu revoltada e chorando muito.

Ambivalência-presente. Não gosta dos irmãos. Cria os filhos da irmã gêmea.

Juízo de Realidade-alterado. Medo das roupas, desenvolvido após a primeira cirurgia. Medo que o médico a matasse caso a ouvisse falando sobre ele.

Juiz 3

Paciente 1:

Temporalidade-preservada. Pretende estudar Direito em Friburgo.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. Pretende parar o tratamento embora esteja dando certo. Ultimamente vem brigando muito com os irmãos. Diz ter um relacionamento aberto com eles. Eles sabem de toda a sua vida, embora não se conformem com a sua maneira de conduzí-la.

Juízo de Realidade-alterado. Acredita estar internado para fazer quimioterapia, em função do caroço e por ser portador de doença venérea. A justificativa para sua agressividade e violência no hospital.

Paciente 2:

Temporalidade-alterada. Não existe projeto para o futuro.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. Diz que briga muito com os irmãos mas é muito unida com eles.

Juízo de Realidade-preservado.

Paciente 3:

Temporalidade-preservada. Pretende aprender corte

e costura.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. Ameaça suicidar-se, caso seja mastectomizada.

Juízo de Realidade-preservada.

Paciente 4:

Temporalidade-alterada. O relato retoma o passado. Não existe projeto para o futuro.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-ausente.

Juízo de Realidade-alterado. O paciente fala de sua doença atual como se fosse o enfisema.

Paciente 5:

Temporalidade-alterada. Seu relato está preso aos fatos passados. Sabe que tem parentes no Rio, mas não os conhece.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. Ela não gosta quando os filhos e os netos vão visitá-la em casa, porque eles desarrumam tudo e fazem muito tumulto.

Juízo de Realidade-alterado. Acha que vai morrer no hospital. O soro vai matá-la.

Paciente 6:

Temporalidade-alterada. Seu relato retoma o passado. Não existe projeto para o futuro.

Auto-Estima-preservado.

Ambivalência-ausente.

Juízo de Realidade-alterado. O caroço apareceu por estar enfraquecida.

Paciente 7:

Temporalidade-alterado.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. As histórias de violência contra a irmã e a prima e o arrependimento posterior.

Juízo de Realidade-preservado.

Paciente 8:

Temporalidade-preservada.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. Ninguém pode melhorar porque os outros sentem inveja e falam mal.

Juízo de Realidade-alterado. Diz que está no hospital porque tem febre muito alta e tem dificuldade para alimentar-se, não tendo fome.

Paciente 9:

Temporalidade-alterada. Relata toda a sua vida passada e não apresenta projeto para o futuro.

Auto-Estima-diminuída. É o mais novo dos irmãos e sentia-se um peso por ser o único desempregado.

Ambivalência-ausente.

Juízo de Realidade-preservado.

Paciente 10:

Temporalidade-alterada. Tem 3 irmãos e 1 irmão. São muito unidos. Seu cunhado é muito bom. Acolheu-a com seu filho.

Auto-Estima-diminuída. Sente-se caída e acabada.

Ambivalência-ausente.

Juízo de Realidade-alterado. A história relatada sobre o filho.

Paciente 11:

Temporalidade-alterada. Não existe projeto para o futuro.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. Passou 1 mês com o filho e sentiu-se muito cansada.

Juízo de Realidade-alterado. Acredita ter "bexiga arriada".

Paciente 12:

Temporalidade-alterado. Todos estão casados, menos ela. Sempre foi a filha mais dedicada à mãe. Estudou em co-

légio interno. Foi muito doente em criança. Acredita que tudo isso seja consequência da relação problemática dos pais.

Auto-Estima-diminuída. Ninguém conseguiu chegar ao seu interior. (já passou por vários profissionais da área de saúde mental e não adiantou).

Ambivalência-presente. Diz ter um relacionamento ótimo com os pais. "Não adianta agredir e ser agredida". O pai é muito carinhoso.

Juízo de Realidade-alterado. Em todo o relato não existe limite entre o que é seu e o que pertence ao meio externo.

Paciente 13:

Temporalidade-alterada. Tem dificuldade de guardar a idade das pessoas e as datas dos aniversários. Não sabe nem a do pai, nem a da mãe.

Auto-Estima-preservada.

Ambivalência-presente. Sempre que a mãe engravidava ela pedia para a criança morrer, para que não passase pelo mesmo que ela. Não gosta dos irmãos. Não é ligada a nenhum deles.

Juízo de Realidade-alterado. Outro médico diz que ela não tem mais nada.

Os critérios foram qualificados e representados conforme indicação a seguir:

Temporalidade	Preservada	- PR
	Alterada	- AL
Auto-estima	Preservada	- PR
	Diminuída	- DI
Ambivalência	Presente	- PE
	Ausente	- AU
Juízo de Realidade	Preservado	- PR
	Alterado	- AL

JUIZ 1

PACIENTE	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ÓRGÃO AFETADO	PERDA SIGINIFICATIVA	ESTADO DE ÂNIMO	CONSCIÊNCIA DA DOENÇA	TEMPORALIDADE	AUTO-ESTIMA	AMBIVALÊNCIA	JUÍZO DE REALIDADE
1	M	20	S	Testículo	Pai	Agressivo	Não	PR	DI	PE	AL
2	F	19	S	Rim	Pai	Deprimida	Sim	AL	DI	PE	PR
3	F	24	C	Mama	Família	Ansiosa	Sim	PR	DI	PE	AL
4	M	62	C	Pulmão	Carreira Militar	Ansioso	Não	AL	PR	PE	AL
5	F	55	C	Fígado	Mãe	Ansiosa	Não	AL	PR	PE	AL
6	F	56	C	Mama	Filha; Traição do Marido	Apática	Sim	PR	DI	PE	AL
7	M	24	S	Gânglios Linfáticos	Pais	Agressivo	Não	PR	DI	PE	AL
8	M	35	C	Pulmão	Pais	Apático	Não	AL	DI	AU	AL
9	M	51	C	Reto	Pai, Irmão, Casamento	Normal	Não	AL	DI	AU	PR
10	F	58	V	Mama	Marido	Ansiosa	Sim	AL	DI	PE	AL
11	F	34	S	Útero	Mãe	Depressiva	Não	AL	DI	PE	AL
12	F	43	S	Mama	Pais	Depressiva	Sim	AL	DI	PE	AL
13	F	36	S	Ovário	Mãe	Ansiosa	Sim	PR	PR	PE	AL

JUIZ 2

PACIENTE	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ÓRGÃO AFETADO	PERDA SIGNIFICATIVA	ESTADO DE ÂNIMO	CONSCIÊNCIA DA DOENÇA	TEMPORALIDADE	AUTO-ESTIMA	AMBIVALÊNCIA	JUÍZO DE REALIDADE
1	M	20	S	Testículo	Pai	Agressivo	Não	PR	DI	PE	AL
2	F	19	S	Rim	Pai	Deprimida	Sim	AL	DI	PE	AL
3	F	24	C	Mama	Família	Ansiosa	Sim	AL	DI	PE	AL
4	M	62	C	Pulmão	Carreira Militar	Ansioso	Não	AL	PR	PE	PR
5	F	55	C	Fígado	Mãe	Ansiosa	Não	AL	DI	PE	AL
6	F	56	C	Mama	Filha; Traição do Marido	Apática	Sim	AL	DI	PE	AL
7	M	24	S	Gânglios Linfáticos	Pais	Agressivo	Não	PR	DI	PE	PR
8	M	35	C	Pulmão	Pai	Apático	Não	AL	DI	PE	PR
9	M	51	C	Reto	Pai, Irmão, Casamento	Normal	Sim	AL	DI	AU	PR
10	F	58	V	Mama	Marido	Ansiosa	Sim	AL	DI	PE	AL
11	F	34	S	Útero	Mãe	Depressiva	Não	AL	DI	PE	AL
12	F	43	S	Mama	Pais	Depressiva	Sim	AL	DI	PE	PR
13	F	36	S	Ovário	Mãe	Ansiosa	Sim	AL	DI	PE	AL

JUIZ 3

PACIENTE	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ÓRGÃO AFETADO	PERDA SIGNIFICATIVA	ESTADO DE ÂNIMO	CONSCIÊNCIA DA DOENÇA	TEMPORALIDADE	AUTO-ESTIMA	AMBIVALÊNCIA	JUÍZO DE REALIDADE
1	M	20	S	Testículo	Pai	Agressivo	Não	PR	PR	PE	AL
2	F	19	S	Rim	Pai	Deprimida	Sim	AL	PR	PE	PR
3	F	24	C	Mama	Família	Ansiosa	Sim	PR	PR	PE	PR
4	M	62	C	Pulmão	Carreira Militar	Ansioso	Não	AL	PR	AU	AL
5	F	55	C	Fígado	Mãe	Ansiosa	Não	AL	PR	PE	AL
6	F	56	C	Mama	Filha; Traição do Marido	Apática	Sim	AL	PR	AU	AL
7	M	24	S	Gânglios Linfáticos	Pais	Agressivo	Sim	AL	PR	PE	PR
8	M	35	C	Pulmão	Pai	Apático	Não	PR	PR	PE	AL
9	M	51	C	Reto	Pai, Irmão, Casamento	Normal	Não	AL	DI	AU	PR
10	F	58	V	Mama	Marido	Ansiosa	Sim	AL	DI	AU	AL
11	F	34	S	Útero	Mãe	Depressiva	Não	AL	PR	PE	AL
12	F	43	S	Mama	Pais	Depressiva	Sim	AL	DI	PE	AL
13	F	36	S	Ovário	Mãe	Ansiosa	Sim	AL	PR	PE	AL

T E M P O R A L I D A D E

PACIENTE / JUIZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	PR	AL	PR	AL	AL	PR	PR	AL	AL	AL	AL	AL	PR
2	PR	AL	AL	AL	AL	AL	PR	AL	AL	AL	AL	AL	AL
3	PR	AL	PR	AL	AL	AL	AL	PR	AL	AL	AL	AL	AL

No critério de temporalidade, as três leituras das entrevistas dos 13 pacientes cancerosos acusaram 29 resultados de alteração da temporalidade contra 10 de preservação; logo 74,36% dos resultados apresentou desestruturação da temporalidade.

A U T O - E S T I M A

Paciente / Juiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	DI	DI	DI	PR	PR	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	PR
2	DI	DI	DI	PR	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI	DI
3	PR	PR	PR	PR	PR	PR	PR	PR	DI	DI	PR	DI	PR

Em 25 resultados ficou caracterizada a diminuição da auto-estima e em 14 deles a preservação de uma auto-imagem valorizada. Em 64,10% das leituras realizadas, constatou-se o critério auto-estima diminuído.

A M B I V A L Ê N C I A

Paciente / Juiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	PE	PE	PE	PE	PE	PE	PE	AU	AU	PE	PE	PE	PE
2	PE	PE	PE	PE	PE	PE	PE	PE	AU	PE	PE	PE	PE
3	PE	PE	PE	AU	PE	AU	PE	PE	AU	AU	PE	PE	PE

A ambivalência esteve presente em 32 resultados das leituras feitas contra 7 ausências. Em 82,05% ocorreu o critério presença de ambivalência.

J U Í Z O D E R E A L I D A D E

Paciente / Juiz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	AL	PR	AL	AL	AL	AL	AL	AL	PR	AL	AL	AL	AL
2	AL	AL	AL	PR	AL	AL	PR	PR	PR	AL	AL	PR	AL
3	AL	PR	PR	AL	AL	AL	PR	AL	PR	AL	AL	AL	AL

Nas 39 leituras realizadas, quanto ao critério juízo de realidade, foram identificados 28 alterações e 11 preservações, que em termos percentuais conferiu 71,79% à alteração do juízo de realidade.

VI.B: DISCUSSÃO

A pesquisa realizada comprometeu-se com a verificação, em primeira instância, da presença ou não de quadro melancólico em sujeitos com câncer.

Após a apuração dos resultados e sua transformação em percentuais, é bastante significativa a ocorrência dos critérios determinantes do quadro melancólico nessa amostra.

Portanto, pode-se admitir que o quadro melancólico é parte integrante dessa patologia.

Esses resultados apurados apontam para a sustentação das hipóteses levantadas através desse estudo, de que o quadro melancólico e o câncer guardam íntima relação.

Quanto à temporalidade foi entendida como preservada à medida que existisse um projeto ou uma idéia dirigida para o futuro. Foi notória a alteração da temporalidade, configurada na grande maioria dos resultados, em função da distorção do presente pela própria internação do paciente, a descaracterização do diagnóstico como se produzindo um corte no tempo, e ainda os relatos que referendavam basicamente o passado.

A auto-estima diminuída, critério bastante demarcador para diferençar depressão e melancolia, também não deixou dúvidas quanto ao tipo de luto com o qual se pode estar

lidando, quando em presença de paciente canceroso. É importante que se mantenha a distinção, visto que para cada caso destina-se intervenção bastante específica.

Ambivalência foi o critério de maior percentual de incidência. O sentimento primitivo de ódio, parece encontrar expressão na própria manifestação da doença, que entre as patologias, detem uma performance muito agressiva.

O juízo de realidade marcou a possibilidade de enfrentamento consciente da doença. A maioria dos pacientes, pela alteração desse critério, mantiveram-se alienados quanto ao diagnóstico.

Conforme detectado, os 4 critérios selecionados, como aqueles distingüidores entre depressão e melancolia, mostraram uma tendência significativa em direção ao sentido esperado.

Sendo esse um estudo piloto explorativo e fazendo uso de uma pequena amostra, não foi possível usar testes paramétricos.

Deixa-se para pesquisa posterior, com uma amostra maior, o tratamento estatístico mais refinado.

C O N C L U S Ã O

Foi um longo caminho, até chegar aqui. Se um tanto penoso pela aridez do tema escolhido, muito mais desafiador, porque aquilo que inicialmente surgiu como obra da intuição e da curiosidade, transformou-se em evidências que aponta - ram para uma verdade. Durante a elaboração deste trabalho , foi possível perceber a existência de pontos bastante consi deráveis a respeito das implicações do quadro melancólico nos processos cancerígenos.

Levanta-se, neste ponto, várias questões:

1) Se depressão, que geralmente acompanha os estados adoecidos do homem, pode ser considerada essencialmente distinta do quadro melancólico quanto aos efeitos causados, visto que a melancolia é capaz de subverter a homeostásia dos corpos até à inibição, por exemplo, do sistema auto-imune?

Na melancolia, o ego se encontra inibido em sua função de autopreservação. Sua preocupação em manter relação com o mundo exterior, desaparece. O único objeto de sua atenção, agora encontra-se identificado a uma parte dele mesmo. Pode-se construir, nesse momento, um paralelo entre essa inibição e a do sistema auto-imune, ocorrida por ocasião do desenvolvimento do processo de malignidade celular. A inibição desse sistema apresenta-se sob a forma de pertur

bação em sua ação bloqueadora e combativa, cujo reflexo se fará notar a nível do crescimento invasivo de células alteradas em qualquer ponto do organismo. Apresentam coincidências, em princípio, as duas situações de inibição. Tanto o ego, (mediador psíquico das relações com o meio externo) , quanto o sitema imunológico (supervisor dos encontros do corpo com o meio ambiente) parecem apontar numa mesma direção. Sendo assim, é factível admitir que a depressão tem uma esfera de envolvimento bem mais branda nos estados adoecidos, indiscriminadamente, enquanto a melancolia pode ser a indutora psíquica das graves alterações celulares ocorridas no câncer. Mais uma vez essa patologia psíquica parece tender na direção do processo somático destrutivo.

2) Caso a afirmação de Capra referente à responsabilidade dos processos mentais no adoecer e no curar proceda, como trabalhar a hipocondria, sintoma comum na melancolia , quando conjugada a processos cancerígenos?

A hipocondria é uma afecção que denota uma preocupação constante do sujeito em relação à sua saúde. Os distúrbios são criados imaginariamente, com o intuito de assegurar tratamento e cuidados contínuos. Nesse caso, a dificuldade em reverter o processo mental aumentaria, à medida que, o sistema psíquico adoecido coincidiria com o mesmo

que deveria promover as mudanças em direção à cura. A psiquê estaria comandando o soma, pondo-o a seu serviço. Como, então,evitar a fomentação do processo cancerígeno, se descuidada for esta questão?

O câncer ou neoplasia maligna é uma doença crônica, marcada pela grave e incisiva desorganização celular. Ele é enquadrado nessa categoria, por tratar-se de uma doença que se instaura lentamente, onde, de maneira insidiosa, o funcionamento normal do sistema imunológico é "enganado". Em contrapartida os estados depressivos podem ser considerados como estados de crise, de agudicidade psíquica, frente a qualquer patologia somática. Quando a melancolia surge no panorama psíquico, tem-se que admití-la como afecção crônica grave, não só por seus sintomas complexos, perigosos e destrutivos, quanto pela forma de estruturação bastante arcáica, praticamente na origem da constituição do sujeito.Esta estruturação arcaica ocorre por ocasião da diferenciação do id para originar o ego, pode-se falar de percepções e sensações corporais, auto-erotismo e organização pulsional. Finalmente, funda-se o ego, configurando a primeira fase do Narcisismo. Freud vislumbrou a participação de "uma nova ação psíquica" necessária à fundação da estrutura narcísica. Entendeu-se, neste trabalho, a "nova ação psíquica" como o

investimento libidinal da mãe em seu filho. A melancolia é descrita como doença narcísica e o narcisismo é aceito como uma fase intermediária entre o auto-erotismo e o amor objetal. Ela é uma patologia caracterizada por um distúrbio grave na distribuição da libido. Esse distúrbio é devido à aderência da libido a um objeto específico, ou seja uma fixação a um objeto muito especial, concentrador de toda a libido.

3) Qual é esse objeto, tão atraente, contemplado por todo o investimento libidinal de um sujeito?

Especula-se tal indagação, frente a duas possibilidades: (a) a mãe como representante do narcisismo secundário, o amor objetal e (b) uma parte do corpo do bebê, um fragmento catexizado no narcisismo primário, oriundo do auto-erotismo, significado de uma forma diferenciada e que passa a representar aquela parte do corpo da mãe, que lhe foi especialmente significativa.

À medida que o corpo fragmentado do bebê é unificado e erogeneizado, através do investimento da mãe, parece bastante possível imaginar que a melancolia seja marcada por uma alteração no narcisismo primário, quando uma parte específica do corpo do bebê é organizado e integrado de uma forma peculiar. Dessa forma, ao ocorrer a identificação pri

mária, já no narcisismo secundário, esta se faria não com a figura materna idealizada, outrossim com uma parte do corpo da mãe, que não passa, também, de um "engano".

Está claro que no presente trabalho não houve oportunidade de aprofundar tal idéia. Esta apresentação foi feita para que se possa enfocar a melancolia fora do quadro das duas grandes vertentes estruturais do psiquismo: a neurose e a psicose.

É preocupante que a depressão e a melancolia possam ser confundidas, quando em presença de processos cancerígenos. O nível de atuação, tanto medicamentosa quando psicoterapêutica, deverá ser bastante diferente. Por este motivo, com a descrição dos quatro critérios discriminadores entre o estado depressivo e o quadro melancólico, acredita-se haver atingido uma aproximação mais efetiva quanto à essa distinção. Em nenhum momento achou-se, que esses quatro critérios por si só, teriam poder de estabelecer diagnóstico diferencial. A proposta é que eles sejam norteadores da distinção, conforme a apresentação feita no capítulo IV e resultados fornecidos no capítulo VI.

A pesquisa que sustentou a hipótese lançada neste trabalho apesar de haver utilizado uma amostra reduzida, demonstrou, com os percentuais alcançados em todos os quatro

critérios, ser bastante significativa a presença de quadro melancólico nos pacientes com neoplasias malignas. Todos os sujeitos relataram, pelo menos uma perda, que pode ser considerada como significativa, em virtude da própria eleição feita pelo sujeito, ao apontá-la como conteúdo manifesto durante a entrevista.

As doenças psicossomáticas são entendidas como a melancolia do corpo. O câncer parece querer preencher, com massas celulares disformes, todos os espaços vazios do corpo, talvez pela impossibilidade do sujeito de perceber-se como um todo unitário.

4) Outro ponto importante de similitude entre os dois aspectos e vendo o câncer como patologia psicossomática decorrente de alterações imunológicas e psicológicas, ambas as alterações são ocasionadas por perda significativa. O sistema auto-imune funciona como a personalidade biológica do sujeito. Após a perda significativa, "ele responde às invasões de maneira inadequada, como se perdesse seu modo de fazer e sua memória". (Dejours, 1988, p. 76), ou poder-se-ia dizer, estaria continuando a se "auto-enganar"?

5) As relações de anterioridade do câncer com a melancolia podem ser investigadas a partir das histórias de vida dos pacientes cancerosos e a forma como projetaram suas

vidas, em termos de planejamento para o futuro. A melanco - lia guarda sérias restrições com a temporalidade. O sujeito melancólico permanece fixado no passado. O presente tem importância à medida que propicia ressignificações do que outrora foi vivenciado. Ele perde a capacidade de inventar o tempo, deixando-se arrastar por ele.

Espera-se que em trabalho futuro possa ser desenvolvida a questão da melancolia enquanto uma estrutura, uma alternativa de saída diferenciada, durante a formação da primeira estrutura psíquica, isto é, o narcisismo. Se a identificação primária se faz com as figuras parentais, a orientação será em direção a uma parte do corpo eleita como significativa, às custas da totalidade essa representação configura, então, uma melancolia, cuja evolução será em favor de fenômenos psicossomáticos, além daqueles efeitos psíquicos já consagrados a tal patologia e abordados em momentos anteriores.

Acredita-se, então, haver levantado algumas questões importantes que propiciem novos estudos e maior dedicação, com a finalidade de que, em futuro próximo, existam certezas maiores a respeito das implicações da melancolia como possível deflagradora de processos cancerígenos. Não se teve a pretensão de admitir que todo sujeito portador de

neoplasia maligna seja melancólico, contudo, ao longo de toda a exposição, muitos pontos devem ser considerados relevantes para que se mantenha o desejo de descobrir muito mais a respeito do sofrimento psíquico e sua tradução em padecimento somático.

A N E X O

E N T R E V I S T A S

Paciente 1: Foi encaminhado para o Hospital porque sofreu um acidente de motocicleta, no qual bateu com seu testículo esquerdo, aparecendo um caroço. Acredita estar internado para fazer quimioterapia, em função do caroço e por ser portador de doença venérea.

É um paciente bastante rebelde e agressivo. Acha que a quimioterapia está dando certo quanto à inchação em seu testículo, diminuindo-a, porém, pretende pará-la porque está "abalando sua cabeça". Diz estar com o sistema nervoso abalado, e muito sensível, discutindo com todos, por qualquer coisa.

Tem 6 irmãos e 3 irmãs. É o mais novo de todos. Moram todos juntos. Perdeu seu pai aos 4 anos de idade. Ultimamente vem brigando muito com os irmãos porque eles querem decidir sua vida. Diz que tem um relacionamento aberto com seus irmãos. Eles sabem de toda a sua vida, embora não se conformem com a sua maneira de conduzí-la.

Não fêz nehuma referência à sua mãe, apesar de haversido perguntando a respeito: Respondeu, apenas, "com a velha tudo bem".

Faz uso de tóxicos (maconha e cocaína) e manteve relacionamento homossexual. Não gosta de compromissos certos. A briga com seus irmãos é devido à imposição para que arranje um emprego fixo. Diz só gostar de fazer o que lhe dá na cabeça. Quando ficar bom pretende estudar Direito em uma Faculdade em Friburgo.

Justifica sua agressividade e violência no hospital, com as enfermeiras e copeiras (costuma atirar longe os pratos com a refeição), dizendo que elas são "umas ignorantes" que querem decidir o que ele deve comer ou tomar. Caso um médico não venha lhe dizer "direitinho "tudo o que está acontecendo, irá embora do hospital e parará o tratamento.

Paciente 2: Está consciente do diagnóstico de sua doença. Há alguns anos atrás, apresentou um câncer de ovário e foi cirurgiada no hospital. Após uma ultrassonografia foi verificado um tumor no rim. Está hospitalizada há 2 meses, com sonda urinária.

Sua mãe tem uma filha do primeiro casamento. Mais tarde, casou-se a segunda vez, tendo mais 4 filhas e 2 filhos. A paciente é a mais velha do segundo casamento. Diz ter tido uma vida muito difícil. É a filha mais ligada à mãe, sua companheira para sair e resolver tudo. O irmão mais novo tem 8 anos e também é apegado à mãe. Diz que briga

muito com os irmãos mas é muito unida com eles. O pai é alcóolatra, tem 50 anos e está aposentado. Ela o odeia. Todos os irmãos trabalham para sustentar a casa. Desde pequena vê o pai beber muito e não trabalhar. O irmão mais novo é espancado pelo pai e diz que quando crescer irá matá-lo.

Quando ela contava 14 anos, o pai estava na rua embriagado e brigou com um menino que, para defender-se, atirou uma pedra na cabeça dele. Diz que seu pai é um desmoralizado, ficou estirado no chão, todo ensanguentado, por ocasião desse acidente. Desde esse dia não falou mais com o pai.

Sua mãe tem muito medo de seu pai. Ele bate muito nela. Acha sua mãe muito boba, porque se refugia nos filhos. Desde pequena, sua mãe apanhava muito dos irmãos.

A irmã do primeiro casamento, a mais velha de todos, é excepcional. Não conseguiu aprender nada na escola porque só ia às aulas para namorar. Ela tem 23 anos e muitos problemas na cabeça e nos nervos.

A irmã de 15 anos é muito irresponsável porque só quer saber de namorar e de ir às festas.

Tem uma outra, de 17 anos, que é aquela que a ajuda a "segurar a barra da casa". No momento tem andado meio perdida, pois com a sua internação vem se sentindo muito so

zinha para resolver tudo em casa.

Ela, a de 15 e a de 17 anos, trabalham em uma confecção como costureiras e sustentam a família.

Esta paciente está anorética e bastante deprimida, não oferecendo resposta positiva à condução terapêutica. Os médicos aguardam melhora do quadro geral para cirurgiá-la.

Paciente 3: Tem conhecimento de seu diagnóstico de câncer de mama e se recusa a continuar vivendo, caso seja mastectomizada. Ameaça suicidar-se, se lhe foi retirado o seio.

Natural do Estado da Bahia, separou-se da família aos 13 anos, vindo morar com uma tia no Rio de Janeiro. Ela queria estudar para ter uma vida melhor e os pais a condenavam por isso. Ela ameaçou fugir de casa, então concordaram com sua viagem. Tem 6 irmãos e 1 irmã. Ela e a tia brigavam diariamente. Quando atinge a maioridade, vai morar sozinha e se emprega em um restaurante típico baiano, trabalhando como garçonete. Era muito elogiada pelos fregueses, pois ficava muito bonita vestida com traje típico.

Aos 21 anos conheceu seu marido, casou-se e foi proibida por ele de continuar trabalhando fora. Diz que ele é muito ciumento. Pretente aprender corte e costura para continuar trabalhando em casa.

Repetiu novamente a ameaça de suicídio, caso perdesse o seio na cirurgia e pediu que a entrevista fosse encerrada porque queria descansar.

Paciente 4: Sempre fumou muito, desde garoto. Há alguns anos teve enfisema pulmonar. Começou o tratamento em um outro hospital, onde foi descoberto um tumor no pulmão. Continuou a fumar e o enfisema piorou muito. Foi encaminhado para o Oncologia. (O paciente fala de sua doença atual, como se fosse o enfisema).

É português e veio para o Brasil há 37 anos. Ele servia o Exército e pretendia seguir carreira militar, quando conheceu sua mulher e resolveu casar-se. Por não ter pedido autorização ao Exército para tal, sofreria a punição de passar 5 anos sem subir de posto. Abandona, então, a carreira militar e vem para o Brasil, juntamente com um irmão.

Tem 3 filhos: 2 homens e 1 mulher. Um deles é médico e sua filha está casada.

Está aponsentado por causa do enfisema. Era motorista de caminhão, transportando madeira.

Sente muita saudade de todos que deixou em Portugal. Tem vontade de que pudessem vir para o Brasil, contudo não acha o momento conveniente para isso. O Brasil está atravessando uma fase difícil.

O filho mais novo lhe traz muita preocupação. Não quis estudar e não consegue parar em nenhum emprego.

Paciente 5: Há 10 anos foi operada no Hospital. Fêz uma histerectomia. Sofre da vesícula desde os 13 anos. Tudo que come faz mal. Tem problemas, também na urina. Acha que são cálculos renais. Agora, como o problema da vesícula piorou, quis voltar para o hospital porque tem muita confiança.

Na primeira cirurgia teve problemas com o soro. Foi para o isolamento, inchou toda e ficou muito amarela. Está com medo de repetir esse quadro novamente.

Está fazendo exames para operar a vesícula. O médico está suspeitando de alguma coisa na vesícula.

Sua família e irmãos moram em Minas Gerais. Veio para o Rio de Janeiro aos 22 anos. Sua mãe teve 10 filhos, sendo 3 homens e 7 mulheres. Todos estão vivos. Seu pai separou-se de sua mãe, que casou-se outra vez e teve uma filha. Sua mãe morreu em Rondônia. Não sabe mais dos irmãos. Tem parentes aqui, mas não os conhece. Sente muita saudade dos pais e dos irmãos.

Casou-se aos 15 anos. Nove meses depois teve um menino. Tem 7 filhos vivos e perdeu 2, uma com 1 ano e 3 meses e outra com 6 meses. Somente o caçula de 21 anos é sol-

teiro. A neta mais velha tem 15 anos. Ela não gosta quando os filhos e os netos vão visitá-la em casa porque eles desarrumam tudo e fazem muito tumulto.

Trabalhou como doméstica porque o marido deixou-a com os 7 filhos. Está separada há 18 anos, porém agora tem um novo companheiro.

Diz que tem problemas nos nervos. Os médicos dizem que é epilepsia. Teve crises desde criança. Desmaia, sem babar, sempre que leva um susto. Tem um psiquiatra que cuida dela. Aos 25 anos teve uma crise muito grave. O marido tentou se separar dele, por causa de outra mulher. Ela foi à casa da amante do marido para bater nela. Esta reagiu apontando-lhe um revólver. A partir disso, teve uma crise tão forte que esteve internada na Casa de Saúde Dr. Eiras, por muito tempo.

Acha que vai morrer no hospital, porque o soro irá matá-la. Não teme ser operada, mas tem pavor que venham aplicar-lhe o soro. Decidiu, então, que não deixará ninguém aproximar-se dela com o soro. Ela ficou sozinha, no isolamento, e tem muito medo de que isso se repita.

Paciente 6: Sofria de uma úlcera gástrica que só foi diagnosticada muitos anos depois. Sentia fortes dores no estômago mas como morava no interior, nunca fêz uma ra-

diografia. Tratava com chás e ervas receitados por curandeiros. Indo para Petropólis procurou um médico que lhe recomendou cirurgia. Após 15 dias de operada retomou seu trabalho de costureira, em máquina de pedal, e acredita que sua doença atual deve-se ao fato de não ter podido repousar, para recuperar-se da primeira cirurgia. Apareceu, então, um caroço no seio por estar muito enfraquecida. Diz que irá operar o caroço e que se for preciso tirará o seio todo.

Casou-se aos 19 anos e teve 7 filhos, sendo que uma menina morreu afogada aos 13 anos. Casou-se em 1950. Em 1954, quando um filho seu tinha 4 meses e ela estava amamentando, teve uma grande decepção. Seu marido a estava traindo. Ela, com o choque, ficou sem comer e sem dormir. Passou a sofrer dos nervos, por ter sofrido muito e ficado abalada.

Quando o menino tinha 11 meses, tornou a engravidar. Passou a gravidez tendo "agonias" e sem dormir. Após 3 meses do nascimento de uma menina, ela começou a ter dores no estômago. (Essa menina faleceu aos 13 anos, afogada na piscina de um sítio, onde seus tios eram caseiros. Ela costumava ir lá para ajudar a tia nas tarefas domésticas. Seu primo a empurrou e ela não sabia nadar).

Diz que a menina morreu sem entrar no mundo da maldade, "ela nunca foi beijada, nem nunca namorou". Essa menina era muito ligada a um irmão de 7 anos que adoeceu com a

sua morte. Ela conta que sobreviveu porque tinha os outros filhos para cuidar.

Nunca evitou filhos e acabou tendo mais uma menina aos 41 anos. Já estava na menopausa e tinha 2 netos. Ficou mais saudável após o nascimento dessa filha. Passou 3 anos sem tomar remédios para os nervos. A filha é muito boa e ela, hoje, se dedica exclusivamente à sua criação.

Paciente 7: Apareceu um caroço em seu pescoço, que começou a crescer rapidamente. Procurou um médico e foi encaminhado para o hospital.

Seu pai e sua mãe vivem juntos. Sua mãe casou-se pela primeira vez e teve um filho e uma filha. Esses dois moram sozinhos. Do segundo casamento nasceram ele, um irmão e uma irmã, respectivamente. Seu irmão é fuzileiro e lê a Bíblia, freqüentando Igreja e praticando religião. Sua irmã trabalha em casa.

Tem muitos primos e acha que todos são muito ligados a ele. Todos os familiares prestam muita atenção nele. Anda muito com os primos.

Fêz uso de droga desde os 16 anos e se relaciona muito com marginais, desde vendedores de droga até assaltantes de carros de cigarro.

Diz que tem 2 dias de sua vida dos quais se arre-

pende muito. Uma vez estava brigando com a irmã e jogou um tamanco em sua cabeça, causando-lhe um ferimento grande. De outra feita, brigou com uma prima, enquanto andavam de bicicleta na rua, pegou-a pela cabeça e arrastou seu rosto na parede. Diz que tem "coração mole". Assim que ficar bom, irá procurar tratamento para conseguir se controlar. Houve, também, uma briga com o irmão; onde ele quase o feriu com uma garrafa. Tem lido a Bíblia, como seu irmão faz e pretende freqüentar a Igreja.

Quando fica nervoso, perde a cabeça e não vê o que está fazendo. Depois se arrepende muito, embora sabendo ser tarde demais para reparar o dano causado. Acha que precisa de remédios para ficar mais calmo.

Seu pai é alcóolatra e sua mãe sempre gostou de "farras". Ela passeia muito, mas nunca leva seus filhos. Por duas vêzes a mãe fugiu de casa com os filhos, escondendo-se com parentes. O pai se embriagava e a mãe não estava em casa, estava farreando; então, o pai colocava os filhos de castigo, sem banho e sem comida. Sentava-se, bebendo na porta de casa, esperando a mãe para matá-la e ameaçando matar os filhos, depois. Quando a mãe chegava, o pai já estava dormindo. Ela dava banho neles, alimentava e fugia para a casa dos parentes. No dia seguinte, o pai arrependido ia

procurá-los e eles regressavam.

Seus pais gritavam e brigavam muito.

Ele estava brigando com os irmãos, mas como ficou doente, eles vieram ajudá-lo. Ele suspeita ser filho do primeiro marido da mãe, pois ela ainda morava com ele quando engravidou. Ele se parece muito com a mãe e nada com o segundo marido. Sente-se mais irmão dos filhos do primeiro casamento da mãe.

Está revoltado com o hospital, porque cortaram seu cabelo e o bigode, enquanto os tumores são no pescoço.

Fala que seu pai trabalhava num "buraco" mas não sabe dizer mais nada a respeito. O pai "vigiava o buraco", mas ele não se inteirou a respeito disso.

Numa época em que foram morar com uns tios, o tio roubou uma série de objetos de sua familia, deixando-os "limpos" e, em seguida, abandonou sua tia.

Paciente 8: Veio indicado pelo Hospital da Universidade Gama Filho. Apareceu um carocinho no pescoço. Era sócio de uma clínica particular, na qual realizou os primeiros exames. Foi diagnosticado como quisto e foram receitadas injeções. O caroço continuou a crescer. Procurou, então o Hospital da Gama Filho. Foi feita a primeira cirurgia, que ficou incompleta devido a um problema de coagulação sangüí-

nea.

No Oncologia foi feito novo diagnóstico e ele submeteu-se a uma segunda cirurgia, com a retirada de parte dos músculos do pescoço. Fêz fisioterapia para recuperar os movimentos de cabeça e pescoço. Entrou de licença pelo INPS e seu salário ficou bastante reduzido. Isto obrigou-o a voltar ao trabalho para complementá-lo.

Passado um ano, pegou uma gripe muito forte e começou a escarrar sangue. Procurou um pneumologista e iniciou uma quimioterapia no hospital.

Ele se diz conformado com tudo. Tem tido reações fortes à quimioterapia. Vem apresentando estomatite. Diz que está no hospital porque tem uma febre muito alta e tem dificuldade para alimentar-se. Não tendo fome.

Sabe que vai sofrer uma intervenção cirúrgica no pulmão, mas está completamente aliendado quanto à causa real.

É oriundo do interior do Estado do Rio. Tem 25 irmãos por parte de pai. O pai casou uma primeira vez, tendo 12 filhos. Enviuvou. Amigou-se com uma mulher e teve mais 2. Depois, casou-se com sua mãe e teve 13 filhos. Criaram-se 12: 6 homens e 6 mulheres. Sempre teve uma vida pobre e muito difícil. Ele e os irmãos não se dão bem. Ninguém pode me

lhorar porque os outros sentem inveja e falam mal.

Sua mãe faleceu em 1980 e o pai morreu no dia do seu aniversário. Logo que ele veio para o Rio de Janeiro o pai faleceu.

Tem 2 filhos pequenos. Quando fêz a primeira cirurgia, a esposa estava grávida do segundo. Quando se internou dessa vez, filho mais velho ficou doente, triste e com febre nervosa. Eles são muito ligados um ao outro.

Paciente 9: Sempre que evacuava apareciam raios de sangue nas fezes. Inicialmente pensou que eram hemorróidas. Depois, passou a sentir ardência ao evacuar. Foi a um médico que lhe receitou alguns supositórios. O problema foi piorando, até que ele, ao ir ao banheiro, sentia-se muito mal. Sentia como se fosse um peso no reto.

Indo a outro médico, foi feita biopsia e encontraram um tumor. Daí, foi encaminhado para o Hospital para cirurgia.

Seu pai foi um personagem importante da história brasileira. Ele se orgulha muito disso. Seu pai tinha uma forte ligação com pessoas pobres. Ele detestava dinheiro. Seu pai teve 16 filhos. Quando casou-se a primeira vez, teve 2 filhos. No segundo casamento teve 4 filhos. Essas duas esposas morreram com impaludismo. A terceira mulher de seu

pai, sua mãe, teve 10 filhos, 4 homens e 6 mulheres. Foi uma vida sacrificada. Moravam no nordeste, no interior. Aos 3 anos, ele e sua família foram para a capital. Seu pai morreu quando ele contava 7 anos. Não tiveram os brinquedos normais das crianças, nem proteção. Desde cedo todos foram trabalhar, menos ele, por ser muito novo.

Seu irmão de 17 anos, o mais inteligente de todos, líder estudantil à época, morreu no colo de sua mãe, vitimado por um choque elétrico.

Nessa época ele servia como voluntário à Aeronáutica. Com a morte do irmão, voltou para casa. Desistiu da carreira militar. É o mais novo de todos os irmãos e sentia-se um peso por ser o único desempregado. A mãe tinha uma pequena pensão. Ele veio para o sul, para o Rio de Janeiro, deixando a família no nordeste.

Casou-se há 25 anos com sua mulher. Tem um filho de 23 anos e uma filha de 22. Ele e a mulher são sócios em uma fábrica de embalagens plásticas para aviões. Os filhos trabalham com eles.

No momento a família está passando por uma mudança brusca. Ele e a esposa se separaram. Não sabe explicar o motivo, fala de uma incompatibilidade. Com a separação perdeu muito peso. Emagreceu bastante. Agora está morando com outra mulher. As brigas com sua ex-mulher diminuíram e ele

sempre vai ver os filhos, sendo tratado com respeito por ela.

Fala que sua mãe está com 90 anos e é uma rocha. Sofreu uma queda, fraturando o fêmur e somente no último ano é que começou a adoecer. Foi operada mas já retomou às atividades normais. Ela é muito forte. Ainda telefona para ele e lhe escreve vez ou outra.

Refere-se ao Plano Cruzado muito emocionado, como o grande momento de sua vida: "Ver o povo unido de mãos dadas lutando por um mesmo ideal".

Paciente 10: Descobriu um carocinho no seio. Foi ao médico particular e foi encaminhada para o hospital. Tem medo de ser operada, que o caroço seja maligno. Mesmo que seja, ela aceitará.

Tem 3 irmãs e um irmão. São muito unidos. Seu cunhado é muito bom. Acolheu-a com seu filho, desde a morte de seu marido. Seu cunhado recebe em casa todos os doentes da família, inclusive os pais dela.

Seu pai foi muito bom mas tolhia a vida das filhas. Não deixava nenhuma delas namorar. Ela não sabe como casou-se. Após casarem, tudo ficou ótimo. Passaram a conhecer tudo. O pai faleceu há 1 ano.

A mãe acomodou-se ao jeito do pai. Ela era boa, nunca falou nada. Acha que a mãe adoeceu por isso. Hoje ela

está de cama. "O caso dela não tem conserto". Tem 87 anos e nunca trabalhou fora.

Seu pai era muito rígido. Na infância brincavam normalmente. Quando ficou mocinha é que começou a ser cerceada. Não viveu sua mocidade. A mãe nunca tentava conseguir que ela e as irmãs fossem às festas. A irmã que tinha um namorado saia de 7 às 9 horas da noite. Até o irmão tinha hora para voltar para casa. Ela namorou muito pouco.

Desde cedo a mãe tornou-se dependente do pai. O pai fez uma "lavagem cerebral" na mãe. O pai dizia que a mãe não podia subir escada, por isso a mãe não andava. O pai dizia que se a mãe deitasse, dava tosse. Até hoje a mãe só dorme sentada. A mãe tem medo de tudo. Ela grita muito. Os hospitais não aceitam internar sua mãe porque ela se desespera e grita muito alto. Ela fica sentada todo o tempo. Suas costas criaram um caroço. Ela diz à irmã que quando sua mãe morrer, elas têm que deitá-la correndo no caixão, senão vão ter problemas.

Sua mãe só admite ser cuidada por ela. Sempre que ela e as irmãs reclamavam dos maridos, ela defendia os genros e tocava as filhas de volta. Os genros adoram a sogra.

Sua irmã mais nova casou-se aos 15 anos e sofre de Mal de Parkinson.

O marido trabalhava com população de baixa renda e desde que ele morreu há 14 anos atrás, passou a ser o pai e a mãe de seu filho. O filho tinha 10 anos quando isso ocorreu.

Primeiro foi morar com a irmã que sofre de Mal de Parkinson. Logo depois, o pai adoeceu e ela veio para cuidar dele e da mãe, na casa do cunhado.

Seu filho sempre precisou de muita assistência. Nasceu doente, com disritmia. Era atendido por um neurologista. Fêz terapia. Teve um parto muito ruim. Ele teve que aprender a falar. Era muito nervoso. Aos 18 anos não quis mais se tratar. Não conseguiu estudar. Agora começou a trabalhar e vem pensando em voltar aos estudos. Ele não tem muito alcance. É um garoto normal. Ela teve que ter muita paciência com ele. Era uma criança que necessitava de 24 horas de atenção. No colégio era muito irriquieto. Hoje trabalha na rua e ela só pode orientá-lo. Ele tem andado muito nervoso com a sua hospitalização. Tem tomado tranqüilizantes para se acalmar. Ele é muito apegado a ela. Ele tem mulheres, mas não é nada sério. Ele precisa se organizar para pensar em casar.

Com o problema do filho nunca mais pensou em casar. Sente-se caída e acabada.

Houve muita luta com doenças. Ela tem uma pensão que a permite não depender economicamente de ninguém. No fundo, acha que depende do cunhado e de sua família.

O filho mora com ela. Ele é bom e nervoso, entretanto é controlado, também. Seu marido era ótimo. Depois de sua morte, ela relaxou com tudo.

Seu filho até os 7 meses esteve entre a vida e a morte. Ele nasceu "com o ânus tapado, isto é, com o tímpano tapado". Ele tinha muita diarréia. Custaram a descobrir. Foi operado e melhorou. O parto foi complicado. Ele estava sentado. Machucaram muito ele. Tiveram que operá-lo. Foi tudo a sangue frio. Seu filho tem a barriga toda furada. Os médicos achavam que ele iria morrer mesmo e colocavam o soro direto na barriga dele e na perna. Eles não deixavam o soro pingando, davam direto.

Seu marido morreu de câncer, com lesões na cabeça e nos rins. Ele era hipertenso e ela acredita que sua morte deveu-se ao fato dele viver muito triste e chorando muito, quando tinha que remover as pessoas de uma favela.

Paciente 11: Trabalha em um hospital. Sentia dores na altura dos quadris, urinando muito a toda hora. Está fazendo exames para ser cirurgiada. Acredita ter "bexiga arriada". É solteira e tem um filho de 14 anos.

Ela é a mais velha de 9 filhos. Foi criada por um tio-avô, juntamente com as outras 2 irmãs. Esse tio-avô casou-se novamente e levou-as para sua casa. O pai separou-se de sua mãe. Sua mãe arranjou outro marido e partiu para o Rio de Janeiro deixando-as com o tio-avô. Ela não gosta do padrasto. Ele é alcóolatra. Sua mãe é mais carinhosa com os filhos do padrasto do que com ela e as 2 irmãs. São 6 irmãos por parte da mãe, do 2º casamento. Ela afirma não ter conhecido o que é carinho de mãe, não sabe o que é isso.

Acha que seu filho não teve isso, também. Com 1 ano e 1 mês, ela encontrou uma moça para cuidar dele, a quem ela paga um salário.

Nunca mais teve notícias do pai dele. Ela precisava trabalhar para sustentar o filho e a si mesma. Às vezes ia ver o filho, no final de semana, trazendo-o consigo. Passou um mês com ele e sentiu-se muito cansada. Ele está numa idade difícil. Eles discutem muito. "Ele faz muito drama. Ele prefere ficar com a moça que o criou porque ela é mais mole".

Ela agora está morando com sua mãe natural, antes morava com colegas. A mãe de criação deixou ela vir ficar com a mãe, depois que souberam que ela estava doente. Está

achando difícil morar com ela, mas vai levando a vida assim. Achou melhor internar-se logo, porque tem medo de que o problema piore, se o tempo foi passando. Diz ter coisas dentro de si que não gosta de falar, apesar de ter sofrido muito. Não pensa mais em se casar porque, hoje em dia, está muito difícil encontrar um homem que seja confiável.

Paciente 12: Um médico do INPS/Bangu pediu uma cintilografia de sua mama, indicando o hospital. Ela e a mãe fizeram o diagnóstico: Câncer.

Mora com o pai e com a mãe. Diz que está muito chocada com tudo. Sente-se fraquíssima. É advogada mas sempre trabalhou em casa. Chora à toa. É a mais nova de 5 irmãos: 3 homens e 2 mulheres. Todos estão casados, menos ela. Sempre foi a filha mais dedicada à mãe. Estudou em colégios internos. Foi muito doente em criança. Quando esteve num colégio em Petrópolis, adoecia muito devido ao frio. Ela e a irmã sempre foram internadas em colégios distantes de sua casa. A irmã, por ser mais velha, sempre lhe bateu muito. O primeiro internato era pobre mas o segundo tinha uma boa alimentação. Eram muito rígidos e elas só vinham em casa nas férias. O colégio rico era em Campos do Jordão. Devido à distância, raramente recebiam visitas. Os 3 irmãos nunca foram internados.

O casamento dos pais sempre foi muito complicado. Já freqüentou psicanalista, psicólogo, psiquiatra e neurologista e não adiantou. Tem coisas que não consegue "por para fora". Teve muita estafa ao longo de sua vida. Acha que as pessoas introvertidas sofrem mais. Ninguém conseguiu chegar ao seu interior. Passou por muitos traumas.

Seu pai e sua mãe tinham um relacionamento muito difícil e desde pequena presenciou tudo. Ela e um irmão, por serem os mais novos, sofreram mais. Esse irmão é alcoólatra e chora muito. Acredita que tudo isso seja conseqüência da relação problemática dos pais.

Diz ter um relacionamento ótimo com os pais. "Não adianta agredir e ser agredida". O pai é muito carinhoso. Seu irmão mais velho vai sempre ajudá-la com os pais. Tem coisas em sua vida que nenhum deles pode saber.

Ela cria um sobrinho, filho de sua irmã. Esta não o quis e iria abortá-lo. Hoje ele está adolescente e é o seu companheiro para todos os lugares.

Paciente 13: Teve um mioma há alguns meses. Passou mal no trabalho e uma médica receitou-lhe remédios, por achar que era sistema nervoso. Sempre fêz exame preventivo. Sempre foi muito barriguda, porém ultimamente a barriga cresceu mais. As roupas começaram a apertar e ela brincava

com a mãe, fingindo-se grávida.

Tem 5 irmãos, 2 homens e 3 mulheres. Ela é gêmea de outra irmã.

Ela sentia muitas dores na barriga. Contou para seu pai e internou-se em uma Casa de Saúde particular. Uma médica diagnosticou-a como gases. Um outro médico falou que seu problema era renal e deveria operar-se. Ela achou que não era nada disso e voltou para casa.

Resolveu fazer uma obra em casa, fazer seu quarto. Voltou a piorar e procurou outro médico. Dessa vez foi confirmado que todos os sintomas eram devidos ao mioma. Foi operada em um Hospital da rede pública. Foi anestesiada com peridural e ouviu os comentários dos médicos, durante a cirurgia, que a deixaram apavorada. Eles disseram que haviam acertado mais uma vez e que deveriam fechar aquilo logo.Ela acha que eles viram alguma coisa muito ruim, ela diz saber o que tem.

Depois da cirurgia ela passou a ter medo de tudo. Tinha medo da própria roupa, medo de olhar a roupa pendurada no armário, dentro de casa.

No dia de buscar o resultado da biopsia, ela não queria ir com seu pai. Queria que ele viajasse mas ele disse que não tinha encontrado passagem na rodoviária. Foram

juntos, então, buscá-lo.

A médica falou que era Câncer mas que não devia ficar assustada. A notícia era para viver, não um atestado de morte. Foram feitos novos exames e ela foi encaminhada ao ambulatório do Hospital.

Ela chegou chorando e gritando tão alto que vieram 2 guardas para perto dela, saber o que estava acontecendo. Eles a consolaram, dizendo que tudo sairia bem e que ela não precisava fazer aquilo.

O médico que veio atendê-la, logo depois, deixou-a mais assustada ainda. (Nesse momento pediu-me que desligasse o gravador porque ele poderia ouvi-la e daria uma injeção para matá-la).

Outro médico disse que ela não tem mais nada. Irão operá-la para tirar os ovários e fazer uma raspagem no abdomen. Seu tumor não estava enraizado e que será muito fácil e simples.

Ela está orando muito para que tudo dê certo. Está com medo da quimioterapia que irá fazer, após a cirurgia. Ela recebeu a visita de uma colega de trabalho que teve câncer e fez quimioterapia, contando-lhe que se ela tiver força, seu cabelo não cairá, nem ela sentirá vômito, nem terá diarréia.

(Nesse momento fala que seu medo da roupa era tolice).

Seus pais são muito ignorantes, não têm instrução e brigam muito. Sua mãe foi criada em um orfanato. Seu pai, também, foi criado sem mãe. Seu pai espancava a mãe. Sua mãe gostava de "paquerar" e seu pai batia nela e rasgava toda a sua roupa. Ela não tinha juízo.

Ela adora o Natal e o Ano Novo, não pelo que se come mais sim pela festa e pela "farra".

Foi criada num ambiente muito agressivo, cresceu revoltada e chorando muito.

Sempre que a mãe engravidava, ela apanhava uma vela, ia para os fundos da casa, a acendia e pedia para a criança morrer. Era para que eles não passassem pelo mesmo que ela. Não é ligada a nenhum deles. Não gosta dos irmãos.

"Sua gêmea não é muito certa da cabeça, é irresponsável".

Ela e o pai criam os 2 filhos dessa irmã gêmea.

Ela mora com uma irmã, com o pai, a mãe e os 2 sobrinhos que ela cria.

Quando era pequena foi escondida com uma amiga ao Centro Espírita e fêz um trabalho com o nome do pai e da mãe. A partir daí, as coisas melhoraram em sua casa. Diz

ter dificuldade em guardar a idade das pessoas e as datas dos aniversários. Não sabe nem a do pai, nem a da mãe.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BARTHES, R. - Fragmentos de um discurso amoroso. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986, 29.

BLEICHMAR, H. - Depressão: um estudo psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

BRAUN, A. - The story of cancer. Reading Mass: Addison Wesley, 1977, 199.

CAMPBELL, R.J. - Dicionário de psiquiatria. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

CAPRA, F. - O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1987.

CAVALIERI, L.F. - A hélice de dois gumes. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

CHIOZZA, L.A. - Un estudio del hombre que padece. Buenos Aires: Paidos, 1975.

_____ - Ideas para una concepcion psicoanalitica del cancer. Buenos Aires: Paidos, 1978

DEJOURS, C. - O corpo entre a biologia e a psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

ESTÊVES & SAMPAIO, G. & ALVAREZ - Oncologia. Argentina: Editorial Médica Panamericana, 1978.

EY, H. & BISSET & BERNARD. - Tratado de psiquiatria. Barcelona: Toray-Masson, 1969, 237-72.

FREUD, S. - Extratos dos documentos dirigidos a Fliess (Rascunho G). (1950 [1982-1899]) in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. I , 430-43.

FREUD, S. - Projeto para uma psicologia científica. (1950 [1985]), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. I, 430-43.

_____ - Histeria. (1888), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol.I, 99-00.

_____ - Contribuições para uma discussão acerca do suicídio. (1910), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol.XI, 217-18.

_____ - Sobre o narcisismo: uma introdução. (1914), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol.XIV, 89-119.

_____ - Os instintos e suas vicissitudes. (1915), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. XIV, 137-62.

_____ - O inconsciente. (1915), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XIV, 183 - 233 e 236-38.

_____ - Luto e melancolia. (1917 [1915]), in obras completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. XIV, 271 - 91.

_____ - Reflexões para os tempos de guerra e morte. (1915), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, vol.XIV, 311-39.

_____ - O estranho. (1919), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XVIII, 17-85.

_____ - Além do princípio do prazer. (1920) in obras

psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XVIII, 17-85.

FREUD, S. - Psicologia de grupo e análise do ego. (1921), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. XVIII, 133-47.

_____ - O ego e o id. (1923), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. XIX, 13-76

_____ - Neurose e psicose. (1924 [1923]), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. XIX, 189-93.

_____ - O problema econômico do masoquismo. (1924), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. XIX, 197-212.

_____ - A perda da realidade na neurose e na psicose. (1924), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. XIX, 229-34.

_____ - A negativa. (1925), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, 295-00.

_____ - Inibição, sintoma e ansiedade. (1926[1925]), in obras psicológicas completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980, vol. XX, 107-98.

GUIR, J. - A psicossomática na clínica lacaniana. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

KLEIN, M. - Os progressos da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

KORMAN, V. - Teoria de la identificación y psicosis. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1977.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B.- Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 6a. ed.

LEVY, S.M. - Behavior and cancer. São Francisco: Jossey Bass, 1985.

LEWIS, M.E. & HOWARD, R. - Fenômenos psicossomáticos:até que ponto as emoções podem afetar a saúde.Rio de Janeiro: José Olímpio, 1984.

MAHLER, M.S. - O nascimento psicológico da criança. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

McDOUGALL, J. - Em defesa de uma certa anormalidade.Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MELO, A.L.N. de - Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Kovganm 1981, 387.

MEYER, R et C. - Portrait de groupe avec psychiatre.La psychiatrie et la psychanalise a l'epreuve des nouvelles thérapies. Paris: Maloine, 1985, 8-11.

MISIAK, H. - Raices filosóficas de la psicologia, Buenos Aires: Troquel, 1984, 51-75.

MOFFAT, A. - Terapia de crise: teoria temporal do psiquismo. São Paulo: Cortez, 1983.

REICH, W. - La biopatia del cancer. Buenos Aires: Nueva Vision, 1985.

ROBBINS, S. & COTRAN, R. - Patologia Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro: Interamericana, 1983.

ROLLA, E. - Psicoterapia individual y grupal. Buenos Aires: Paidos, 1972.

SCHAVELZON, J. - Cancer: enfoque psicologico. Buenos Aires: Galerna, 1978.

SIMONTON, C.M.D. - Setting well again. New York: Bantain Books, 1980.

VILLANUEVA, J. & SANTOS, E. - El cancer. Barcelona: Prensa científica, 1986.

WYNDER & RAUSCHER - Etiologia del cancer. Argentina: Editorial Medica Panamericana, 1977.

CORREA, J. & LEMER, A. & ARTIAGORTIA, M.C. - Una dinamica de pérdidas en la historia vital del enfermo con cancer. Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina, v. 26, 1980, 228-39.

MALCOHN & DEVENDRA & REICH - The influence of the psiche and the brain on immunity and disease susceptibility: a critical review. Psychosomatic Medicine, 41, 2, 1979, 147-61.

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC/RJ, fazendo parte da Banca Examinadora os seguintes professores:

ANGELA BARAF PODKAMENI
ORIENTADORA
PUC/RJ

ANTONIO MAMEDE NEVES
MEMBRO DA SPID/RJ

ESTHER MARIA DE MAGALHÃES ARANTES
PUC/RJ

Visto e permitida a impressão
Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 1988

MARIA EUCHARES SENNA MOTTA
Coordenadora dos programas de Pós-Graduação do Centro de Teologia e Ciências Humanas