



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CENTRO DE HUMANIDADES
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

KILVIA QUEIROZ BARBOSA

**CÂNCER INFANTIL: LUGARES SIMBÓLICOS E
IMAGINÁRIOS NO LAÇO PAIS/FILHOS.**

FORTALEZA, 2008

KILVIA QUEIROZ BARBOSA

**CÂNCER INFANTIL: LUGARES SIMBÓLICOS E
IMAGINÁRIOS NO LAÇO PAIS/FILHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em
Psicologia da Universidade Federal do Ceará –UFC, como
requisito parcial para obtenção do título de Mestre.
Linha de Pesquisa: Psicopatologia e Psicanálise
Orientadora: Prof.^a dr.^a Ana Maria Vieira Lage

Fortaleza
2008

"Lecturis salutem"

Ficha Catalográfica elaborada por
Telma Regina Abreu Camboim – Bibliotecária – CRB-3/593
tregina@ufc.br
Biblioteca de Ciências Humanas – UFC

B198c Barbosa, Kilvia Queiroz.
 Câncer infantil [manuscrito] : lugares simbólicos e imaginários no laço
 pais/filhos / por Kilvia Queiroz Barbosa. – 2008.
 131 f. ; 31 cm.
 Cópia de computador (printout(s)).
 Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de
 Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza(CE),
 26/09/2008.
 Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Vieira Lage.
 Inclui bibliografia.

1-CÂNCER EM CRIANÇAS –FORTALEZA(CE) – ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS.
2-CORPO E MENTE EM CRIANÇAS – FORTALEZA(CE). 3-PSICANÁLISE.
4-INSTINTO DE MORTE.5-MÃE E FILHOS – FORTALEZA(CE).6-PAIS E FILHOS –
FORTALEZA(CE).I- Lage, Ana Maria Vieira, orientador. II-Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III-Título.

CDD(22ª ed.) 150.1952

55/08



Universidade Federal do Ceará – UFC
Mestrado em Psicologia
Linha de Pesquisa: Cultura e Subjetividades Contemporâneas

Dissertação intitulada CÂNCER INFANTIL: LUGARES SIMBÓLICOS E IMAGINÁRIOS NO LAÇO PAIS/FILHO, de autoria da mestranda Kilvia Queiroz Barbosa, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Vieira Lage - Orientadora

UFC

Prof.^a Dr.^a Leônia Cavalcante Teixeira

UNIFOR

Prof. Dr. Ricardo Lincoln Laranjeira Barrocas

UFC

Fortaleza, 26 de Setembro de 2008.

Dedico essa dissertação:

aos meus pais, Cirano e Lourdinha, minha base de segurança, sempre me incentivando nos estudos, os primeiros que acreditaram e investiram no meu potencial, me ajudando na busca e conquista dos meus sonhos. Serei eternamente grata!

Aos meus irmãos, Thiago, Cinthia e Carolyne, pelo companheirismo e amor dedicado, pelo incentivo nos momentos difíceis e pela paciência com que me aturaram nesses anos de escrita. Amo vocês!

Aos meus sobrinhos, Natália, Ana Letícia e André, pela alegria que sempre me dão, pelos momentos de descontração e por todos os beijos carinhosos que serviram como preciosos instrumentos de força e entusiasmo na minha vida.

Ao meu namorado, Marcelo, por seu amor, força e apoio sempre oferecidos; pelo companheirismo confortador e palavras de incentivo.

Aos meus amigos, pela presença, amizade e compreensão nos momentos em que precisei estar mais distante e assim terminar esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo o que representa em minha vida.

Aos meus pais, Cirano e Lourdinha, pelo seu amor constante, pelas palavras carinhosas sempre a me guiar na vida, por me ajudarem a enfrentar os obstáculos encontrados, por acreditarem em mim e, sobretudo, por terem posto minha educação acima de tudo.

Aos meus irmãos, Thiago, Cinthia e Carlyne, pelos laços de amor eterno, por vibrarem com cada conquista minha e por estarem sempre ao meu lado; e aos meus sobrinhos, Natália, André e Ana Letícia, por deixarem minha vida mais feliz e serem meu melhor descanso.

Aos meus cunhados, André, Fábio e Giselle, por torcerem pela minha realização profissional.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dr.^a Ana Lage, pela confiança depositada em mim, por sempre ser tão disponível, paciente e atenciosa. Pelas palavras de incentivo e conforto nas horas em que me senti desmotivada e cansada. Pelo carinho, compreensão e todos os ensinamentos durante os anos de mestrado.

À Prof.^a Dr.^a Leônia Teixeira, por ter semeado em mim, desde a graduação, o amor ao estudo e à pesquisa em Psicanálise. Pelas lições de amor e respeito ao sofrimento humano e por enriquecer meu trabalho com afetuosas sugestões.

Ao Prof. Dr. Ricardo Barrocas, pelas valiosas interlocuções no Seminário de Psicanálise “O Sintoma do Corpo”, por transformar as horas de estudo em momentos divertidos e, ao mesmo tempo, tão produtivos; bem como aos colegas do “Café Epistemológico” realizado no Círculo de Pesquisas sobre Lógica e Epistemologia das Psicologias – CPLEP.

A todos os meus amigos, pelo apoio nesse período de crescimento pessoal e profissional. Em especial, aos queridos amigos Filipe Jesuíno e Janara Pinheiro, pela parceria formada entre nós, pelas conversas, formais e informais, que muito me ajudaram na definição e aperfeiçoamento do meu projeto de mestrado.

À psicóloga Anice Holanda, pela excelente supervisão nos anos de estágio no Hospital Infantil Albert Sabin, pelo exemplo de profissional que você tem sido para mim e, com certeza, para todos aqueles que passaram por esse estágio, e pela receptividade com que me recebeu durante a pesquisa de campo desta dissertação.

Aos pais entrevistados que colaboraram participando desta pesquisa.

Enfim, à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Se escolhermos falar do corpo que é atingido pela patologia orgânica nos reportamos ao fato que o corpo vivente não existe sem as incidências do inconsciente sobre ele. Isso nos conduz não somente às coordenadas do gozo do corpo mas também do desejo inconsciente enquanto vetor que parte do Outro materno e pode irromper no real do corpo da criança. A patologia da criança nos permite verificar o que está em questão no infantil (EISENBRUCH, 2000, ON LINE).

CÂNCER INFANTIL: LUGARES SIMBÓLICOS E IMAGINÁRIOS NO LAÇO PAIS/FILHOS

RESUMO

A proposta desta dissertação é compreender o câncer infantil entrelaçado ao processo de constituição subjetiva, tomando como referência o estudo psicanalítico dos sintomas somáticos em bebês e crianças pequenas a partir dos lugares simbólicos e imaginários que os filhos ocupam no desejo dos pais. Abordamos esse tema articulando a constituição do sujeito com o trabalho da pulsão, em que a mãe – enquanto Outro – assume grande importância por sua função de para-excitação e, portanto, na qualidade de organizadora do circuito pulsional. É, portanto, no tempo de constituição subjetiva que acreditamos poder encontrar a chave para a compreensão do sintoma somático, visto que é na pequena infância que o corpo simbólico e imaginário se forma nesse duplo com o corpo anatômico. Neste estudo, utilizamos como referenciais teóricos a Psicossomática psicanalítica e os textos de Assoun, ambos fundamentados na metapsicologia freudiana. O primeiro oferece compreensão acerca da constituição dos sintomas somáticos nas relações primordiais que a criança estabelece com seus pais. O segundo aborda o sintoma somático com base em uma des fusão pulsional localizada na origem do eu-corporal, constituído no laço com o Outro. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com realização de entrevistas semi-estruturadas com seis pais que estavam acompanhando os filhos durante o período de internação num hospital público de referência em Fortaleza/CE. Os dados foram submetidos ao método de análise de conteúdo, cujas categorias temáticas centrais foram a função materna e o sintoma somático. A análise desses temas mostrou que a qualidade do laço pais/filhos recebe a influência do desejo materno que, por sua vez, traz a marca da ambivalência inerente a esta relação, mediante o conflito psíquico que, não sendo resolvido em termos de uma elaboração simbólica, recai sobre o corpo (da criança) como inscrição, marca do poder do desejo do Outro. As elaborações fantasmáticas dos pais sobre a causa do câncer dos filhos foram outro dado relevante, possibilitando melhor compreensão do laço pais/filhos e do lugar que o filho ocupa na economia libidinal materna. Dessa forma, a compreensão dos sintomas somáticos em bebês e crianças pequenas deve levar em consideração não apenas a realidade somática desse corpo físico, como também as vicissitudes do desejo materno, que operam por meio da corporização do fantasma, denunciando o efeito plástico ativo do processo inconsciente, ou seja, a corporização (no filho) do fantasma (materno).

Palavras-chave: sintoma somático, psicossomática, câncer, constituição subjetiva, corpo.

***INFANTILE CANCER: SYMBOLIC AND IMAGINARY
PLACES IN THE PARENTS/SON LINK***

ABSTRACT

We propose in this dissertation to understand the childhood cancer linked to the subjective constitution process, taking as a reference the psychoanalytic study of somatic symptoms in babies and small children from the symbolic and imaginary places that children have on parent's desire. We address this issue articulating the process of the subject construction with the drive work, where the mother – as the Other - is of great importance for its function of excitement-shielding and, therefore, as an organizer of the drive circuit. It is, therefore, on the time of subjective constitution that we believe we can find the key to understanding the somatic symptoms, since it is in early childhood that the imaginary and symbolic body is formed in this double with the anatomical body. In this study, we used as the theoretical framework the psychoanalytic psychosomatic and Assoun's texts, both based in Freudian metapsychology. The first one gives us an understanding about the formation of somatic symptoms from the primary relationships the child has with his parents. The second one, deals with somatic symptoms from a drive unmerge located in the origin of the I-body, forming the link with the Other. This is a qualitative research, with semi-structured interviews with six parents who were accompanying their children during hospitalization time in a known public hospital in Fortaleza-CE. The data were submitted to the method of content analysis, which center themes were maternal function and somatic symptoms. The analysis of these issues has shown us that the quality of the parents/children link suffer the effects of maternal desire that brings, itself, the mark of the inherent ambivalence in this relationship, through the psychic conflict, that when is not resolved in terms of symbolic development, falls on the body (of the child) as an affiliation, the mark of the Other's desire power. The parent's phantasmagoric constructions about the cause of cancer of their children were another relevant thing, enabling us to have a better understanding of the parents / children link, and of the child's place in maternal libidinal economy. Thus, the understanding of somatic symptoms in babies and small children should take into account not only the somatic reality of this physical body, but also the vicissitudes of maternal desire that act through the embodiment of the ghost, denouncing the plastic effect that is active in unconscious process, that is, the embodiment (in the son) of the ghost (maternal).

Keywords: somatic symptoms, psychosomatic, cancer, subjective constitution, body.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Corpo, sintoma e constituição psíquica.	12
1.2	Sobre o adoecimento e sua implicação no laço pais/filho	14
1.3	Luto Antecipatório e investimento libidinal	16
2	A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO – LUGARES SIMBÓLICOS E IMAGINÁRIOS	18
2.1	Sobre a infância e o “infantil”	19
2.2	História da Infância – como pensar o adoecimento infantil na Modernidade?	22
2.3	A criança para a Psicanálise	26
2.4	O nascimento do psíquico – esboço da constituição do Eu	30
2.5	Os três tempos do circuito pulsional e o surgimento do novo sujeito	33
2.6	O Fenômeno especular – Como ocorre a constituição do eu	37
2.7	O laço pais/bebê – a função do próximo prestativo como estruturante da organização inconsciente e do corpo do bebê	40
3	SINTOMA SOMÁTICO: CONSIDERAÇÕES METAPSICOLÓGICAS SOBRE CORPO E SINTOMA	45
3.1	O Corpo na metapsicologia freudiana	46
3.2	Psiconeuroses e Neuroses Atuais – considerações sobre os sintomas do corpo	52
3.3	Psicossomática Psicanalítica – sobre a falha constitutiva do aparelho psíquico	57
3.3.1	Psicossomática e Neurose atual – algumas contraposições	62
3.3.2	Constituição infantil e desenvolvimento Psicossomático	66
3.3.3	O câncer e a doença psicossomática	69
4	SINTOMA DO CORPO – QUANDO O FANTASMA ENTRA EM AÇÃO.....	74
4.1	Sintoma, corpo e neurose – por uma compreensão da corporificação do fantasma	75
4.2	Saúde – uma questão metapsicológica	80
5	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	85
5.1	Tipo de pesquisa	85
5.3	Análise dos dados	89
6	CÂNCER INFANTIL – DISCUSSÃO SOBRE O SINTOMA SOMÁTICO NO LAÇO PAIS/FILHOS	91
6.1	Sintoma somático e desejo do Outro – sobre a (falha) na função materna	94
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	118
	APÊNDICES	122
	REFERÊNCIAS	126

1 INTRODUÇÃO

Estudos sobre a pequena infância, assentados no referencial teórico-clínico da Psicanálise, especialmente no que tange à relação mãe/bebê e acerca da psicossomática, nos possibilitaram melhor compreensão das questões referentes à constituição do sintoma somático. Nesse ínterim situamos o câncer infantil, perguntando-nos da possibilidade de compreendê-lo como ‘doença psicossomática’ e de pensá-lo com base em falhas no processo de simbolização.

No que diz respeito à pequena infância, compreendemo-la como o tempo de constituição do Eu, emergência psíquica do sujeito. Não abrange um tempo cronológico, delimitado previamente, mas outra lógica na qual ocorrem as primeiras inscrições significantes e vai até a aquisição da linguagem.

Na constituição subjetiva, a mãe, como função, tem importância fundamental, visto que é a responsável pelas primeiras inscrições significantes e pelo fenômeno especular, essencial na elaboração da imagem do corpo e nas instaurações precoces e fundantes do psiquismo humano.

A Psicossomática e o estudo sobre os sintomas do corpo nos revelam que este pode ser compreendido segundo uma abordagem diferente daquela que a Medicina (organicista) nos propõe. Referimos-nos ao corpo assim como é concebido pela Psicanálise: imaginário e simbólico, fruto do efeito significativo. Trata-se de um corpo construído na própria história do sujeito, no tempo de constituição do Eu.

Nessa perspectiva, a compreensão do fenômeno psicossomático ou, talvez possamos dizer, da doença em si, segue uma razão que não se confunde com a lógica médica, o que significa dizer que as patologias não obedecem, necessariamente, uma ordem determinística, na qual o caminho único para se pensar a enfermidade é a via da causalidade orgânica.

Uma alternativa a esse pensamento encontra-se em Assoun, especialmente em seu livro intitulado *Lecciones Psicoanalíticas sobre cuerpo y sintoma* (1998), como também em Pierre Marty, entre outros, que seguem a linha do Instituto de Psicossomática de Paris. Segundo esses autores, como veremos melhor em seguida, ocorre, no sintoma somático, um “dessimbolismo”, ocasionado pela defusão pulsional.

A mãe – enquanto Outro – é responsável por ligar, unificar a pulsão, inicialmente desordenada, parcializada, no seu bebê, mediante a leitura que faz sobre suas manifestações corporais. É dela a função de conter a pulsão do bebê e lhe dar um destino. Logo, pressupomos que se há defusão pulsional, há também uma falha nessa maternagem, de sorte

que o corpo do bebê aparece como que ‘refletindo esse curto-circuito’, principalmente por ser a via privilegiada de expressão do bebê e/ou criança pequena.

Pretendemos, então, com este trabalho, compreender o sintoma somático na criança pequena a partir dos lugares simbólico e imaginário que ela ocupa no desejo dos pais. Buscaremos compreender tal processo na história das relações primordiais que a criança estabeleceu inicialmente com o Outro materno, através da análise do discurso dos pais a respeito do adoecimento do filho.

Para tanto, utilizaremos conhecimentos advindos da Psicanálise e da Psicossomática (cuja base epistemológica é a Psicanálise), considerando também a teoria de Assoun (1998) sobre sintoma somático.

A Psicossomática psicanalítica traz como contribuição ao entendimento das patologias somáticas a atenção às relações precoces da criança com seus pais. Para os representantes do Instituto de Psicossomática de Paris, as manifestações somáticas na infância podem ser entendidas como vinculadas a um empobrecimento da relação mãe-bebê, constituinte do psiquismo infantil:

Os fenômenos psicossomáticos e os distúrbios funcionais são concebidos como vicissitudes da maternagem, o que implica em um além da instalação do circuito pulsional, mas um aquém de autonomia psíquica, ou uma forma singular de falha na autonomia psíquica. (RANNÃ, 2003, p.48).

Assoun (1998) considera o sintoma somático com base em uma des fusão pulsional localizada na origem do eu-corporal, constituído no laço com o Outro.

Valas (2003), lendo o seminário 2 de Lacan, nos fala, a respeito do fenômeno psicossomático, de um curto-circuito na montagem pulsional. Os fenômenos psicossomáticos se produziram na vizinhança da pulsão.

De certa forma, esses teóricos, de escolas diferentes, consideram a intervenção do Outro na constituição subjetiva, por meio da qual o circuito pulsional entra em funcionamento, um fator importante na compreensão do sintoma somático.

A fim de compreendermos essas questões, nos posicionaremos sobre o viés da Psicanálise, lançando mão de conceitos como corpo, pulsão, inconsciente, narcisismo entre outros, para entendermos a relação entre a constituição do sujeito e a construção do corpo imaginário e o sintoma somático na criança.

Pretendemos, portanto, abordar no primeiro capítulo teórico o tema da constituição subjetiva assentado na relação que o bebê estabelece inicialmente com o Outro. Neste capítulo, sublinharemos o conceito de infantil (que não corresponde, necessariamente, ao tempo de ser criança), ressaltando as mudanças históricas que acompanham o sentimento de

infância, o que influencia, de certa forma, no tipo de laços estabelecidos entre pais e filhos; destacaremos também o que é a criança para a Psicanálise, visto que esta aborda a infância não sob o prisma desenvolvimentista, mas na óptica do estruturalismo constitucional, proporcionando, nesse sentido, uma leitura das produções do bebê desde o laço com o Outro; nesse processo de constituição subjetiva, apontaremos também a importância da instalação do circuito pulsional em relação à saúde/doença do bebê, chegando, por fim, a discutir a experiência do fenômeno especular na sustentação dos laços pais/filhos.

No segundo capítulo, trabalharemos inicialmente o conceito de corpo na Psicanálise, ressaltando esse corpo como Outro metapsicológico, marcando assim a diferença fundamental entre essa abordagem e aquela proporcionada pela Medicina organicista. Em seguida, discutiremos os sintomas do corpo – privilegiando o sintoma somático – na perspectiva da Psicossomática psicanalítica, apontando, contudo, as críticas que esta recebeu de alguns autores da Psicanálise; destacaremos, ainda, as particularidades do sintoma somático em crianças pequenas e sua relação com a questão do infantil, além de trabalharmos o câncer com arrimo em uma concepção psicossomática, no sentido de atribuir-lhe um caráter etiológico multifatorial, no qual o psíquico é um fator relevante.

Em seguida, cuidaremos do conceito de sintoma somático na obra de Assoun (1998), visto que este nos oferece uma leitura singular das questões referentes a corpo e sintoma, a partir de uma perspectiva metapsicológica freudiana. Nesse contexto, o sintoma somático é compreendido na sua relação com o fantasma e com o ato inconsciente.

Esse percurso teórico nos proporcionará base consistente para a compreensão dos discursos que os pais de crianças com câncer nos oferecem a respeito do adoecimento do seu filho, ou seja, pretendemos entender a lógica subjacente à constituição do sintoma somático, tomando como base a história da criança no desejo dos pais. Tencionamos, dessa forma, inclusive discutir o câncer infantil baseado nas teorias sobre o sintoma do corpo, visto que “no que concerne a doença orgânica, é preciso certamente levar em consideração certas reações complexas, não somente psíquicas, mas também orgânicas”. (EISENBRUCH, 2000, *on line*).

1.1 Corpo, sintoma e constituição psíquica.

Estudar os sintomas somáticos em bebês e crianças pequenas sob o prisma teórico-clínico da Psicanálise nos faz pensar quase que imediatamente no tempo de constituição do

sujeito e construção do corpo imaginário, visto que o corpo a que nos referimos não se reduz ao corpo orgânico, objeto de estudo das ciências biológicas, mas a um corpo elaborado imaginariamente pelo Outro da relação primordial.

Assoun, no seu livro *Lecciones Psicoanalíticas sobre cuerpo y sintoma* (1998), nos aponta três possíveis registros do que é o corporal: o registro do somático, do orgânico e do físico. Segundo esse autor, o *soma* é a matéria, o objeto tangível, o corpo sólido. A *physis* é a natureza do corpo, o natural da individualidade. Já o orgânico é o registro do instrumento, o que concerne notadamente ao órgão do corpo: “vê-se então: o real corporal declina-se sobre os modos ‘orgânico’, ‘somático’ e ‘físico’ (de maneira que o deslizamento de sentido ameaça permanentemente todo discurso sobre o corpo)”. (ASSOUN, 1998, p.17).

Diante dessa pluralidade de sentidos, Assoun (1998) formula *A Teoria dos Dois Corpos* como tentativa de dar conta daquilo que escapa ao corpo real (ou corpo orgânico, como ora são identificados, numa tentativa de manter a organicidade do corpo como constitutiva da corporeidade).

Acontece, entretanto, que sob este ‘corpo verdadeiro’, emerge alguma coisa – um resto, uma dor intempestiva, sem causa aparente, um gozo intratável – que levanta a suspeita de que este corpo do sujeito vive também uma vida que parece desafiar um pouquinho a ‘vida orgânica’ - ou a dar-lhe sua verdadeira significação (...).

Contudo – é preciso ver isto – é corpo, porém não aquele corpo que resulta do jogo dos órgãos. O que leva a desconfiar que o órgão joga ... ‘um jogo duplo’. (ASSOUN, 1998, p. 17).

Faz-se relevante, portanto, estabelecer que corpo é esse de que estamos tratando, visto que o significante corpo é portador de vários sentidos e aparece como objeto de estudo de diversos campos do saber, como Medicina, Sociologia, Antropologia, entre outros. No presente estudo, pretendemos trabalhar com o conceito de corpo com base no instrumental teórico-clínico da Psicanálise:

(...) no meio desse cenário, está a psicanálise que partindo do rejeitado pela ciência – os sonhos, os lapsos, a histeria – revelou a existência no homem de uma anatomia, imaginária, determinante da experiência de seu corpo e de seu sofrer, sugerindo uma outra perspectiva para compreender as relações entre manifestações psíquicas e somáticas. (VOLICH, 2000, p. 14).

Segundo Lazzarine e Viana (2006, *on line*), “o corpo a que se refere a psicanálise é o corpo enquanto objeto para o psiquismo, é o corpo da representação inconsciente, o corpo investido numa relação de significação, construído em seu fantasma e em sua história”. Podemos dizer que se trata de um corpo perpassado pela lógica do desejo e marcado pelas pulsões.

Seguindo a obra freudiana, percebemos que foi no instante da descoberta da sexualidade infantil que Freud inaugurou uma concepção de corpo, o corpo erógeno em oposição ao corpo biológico, corpo soma. O corpo vai, então, adquirindo um novo estatuto a partir da psicanálise.

Freud, ao articular uma teoria da sexualidade, inicia uma verdadeira revolução na concepção de corpo, revolução esta que, se estruturando a partir do corpo soma, corpo biológico, corpo da pura necessidade, vai desembocar na noção de corpo erógeno, inserido na linguagem, na memória, na significação e na representação, ou seja, corpo próprio da psicanálise. (LAZZARINI, *on line*, 2006).

1.2 Sobre o adoecimento e sua implicação no laço pais/filho

Podemos dizer que, a partir de Freud, ocorre nova forma de reconhecimento, consideração e tratamento do sofrimento psíquico, visto que a Psicanálise sugere outra perspectiva para compreender as relações entre as manifestações psíquicas e somáticas.

Para a Psicanálise, a doença somática pode ser entendida como forma de organização subjetiva, mediante sua visão ampla e integrada do adoecimento humano, que não se restringe à dimensão material do corpo.

Com origem na idéia de que os pais constroem uma imagem fantasiada dos filhos que estão por vir, referenciados num ideal-do-eu arrolado à sua infância e história de vida, pensamos que, quando uma patologia orgânica se faz presente no filho, uma nova configuração psíquica por parte dos pais também se faz necessária; isso diz respeito a mudanças internas, de ressignificação dos conteúdos inconscientes e fantasias concernentes aos filhos; ou seja, diz respeito ao lugar simbólico e imaginário que a criança ocupa na fantasia dos pais.

Esses lugares a que nos referimos são constituídos com suporte nas vicissitudes de uma inscrição pulsional. Dizem respeito, respectivamente, à criança simbólica (alvo da ação significante, inscrita na cadeia parental) e à criança imaginária (idealizada, fruto do narcisismo dos pais).

O diagnóstico de câncer infantil rompe com o sentimento de invulnerabilidade, cada vez mais imperioso na sociedade capitalista e introduz a possibilidade de se pensar em uma

inversão na ordem natural dos acontecimentos, suscitando na família o medo da morte precoce do filho, ainda mais quando se trata de uma criança.

Sabemos, no entanto, que este medo reflete uma visão própria da infância, contextualizada historicamente, visto que o ‘sentimento de infância’ passou por várias transformações no curso da história e que essa visão promissora sobre a criança, no sentido de que ela poderá realizar e corresponder aos ideais (sociais e parentais) projetados nela, é algo bastante atual, o que justifica, por exemplo, a negação da vulnerabilidade desse corpo infantil. Com efeito, faz-se importante compreender a dinâmica do adoecimento na rede familiar com apoio no referencial vigorante de infância e doença.

Como exposto anteriormente, os primeiros anos de vida de uma criança, momento também designado como pequena ou primeira infância, correspondem ao tempo de constituição psíquica do sujeito, que só adquirirá esse *status* se houver um Outro que o deseje, antecipando-o nessa condição. O sujeito deverá situar-se, no primeiro momento, no lugar do objeto da pulsão para o Outro, que se mostra, desde então, desejante em relação a ele:

Entre o adulto humano e o bebê de quem ele cuidou, produziu-se uma construção, uma relação complexa, que preside o advento psíquico da criança e que costumamos chamar ‘o laço mãe/criança’. (CULLERE-CRESPIN, 2004, p. 20).

Pensando nisso, nos perguntamos como devemos compreender os sintomas do corpo, em especial, o sintoma somático, do bebê ou criança pequena, desde o lugar simbólico e imaginário que ele ocupa no desejo dos pais, diante do diagnóstico de câncer – principalmente quando este é dado no tempo de constituição subjetiva, ou seja, de inserção na cadeia parental e social – e se esses lugares a que nos reportamos são fixos, podendo a criança ocupar ou não diferentes lugares no desejo dos pais quando do diagnóstico de câncer.

Apesar de não ser conferido um sentido simbólico ao sintoma somático da mesma forma como expresso para os sintomas das psicneuroses, eles devem ser considerados e compreendidos em um contexto intersubjetivo, como nos lembra Dejours (1998). No caso da criança, deve-se articular o sintoma somático à dinâmica familiar, levando em conta as relações que as crianças estabelecem com os seus pais.

A crise somática acontece no âmbito de uma relação com o outro, quando essa relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido a mim, mas que também é um pouco devido ao outro. (...) penso que o sintoma somático poderia ter um significado, que seria justamente ligado à dinâmica intersubjetiva. (...) mas isso não quer dizer que podemos voltar atrás e atribuir ao sintoma somático um sentido, como se faz na histeria. O sintoma somático não é uma conversão: ele não vem do recalque. (DEJOURS, op. cit, p. 42).

A contextualização dos sintomas do corpo na história de vida do sujeito, no âmbito das suas relações primordiais, nos leva em direção ao laço estabelecido inicialmente entre pais e filhos. Mc.Dougall (1996), a respeito dos sintomas somáticos, especificamente, nos faz refletir sobre a “significação inconsciente da manifestação somática em termos de economia libidinal arcaica”. (P. 19).

Ao tentarmos compreender o sintoma somático no âmbito do sintoma do corpo em bebês e crianças pequenas, devemos dirigir nossa atenção ao jogo de lugares simbólico e imaginário que o filho ocupa no desejo dos pais, não só antes de já instalada a patologia somática, mas também no decurso desta.

Em relação aos pais, Valle (2001) nos fala de uma ambivalência entre o desejo de se aproximar e se afastar do filho doente. Compreendemos que essa ambivalência pode ser pensada como elaboração de um luto antecipatório, vivenciado pelos pais como resposta antecipada à idéia de perda iminente de seu filho.

Por tudo isso, nos indagamos a que perda esse luto se refere (ao filho real ou imaginário) e que efeitos um luto antecipatório traz sobre o vínculo afetivo pais/filhos.

1.3 Luto Antecipatório e investimento libidinal

De acordo com Fonseca (2004), o luto antecipatório tem como principal função propiciar o desenvolvimento normal do luto, a fim de que este não se torne patológico. Segundo o autor, “há um efeito positivo no luto pós-morte quando a pessoa tem uma prevenção antecipada, por meio da experiência do luto antecipatório”. (P.80).

Fonseca (2004) exprime, ainda, que a elaboração e a resolução do luto antecipatório não implicam desligamento do vínculo e afastamento da pessoa amada, como ocorre nos lutos pós-morte, já que o “desapego e a separação num luto antecipatório não se referem ao doente no presente, mas sim à experiência intrapsíquica na relação com um futuro que está por vir, onde a morte vai se aproximando cada vez mais”. (P.103).

Freud, no seu artigo *Luto e Melancolia* (1915), diz que luto é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade, ou o ideal de alguém, e assim por diante. Caracteriza-se pela retirada da libido do objeto amoroso: “... o luto compele o ego a desistir do objeto amado, declarando-o morto”. ([1915]1976 p. 275).

O desinvestimento libidinal em relação ao objeto amoroso que o trabalho de luto impõe pode ser percebido por uma não-antecipação imaginária por parte dos pais em relação ao seu bebê, o que compromete a assunção de um sujeito, ou, quando já instaladas as coordenadas subjetivas de um novo ser, essa não-antecipação imaginária pode comprometer o engajamento corporal, instaurando ou consolidando os sintomas do corpo.

Jerusalinsky (2002) nos remete a uma colagem precipitada entre o diagnóstico da patologia e o prognóstico da doença, que vem a selar o destino do doente desde um ‘jamais-será’. Segundo a autora, “sem uma interrogação sobre o futuro que abra caminho para um funcionamento desejante, corre-se o risco de que a vida da criança fique achatada em um tempo presente, que se torne objeto de um oráculo, à espera do cumprimento do trágico destino”. (P.20).

Permanece para sempre, na mente dos pais, a possibilidade de uma recaída. Por isto sentem dificuldades em pensar no futuro de seu filho doente, vislumbrando apenas uma única alternativa: a volta do câncer. (VALLE, 2001, p.22).

Cabassu (1997) aponta para os efeitos subjetivos das palavras proferidas pelos pais em torno do seu bebê, principalmente porque estas expressam as fantasias construídas por eles em relação aos seus filhos. Sabe-se que tais fantasias se reportam aos lugares simbólico e imaginário da criança no desejo dos pais.

(...) no curso da instauração precoce do aparelho psíquico, o impacto do discurso sobre a representação inconsciente que a mãe tem do bebê pode modificar de maneira significativa o curso dos acontecimentos. (CABASSU, 1997, p. 22).

Em razão do que foi exposto, nos perguntamos: como podemos compreender o sintoma somático em bebês e crianças pequenas considerando os lugares simbólicos e imaginários que estes ocupam no desejo dos pais?

Interessa-nos, pois, pesquisar o desejo dos pais ante o adoecimento do filho – e a implicação disso na formulação do sintoma somático; esse filho que veio para cumprir uma promessa de realização narcísica mas, com o diagnóstico de câncer, ou apesar desse diagnóstico, tal promessa fica comprometida.

Qual o lugar que o filho ocupa na fantasia dos pais se, com o diagnóstico de câncer, a imagem do ‘filho ideal’, para os pais e para o social (promessa de um futuro melhor), fica comprometida? Ressaltamos o caráter imaginário que envolve as concepções de criança, visto que ela é localizada na Modernidade como sustentáculo dos ideais da civilização.

2 A CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO – LUGARES SIMBÓLICOS E IMAGINÁRIOS

Que foi, para esse menino sua mãe, e aquela voz pela qual o amor se identificava com os mandamentos do dever?
(LACAN, 1966/1998, p. 760).

Se o sintoma somático pode ser compreendido a partir de uma falha na passagem do corpo da pura necessidade ao corpo erógeno, sexual, como nos aponta Rannã (1998); e se essa passagem ocorre desde a ação significativa do Outro, acreditamos ser de fundamental importância considerar o processo de constituição subjetiva na compreensão do sintoma do corpo.

Este capítulo trata justamente do tempo inaugural, aqui denominado primeira ou pequena infância, quando o corpo do bebê é chamado à subjetivação. Isto acontece no momento em que o Outro estabelece um sentido e lê como significante o texto orgânico do filho, atribuindo à criança a posição de um sujeito.

Na construção de um corpo simbólico e imaginário sucede a constituição de um sujeito. É no laço com o Outro que o sujeito advém. O tipo de laços estabelecidos entre pais e filhos, no entanto, muda no decorrer da história, influenciando os lugares que os filhos ocupam no desejo dos pais.

Este é um aspecto importante a ser considerado e diz respeito ao ‘lugar’ que a infância ocupa nos dias de hoje. Não é objeto de nosso estudo contextualizar a infância nas diferentes fases da história da humanidade, mas é fato que tais mudanças históricas afetam o tipo de laço estabelecido no seio de uma família.

Foi preciso a criança ocupar um lugar de destaque na família e ser objeto de estudo das Ciências Médica e Psicológica para que a pesquisa sobre a pequena infância se tornasse fecunda, incluindo aí o interesse pelos sintomas do corpo de bebês e crianças pequenas, podendo inclusive este estudo servir de guia à compreensão das psicopatologias do corpo.

Daremos continuidade, portanto, a este capítulo enfocando a formulação do conceito de criança na época moderna, articulando a noção de infância com aquilo que Freud designa como sendo o infantil. Para tanto, privilegiaremos a abordagem da criança no movimento da constituição subjetiva.

Não deixaremos de lado a ‘história da infância’, acreditando que essa introdução nos ajudará a compreender em seguida alguns aspectos do laço pais/filhos, mais bem compreendidos ao serem contextualizados – como, por exemplo, o narcisismo, no qual se esboça a imagem do filho idealizado, alvo das projeções narcísicas dos pais, e da negação de toda a vulnerabilidade que o corpo impõe.

2.1 Sobre a infância e o “infantil”

Freud, ao abordar o tema da infância, desloca a observação direta da criança a uma posição secundária, privilegiando as investigações sobre o “infantil”, indicando que este diz respeito “a criança constituída pelo adulto, quando ele supõe o que ela teria sido”. (VORCARO, 1997, p. 11). Ou seja, a partir da fala de seus analisandos adultos, Freud tem acesso ao “infantil”, que jamais deixa de se atualizar.

Para Freud (1905), o “infantil” não é apreendido na observação, não é algo dado a ver nas manifestações concretas da criança. Ele se caracteriza por ser uma construção e é apreensível na leitura que se faz dessas manifestações, quando se considera a forma como a criança se enlaça ao fantasma do Outro.

O fantasma deixa marcas, como pontos que vão se ligando e assim formando uma teia subjetiva cujo caráter é singular e acompanha o devir do sujeito. O “infantil” é efeito da constituição subjetiva, que nada mais é do que a formação do inconsciente. Não se faz existir apenas na infância, mas está presente durante toda a vida do sujeito e se caracteriza como realidade psíquica. Podemos expressar ser isto o que há de mais singular na vida do sujeito e é por meio dele que sabemos como ocorreu o laço da criança com o Outro.

O infantil refere-se ao reavivamento de marcas, lembranças e fantasias construídas e originadas em um tempo “pré-histórico” da vida do sujeito. (GURFINKEL, 2004, p. 44).

Vorcaro (1997) se reporta a três ordens de registros nos quais é possível recolher as manifestações da criança numa tentativa de apreender o que é o “infantil”: a transcrição, caracterizada por descrever o comportamento da criança, supondo igualdade entre o que é percebido e o que é registrado, a tradução, que significa interpretar tais manifestações, atribuindo a elas um sentido, e a transliteração, que considera tais manifestações como um texto, cujas letras são desconhecidas, e que, para decifrá-lo, temos que recuperar o valor de

cada cifra. Os dois primeiros registros, segundo Freud, são formas deficientes de compreender as manifestações da criança e responder sobre o “infantil”, negando a singularidade desta.

A transliteração, por sua vez, é uma forma de leitura das manifestações da criança que considera o laço estabelecido entre o Outro e esta última, cujo efeito é a constituição subjetiva. É na transliteração que podemos ter acesso ao “infantil”, decifrando o código que o constituiu.

Toda a constituição do infantil em psicanálise, construído teoricamente a partir da análise de adultos, responde pela impossibilidade de capturar, pelas vias exclusivas da tradução ou transcrição, as manifestações da criança. Só o tecido tramado pela construção do adulto, do que teria sido sua infância, permite a Freud ordenar o que a observação direta das manifestações da criança não lhe permitiu. (VORCARO, 1997, p. 46).

Em relação a esse “infantil”, Freud aponta, no contexto de sua obra, segundo Vorcaro (1997), três incidências diferentes da criança: a criança imaginária, depositária do ideal parental; a criança simbólica, tida enquanto fruto materno, tendo equivalência simbólica a presente-excremento-dinheiro-pênis, e a criança real, inapreensível, cuja possibilidade de boa análise ele delegou às analistas. Essas incidências nada mais são do que o reflexo dos lugares que esta ocupa no desejo dos pais e que se dá a ver nas manifestações da criança. Correspondemos também a esse jogo de lugares a base da constituição do sujeito.

(...) as manifestações da criança não tem estatuto de ação, mas são atos constitutivos de sua realidade psíquica e, portanto, escrevem o texto cifrado de sua relação à alteridade. (VORCARO, 1997, p. 15).

Freud conhece a criança com esteio na leitura que faz das suas manifestações e destaca a abordagem da criança pelo prisma da constituição subjetiva. Esse ponto de vista vai de encontro à concepção de desenvolvimento, “que explica o sujeito pela evolução de um sistema de necessidades, num corpo que tenderia à acumulação adaptativa”. (VORCARO, 1997, p. 15).

Abordar a criança sob a óptica do viés da constituição do sujeito possibilita afirmar que o primitivo é imperecível, ou seja, que o “infantil” não cessa de se atualizar, visão esta contrária às teorias do desenvolvimento, que preconizam certa ordem desenvolvimentista, uma lógica maturacionista, na qual as etapas do desenvolvimento vão se sucedendo, após a superação de cada uma delas.

Temos falado de infância, mas não devemos deixar de ressaltar que esse termo traz certa obscuridade, assim como o vocábulo criança. Devemos, pois, procurar entender tais unidades de idéias na rede discursiva que as definem e que permite o trilhamento da concepção de suas condições específicas.

O estudo das condições de visibilidade da criança permite apontar, na antecedência do sujeito constituído, a virulência da sua opacidade, obstáculo tão imperativo que impõe fazer consistir um sujeito imaginado, sob o modo de criança. (VORCARO, 1997, p.21).

Seguiremos a orientação de Vorcaro (1997), no que tange a fazermos um breve percurso a respeito dos processos de sistematização do discurso sobre a criança, recorrendo à etimologia das palavras criança, infância e infantil, por exemplo, a fim de entendermos melhor os sentidos que estas palavras suportam e que influenciam a nossa concepção de tais termos.

(...) não porque a origem das palavras permita supor o encontro de um significado central, ou seja, encontrar uma ‘essência’ de criança na raiz dos termos que a designam, mas porque ela envia a uma rede de articulações, relações significantes que o discurso fisegou da língua para alocá-la, reativando os sentidos, redescobrimo as palavras sob as palavras. (VORCARO, 1997, p. 22).

Analisando o termo *infância* em sua origem latina, tal palavra, que traz em sua raiz os vocábulos *infans*, *infante*, faz referência a algo inacabado, submisso e defeituoso. Refere-se aos que não falam, não por não terem ainda adquirido tal função ou por se reportar à condição de antecedência ao adulto, mas por situarem-se numa condição de falante que não tem legitimidade nem reconhecimento social: “o termo conota, nas línguas latinas, muito mais do que uma referência orgânica a um suposto estágio de aquisição da linguagem, mas localiza a condição de submissão jurídica”. (VORCARO, 1997, p. 23).

Da expressão *criança*, há o verbo criar (*ker*) do qual deriva o participio criado, que tanto conota a idéia de construído, educado, quanto a noção de servo. Deste verbo, surgem algumas implicações, como transformar, inventar; ou seja, criança, algo que foi criado, o que lhe possibilita um caráter de singularidade: “este caráter da criança enquanto processamento do ato criativo de outrem que a inventa, estabelece, funda ou institui, permite a concepção da criança enquanto única, singular, feita existir, trazida à luz”. (VORCARO, 1997, p. 23).

Ainda da palavra criança, outros significados emergem, como puro e limpo. Estes surgem das associações entre os diversos radicais presentes em tal termo, como o radical indo-europeu *Ker* de onde temos ainda, em latim, *sinc* e *rus*.

Do radical latino *pueri*, podemos reconstruir as palavras pouco, pequeno, pobre, que traz a idéia de insuficiência. Deste, ainda aflora o termo pupila, “que faz comparecer a condição de constrangimento da criança, subordinada ao outro, espelho do criador que circunscreve seu poder e garanti-lhe a consistência”. (VORCARO, 1997, p.24).

Se o tamanho constitui-se signo da condição de criança, que permitiu a transposição direta da cronologia da maturação orgânica ao quantum de

adulto presente na medida etária da idade, este índice de medida expressa também a condição de submetimento a uma especularidade, a um ideal e, ainda, à condição temporal de um inédito incomensurável. (VORCARO, 1997, p. 25).

Assim, o significado de tais palavras nos faz pensar na criança como alguém submetido ao outro, na dependência desse outro, por sua condição mesma de insuficiência; alguém cuja palavra precisa ser validada, autenticada, mas que não está, por outro lado, submetida a um apassivamento radical, já que a sua condição de ‘ser criada’ nos remete a uma realização do que não existia, ou seja, “relação que produz um precipitado da criação de outro para além da resposta em reciprocidade circular, por mais que a condição de insuficiência implique a criança na aderência imaginária em que é antecipada sujeito”. (VORCARO, 1997, p. 25).

A criança, por tanto, carrega consigo uma cadeia de significações condensada no termo que a define, cuja elaboração ocorreu na história, desde o lugar que esta foi ocupando na família e no contexto social. Seu caráter de sujeito que advém no laço com o Outro reafirma sua condição infantil, a qual não cessa mesmo quando cronologicamente se está adulto, já que o infantil traz, na etimologia mesma da palavra, certa associação com as palavras fantasia e fantasma e estes perseguem toda a vida do sujeito (VORCARO, 1997).

Pensar a criança a partir do desdobramento de tais significantes, cada um deles repleto de significações, nos ajuda a compreender o que Vorcaro (1997) quis dizer com criança simbólica, imaginária e também real, e que está na origem da constituição do sujeito, dada no tempo de ser criança.

2.2 História da Infância – como pensar o adoecimento infantil na Modernidade?

Sabe-se que a idéia de infância passou por várias transformações no curso da história e que essa visão promissora (no sentido de que ela poderá realizar e corresponder aos ideais dos pais projetados nela) sobre a criança é algo bastante atual, o que justifica, por exemplo, a “negação” da vulnerabilidade desse corpo infantil, bastante presente nos dias de hoje. Assim, se faz importante compreender a ‘dinâmica do adoecimento’ na rede familiar a partir do referencial que vigora na cultura sobre infância e doença.

Para tanto, tomamos como referência o historiador Philippe Ariès, no livro *História Social da Criança e da Família* (1978), a fim de discutirmos as imagens que a infância vem tomando no decorrer dos séculos.

Segundo esse autor, nos séculos passados, período que se estende até o fim do século XVII, a criança não tinha um lugar afetivo na família. A passagem dela pelo grupo familiar e pela sociedade era muito breve e muito insignificante para que tivesse tempo ou razão de forçar a memória e tocar a sensibilidade.

Na verdade, a família não possuía função afetiva, mas tinha por missão a conservação dos bens, a prática comum de um ofício e a ajuda mútua entre os membros. “Isso não quer dizer que o amor estivesse sempre ausente. Mas, os sentimentos entre os cônjuges, entre os pais e os filhos, não era necessário à existência nem ao equilíbrio da família: se ela existisse, tanto melhor”. (ARIÈS, 1978, p. 9).

No capítulo sobre *A Descoberta da Infância*, Ariès (1978) nos informa do caráter que a infância assumia no século XII. Para ele, nessa época, a infância não era representada em sua forma e as crianças não eram caracterizadas por uma expressão particular: “Isso nos faz pensar também que no domínio da vida real, e não mais apenas no de uma transposição estética, a infância era um período de transição, logo ultrapassado, e cuja lembrança também era logo perdida”. (P. 18).

Na perspectiva do autor, até por volta do século XII, a arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la: “É difícil crer que essa ausência se devesse à incompetência ou à falta de habilidade. É mais provável que não houvesse lugar para a infância nesse mundo”. (ARIÈS, 1978, p. 17).

A criança não permanecia por muito tempo na sua família de origem, sendo esse lapso muito insignificante, o que justificava tais sentimentos. Assim que a criança alcançava certa independência e superava os primeiros perigos em relação a sua sobrevivência, era entregue a outra família, que tinha como mister a transmissão da educação. Ela se afastava logo de seus pais e a aprendizagem era garantida pela convivência com os adultos.

(...) um sentimento superficial da criança - a que chamei de paparicação - era reservado à criancinha em seus primeiros anos de vida, enquanto ela ainda era uma coisinha engraçadinha... Se ela morresse então, como muitas vezes acontecia, alguns podiam ficar desolados, mas a regra geral era não fazer muito caso, pois uma outra criança logo a substituiria. A criança não chegava a sair de uma espécie de anonimato. (ARIÈS, 1978, p. 10).

À medida que a infância começou a ser representada como etapa diferente da vida adulta, foi se instituindo um espaço que desse conta dessa diferença. A esse lugar, deu-se o nome de escola.

No século XVII, com os reformadores da Igreja, a educação foi instituída como a principal garantia da ordem pública. Atribuía-se às crianças a tendência natural para o mal,

antes de qualquer correção educativa. Logo, a família passou a assumir a função moral e espiritual e o cuidado dispensado às crianças inspirou nova afetividade.

No final desse século, com o advento da escola, uma mudança definitiva foi introduzida na sociedade. A criança, antes entregue aos ‘cuidados’ dos adultos para assim aprender com estes ‘a arte do seu ofício’, foi afastada destes, sendo a aprendizagem efetuada nessa nova instituição, na escola, ao redor de outras crianças. Isto, porém, só foi possível em virtude de uma cumplicidade sentimental das famílias.

Ao mesmo tempo em que a família passa a nuclear-se em torno de uma aposta narcísica de transcendência de sua realização na criança, desde o social também passa a se fazer da formação da criança uma aposta por um ‘mundo futuro melhor’. (JERUZALINSKY, 2002, p. 29).

Constitui-se, portanto, com início no século XVIII, maior sensibilização pela infância e pela vida privada na família. Com isso, ocorreu outra mudança significativa: a família tornou-se o lugar de uma afeição necessária entre os cônjuges e entre os pais e os filhos, algo que ela não era antes. Essa afeição se expressiu, sobretudo, pela importância que se passou a atribuir à educação.

A família começou então a se organizar em torno da criança e a lhe dar tal importância, que a criança saiu de seu antigo anonimato, que se tornou impossível perdê-la ou substituí-la sem uma enorme dor, que ela não pôde mais ser reproduzida muitas vezes, e que se tornou necessário limitar seu número para melhor cuidar dela. (ARIÈS, 1978, p.11).

Como consequência, temos a privatização da vida familiar, o que prepara os cônjuges para uma vida de mais intimidade. A criança não só aufere um lugar privilegiado no seio da família como também passa a ser compreendida com apoio nesses referenciais próprios à infância, levando-se em consideração as particularidades físicas (biológicas) e psicossociais desse momento de vida. A importância pessoal que se atribuiu à idade cronológica, desde o século XVIII, nos dá a entender que certa designação de uma etapa de vida passa a ser cultivada e valorizada.

No século XIX, a criança é vista como um ser profundamente original e que precisa ser reconhecida tal como é para que possa assim desenvolver suas potencialidades. O filho é destacado como o futuro da família e, no âmbito social, ele é o futuro da nação. Como efeito, é preciso que a criança seja protegida, educada e disciplinada, não mais só pela família, mas também por terceiros – médicos, educadores e estadistas.

Com o advento da escola, a família se organiza em torno da criança, esta passando a ser o alvo de cuidados, tanto por parte da família como por parte do social. Essa atenção

especial que se passou a conceder à criança tem como pano de fundo a idéia de que ela traz consigo a esperança de um futuro melhor.

O caráter social – como mecanismo regulador e corretivo – passa a exercer grande controle sobre a criança, tendo por traz objetivos sanitários, educativos, morais e econômicos. Nesse ínterim, surge a Psiquiatria Infantil, não por possuir um objeto de estudo próprio, mas com o propósito de subsidiar a prática desse organismo regulador: “O lugar da psiquiatria infantil toma forma no vazio produzido pela procura de uma convergência entre os apetites profiláticos dos psiquiatras e as exigências disciplinares dos aparelhos sociais”. (VORCARO, 1997, p, 28).

Diante do exposto, faz-se importante situar a infância em uma dimensão histórica. As marcas desse percurso histórico sobre o sentimento de infância e a forma como esta é percebida nos dias de hoje refletem-se na sensação de amparo à criança, reconhecendo-a, atualmente, como única e insubstituível.

Essa mudança de concepção em torno da criança e da infância nos ajuda a entender por que ficamos tão sensíveis diante do adoecimento infantil e negamos a vulnerabilidade desse corpo ao adoecimento.

Há bem pouco tempo, muitas crianças morriam das doenças próprias da infância. Esse fato, ao mesmo tempo em que era concebido como algo ‘normal’, era também sentido com muita dor; ou seja, a naturalidade com que essas mortes eram encaradas pelos pais, junto, ao mesmo tempo, com o sentimento de ‘pesar’, nos mostra a ambigüidade com o que, de certa forma, a criança era concebida. A subjetividade da criança, esquecida na Idade Média, surge, então, marcando o mais recente desdobramento da re-inscrição da criança no campo discursivo.

Dessa forma, põem-se sobre a criança os projetos de um futuro melhor, como também de realização das fantasias dos pais. Fora isso, os cuidados e conhecimentos produzidos sobre a infância e a saúde da criança têm como objetivo resguardá-la de qualquer mal: “O bebê traduz a esperança de renovação, do novo que chega com ele, do sonho de mudar a si próprio e ao mundo, de realizar através dele o que não foi possível realizar na vida de cada um”. (ARAGÃO, 2004, p. 8).

Hoje em dia, espera-se desde o ideal social que o nascimento de um bebê – sua majestade o bebê, como situa Freud – comporte um grande investimento narcísico por parte dos pais em relação a este bebê recém chegado ao mundo. As famílias costumam depositar no nascimento de um bebê a possibilidade de transcendência da morte pela transmissão dos ideais ao filho, zelando assim pela saúde, educação, formação e constituição desse pequeno bebê. (JERUZALINSKY, 2002, p. 27).

Os sentimentos de luto, o ato de projetar no filho um ideal narcísico, as ligações afetuosas, os investimentos libidinais entre pais e filhos e os cuidados dispensados em torno da criança nos fazem questionar o lugar da doença na família moderna e problematizar a constituição do sintoma do corpo. Por isso, vemos a importância de perceber as diferentes formas de expressão do sofrimento psíquico, por sua vez, necessariamente implicadas em um contexto cultural, influenciando o laço pais/filhos e o modo como a família e a doença se constituem.

2.3 A criança para a Psicanálise

Como vimos há pouco, no final do século XIX, uma nova curiosidade surgiu em torno da criança, delimitando um campo de investigação sobre esta que não existia até então. Afloraram questões sobre a gênese das funções mentais, dando-se o confronto entre as teorias inatistas e aquelas que preconizavam o efeito da cultura e da dimensão social no comportamento e ‘personalidade’ da criança.

Fez-se necessário isolar fases do desenvolvimento da criança, inaugurando assim uma metodologia de estudos empíricos e de medidas estatísticas, com inspiração num posicionamento evolucionista, dando à condição de criança uma avaliação precisa. Assim, todas as manifestações da criança, bem como as ‘disfunções’ que se apresentassem, eram classificadas e quantificadas, formando uma nosografia que levava a uma terapêutica preventiva, abonadora do futuro ideal para ela.

Numa perspectiva orientada pela ciência ideal, a condição de criança implicava medida exata, quantificação numérica. (...) Tal unidade de medida foi encontrada na métrica cronológica, ou seja, na relação entre a criança e a linearidade do tempo. (VORCARO, 1997, p. 32).

A condição de criança era estabelecida pela idade cronológica, metrificada, de modo que o tempo espacial se tornou sua medida definidora, além de estabelecer o que ela deveria ser em cada faixa etária; ou seja, a criança deveria corresponder com suas produções àquilo que lhe era esperado em cada idade.

Em outra direção, surge a Psicologia Genética. Nessa perspectiva, a unidade definidora da criança não é mais a medida numérica, mas os níveis de qualidade alcançados nos estádios do desenvolvimento: “o desenvolvimento da criança é tomado numa ordem de sucessão fixa distinguida por etapas sucessivas e não por uma data cronológica constante”.

(VORCARO, 1997, p, 33). Cada etapa do desenvolvimento é superada pela seguinte, numa equibração progressiva, com vistas à maturidade.

Nesse ínterim, aparece a Psicanálise, propondo outra forma de compreender a constituição do sujeito e suas manifestações. Dessa forma, a criança não é mais tomada a cada etapa da sua vida e suas manifestações não restam somente analisadas em comparação com o que se espera nas diversas fases do desenvolvimento. Pelo contrário, o que se destaca com a Psicanálise é a compreensão singular de tais manifestações, tendo em conta o laço que a criança estabeleceu com o Outro, ou seja, o desenvolvimento está atrelado à constituição psíquica. Queremos dizer com isso que não há relação possível do sujeito com seu corpo se não está mediada pelo desejo e pelo corpo materno, onde se enunciarão a dialética da demanda e o desejo entre o *infans* e sua mãe.

“A constituição psíquica e o desenvolvimento não são efeito dos puros estímulos sensoriais, mas da sujeição dos mesmos ao crivo simbólico, à rede significante do Outro encarnado na mãe”. (JERUZALINSKY, 2002, p. 58)

Freud, ao deparar com as manifestações visíveis da criança, dá-se conta de que a observação, enquanto limitada à transcrição ou à tradução, deveria ser ultrapassada. Assim, analisando alguns comportamentos, como o grito do bebê, a brincadeira das crianças, entre outros, ele desenvolve sua teoria, chegando a conceitos como narcisismo, pulsão, sexualidade infantil etc.

Se tomarmos como exemplo o grito do bebê, vemos quão complexa é a repercussão dessa manifestação: diante do grito da necessidade, Freud situa a resposta específica de um agente externo, que transforma esse brado em demanda, instalando um circuito pulsional. O apelo se transforma em demanda, instaurando o desejo e o processo de constituição subjetiva.

Enfim, nessas considerações de Freud a respeito das manifestações da criança concreta, pode-se constatar algo além de um mote para a abordagem de construções na teoria psicanalítica (...). A criança foi objeto de interrogações, permitiu articulações, e cabe ressaltar, Freud a considera enquanto um funcionamento estruturado que (...) produz um texto, usa significantes, cifra suas urgência, ordena uma série e estabelece uma sintaxe. (VORCARO, 1997, p. 51/52).

Freud testemunha o fato de que a observação direta das crianças tem seus equívocos e não faz desse método uma função privilegiada para suas investigações clínicas. Pelo contrário, ele concede atenção muito maior à experiência individual da infância, que é capaz de responder sobre o “infantil”.

Freud mantém o caráter de irredutibilidade da manifestação da criança à observação direta, além de apontar os seus equívocos no próprio movimento em que explicita as determinações infantis, seja na primazia que este implica

quanto à constituição psíquica, seja quanto aos processos psicopatológicos. Enquanto abarca o saber do adulto do que teria sido sua infância, a criança é uma formação imaginária inconsciente do analisante adulto, que lhe permite definir a categoria do infantil sem que a materialidade da presença da criança se faça necessária. (VORCARO, 1997, p. 53).

Outro fator importante da obra freudiana, como já citado, está no fato de Freud delegar à criança o estatuto de criança real, simbólica e imaginária. A importância atribuída à criança real, aquela que está diante do psicanalista, dos médicos e do social, dirige-se também à criança imaginária e simbólica.

A criança ideal constitui-se como formação imaginária do ideal parental. Com tais considerações, Freud desenvolve seu conceito de narcisismo, pressupondo o narcisismo primário na criança como renascimento e reprodução do narcisismo dos pais. Ela é constituída pelo olhar parental: “nessa dimensão imaginária, a criança se especulariza referida num ideal de criança - modalização do infans que sustenta sua constituição”. (VORCARO, 1997, p. 57).

A criança simbólica também é fruto de uma elaboração teórica de Freud, quando a faz equivaler a alguns elementos como fezes, dinheiro, entre outros. Esses elementos são termos simbólicos posicionados numa equação inconsciente no momento em que a criança é posicionada como falo imaginário: “substituto substituível de um valor determinado pela economia subjetiva de um outro (...) que se torna agente da ação específica fundadora da subjetivação”. (VORCARO, 1997, p. 57).

Em relação à criança que se manifesta para Freud, esta “sustenta um existente irreduzível ao mal-entendido do observado, presença que se exerce suspensa a sua subjetividade inconstituída”. (VORCARO, 1997, p. 57).

Destacamos esse ponto importante da obra de Freud, visto que o objeto de nossa pesquisa recai sobre o lugar simbólico e imaginário que a criança ocupa no desejo dos pais, para assim entendermos o sintoma do corpo na criança ou, de modo mais específico, o câncer infantil.

Portanto, as manifestações concretas da criança na psicanálise guardam uma riqueza considerável no que incidem e se atravessa em muitas pontuações de Freud. Além da atualidade em que os estados primitivos podem ser sempre restabelecidos e considerando ainda a afirmação freudiana de que o anímico primitivo é imperecível, no seu sentido mais pleno, a criança pode ser reconhecida sob dois estatutos: a criança imaginária, que Freud localiza difratada tanto no futuro delegado aos filhos, como no passado em que o sujeito se reencontra na fantasia do que teria sido; a criança simbólica, que Freud situa como termo substituível numa equação. (VORCARO, 1997, p. 55).

Vimos linhas atrás que as manifestações da criança, segundo Freud, escrevem o texto cifrado de sua relação à alteridade. Nesse sentido, poderíamos também compreender o

sintoma somático em bebês e crianças pequenas como uma forma particular de manifestação da criança e, assim como as outras manifestações, poder ser lida como um texto cifrado de sua relação com o Outro?

Temos visto, no decorrer deste capítulo, que o termo criança, assim com infância e infantil, é portador de vários sentidos e que discorrer sobre estes nos permite uma compreensão do seu estatuto. Esses vocábulos, porém, estão referidos a um contexto histórico, significando dizer que, ao pensarmos na idéia de infância, devemos considerar as diversas significações que tal significante comporta, bem como o sentido histórico que ele carrega consigo.

Destacamos a diferença essencial entre os termos infância e infantil, visto que a primeira nos transmite a idéia de período cronológico, o tempo de ser criança, e o segundo transcende esse espaço temporal, significando uma construção subjetiva, tecida no seio da relação do sujeito com o Outro. O “infantil” é imperecível e faz-se presente mesmo quando se está adulto.

Compreendemos melhor o que é o “infantil” quando consideramos o estatuto real, simbólico e imaginário da criança. No cruzamento desses lugares (simbólico, real e imaginário) é que ocorre a constituição subjetiva, viabilizada com suporte em uma lógica estrutural, em detrimento da lógica desenvolvimentista. A Psicanálise ressalta o caráter estrutural do sujeito e lê as manifestações da criança não como simples ações, mas cifras da relação do sujeito com o Outro.

Se a doença, ou os sintomas do corpo, também pode ser vista como uma forma de manifestação da criança, e se esta se destaca enquanto cifra da relação do sujeito com o Outro, nossa pesquisa sobre tais sintomas deve levar em consideração esse laço que a criança estabelece com a alteridade, principalmente no momento de sua constituição, tempo inaugural para o sujeito, no qual também sucede a construção do corpo (simbólico e imaginário).

Achamos importante trilhar todo esse percurso até chegarmos ao ponto central do capítulo, que trata da constituição do Eu, processo sobre o qual está a chave para a compreensão dos sintomas do corpo, segundo nossa hipótese. Não nos esqueçamos de que a constituição subjetiva, a formação do inconsciente, é o que define a condição de criança para a Psicanálise, e esta aparece como referência teórica deste estudo.

2.4 O nascimento do psíquico – esboço da constituição do Eu

Ao fazer referência ao nascimento psíquico, pressupomos sua não-existência *a priori*, no instante do nascimento do bebê como realidade orgânica. Pelo contrário, o psíquico se constitui, e para tal é necessária a intervenção do Outro cuidador. Portanto, aqui damos o sentido de nascimento psíquico ao nascimento humano por excelência, à própria subjetividade, que vai dos desejos inconscientes à identificação de si.

Consoante Freud – desde os estudos do Projeto, mais precisamente em 1900, quando formula o esboço do aparelho psíquico – o nascimento psicológico está atrelado à experiência de satisfação da necessidade. Segundo o autor, na experiência da satisfação da necessidade, encontramos os primeiros esboços de psiquismo nos traços mnêmicos da satisfação alcançada: “a alucinação decorrente da reativação desses traços pela necessidade que se atualiza mostraria exatamente a presença rudimentar do psíquico, como traços de memória e representações”. (CELES, 2004, p. 43).

Durante a experiência de satisfação, o bebê, em razão da sua prematuridade, não consegue, por si só, dar trâmite a toda a excitação que irrompe seu aparelho psíquico. O acúmulo de excitação faz surgir a angústia, que aparece nesse momento como sinal psíquico de sua própria falta, revelando uma insuficiência de psíquico: “A presença, portanto, da pulsão sem trânsito, exigindo trabalho, institui o nascimento psíquico”. (CELES, op.cit p. 43).

Dessa forma, a constituição psíquica em seu sentido originário tem o propósito de atalhar a angústia, pois dá trânsito à excitação, evitando que esta se acumule, que se some: “o nascimento psíquico é decorrência do imperioso trabalho de dar caminho à pulsão, evitando assim o desenvolvimento da angústia”. (CELES, op.cit p. 46).

O aparelho psíquico, porém, não consegue, pelas próprias vias, fazer o trabalho de descarga de toda a excitação acumulada. O ‘princípio do prazer’, instância encarregada para tal fim, é limitado, requerendo um *suplemento* para sua eficácia. A pulsão, livre e desligada, necessita percorrer um caminho (circular) que vai da fonte à meta pulsional: “a exigência da constituição psíquica para o trânsito da pulsão, evitando a angústia, revela uma ação de Eros, de vida: um esforço de ligação”. (CELES, op.cit p. 47).

Podemos, então, pensar o psíquico como relativamente desvalido, pois jamais poderá efetivamente dar trânsito a toda a pulsão. É nessa hora que entra em ação o *suplemento* de que falávamos há pouco. Referimos-nos à ação desempenhada pelo Outro primordial, o

próximo cuidador, aquele que pode, por intermédio de uma ação específica, ligar a pulsão, inicialmente desligada.

Tencionamos expressar a idéia de que os traços mnêmicos da experiência de satisfação trazem a marca da presença do outro, pois a mãe, além de cuidar de suas necessidades, é introdutora de Eros, fornece os meios de satisfação pulsional, dando trâmite e ligando a pulsão:

Assim, pelo viés do fundamento da satisfação primeira, encontramos uma outra presença, que não a presença pulsional: a presença do outro, do adulto, como aquele que proporciona satisfação (...). O amparo às necessidades e a intromissão na satisfação do bebê, pela presença do adulto, constituem os dois aspectos mais importantes do nascimento psíquico. (CELES, 2004, p. 53).

Desde a ocasião em que o Outro entra em cena, é possível fazer uma nova leitura da experiência de satisfação: as necessidades passam a ser entendidas como demandas, requerendo serem satisfeitas. Logo, o bebê humano, desde o momento em que entra em contato com o outro da relação, deixa seu estatuto de ser de necessidade para se transformar em ser de desejo.

Lacan, no texto *Subversão do sujeito e dialética do desejo* (1966), propõe o *grafo do desejo*, que nos ajuda a compreender melhor esse momento mítico da experiência de satisfação. O primeiro momento desse grafo é marcado pelo real do corpo do recém-nascido. Representa a necessidade. O grito e as agitações motoras do bebê servirão de descarga ante o montante de tensão, mas se revelarão incapazes de sozinhas ajudarem o sujeito. A linha da necessidade, porém, encontra o grande Outro, encarnado na personagem maternal; ou seja, a necessidade vai encontrar, naquele que a acolhe, uma resposta humana. É o reconhecimento do grito enquanto apelo.

Na perspectiva lacaniana, é nesse momento que o bebê entra no mundo da linguagem. Suas produções, antes encaradas como pura descarga de tensão, passam a ser lidas como mensagens endereçadas ao Outro, geralmente encarnado pela mãe.

Aquele ou aquela que ouve o grito da necessidade, e que se posiciona como seu destinatário, transforma esse grito, não emitido por ninguém, em um ato de alguém. Esse ato é fundador, já que nesse momento o bebê é promovido ao estatuto de sujeito falante.

É importante sublinhar, todavia, o fato de que o Outro não só codifica as manifestações do bebê, introduzindo-as num código, lendo-as como significantes, mas também responde com uma resposta específica, capaz de apaziguar tal tensão e possibilitar o contínuo movimento do circuito pulsional. Chamamos a isso de Encontro Inaugural. A partir daí, antes de qualquer linguagem propriamente dita, o bebê fala; ele é

promovido ao estatuto de sujeito falante. Dessa forma, a mãe organiza o real pela coerência de suas respostas.

Ao apelo do sujeito a mãe responde por uma escolha de significante e assim por uma perda. É a mãe que fixa a significação da demanda e torna presente na palavra um ou outro significante (...). A partir da intencionalidade da necessidade, a demanda convoca o Outro para o lugar do código, de onde a mensagem adquirirá sentido (...). Além da satisfação da necessidade a demanda se constitui como presença sobre um fundo de ausência, e é nesse além da demanda, do lado do desejo do Outro, que se constitui o desejo do sujeito. (PIRARD-VAN DIEREN, 1998, p. 146).

Esse momento em que se formaliza a resposta que o outro, como Outro, dá ao apelo do sujeito corresponde à segunda etapa do grafo do desejo, conforme Van-Dieren (1998): “É nessa etapa que o sujeito vive a experiência do desejo como desejo do Outro. Ele vive a experiência da ordem simbólica”. (P. 146).

A terceira etapa constitui o tempo do especular, momento em que o bebê passa ao reconhecimento de si enquanto unidade corporal. Esse reconhecimento, no entanto, só se torna possível porque há um Outro que lhe fornece essa imagem, com a qual ele se identificará.

A terceira etapa constitui o recurso à experiência especular na medida em que ela é fundadora do eu e que vem prevenir o desespero na relação ao desejo do Outro. Tempo de identificação imaginária ao pequeno outro encarnando o Outro. (VAN-DIEREN, 1998, p. 147).

Muito mais do que uma ordem cronológica, essas três etapas dizem de um tempo lógico no qual o bebê, antes mesmo de nascer, já existe no desejo dos pais. É isso que favorece o seu reconhecimento como sujeito e possibilita ao Outro toma-lo como um objeto de satisfação; vale dizer, quando o bebê se põe no lugar de objeto da pulsão para o Outro, que se mostra, de então, desejante em relação a ele.

Divisamos, amiúde, a noção de que o processo de constituição do sujeito é algo complexo. É necessário que haja a ilusão antecipadora materna, capaz de transformar o bebê em ser de linguagem, o que não é, senão no primeiro tempo, puro real. Esse olhar, que não se confunde com a função orgânica da visão, trata-se de uma forma particular de investimento libidinal e é o que permite tal ilusão antecipadora, na qual eles percebem o real orgânico aureolado pelo que aí se representa. Só assim o sujeito pode advir.

2.5 Os três tempos do circuito pulsional e o surgimento do novo sujeito

Antes de nos debruçar sobre o Estádio do espelho, é importante discutir as condições anteriores de possibilidade do advento do Eu como instância psíquica. O que queremos dizer é que a criança só se reconhecerá como sujeito, organizada numa imagem corporal, se antes o Outro, encarnado geralmente pela mãe, puder investir esse corpo, lhe atribuir significantes, acrescentar ao objeto real (o corpo orgânico do bebê) uma imagem real (os atributos subjetivos).

Esse momento anterior – se é que podemos pensar numa ordem nesse caso – corresponde ao tempo em que o bebê fissa o gozo materno, fazendo-se objeto de desejo desse novo sujeito, que é o outro. Esse momento corresponde ao que Laznik (2004) denominou como a terceira etapa do circuito pulsional.

No primeiro momento, como vimos, o psíquico na sua forma mais elementar, constituído por traços mnêmicos advindos da experiência de satisfação e do encontro com o Outro, impõe um trabalho de ligar a pulsão. É necessário que a pulsão percorra um caminho por infinito número de vezes, na forma de círculo, para que se satisfaça. É somente no segundo momento, que corresponde ao terceiro tempo desse circuito pulsional, que a criança, ao ser tomada como objeto de desejo, pode advir como sujeito, sujeito do inconsciente. Como dissemos, o psíquico diz da própria subjetividade, *que vai dos desejos inconscientes à identificação de si*.

Costuma-se dizer que originariamente um bebê é humano quando alguém o reconhece como tal. Talvez se possa entender assim o “mínimo” psíquico. Mas cabe perguntar que reconhecimento é esse – portanto, que processo se está abreviando sob o termo “reconhecimento” e quais seriam os elementos ou os fatores envolvidos nesse reconhecimento: o bebê e o alguém que o reconhece. (CELES, 2004, p. 43).

Recorreremos, então, aos estudos feitos por Laznik (2004) sobre pulsão e circuito pulsional, para que possamos responder a essa indagação de Celes (2004) sobre o reconhecimento do bebê como humano. Segundo Celes, é somente percorrendo os três tempos do circuito pulsional que a pulsão se satisfaz (satisfação parcial), e é no terceiro tempo que há o reconhecimento de que falamos há pouco (reconhecimento, por parte do Outro real, do bebê comoo sujeito de desejo, após ter sido posto no lugar de objeto, de falo). Seguiremos o exemplo de Laznik, partindo da pulsão oral, apesar de Freud, em 1915, descrever o circuito pulsional partindo da pulsão escópica e do sado-masquismo.

De forma sucinta, os três tempos do circuito pulsional podem ser resumidos da seguinte forma: o primeiro tempo é aquele em que o bebê vai à busca do objeto oral; o segundo é o tempo da experiência alucinatória de satisfação, intimamente relacionada com o auto-erotismo. O terceiro é o tempo do remate pulsional, que podemos propriamente chamar de satisfação pulsional. No terceiro tempo, a criança vai se fazer objeto de um *novo sujeito*: “quer dizer que a criança se assujeita a um outro que vai se tornar o sujeito da pulsão do bebê. Haveria aí, no nascimento mesmo da questão do sujeito no ser humano a forma radical de uma necessária alienação”. (LAZNIK, 2004, p. 27).

Quem vem a ser, contudo, esse novo sujeito? O pequeno outro, normalmente a mãe, a quem a criança se oferece a fim de capturar seu gozo. É nesse momento que acontece o remate pulsional, ou seja, que a pulsão alcança sua meta, que é a satisfação. Nas palavras de Lacan (1964), “Esse sujeito que é propriamente o outro, aparece no momento em que a pulsão pôde fechar seu curso circular. É somente com sua aparição ao nível do outro que pode ser realizado o que concerne à função da pulsão”. (P.169).

Então, o outro se constitui sujeito da pulsão, a quem o *infans* está alienado. Dá-se, com tudo isso, o tempo da alienação, uma das operações de causação do sujeito. Segundo Laznik (2004), Lacan opera um enodamento entre o surgimento do sujeito (esse novo sujeito) e o remate do circuito pulsional.

É no remate do circuito pulsional que o sujeito (o novo sujeito) atinge aquilo que é a dimensão do grande Outro. Isso significa ser necessário que o circuito pulsional se complete para que o outro se constitua como Outro e, assim, o *infans*, alienando-se aos significantes do Outro real, ‘receba’ o estatuto de sujeito do inconsciente.

Temos aí um desenvolvimento que concerne um tema específico da obra de Lacan, o sujeito enquanto sujeito do inconsciente. O dito sujeito vem alcançar a dimensão do Outro pelo intermédio do remate da pulsão. E sabemos por outro lado, que o sujeito do inconsciente se constitui no campo do Outro. Lacan articula, pois, pela primeira vez na sua obra, me parece, o sujeito do inconsciente com o sujeito proveniente do remate pulsional. (LAZNIK, 2004, p. 61).

É nesse assujeitamento – se fazer objeto – que uma dada criança vai poder ascender ao campo do Outro, quando ela poderá então advir, estando sujeita aos seus significantes.

Lacan articula esse outro diante do qual o **Ich** vai vir se assujeitar, se fazer objeto, e esse Outro, lugar do tesouro dos significantes, no campo do qual vai se constituir o sujeito do inconsciente. A esse Outro que se apresenta ao mesmo tempo como sustentado por um pequeno outro, um semelhante, Lacan dá o nome de Outro Real. (LAZNIK, op. cite., p. 64).

Podemos então dizer que, pela sua teoria das pulsões, Lacan propõe pensar o surgimento do sujeito do inconsciente no laço com o significante, portanto, no campo do Outro, ao mesmo tempo em que este laço acontece em um assujeitamento ao Outro real, o que já implica a dimensão de um pequeno outro.

Podemos dizer, pois, atentando para a relação que o sujeito do inconsciente estabelece com o Outro, na sua dimensão de Outro e pequeno outro, que a operação de alienação, própria da terceira etapa do circuito pulsional, acontece nos três níveis – real, simbólico e imaginário – como nos aponta Laznik (2004), nas páginas 80 e 81.

Alienação real, porque o eu, que ainda não é Eu, se aliena a esse pequeno outro (sujeito da pulsão) no momento em que físga seu gozo. No pólo alucinatório de satisfação de desejo, os traços mnêmicos do seu gozo, expressos, por exemplo, no sorriso da mãe quando o bebê se oferece a ela, é que serão registrados e re-investidos como traços mnêmicos do Outro materno e que, conforme lembra Laznik (2004), Freud chama, no Projeto, de representações do desejo.

Alienação simbólica porque, no momento em que o bebê é tomado como objeto de desejo, é banhado de significantes, passando de ser da necessidade a ser de desejos. Esses significantes vêm do Outro, numa alienação inevitável a esse Outro.

E alienação imaginária, porque “o assujeitamento a esse outro, sujeito da pulsão, tende a dar ao eu um corpo através do enodamento possível com a dimensão imaginária da alienação, aquela que implica a constituição do eu (moi) na imagem especular do semelhante”. (LAZNIK, 2004, p. 99).

A subjetividade humana estará, portanto, atrelada à origem do aparelho psíquico e posteriormente à constituição do eu como instância psíquica.

De forma sucinta, faremos uma síntese do que vimos até agora, considerando o circuito pulsional, que parte dos primeiros traços mnêmicos, até desembocar na constituição de um sujeito de desejo, no momento do Estádio do Espelho.

O bebê, em razão da sua prematuridade, que é própria ao filhote de homem, encontra-se na condição de impotência vital, incapaz de cumprir sozinho a ação específica necessária para fazer cessar a excitação proveniente do interior do aparelho psíquico e, por conseqüência, o desprazer que a segue. É nesse momento que se faz importante uma ajuda ‘estrangeira’ fornecida por um indivíduo assegurador, atento ao desamparo original da criança.

Aqui, um cancelamento do estímulo só é possível mediante uma intervenção que elimine por um tempo, no interior do corpo, o despreendimento (desligamento) de Qh, e ela exige uma alteração no mundo exterior (...) que, como ação específica, só se pode conseguir por vias definidas. O organismo

humano é, no começo, incapaz de levar a cabo a ação específica. Esta sobrevém mediante auxílio alheio; pela descarga sobre o caminho da alteração interior, um indivíduo experimentado é advertido do estado em que se encontra a criança. (FREUD, apud VORCARO, 1997, p. 72).

quando o outro se faz presente, no entanto, muito mais do que o suprimento da necessidade, é essa presença em amor que deixará marcas. Esta, porém, não se faz de qualquer forma, pois é necessário que o agente materno esteja posicionado adequadamente numa estrutura simbólica e que busque na sua pré-história os significantes que nortearão a sua relação com o bebê.

A presença do Outro, no laço que se forma entre o Outro real e o bebê, permite que aquele consiga ler como mensagens as manifestações pulsionais do bebê, isto é, seu fluxo vital, manifesto em gritos, ganha os atributos diferenciais que um outro lhe confere: “em suma, as manifestações vitais são signos, marcas que representam um sujeito para alguém”. (VORCARO, 1997. p, 72).

É importante destacar o fato de que tais manifestações, além de serem lidas e interpretadas pela mãe, são postas em ato pelos cuidados dispensados ao bebê. A intervenção do agente materno é, portanto, a condição de possibilidade do seu vir-a-ser: “o ato de suprimento das necessidades vitais do organismo neonato implica a estrutura desejante do único sujeito aí presente: o que faz função de agente que suporta a linguagem. O *infans* – em seu puro real orgânico, é investido pelo agente, no lugar de signo de seu desejo”. (VORCARO, 1997. p, 72).

Por tudo isso, o agente materno investe imaginariamente o *infans* como aquele que dá conta da sua falta, o instrumento do seu desejo, o seu falo. E é por isso que ela o deseja. Nesse processo, o *infans* passa à posição de ser desejante e a mãe a ser aquela que possui os atributos necessários capaz de suplantar a sua falta (pôr em movimento o circuito pulsional do bebê que, como vimos, é responsável pela satisfação da pulsão), sendo ela mesma o instrumento da vivência de satisfação daquele.

Possuindo o *infans* como atributo de valência singular, objeto suplente de sua falta imaginária, o agente materno supõe um sujeito na manifestação da necessidade articulada pelo *infans* como grito. Transforma o grito da necessidade em apelo que este agente articula como demanda de um sujeito. A essa demanda suposta a um sujeito, o agente responde, trazendo o apaziguamento, e é na fugacidade dessa ação de supor um sujeito no grito que se situa o ponto de inseminação no simbólico. (VORCARO, 1997, p. 74).

É no laço estabelecido entre o Outro primordial e o *infans* que a pulsão percorre seu circuito. O bebê se oferece ao agente materno como falo, com o objetivo de fisgar seu gozo. Por outro lado, a mãe olha seu bebê antecipando nele um sujeito e pondo em circulação seu

desejo. Um fio invisível de amor é o que une uma e outra dessas personagens e uma imagem real advém desse laço, sobre a qual o bebê se precipita num processo de identificação a essa imago, como veremos a seguir. É nessa identificação imaginária que o eu se constitui.

A pulsão, ao percorrer todo o seu trajeto, que vai da fonte à meta pulsional, ou seja, o remate pulsional nos seus três tempos, possibilita a entrada da criança no que se denomina (Lacan 1949), Estádio do Espelho. É só desse momento em diante, após ter advindo no desejo dos pais, que a pequena criança poderá um dia, identificando-se com a imagem que lhe é proposta pelo Outro, constituir-se como eu unificado, portadora de uma imagem plena e de um corpo imaginário. É sobre a constituição do Eu que nos deteremos a seguir, utilizando-nos para isso da metáfora, proposta por Lacan, do Estádio do Espelho.

2.6 O Fenômeno especular – Como ocorre a constituição do eu.

Por que o fenômeno especular afigura tal importância, não somente no funcionamento, mas também e sobretudo nas instaurações precoces e fundamentais do psiquismo humano?

Como vimos, a instauração precoce do psiquismo humano acontece na dependência do Outro primordial, quando os primeiros traços mnêmicos da experiência de satisfação com este Outro são impressos. A qualidade deste traço depende diretamente da qualidade do laço que o bebê estabelece com o Outro.

Podemos dizer que esses traços mnêmicos correspondem ao psíquico no seu estado mais primitivo e que o rudimento de um eu está prestes a se formar. Antes, porém, que o eu se constitua, o *infans* passa pela categoria de objeto, instaurando o desejo do Outro.

A experiência óptica de Bouasse é um modelo que permite metaforizar a instauração primeira da estrutura do aparelho psíquico, instauração que vai justamente permitir que se constitua a imagem do corpo. É uma experiência que une um objeto real (no caso, o real orgânico do bebê) a uma imagem (projeção do desejo da mãe). Essa experiência se opera no inconsciente da mãe e é com essa imagem real que o sujeito estará um dia em posição de se identificar. Chamamos a essa projeção, efeito da montagem do espelho, de ilusão antecipadora materna.

Com efeito, o que vem constituir para o bebê mais tarde a vivência de seu corpo, supõe uma articulação complexa entre sua realidade orgânica e o que

eu chamo a erolhar¹ dos pais. Este olhar não se confunde com a visão. Trata-se sobretudo de uma forma particular de investimento libidinal, que permite aos pais uma ilusão antecipadora onde eles percebem o real orgânico do bebê, aureolado pelo que aí se representa, aí ele poderá advir (...). Este olhar é o que funda a possibilidade mesma da constituição da imagem do corpo e da relação com o semelhante. (LAZNIK, 1997, p. 39).

O que vemos acontecer é que a mãe atribui a esse bebê, tornado seu, os objetos de seu desejo e que é o bebê assim olhado que se tornará aquele que um dia perceberá sua imagem no espelho. Este olhar é o que funda a possibilidade mesma da constituição da imagem do corpo e da relação com o semelhante.

É esta imagem originária que permitirá que o bebê vá reencontrar com júbilo na sua imagem especular a primeira imagem fundadora que dá sua unidade e assim buscar a confirmação de tal imagem no olhar do outro.

Então, o primeiro momento do Estádio do Espelho é aquele em que a criança fica identificada ao desejo da mãe: “Há um Outro que recorta seu corpo, que o investe, que lhe atribui significantes e lhe devolve uma imagem unificada do seu corpo”. (WANDERLEY, 1999, p. 142).

Até agora temos visto que a imagem “falicizada” do bebê se forma somente no campo do Outro, ou seja, a possibilidade de “falicização” não ocorre no espelho, porque aí nos vemos como somos na realidade: faltantes. O outro é quem está posicionado adequadamente na estrutura simbólica e é somente no olhar deste que vem a se constituir o conjunto formado pelo orgânico e pelo investimento libidinal. Para isso, no entanto, é preciso que o aparelho psíquico da mãe seja capaz da ilusão antecipadora, ou seja, que ela veja o que não está lá.

Este conjunto formado pela visão antecipadora daquilo que o bebê não é – ou seja, dessa divindade que se tornará – reunida ao real desse organismo que é, é o que possibilita a unidade do corpo do bebê. Somente assim o bebê vai poder, mais tarde, olhar-se no espelho e voltar-se para ver os olhos dos pais. E o que ele vê, neste olhar parental, é o orgânico aureolado por este investimento libidinal de que é objeto. (LAZNIK, 2004, p. 162).

Outra condição essencial para que se forme essa imagem falicizada de que estamos falando está no fato de o Outro conter uma falta. Somente assim, o Outro poderá conceder atributos fálicos ao bebê, indo pois em busca da realização do seu desejo, constituído desde a época da problemática edipiana. Mas para isso, o bebê tem que também ser posto no lugar de um ideal.

¹ Palavra construída pela própria autora. Lê-se no original Èregard, que significa era e olhar.

É somente no segundo momento do Estádio do Espelho que o *infans* se deparará com essa imagem que vem do Outro. Para que o *infans* possa ver a si próprio, no entanto, é necessário que haja uma modificação nesse esquema inicial, introduzindo aí um espelho plano, que permitirá então ilustrar o Estádio do Espelho propriamente dito, este momento em que o sujeito, ainda *infans*, se reconhece na imagem que lhe é proposta.

O sujeito *infans* vai de fato se projetar na imagem totalizante de si mesmo que a ele vem do campo do Outro. A Jubilação que Lacan descreve no estádio do espelho traduz um domínio antecipado que se paga com uma dimensão alienante: pois a imagem especular, cadinho do eu e da imagem do corpo do futuro sujeito, se constitui em um tempo princeps, no olhar do outro, sustentando o lugar do Outro, do qual ele tira seu poder. (CABASSU, 1997, p. 24).

O Estádio do Espelho é de fato um momento fundador em que a antecipação sobre a imaturidade motora conduz à constituição da imagem do corpo, importa dizer, além da constituição do eu como instância psíquica, o espelho também funda a imagem do corpo. Na verdade, ambos estão intimamente relacionados, já que o eu é antes de tudo um eu corporal.

O que de fato, no entanto, é o Estádio do Espelho? Podemos entendê-lo como a ocasião em que o bebê, ainda num estado de pré-maturidade orgânica, quando nem ao menos consegue se apoiar em seu corpo, se olha num espelho e reconhece aquela imagem que ele vê como sendo a sua. Então, ao se reconhecer nessa imagem, o bebê vira em direção daquele que lhe segura nos braços para receber deste a confirmação da imagem que vê. Como nos diz Lacan (1949), a identificação com essa imago produz uma transformação no sujeito.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1949, p. 97).

Jeruzalinsky (2002), por sua vez, ao se referir a esse momento lógico teorizado por Lacan, esclarece:

A constituição do Eu se dá pela alienação do bebê a essa imagem que o Outro encarnado lhe apresenta como sendo a dele (do bebê). Produz-se aí a identificação imaginária: o bebê se identifica com essa imago que lhe oferece a imagem antecipada de um corpo próprio. Tal imagem virtual é um reflexo do espelho constituído pelo investimento do narcisismo materno no bebê, e efeito da antecipação imaginária que a mãe produz para ele. (P. 22).

Essa antecipação acontece quando a mãe, por exemplo, “adota” essa criança, incluindo-a na sua cadeia parental, formulando para ela uma história. Para que possa ocorrer a

constituição do sujeito, pois, é preciso um Outro encarnado que sustente em relação ao bebê a temporalidade do desejo.

Quando se sustenta a suposição de um sujeito no bebê, num tempo em que ele ainda não o é de fato, se produz uma antecipação. Trata-se aí de uma antecipação que é constitutiva do sujeito, que aposta na constituição do EU da enunciação, desde o qual um bebê poderá vir a apropriar-se das aquisições instrumentais em nome de um desejo. (JERUZALINKY, 2002, p. 88).

Por fim, falaremos sobre esse laço mãe/bebê e como a qualidade desta relação pode comprometer a saúde orgânica do bebê.

2.7 O laço pais/bebê – a função do próximo prestativo como estruturante da organização inconsciente e do corpo do bebê.

Escrevemos na apresentação deste trabalho que, de acordo com alguns teóricos da Psicanálise, o sintoma somático pode ser compreendido com origem em uma falha no processo de simbolização, ocorrido na relação primordial do Outro com o *infans*. Sabemos com certeza que a não-instauração desse laço compromete de maneira significativa o processo constitutivo do aparelho psíquico e, conseqüentemente, a constituição do eu. Acreditamos também que essa mesma falha influencia na construção do sintoma somático. Antes de explorar, porém, esse aspecto, nos deteremos nesse final de capítulo sobre as bases da relação pais/bebê.

Nas últimas décadas, muitos estudos foram feitos sobre a relação mãe/bebê. Desses, alguns pontos foram formulados, como o reconhecimento de que o estado emocional da mãe tem importante papel, de maneira manifesta, no que vai se passar com a criança, influenciando inclusive no seu estado de saúde. Provavelmente, antes mesmo do nascimento, o bebê humano já é um ser de relação, e a relação que ele estabelece com o outro humano se revela fundamental para o seu futuro.

A importância de tal vínculo se encontra na prematuridade própria do bebê humano, cuja sobrevivência não é possível sem a ajuda de outro. Nessa hora, entra em cena aquele que representa o Outro real: a personagem maternal torna-se imprescindível, visto que a vida do bebê depende dela, de forma literal. É por essa relação inevitável que tanto o organismo sobrevive como o aparelho psíquico dá-se a constituir: “entre o adulto humano e o bebê de quem ele cuidou, produziu-se uma construção, uma relação complexa, que preside o advento

psíquico da criança, e que costumamos chamar o ‘laço mãe/criança’”. (CULLERE-CRESPIN, 2004, p. 20).

Esse laço primordial de que estamos tratando aparece em duas vertentes, que na verdade são duas modalidades diferentes de o Outro entrar em contato com o bebê, e que são importantes para o desenvolvimento do seu psiquismo: as funções materna e paterna. De forma breve, podemos dizer que a função materna se caracteriza pela forma particular em que a mãe entra em contato com seu bebê, tomando-o como um pedaço dela mesma e podendo, por conta disso, interpretar as urgências manifestas por ele. Ao agir assim, ela passa a ocupar um *lugar atributivo*, ou seja, atribuindo sentidos às manifestações do bebê, o que lhe permite ‘fabricar’ seu bebê.

No livro *A criança e a Psicanálise*, Bergès e Balbo (1997) propõem a idéia de que o laço primordial mãe/criança é fundamentalmente *transitivo*, e por esse fato a mãe suscita normalmente a hipótese de saber em sua criança. Tudo se passa como se a mãe lesse na criança algo que ali estivesse escrito, e, com essa leitura, a criança pode se identificar ao que ela lhe diz. Isso significa que:

Quer seja o conteúdo dos seus pensamentos, conscientes e inconscientes, ou os enunciados de seu discurso, representações que ela projeta sobre o bebê, a mãe pensa seu bebê, ela lhe atribui conteúdos psíquicos (...). É assim que uma mãe sabe pelo seu bebê, ela sabe por ele como ela sabe por ela mesma: é a dimensão transitiva da função materna. E esse forçamento no entanto é inevitável e constitutiva do sujeito, dado que isso comporta sua ascensão ao universo simbólico. (CULLERE-CRESPIN, 2004, p. 29).

Logo, o laço primordial, em sua vertente materna, é atributivo e transitivo e corresponde à onipotência originária da mãe, e à operação de alienação, como nos propõe Cullere-Crespin (2004).

No que diz respeito à função paterna, trata-se do operador psíquico da separação, aquela que introduz um corte e regula a onipotência primordial da mãe.

A função paterna introduz um limite ao gozo materno, articulado à onipotência primordial: graças a ele, o bebê deixa seu estatuto de ser uma parte da mãe e não se faz mais tão previsível. Ela introduz a dimensão da alteridade e garante assim o espaço para que o psiquismo da criança possa se desenvolver. (CULLERE-CRESPIN, 2004, p. 29).

Assim, como lembra Cullere-Crespin (2004), as funções maternas e paternas são antagonistas e complementares e é de sua articulação que resulta o que identificamos como as trocas satisfatórias com um bebê.

Por tudo isso, podemos dizer que, quando se está diante de um bebê, ali também encontramos seus pais, estejam eles presentes ou ausentes da função que lhes é reservada no

momento em que um filho é gerado. Sua constituição como sujeito terá como entorno a organização psíquica daquele que representará seu Outro primordial e deste receberá influências.

Os fantasmas parentais, a relação da mãe com sua própria infância, a possibilidade de investir narcisicamente no filho que ali está determinam ou dificultam a instalação deste vínculo inicial.

Os registros primitivíssimos e inconscientes da maneira de como o Outro cuidou da mãe quando ela própria era bebê serão, em grande parte, os registros os quais uma mulher fará apelo ao cuidar de seu bebê. (CULLERE-CRESPIN, 2004, p.18).

Como o bebê ainda não possui um aparelho psíquico capaz de regular todos os estímulos que o corpo recebe (estímulos internos e externos), faz-se necessário que a mãe (entendida como função) ocupe esse lugar de pára-excitação, como nos diz Rannã (1997), mediatizando toda a tensão que recai primeiramente sobre o corpo e, no segundo momento, sobre o aparelho psicológico. Isso só é possível quando a mãe entra em contato com seu bebê, tomando-o como um pedaço dela mesma, o que é próprio da função materna, como vimos há pouco.

No bebê, as excitações provenientes das urgências somáticas e das experiências interativas invadem o seu ainda precário e embrionário aparelho psíquico, não tendo aí como serem escoadas para as estruturas psíquicas, de representações; vão circular de volta para o somático, sobrecarregando-o, podendo dar origem a distúrbios de variados graus de gravidade. (RANNÃ, 1997, p. 110).

O papel da mãe como função está justamente no fato de poder atender as urgências físicas e psíquicas do bebê, além de dar sentido aos seus gritos e movimentos, com base nos seus referenciais subjetivos e inconscientes. Ou seja, transformar o apelo em demanda. Aí fica enfatizado o caráter fantasmático da interação, atribuindo à para-excitação um aspecto intersubjetivo.

O estado de prematuridade do bebê já o situa numa posição de *ser de relação*, dependente de um laço com o outro semelhante, outro ser falante, sobre o qual as operações de identificação poderão ocorrer. Podemos designar também esse Outro da relação primordial por *próximo prestativo*. Esses dois termos constituem, cada um, definição própria.

Tomando o texto de Freud (1895), *Projeto para uma psicologia científica*, podemos dizer que próximo adquire o mesmo sentido de semelhante, ou seja, um ser submetido à linguagem, o que lhe confere um caráter eminentemente humano. Já prestativo significa que esse outro seja portador do desejo de sobrevivência pelo recém-nascido, aquele que está

atento às urgências físicas e psíquicas do bebê, colocando-se como doador de dons e dos objetos de satisfação daquele.

Este semelhante intervém desde o início da vida psíquica, executa a ação que faz cessa a excitação endógena e, conseqüentemente, permite a experiência de satisfação. Esta experiência tem conseqüências radicais sobre a complexificação do aparelho psíquico, pois deixará traços mnêmicos de lembranças de diversas ordens. (LAZNIK, 2004, p. 142).

Como a imagem inconsciente do corpo é formada nessa relação primordial entre a mãe e seu bebê, faz-se importante, ao questionarmos sobre os sintomas somáticos, considerar esse tempo inicial, no qual o que existe é na verdade um corpo para dois, em que as fantasias inconscientes da mãe incidem no corpo do bebê, desenhando-o. Não devemos esquecer a dimensão imaginária que sustenta a relação mãe/bebê.

Sabemos que o bebê da fantasmática parental – tecido pelo desejo e pelo imaginário dos pais, através do qual o Outro se estabelece – determina a existência do bebê real. Um bebê se constitui enquanto tal através do desejo, da imaginarização de seus pais, das marcas que o Outro imprime em seu corpo e em seu psiquismo. (ARAGÃO, 2004, p. 114).

Logo, quando um bebê nasce com algum problema de ordem orgânica que possa comprometer seu desenvolvimento, ele tem abalado, de antemão, seu marco inicial. Isso acontece em razão de uma série de conflitos desencadeados nos pais quando sabem que seu filho porta alguma patologia orgânica.

Algumas dúvidas surgem no imaginário deles, como a questão de saber se o corpo do bebê suportará seus desejos e sua “imaginarização”. Só por essa dúvida surgir (o que acontece quando o bebê não vem “como esperado”) coloca-se em questão a redefinição dos lugares que essa criança ocupa na fantasmática parental. O limite imposto pelo real poderá inibir a antecipação imaginária, função primordial na constituição do sujeito.

Jeruzalinsky (2002) aponta que os efeitos imaginários das patologias se tornam ainda mais graves para um pequeno paciente, pois aí se percebe como algo que é da ordem de uma limitação orgânica “passa a operar como obstáculo simbólico e imaginário no estabelecimento do laço entre a criança e os pais, já que o corpo do bebê pode ser visto como um receptáculo do inconsciente materno”. (JERUZALINSKY, 2002, p. 227).

Se os pais não conseguem mais identificar esse filho doente ao filho idealizado, que traz consigo a promessa de realização narcísica dos ideais parentais, pensamos que a fonte de investimento libidinal que recai sobre a criança poderá ficar comprometida, uma vez que ele talvez não se encontre mais na cadeia de desejo dos pais. Ao levarmos em conta esse fato,

podemos dizer que a criança é dada por morta (morre no desejo dos pais) e é nesse lugar que ela vai se identificar, por supor ser aí que ela é desejada.

O câncer infantil pode instaurar uma sensação de fracasso nos pais e dificultar um olhar narcísico que veja além do real orgânico do bebê. Nesse contexto, pensar no sofrimento desses bebês ou crianças pequenas significa refletir no risco que correm de não estabelecerem trocas afetivas e não terem ao seu dispor uma palavra verdadeira, que os situe em relação aos seus pais e a si mesmos.

Sem dúvida, a aproximação desse bebê real (com câncer) ao bebê imaginário, construído durante a gestação, demandará dos pais um tempo de elaboração. É como se muitos pais esperassem uma garantia ou pelo menos sinais consistentes, por parte do bebê, de que podem investir afetivamente na relação, sem ameaças de perda.

Como se nota, os pais ficam inseguros quanto aos sentimentos e atitudes que devem dispensar aos filhos doentes. Entram, talvez, em ação sentimentos ambivalentes, despertando neles sentimentos de culpa, impotência, enfim, muitos 'complexos' inconscientes que, até então, estavam sob censura. Pensamos que esses conteúdos inconscientes relacionam-se intimamente com o pensamento (profético), expresso na fala de muitas mães e pais, de que o filho não vai se curar e de que provavelmente haverá uma recidiva:

... Permanece para sempre, na mente dos pais, a possibilidade de uma recaída. Por isto sentem dificuldades em pensar no futuro de seu filho doente, vislumbrando apenas uma única alternativa: a volta do câncer. (VALLE, 2001, p. 22).

Sem uma interrogação sobre o futuro que abra caminho para um funcionamento desejante, corre-se o risco de que a vida do bebê/criança fique achatada em um tempo presente, de que o bebê/criança se torne objeto de um oráculo, à espera do cumprimento do trágico destino.

3 SINTOMA SOMÁTICO: CONSIDERAÇÕES METAPSICOLÓGICAS SOBRE CORPO E SINTOMA

A psicanálise parte do sintoma histérico e mostra seu significado simbólico. O distúrbio que concerne a doença orgânica reporta a um outro significado, a possibilidade de inserir o sintoma numa “lógica” do inconsciente. (EISEMBRUCH, 2000).

No capítulo anterior trabalhamos o processo de constituição subjetiva, considerando imprescindível para isso a relação que o bebê estabelece inicialmente com o Outro. Recorremos então a Lacan (1949), no texto *O Estádio do Espelho*, no qual está contida a idéia de que o Outro oferece uma imagem unificada à criança, com a qual ela se identificará, imagem essa essencial para a constituição do eu e da imagem do corpo. Para que esta imagem, no entanto, se dê no campo do Outro, é necessário que a ‘mãe’ tenha investido libidinalmente o corpo do bebê, ou seja, tenha sido capaz não só de transformar em mensagens as manifestações deste, mas também de se colocar como destinatária dessas mensagens!

Abordamos também a importância do aparelho psíquico na experiência de satisfação, na qual a pulsão entra em campo, subvertendo o instinto e deixando suas marcas no corpo, fazendo, então, submergir outro corpo, corpo erógeno, sede da experiência sexual.

Apesar da universalidade dos conceitos freudianos, a cultura de cada época imprime certa singularidade ao laço pais/filhos, implicando, entre outras coisas, o lugar que os filhos ocupam no desejo dos pais e a forma como estes lidam com o adoecimento dos seus filhos, principalmente quando sob ameaça de morte.

O laço pais/filhos, de que ora falamos, não acontece sempre de forma tão harmônica. Podemos observar, muitas vezes, falhas nas funções maternas e paternas, que se mostram nos sintomas nos filhos, alguns deles da ordem do sintoma do corpo. É sobre esta hipótese que tentaremos compreender a formação do sintoma somático, desde os lugares que os filhos ocupam no desejo dos pais.

Antes de abordar diretamente os sintomas do corpo e a Psicossomática, nos deteremos sobre a concepção de corpo presente no discurso psicanalítico, tomando como base a metapsicologia freudiana.

3.1 O Corpo na metapsicologia freudiana

O corpo aparece como objeto de estudo, abarcando diversos campos do saber e visto por vários ângulos. Como vimos na apresentação do tema, podemos pensar o corpo em várias perspectivas. Dentre tantas, escolhemos a Psicanálise como referencial teórico, no entanto, o que de fato queremos dizer quando falamos em corpo? Temos visto que este significante nos remete a vários significados, mesmo quando encontrado dentro de um mesmo referencial epistemológico, como o da Psicanálise. No presente estudo, utilizaremos o conceito de corpo tal como abordado por Freud nos seus estudos metapsicológicos.

Os fundamentos metapsicológicos podem ser encontrados desde 1900, quando Freud teoriza o aparelho psíquico no capítulo VII de *A Interpretação dos sonhos*. Seus rumores, todavia, já podem ser percebidos antes desta data (FERNANDES, 2003). O “descobrimento” do inconsciente e a conseqüente teorização sobre o aparelho psíquico repercutem em todos os outros temas abordados por Freud, entre eles o corpo: o corpo metapsicológico, ou, como exprime Assoun (1996), o Outro metapsicológico.

No início da Psicanálise, o corpo, como objeto de estudo, foi prioritariamente o ‘corpo doente’. Na atualidade, entretanto, a presença do corpo na Psicanálise vai muito além da queixa somática: “o corpo que é objeto da psicanálise ultrapassa o somático e constitui um todo em funcionamento coerente com a história do sujeito”. (LAZZARINE, *on line*, 2006).

Isso acontece porque o corpo se tornou veículo e plataforma do sofrimento – meio de expressão do mal-estar contemporâneo. A ênfase na corporalidade parece sugerir que a plataforma dos conflitos migra para o exterior do sujeito: “de veículo ou meio da satisfação pulsional, o corpo passa a ser também veículo ou meio da expressão de dor e sofrimento”. (FERNANDES, 2003, p.17). O corpo toma então a frente da cena, constituindo-se ora como fonte de prazer, ora como vertente de sofrimento, frustração e/ou insatisfação.

Segundo Assoun (1996, p. 174), “a contribuição freudiana à problemática do Corpo parece anunciar-se por uma esquiva de tudo que se assemelha a uma psicofisiologia do Corpo”. Freud inaugura outra concepção a esse respeito e, mesmo sendo fisicalista, resiste pensar o corpo com base em um biologismo, no qual ele é explicado por si mesmo. Por outro lado, a Psicanálise também se posiciona como o reverso da metafísica: “Não há metafísica do Corpo creditada pelo inconsciente em Freud”. (P. 174).

Com a experiência analítica, Freud designa a necessidade de repensar a relação entre o psíquico e o somático, tomando como base o seu saber sobre o inconsciente: “Em suma, é

porque não há Inconsciente do Corpo, mas sim um saber sobre o saber inconsciente, que o saber do Corpo se encontra (irreversivelmente) revisto”. (ASSOUN, 1996, p.175). Os estudos psicanalíticos apontam, portanto, a não pensar mais num corpo auto-significante, mas que sofre os efeitos do inconsciente.

É isso que encontramos em Freud, no seu regime metapsicológico. Ele abdica de pensar o corpo como portador de um sentido próprio e abre uma carreira fascinante: a dos ‘efeitos-de-corpo’ da linguagem inconsciente (ASSOUN, 1996). A histeria (enfatizando a função sexual e o sintoma) e os sonhos dão mostras disso, pois são como eixos condutores que nos levam ao entendimento dessa íntima relação corpo/linguagem.

O saber sobre o inconsciente também levou Freud a reexaminar a função do Eu e sua relação com a corporeidade, fundando um permanente debate entre o discurso psicanalítico e o discurso biológico do corpo. Nesse sentido, o corpo passa também a ser associado em Freud ao próprio Eu, o que exclui uma visão dualista corpo e psique. No artigo *O ‘Eu e o Isso’* (1923), Freud entende o eu como eu- corporal, projeção de uma superfície. Para ele, um dos atributos do eu é a sua corporalidade: é como corpo que o Eu se atinge.

Assoun (1996) nos esclarece a esse respeito: “Freud concede que para o psíquico, o biológico desempenha o papel do rochedo de origem subjacente (...) Isso significa que o corporal, longe de ser renegado, forma a materialidade subjacente do psíquico”. (P.176). Ou ainda: “A psicanálise não esquece jamais que o psíquico repousa sobre o orgânico” (p. 183). Em outro momento, Assoun (1998), ao falar sobre o lugar físico do sintoma, enfatiza: “Pode-se designar o momento em que este físico, intempestivamente alojado no coração do orgânico, emerge (...)”. (P. 32).

Seguindo as trilhas do pensamento freudiano a respeito do corpo, vemos que este se constitui no momento em que Freud se dá conta do inconsciente, contrapondo, assim, o campo psicanalítico (metapsicologia) ao campo biológico. É nesse momento inicial que Freud rompe com o pensamento até então vigente, fundando uma epistemologia que destaca a sexualidade como possibilidade de entendimento dos sintomas do corpo.

Nesse momento inaugural, o corpo se desprende da Anatomia, passando também a ser designado como representação corporal; nesse sentido, o corpo segue uma anatomia imaginária, que não se contenta com a simples equivalência ao organismo e que emerge como um lugar de inscrição do psíquico e do somático: “Assim, a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente”. (FERNANDES, 2003, p.34).

O corpo biológico, corpo soma, em seu destino, tornar-se-á uno com o corpo erógeno, ainda que, apesar de ser uno, não signifique que constituirá uma unidade. Como o corpo impõe permanentemente ao psíquico o trabalho de ser representado, esse mesmo processo vai devolver ao corpo biológico sua dimensão de pertencente a uma realidade exterior ao eu. O corpo soma não só constitui um corpo erógeno como a própria erogeneidade garante às funções somáticas do corpo. (LAZZARINI, *on line*, 2006).

Após a descoberta do corpo como meio de expressão do sofrimento (histeria), Freud chega à compreensão do inconsciente por meio da sua teoria dos sonhos (1900). A constituição do aparelho psíquico é fundamental para a noção da experiência de satisfação, ocorrente via corpo, mas que transcende a idéia de satisfação da necessidade. Um esboço do que compreenderemos em seguida por pulsão se acha presente desde o começo. Logo em seguida, em 1905, com a teoria da sexualidade infantil, o corpo é também concebido como fonte de prazer e de investimento libidinal, mas é somente em 1914, com a noção de narcisismo, que o Eu passa a ser investido como objeto da pulsão. Nesse momento, o corpo ganha um novo estatuto teórico, implicando mudanças conceituais no seio da Psicanálise. Em 1920, com o segundo dualismo pulsional e a criação da segunda tópica freudiana, é possível pensar um novo estatuto para o Eu, surgindo, em 1923, a noção do Eu como eu – corporal.

O corpo encontra-se no centro da construção teórica freudiana. Sendo assim, este trabalho parte da hipótese que o discurso freudiano, tendo se desenvolvido a partir da histeria e do sonho em uma complexidade crescente que vai da pulsão ao eu corporal, enuncia uma abordagem própria do corpo, na qual a alteridade é um elemento chave. A partir daí, os avanços teóricos após 1920 vão progressivamente ampliar as possibilidades de compreensão do corpo para além da lógica da representação. (FERNANDES, 2003, p. 31).

Se o corpo que aparece na formulação teórica de Freud não se confunde com o organismo biológico, ele se apresenta ao mesmo tempo como palco onde se desenrola o jogo das relações entre o psíquico e o somático. Nesse sentido, as descobertas da Psicanálise sobre a histeria e o sonho são fecundas, já que apresentam no seu cerne a dialética dessas relações, como relatamos a pouco.

A histeria, por exemplo, utiliza o corpo para a manifestação de sintomas que refletem um conflito psíquico, de ordem inconsciente. O sintoma na histeria, portanto, faz dialogar alma e corpo: “É o corpo constituído de órgãos que emerge aqui como alvo do sintoma: o que dá aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal”. (ASSOUN, 1996, p. 179).

O sonho, por outro lado, nos possibilita explorar as relações entre o corpo e o inconsciente: sonho como realização de desejo. Podemos dizer que, em Freud, o sonho tem

como função neutralizar ou transformar os materiais originários (os traços mnêmicos ou os restos diurnos): neutralizá-los para preservar o sono, transformá-los para ocultar o desejo.

No sonho, temos ainda a retirada de todos os investimentos psíquicos do mundo externo para o eu, tornando possível o reconhecimento precoce das modificações corporais. Freud (1900) o designa como guardião do sono – se algo perturba o sono, o sonho se forma para que aquele seja assegurado.

A causa das perturbações do sono e, por consequência, as fontes dos sonhos são múltiplas, podendo inclusive ser os estímulos somáticos ou a excitação psíquica. Para Freud, o sonho também tem por função a elaboração interpretativa do somático, tendo, portanto, além de um estatuto alucinatorio, um estatuto perceptivo (FERNANDES, 2003). É a isso que ele se refere quando nos diz que o sonho tem uma natureza hipocondríaca, oferecendo-nos uma visão sobre o interior do corpo.

Podemos dizer, então, que Freud, distanciando-se de uma hegemonia fisiológica característica do pensamento de sua época, reencontra o corpo não como uma fonte explicativa, mas como lugar da realização de um desejo, tal como podemos entrever em seus trabalhos sobre a histeria e o sonho. (FERNANDES, 2003, p. 54).

Assim, Freud reencontra no corpo seu papel capital como lugar de inscrição do psíquico e do somático. A histeria e o sonho enfatizam que tanto a função sexual quanto o sonho têm em comum a característica de serem fenômenos que não são nem puramente psíquicos nem puramente somáticos, transitando entre os dois.

Tais considerações nos fazem lembrar o que Assoun (1996) diz a respeito do campo semântico do corpo em Freud. Ao conceber o corpo na sua relação com o inconsciente, sem, contudo, confundi-los, Assoun nos incita a não tratá-lo como um conceito psicanalítico específico. Pelo contrário, ele propõe um deslizamento de sentido. Dessa forma, Assoun, a partir de Freud, emprega diversos termos:

O Corpo é de fato o *Körper*, corpo real, objeto material e visível, estendido no espaço e designável por certa coesão anatômica, mas é também *Leib*, ou seja, o corpo captado em seu enraizamento, na sua própria substância viva. Não é somente um corpo, mas o Corpo, princípio de vida e de individuação. (ASSOUN, 1996, p. 176).

Por fim, temos o corpo somático (*körper-Leib*), que é como o equivalente dos dois anteriores, evitando, contudo, seus efeitos. É por isso que o corpo, sob uma ou outra forma, não explica nada por si, mas nos remete a seu próprio paradoxo: “ele designa ao mesmo tempo uma profundidade, um dentro insondável, e uma superfície, um horizonte de visibilidade insuperável” (Assoun, 1996, p. 177). É em relação a esse paradoxo, na tentativa de resolvê-lo,

que podemos entender a função do sintoma, os sintomas do corpo, que recaem assim na corporificação do sintoma.

Tomando como exemplo novamente a histeria, podemos dizer que o corpo, nessa perspectiva, pode ser designado como corpo-sintoma. Ela é entendida como aquilo que dá corpo ao próprio sintoma. O que a histérica mostra é algo de si, no seu corpo, pela via do sintoma: “o corpo da histérica, evidenciado pelo fenômeno da conversão, tende a expressar o psíquico, obedecendo à lei do desejo inconsciente, coerente com a história do sujeito”. (LAZZARINI, *on line*, 2006).

Ainda no campo metapsicológico, no que concerne ao corpo, podemos dizer que este só pode ser compreendido enquanto tal – corpo erógeno em oposição ao corpo biológico – por ter sido, ‘na origem’ alvo de uma *sedução*. Introduzimos nesse momento o Outro como constituinte de um corpo pulsional, distinto do corpo da necessidade (ou corpo próprio, como diz Assoun, 1996). Podemos dizer que é pelo Outro que o sintoma captura o corpo. Voltamos novamente à histérica:

Se a histérica se seduz com seu próprio órgão, é porque esse corpo foi seduzido: é na experiência originária da sedução que se produz essa entrada na neurose. Dizer que o sintoma toma corpo é, portanto, dizer que o sujeito endereça a si mesmo a mensagem que lhe veio do Outro. O corpo é, portanto, o instrumento vivo por meio do qual a mensagem do Outro se encontra literalmente incorporada. (ASSOUN, 1996, p. 180).

Dessa forma, o sintoma, ao mesmo tempo em que vela, mascara o desejo inconsciente (que se constitui como desejo do desejo do Outro), mostra a relação do sujeito com o Outro, a marca inesquecível do desejo do Outro.

Assoun (1996) nos faz ver que existe, entretanto, um corpo aquém da metapsicologia, que por isso mesmo não pode ser apreendido pela Psicanálise. Ora, Freud estabelece a pulsão como o conceito fundamental da Psicanálise, pela qual tudo começa. Se a pulsão ocupa esse lugar na metapsicologia freudiana, o corpo, ora suposto, é, portanto, um corpo que está fora, também, do circuito pulsional:

Mas, justamente, antes da pulsão, não há nada sobre o que a metapsicologia se possa fundar. Devemos, pois, situar a excitação antes da pulsão e o próprio corpo (Leib) como essa fonte cega de excitações que pertence à pré-história da pulsão, de alguma forma. É, num certo sentido, o aquém do objeto metapsicológico. (ASSOUN, 1996, p. 182).

Levando em conta tais preceitos, Freud situa a idéia de uma relação metafórica entre dois corpos, sendo um criado em apoio ao outro:

Existe, de fato, o corpo suporte das funções corporais importantes para a vida no modelo das quais se opera o apoio, corpo de necessidade, de certa

forma. Mas, pelo viés desse lucro obtido à margem, é realmente um corpo erotizado que se situa – por onde reencontramos o corpo do sintoma evocado na histeria. (ASSOUN, 1996, p. 183).

Na verdade, não é que existam dois corpos, pois seria cair novamente num dualismo, em referência ao qual a metapsicologia faz oposição. Acontece é que o corpo serve, dessa forma, a dois senhores ao mesmo tempo, o que dá a chave da estrutura conflitual correspondente. O corpo, por conseguinte, ora se mostra a serviço do Eu, ora a serviço dos desejos inconscientes: “Assim pode acontecer que o Eu perca seu domínio sobre o órgão que agora se mantém inteiramente à disposição da pulsão sexual recalcada”. (ASSOUN, 1996, p.182).

Muitas vezes, o que acontece é o despertar de um corpo a partir do outro. Quando o corpo físico cai doente, na sua materialidade orgânica, pode acontecer de despertar o corpo do sintoma, mostrando-nos, de forma atuante, a relação metafórica dos dois corpos: “(...) O que vai aparecer sob o escalpo clínico, é esta verdade que um corpo pode esconder um outro; que uma anatomia pode, simultaneamente, abrigar e dissimular uma outra”. (ASSOUN, 1998, p. 36).

Transpondo para outros termos, podemos identificar o corpo físico e o corpo do sintoma nas neuroses atuais e psiconeuroses, respectivamente. Acontece, no entanto, de ambas estarem presentes no mesmo caso, configurando o que Freud chamou de neurose mista, o que nos faz lembrar a metáfora do grão de areia no centro da pérola. Isso implica dizer que o corpo orgânico se mantém numa inter-relação com o corpo sexual, revelando ora uma autonomia, ora uma superposição: “a pulsão sexual se apossa do organismo, traçando caminhos ao mesmo tempo em que garante os pontos de fixação da libido”. (LAZZARINI, *online*, 2006).

Em suma, um corpo pode esconder outro, mas do mesmo modo um pode ser despertado no outro por um simples piscar de olhos. Da lesão ou inflamação orgânica à “inflamação” do corpo desejante, existe apenas o espaço de um deslizamento temporal pelo qual a ligação pode ser recordada. (ASSOUN, 1996, p. 184).

Podemos finalizar a concepção de corpo na metapsicologia com a idéia de eu - corporal. Começamos pela célebre frase de Freud, de 1923, “o Eu é antes de tudo um eu - corporal”. Freud pensa, pois, o corpo como essencialmente corporal.

No artigo *O Eu e o Isso*, Freud identifica o corpo ao eu, pólo do aparelho psíquico voltado para a realidade e a percepção. Ele é a projeção de uma superfície, voltado para a realidade e competindo a ele comandar os acessos à motilidade. O fato de ser a projeção de uma superfície nos faz pensar num corpo voltado às sensações internas e externas, estando

também relacionado com o espaço. É nesse sentido que o Eu é fundamentalmente corporal: “o corpo intervém na gênese do Eu, e o Eu é estruturado como o corpo, a se entender aqui como superfície, isto é, ao mesmo tempo como limite e extensão”. (ASSOUN, 1996, p.188).

Assoun (1996) evidencia que, quando Freud diz que o eu é corporal, devemos compreender isso como: “o eu e o corpo estão estruturados segundo a lógica das superfícies”, ou seja, “não que o eu é análogo ao corpo, mas que a emergência da subjetividade se faz segundo essa lógica corporal da projeção”. (P. 188).

A consequência imediata que a segunda tópica trouxe à concepção psicanalítica de corpo é a emergência de uma outra economia da sexualidade nessa tópica corporal, centrada na unidade. (LAZZARINI, *on line*, 2006).

3.2 Psiconeuroses e Neuroses Atuais – considerações sobre os sintomas do corpo

Agora que já situamos o corpo na metapsicologia freudiana, podemos abordar as questões referentes aos *sintomas do corpo*. Antes de nos debruçar sobre esse assunto, deixemos claro que tanto os sintomas conversivos quanto os sintomas somáticos se inscrevem sobre a expressão sintomas do corpo, pois ambos representam “a experiência do inconsciente no corpo” (ASSOUN, 1998), mesmo sendo formulados sobre lógicas distintas.

Se fossemos aprofundar a questão do sintoma em Freud, teríamos que percorrer toda a sua obra, visto que este conceito foi objeto de algumas reformulações teóricas. Aliás, o sintoma já se configura de forma específica com as diferenças no seu processo constitucional, que tem estreita relação com o destino da excitação sexual no aparelho psíquico. Nesse processo (de constituição do sintoma), diversos fatores estão implicados, como: a ação do fantasma, a função da mãe como para-excitação, o papel das instancias psíquicas do aparelho mental, a pulsão, o desejo, entre outros.

No que diz respeito aos sintomas conversivos, a obra freudiana é repleta de contribuições. Podemos dizer, inclusive, que a elaboração do aparelho psíquico, a teoria dos sonhos e o estudo da sexualidade infantil, vieram em resposta às questões expressas em relação à problemática do corpo. O desafio lançado pela histeria de conversão corresponde a sua sintomatologia orgânica, que não apresenta nenhuma correspondência com a estrutura anatômica dos órgãos afetados:

A histeria se comporta, nas suas paralisias e em outras manifestações, como se a anatomia não existisse, ou como se ela disso não tivesse nenhum conhecimento (...) pode-se suspeitar que a histérica reinventa *um* corpo no corpo (...) Portanto a histérica faz *como* se a anatomia não existisse”. (ASSOUN, 1998, p. 38).

Freud, então, destaca nova concepção de corpo: corpo simbólico, alvo da ação significativa, dinamizado pelo jogo das moções pulsionais e fantasias de desejos inconscientes. É a partir dessa concepção de corpo que se torna possível tal leitura a respeito dos sintomas conversivos, visto que estes não obedecem a uma determinação orgânica, mas expressam uma solução de compromisso que se apresenta como alternativa à luta de poder entre as instâncias psíquicas: forças inconscientes em ação lutando contra os interesses do Eu.

Por outro lado, o espaço que Freud ofereceu em sua obra ao tratamento e teorização dos sintomas que fugiam a essa lógica, ou seja, os sintomas orgânicos, foi bem pequeno. Freud deixa essa tarefa aos seus colegas (FERENCZI, GRODDEK, entre outros) que, com efeito, fizeram uma abordagem teórica consistente a respeito dos sintomas orgânicos, apesar de terem, por meio dela, se afastado da teoria psicanalítica.

O fato de Freud não ter se dedicado diretamente ao estudo das doenças orgânicas, porém, não invalida a pesquisa e a compreensão destas do seu próprio texto, já que os estudos metapsicológicos nos oferecem instrumentos eficientes para pensar essa questão no âmbito da clínica psicanalítica. A esse respeito, Assoun (1998) nos lembra uma frase de Freud, citada no artigo *Análise acabada e a análise infinita*: “A saúde só se deixa descrever metapsicologicamente”. (P.101).

A teoria freudiana apresenta, portanto, essencialmente, dois modelos para compreender a sintomatologia somática: o da conversão histérica e o da neurose atual. Freud inicia sua pesquisa sobre o corpo com os sintomas histéricos, em relação aos quais ele formula toda uma compreensão etiológica relacionada com conflitos de ordem sexual e infantil. “O sintoma corporal se constitui como uma formação de compromisso simbólica, resultante do conflito entre o infantil, a pulsão e o recalque”. (VOLICH, 2000, p.70).

A neurose atual foge dessa ordem, tanto no que se refere à sintomatologia, quanto no que diz respeito à etiologia. Sua sintomatologia é funcional e os sintomas não possuem sentido simbólico nem relação com o “infantil”²: “Eles seriam apenas reações à estase libidinal, à impossibilidade de descarga de excitações do presente que se acumulam em função do bloqueio das satisfações libidinais”. (FERRAZ, 1998, p.22).

² Ver nesse capítulo as críticas feitas por Quintella a esse respeito, nas quais ele propõe, com base em Freud, uma nova concepção do que seja o termo ‘atual’ das neuroses atuais, não descartando, portanto, essa relação com o infantil.

Apesar das diferenças significativas, ambas possuem um traço em comum, que as situam de forma singular no campo mesmo da Psicanálise: no que concerne ao sintoma, podemos dizer que há estreita relação entre o psíquico e o somático, além do fator sexual atuando na sua origem.

A obra de Freud apresenta, de ponta a ponta, uma reflexão sobre as relações entre o psíquico e o somático. O modelo etiológico da histeria e o da neurose atual se constituiu nas primeiras referências da psicanálise para se pensar a participação dos fatores psíquicos nas doenças orgânicas. (FERRAZ, 2004, p. 8).

A descoberta da sexualidade na etiologia das neuroses evidencia o conceito de pulsão – conceito-chave na compreensão do que é o sintoma do corpo. Segundo Freud (1914), trata-se de um conceito-limite entre o *psíquico* e o *somático*. Tal definição se faz importante na medida em que articula essas duas instâncias: “Enraizada no corpo (Leib), ela tem por fonte o processo somático em um órgão ou parte do corpo; porém, só podemos conhecê-la através do seu efeito sobre o psíquico”. (FERNANDES, 2003, p. 78). Logo, o que interessa à Psicanálise são os destinos que o aparelho psíquico vai dar a tudo aquilo que toca o corpo. Trata-se de uma concepção essencialmente metapsicológica, que tenta dar conta dos destinos pulsionais no organismo e suas possibilidades de descarga.

Ainda no que diz respeito à pulsão, – e sua ligação com o corpo e com a constituição do sintoma – Freud (1915) nos fala que ela é constituída de uma representação e de um afeto. Na verdade, ela se liga a uma representação e aparece como um estado de afeto. Esses são também fatores implicados no processo de constituição do sintoma. Freud tenta nos mostrar que o encontro entre o afeto e a representação constitui uma experiência emocional marcada pela subjetividade, ultrapassando assim a simples descarga (ROCHA, 1998). Por outro lado, a pulsão tem como fonte o interior do organismo (corpo/Leib) e retorna ao corpo (Körper) na busca da satisfação. Freud considera, portanto, o corpo biológico essa materialidade do körper, animado pela pulsão, o que nos remete de certa forma, ao Leib (FERNANDES, 2003).

O que Freud trás à luz é a idéia de um sistema de representações que se interligam, criando um percurso que pode se repetir em uma circularidade virtualmente infinita: do corpo como fonte da pulsão ao corpo como sua finalidade, lugar ou meio da satisfação. (FERNANDES, 2003, p.79).

O modelo freudiano de pulsão é marcado por uma dimensão econômica, que busca compreender os destinos da pulsão e as condições em que a excitação sexual pode ou não ser satisfeita, sendo esta condição marcada desde o início pela relação do sujeito com seu corpo (mediante as experiências auto-erógenas) e com o outro humano. Resta claro também, na

leitura dos textos freudianos, ser no âmbito dessa relação que se delineiam as primeiras experiências de satisfação.

A forma como o sintoma vai se constituindo e que culmina no tipo de neurose (neurose atual ou psiconeurose), está intimamente implicada com todos os fatores descritos há pouco, principalmente com a questão da historicidade³ dos sintomas e do seu valor simbólico. No que diz respeito à historicidade, Freud (1895) destaca na neurose atual o caráter contemporâneo dos sintomas; isto é, seu fator etiológico localiza-se na vida sexual atual dos pacientes e não numa sexualidade infantil. Em relação ao seu valor simbólico, podemos dizer que há nesses mesmos sintomas a ausência (ou insuficiência) de elaboração psíquica da excitação sexual somática, fazendo com que esse excesso de excitação seja descarregado diretamente no soma. O aparelho psíquico tem nesse momento a função de regulação da excitação, principalmente através da ligação que efetua entre a representação-coisa e a representação-palavra – que corresponde ao processo simbólico.

O pré-consciente ocupa lugar central na compreensão dessa dinâmica psíquica por se constituir como um reservatório de representações, onde se efetuam essas ligações, como também pelo fato de representar o lugar da censura. Quando o recalque opera, há a destruição dessa ligação, e a energia sexual, então livre, busca a descarga ou uma outra ligação.

Essa linha de pensamento nos faz entender como se faz o sintoma, principalmente no que diz respeito à articulação entre a representação inconsciente/afeto (o que concerne respectivamente ao fator qualitativo e quantitativo da pulsão) e o recalque: os sintomas psiconeuróticos se constituem a partir das representações recalçadas – de conteúdo sexual e infantil – que voltam como formação de compromisso e que dão o caráter simbólico dos sintomas. Já os sintomas das neuroses atuais não são construídos assentados na lógica do recalque, despojando-se assim de um valor simbólico.

É nesse sentido que os teóricos da Psicossomática psicanalítica destacam o caráter tópico, dinâmico e econômico (principalmente esse último) do aparelho psíquico na formação do sintoma, como também ressaltam as falhas nesse processo como indicativas de um desequilíbrio psicossomático. Aliás, muitos dos aspectos descritos como peculiares às neuroses atuais são articulados por eles como compreendendo o campo da Psicossomática: “A fluidez da circulação entre as três instâncias do aparelho anímico é um fator essencial do equilíbrio psicossomático”. (VOLICH, 2000, p. 67).

³ Veremos em seguida o que Quintella nos diz a esse respeito, ao nos propor uma nova abordagem do termo atual e infantil no, ou seja, seu valor histórico, no que concerne ao sintoma.

Assim como os sintomas somáticos das neuroses atuais não representam uma formação do inconsciente, destituídos que estão do seu valor simbólico, os sintomas psicossomáticos “são vazios de significado naquilo que o significado nos remete à questão do recalado, seus substitutos e suas metáforas”. (RANNÃ, 2004, p 105).

Não podemos esquecer, contudo, que Freud (1916) articula as psiconeuroses e as neuroses atuais, chamando-as de neuroses mistas: “O sintoma de uma neurose atual pode ser frequentemente o núcleo e a primeira fase do sintoma psiconeurótico”. (P. 63). O que Freud quer dizer com isso é que ele não nega a existência de complexos neuróticos na neurastenia. Assoun (1998), por sua vez, retoma esse ponto ao conceber a contribuição das neuroses atuais à edificação das neuroses propriamente ditas, produzindo assim a complacência somática para as psiconeuroses: “O trabalho do fantasma encontra, em um processo de excitação somática erógena preexistente, seu suporte material: o corpo vem primeiro, o soma é a hospedeira do fantasma”. (P. 45/46).

Portanto, faz-se necessária uma revisão teórica no que diz respeito às neuroses atuais, principalmente no que concerne à ausência de fatores psíquicos (precariedade no âmbito representativo) em alguns fenômenos orgânicos ocasionados por certa deficiência constitutiva no aparelho psíquico – no nível do pré-consciente. O que Freud (1916) aponta diz respeito, ao contrário, a íntima conexão entre os fenômenos das psiconeuroses e os das neuroses atuais, já que existe relação de continuidade entre esses dois grupos de neuroses. Essa posição é posteriormente reafirmada por Freud, nos seus *Estudos Auto-biográficos*, quando ele nos diz que está longe de negar a existência de conflitos mentais e de complexos neuróticos na neurastenia.

Assoun (1998) também não acredita que o sintoma somático seja carente de uma ação fantasmática, assim como supõem Marty e outros teóricos da Psicossomática psicanalítica. De fato, o sintoma somático não tem a consistência de uma formação inconsciente nos moldes clássicos, como os sintomas histéricos, “mas surge como uma figura original da formação de sintoma”. (ASSOUN, 1998, p. 23). Voltaremos a esse ponto quando da discussão do sintoma do corpo segundo a teoria de Assoun.

Freud, então, funda a Psicanálise, desenvolvendo, de um lado, uma clínica e um aparelho teórico que buscam permitir a compreensão das diferentes relações entre físico e somático; de outro, demonstrando verdadeira ampliação no entendimento das múltiplas possibilidades de manifestação do sofrimento humano.

Dessa forma, para cada indivíduo, as diferentes soluções encontradas em face dos conflitos experimentados ao longo da sua vida, ou em um momento particular desta,

determinam o bem-estar ou o adoecimento. Os sintomas do corpo podem ser compreendidos com base nessa lógica freudiana.

A metapsicologia seria, pois, intrinsecamente (psico) patologia e é sobre a questão do corpo-sintoma – esse lugar onde ocorre o problema da saúde – que essa exigência e essa questão são testadas (...) É preciso, pois, que nós ousemos produzir essa descrição metapsicológica da corporeidade, a fim de dar conta do que se passa na saúde corporal e suas atribuições (sintomáticas). (ASSOUN, 1998, p.101).

3.3 Psicossomática Psicanalítica – sobre a falha constitutiva do aparelho psíquico

A Psicossomática Psicanalítica – como prática e teoria – surgiu no movimento psicossomático, tendo por seus primeiros representantes um grupo de médicos jovens, contemporâneos de Freud, que resolveram prosseguir com a pesquisa sobre as doenças orgânicas, tomando de empréstimo alguns postulados psicanalíticos.

Seus primeiros representantes, que buscavam identificar os determinantes emocionais das doenças orgânicas, foram o psicanalista húngaro Sandor Ferenczi e o médico alemão Georg Groddeck. Ambos, no entanto, se apropriaram indevidamente das premissas psicanalíticas acerca da etiologia da histeria, visto que procuravam, cada um ao seu modo, analisar as doenças orgânicas como um produto simbólico da ação de um mecanismo puramente mental: a conversão. Dessa maneira, produziram um reducionismo do complexo “salto do psíquico para o somático” (VOLICH, 2000; FERRAZ, 2004; RANNÃ, 2004; PERES, 2006).

Não é nosso propósito discorrer sobre as abordagens que surgiram em Psicossomática desde esse momento, explicitando aqui as idéias centrais dos principais integrantes de cada grupo. Deter-nos-emos, entretanto, nas idéias contidas na teoria elaborada pela Escola de Psicossomática de Paris (IPSO), representada pelo francês Pierre Marty, que tem como pressuposto máximo a Teoria do Bom Funcionamento Mental, onde está contida a idéia de que os indivíduos com ‘boa mentalização’ estão protegidos das afecções somáticas. Esse grupo, diferentemente dos primeiros teóricos da Psicossomática, pensa os sintomas somáticos numa lógica diferente da conversão, exprimindo, dessa forma, o caráter não simbólico desses sintomas.

A psicossomática psicanalítica – como a própria denominação indica – se constituiu sobre o fundamento teórico psicanalítico, principalmente com base na primeira tópica

freudiana, que corresponde à estruturação do aparelho psíquico, levando em consideração suas instâncias (inconsciente, pré-consciente e o consciente) e privilegiando o ponto de vista econômico e evolutivo.

Como operador teórico, a Psicanálise oferece um aparato conceitual para a compreensão das relações entre o psíquico e o somático e das funções do psiquismo no equilíbrio psicossomático. Isso diz respeito ao papel do aparelho psíquico na regulação da excitação sexual, que é de fundamental importância no destino da pulsão: “O aparelho psíquico falha, de forma global ou pontual, na sua função principal: a de transformar as excitações, que tem origem no corpo ou nas interações do corpo com o mundo externo, em representações psíquicas”. (RANNA, 2004, p. 106-107).

Segundo Volich e Ferraz (1998), a Psicossomática psicanalítica é herdeira da perspectiva freudiana de que as relações entre a vida física e a vida psíquica devem ser consideradas sob a ótica da metapsicologia. Essa corrente toma o processo do sonhar como balizador da vida representacional do sujeito, medindo, com essa análise, a suscetibilidade à somatizações:

A pobreza da vida onírica pode ser um índice decisivo de uma deficiência mais ou menos permanente nos processos de simbolização, o que implica uma propensão mais ou menos estrutural para a somatização condicionada pela fraqueza, ineficiência ou ausência de defesas psíquicas. (GURFINKEL, 2004, p. 48)

Segundo Ranna (2004), a somatização é uma das principais características da psicossomática Psicanalítica. Para os representantes dessa abordagem, “as somatizações implicam um fenômeno psicossomático que não tem um significado, mas são disfunções ou lesões do corpo biológico em consequência de uma falha na organização pulsional na passagem ao corpo erógeno”. (RANNA, p. 106/107).

Marty (1993) iniciou seus estudos articulando os aspectos descritos por Freud como peculiares às neuroses atuais com aquilo que se compreende atualmente como campo da Psicossomática: “Seu objetivo inicial foi melhor compreender as patologias somáticas, cuja dinâmica não correspondia ao modelo da conversão histérica, utilizando o conceito psicanalítico de neurose atual”. (VOLICH, 1998, p. 22). Trata-se, pois, de compreender os destinos da excitação pulsional no organismo e suas possibilidades de descarga.

No que diz respeito a essa articulação (neurose atual e Psicossomática), podemos destacar quatro pontos importantes presentes em ambos os casos, e que merecem ser levados em consideração, como nos demonstra Ferraz (2004, p. 31): a sintomatologia somática; o

caráter atual do fator etiológico; a não-satisfação da libido como causa precipitante do sintoma e a ausência da metabolização simbólica da excitação proveniente da pulsão.

Os sintomas da neurose atual, portanto, não expressavam um conflito sexual infantil. Eles eram concebidos como um processo puramente somático, em que se observava um dispêndio corporal das excitações, sem existência de qualquer mediação psíquica, em oposição aos sintomas das psiconeuroses, que eram designados como formação do inconsciente, representativo de um conflito psíquico edipiano e recalcado. Essa idéia foi posteriormente revista por Freud, como já apontamos, ao identificar as ligações entre ambas as neuroses.

Portanto, se na histeria o corpo fala – em virtude da sua ligação com a cadeia inconsciente, estruturada como uma linguagem, na Psicossomática o corpo sofre exatamente porque não fala, não existindo um conflito que encontra expressão deslocada ou condensada no sintoma: “a excitação somática perde sua articulação com a rede simbólica e cria condições para a emergência de distúrbios somáticos”. (RANNÃ, 1998, p. 122).

McDougall (2002), nos seus estudos sobre os sintomas somáticos, repensa essa idéia na qual “os sintomas somáticos são destituídos de significado”. Segundo ela, as eclosões somáticas de todo tipo são sinais de dramas primitivos e não elaboráveis, portadores de mensagens para a psique, embora pareçam a primeira vista escapar à representação.

Segundo Marty, o excesso de excitação sexual no corpo, quando não metabolizado psiquicamente, recai no organismo resultando em somatização. Essa ‘não-metabolização psíquica’ tem relação estreita, portanto, com o fato de a mente não conseguir, *sob certas condições*, assimilar um traumatismo. Essas condições dizem respeito à estruturação deficiente do aparelho psíquico, principalmente no nível do pré-consciente, em que ocorre a elaboração psíquica, ou seja, a junção da representação com o afeto correspondente.

Dessa forma, quando o pré-consciente não consegue realizar plenamente sua função, a alternativa que sobra é a descarga da excitação no corpo: “A patologia somática não conversiva é o resultado da impossibilidade de elaboração da excitação através dos recursos psíquicos do indivíduo, em função de uma estruturação deficiente, no plano representativo, do aparelho mental”. (FERRAZ, 2004, p.34).

Na obra de Freud, entretanto, não existe disparidade entre problemas da ordem somática de uma neurose atual e questões tidas como psiconeuróticas. No que concerne à neurose atual, Freud não designou uma carência ou insuficiência de recursos psíquicos, mas uma insuficiência *ocasional* relativa ao excesso de excitação que impede o seu manejo psíquico.

Encontramos nesse ponto – no que se refere à capacidade de assimilação de um trauma – a originalidade martyniiana, visto que Freud acreditou que os sujeitos – seja fazendo uso da compulsão à repetição, seja mediante de recursos patológicos, como a melancolia – sempre conseguiam assimilar um trauma (VIEIRA, 2004). Marty, ao contrário, acreditava que a capacidade de assimilação mental tem limites. A essa capacidade de assimilação mental ele deu o nome de “mentalização” e acrescentou que uma boa mentalização protege satisfatoriamente o indivíduo das somatizações.

A mentalização consiste em “operações de representação e simbolização através das quais o aparelho psíquico busca regular as energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas”. (VOLICH, 1998, p.25). Podemos dizer que os sonhos e as atividades fantasmáticas em geral são exemplos de mentalização e indicam o bom uso do aparelho psíquico. Por outro lado, as falhas funcionais ou constitucionais nesse aparelho levam os indivíduos a buscarem ajuda em recursos mais primitivos, como as somatizações.

Desse modo, Marty (1993) desenvolveu uma espécie de ‘medida’ das dimensões do aparelho psíquico, que concernem à quantidade e à qualidade das representações psíquicas dos indivíduos. Para ele, uma boa mentalização protege o corpo das descargas da excitação, à medida que esta encontra abrigo nas representações do pré-consciente. Um grau pobre de mentalização, ao contrário, deixa o corpo biológico desprotegido, entregue a uma linguagem primitiva basicamente somática.

Entendemos melhor o conceito de mentalização e sua função ‘protetora’ quando lemos em Freud o artigo *A Comunicação preliminar dos estudos sobre a histeria* (1893). Nesse artigo, Freud exprime a noção de que um traumatismo pode ser assimilado mediante conexões mentais, diluindo assim seu impacto. Isso acontece em razão do poder que as palavras têm de ab-reagir um afeto, mais ou menos da mesma maneira que um ato. As lembranças também têm essa função quando entram em associação com outras lembranças, integrando-se no grande complexo das associações.

Segundo Marty, no entanto, não são todas as pessoas que têm à sua disposição esse aparato simbólico. Existem aquelas em que a mentalização é precária por insuficiência representativa, ficando evidente nelas a inexistência de manifestações simbólicas, de sonhos e fantasias, além de uma pobreza discursiva, que Marty denominou de pensamento operatório. Caracterizam-se também por comportamentos automáticos e adaptativos e por uma ruptura com o inconsciente e com sua própria história de vida (VOLICH, 2000).

Vale ressaltar que em geral esses comportamentos são precedidos por um tipo de depressão que Marty denominou de depressão essencial, caracterizada por uma perda de

investimento e angústias difusas “que acusam um excesso de excitação relativamente a uma incapacidade defensiva”. (VIEIRA, 2004, p. 21).

O pensamento operatório e a depressão essencial são os aspectos mais visíveis das deficiências de funcionamento das dinâmicas psíquicas, que, persistindo, podem evoluir para um quadro de patologia somática. A depressão essencial é frequentemente precedida por angústias difusas que indicam as deficiências do funcionamento defensivo do Eu. A vida operatória é uma tentativa de colmatar esses acessos de angústias (...) Entretanto, estes dispositivos podem tornar o sujeito vulnerável às afecções somáticas. (FERRAZ, 1998, p. 26).

Outro detalhe que importa ser considerado, no que diz respeito à psicossomática psicanalítica, é que, segundo Marty (1993), os pacientes somáticos se caracterizam por um modo de funcionamento psíquico distinto daquele apresentado por neuróticos e psicóticos, na medida em que o aparelho psíquico desses pacientes é tomado como diferente em sua constituição, ou seja, pobre de representações, sendo, assim, limitado no seu aspecto associativo.

Esse pensamento pode ser encontrado em vários representantes da Psicossomática psicanalítica, como mostram esses exemplos a seguir: “pacientes somáticos comumente apresentam um funcionamento psíquico que se situa entre as neuroses e às psicoses”. (PERES, *on line*, 2006); “(...) a psicopatologia passa a considerar as “estruturas psicossomáticas” como grupo separado das estruturas neuróticas e psicóticas, sendo essas duas últimas estruturas (...) ricas em processos mentais”. (RANNÃ, 2004, p. 107);

MacDougall, por sua vez, exprime uma idéia diferente a esse respeito (da mesma forma que Assoun (1998)). Segundo sua experiência clínica, a autora nos diz da possibilidade de pacientes neuróticos virem a desencadear fenômenos psicossomáticos: “Minha experiência clínica ensinou-me que a desorganização psicossomática descrita por P. Marty também se pode produzir esporadicamente, e mesmo constantemente, nos indivíduos que não são nem os clássicos histéricos, nem pacientes desafetados”. (McDOUGALL, 1996, p. 20).

Essa questão é muito relevante, em especial por ser frequentemente base da discussão entre autores e escolas distintas. Mesmo para os autores que não articulam o fenômeno psicossomático a certa estrutura psíquica do sujeito, a ocorrência deste implica que a inscrição pulsional seja falha em algum ponto da rede significativa. No que concerne a Freud, remetemos-nos novamente à questão das neuroses mistas nas quais os sintomas psíquicos e somáticos estão presentes numa mesma estrutura: a neurose.

É importante ressaltar que toda patologia, seja ela somática ou mental, constitui-se tentativa de estabelecimento do equilíbrio do organismo. É certo, no entanto – de acordo com

os teóricos da Escola de Psicossomática de Paris – que as doenças somáticas constituem-se com base em recursos mais primitivos, conseqüência da regressão a uma organização básica, na qual o sujeito responde com seu corpo às situações de aumento de tensão. Isso nos faz pensar que o sujeito, muitas vezes, se utiliza de uma forma primitiva de expressão da existência humana, podendo submeter até mesmo a risco sua existência.

3.3.1 Psicossomática e Neurose atual – algumas contraposições

A Psicossomática psicanalítica conseguiu, no decorrer desses anos, firmar-se como uma teoria relevante e de peso considerável nos estudos dos sintomas do corpo. Ao mesmo tempo, no entanto, em que esse campo de estudo foi crescendo, críticas foram surgindo em relação ao seu arsenal teórico, principalmente no que diz respeito a sua articulação com a neurose atual.

Nesse item, discutiremos as considerações feitas por Rogério Quintella (2003; 2005) em relação a sua leitura do texto freudiano, principalmente no que se refere à neurose atual. Destaca-se nesse ponto a questão da historicidade e atualidade dos sintomas das neuroses atuais, influenciando a própria concepção de sintoma somático e sua ligação com o que Freud denominou de trauma e com o que Lacan articula como sendo a linguagem.

Como temos visto, a neurose atual é concebida inicialmente por Freud como decorrente de fatores atuais, especificamente experiências sexuais não satisfatórias – como o coito interrompido – que por isso mesmo produz um excedente de energia sexual não satisfeita. Essa quota excedente é descarregada no corpo, sem qualquer intermediação psíquica, provocando assim desarranjos somáticos. Portanto, a neurose atual era concebida como um processo puramente somático, não estando em jogo qualquer influência fantasmática na sua produção.

Freud (1895) faz clara distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses (a histeria de conversão representando essa última), tanto no que se refere à etiologia quanto à sintomatologia desses sintomas. O autor destaca o papel da sexualidade no intercurso das duas, mas exprime uma diferença essencial entre ambas: os sintomas das neuroses atuais estão fundados numa etiologia atual, sem relação com a historicidade; já os sintomas das psiconeuroses estão remetidos a fatores históricos da sexualidade, aos quais ele dará a denominação de sexualidade infantil.

Essa distinção foi feita por Freud no momento em que ele ainda centrava o fator histórico num passado absoluto, num acontecimento fatural determinado da vida do paciente, ou seja, quando ele ainda acreditava na cena de sedução ocorrida de fato na infância. Nesse momento da obra freudiana, a constituição psicosexual centrada no caráter infantil ainda não era uma idéia bem trabalhada, restringindo sobremaneira a concepção de sexualidade.

Foi, portanto, com base na primeira teoria que Freud (1898) firmou seus pressupostos teóricos no que concerne à neurose atual, mudando esse ponto de vista no momento em que descobriu o papel da fantasia na vida do sujeito e sua implicação na constituição do sintoma somático. Esse novo dado fez Freud relativizar o termo ‘atual’ utilizado em referência a temporalidade dos sintomas das neuroses atuais: “o passado constitui-se apenas como produções psíquicas fantasmáticas, no sentido de rechaçar o próprio desejo sexual”. (QUINTELLA, *on line*, 2003).

Posteriormente, ao se encontrar já bem familiarizado com a sua teoria fantasmática, Freud (1916) identificou a íntima relação entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, uma contribuindo na formação da outra. São as chamadas neuroses mistas, nas quais verificamos que “o fator atual aparece como elemento nuclear do sintoma psiconeurótico, constituindo-se como uma matéria-prima deste”. (QUINTELLA, *on line*, 2005). O que se traz à pauta nesse caso é: 1) a existência de um ponto de articulação entre as duas neuroses, onde coexistem o fator atual e histórico e 2) a ordem fantasmática está vinculada à ordem somática.

Esse é o primeiro ponto da discussão em relação à questão da neurose atual e psicossomática: se o fator atual desprende-se da realidade do fato, a história do sujeito, constituída a partir de sua realidade psíquica, deve ser considerada na elaboração do sintoma. Isso quer dizer que há espaço para a ação do fantasma no que concerne ao sintoma somático e que este, portanto, não está livre da interferência de fatores psíquicos na sua constituição.

Podemos, por outro lado, pensar essa mesma questão que se impõe sobre o termo atual analisando o que seja *o sexual* em Freud. O desenvolvimento da teoria do fantasma nos ajuda a substituir o que Freud denominou ‘passado traumático’ por ‘construções fantasmáticas’, localizando aí o caráter atemporal da sexualidade. Dessa forma, o fato de a sexualidade estar sempre presente e atuante na vida do sujeito e, levando em consideração as concepções sobre o infantil (em constante re-atualização), podemos dizer, como afirma Quintella (2005), que não há possibilidade de demarcação nítida das fronteiras entre o atual e o infantil, visto que a sexualidade tem caráter infantil, no que se refere às questões do inconsciente.

Ainda em relação à historicidade, devemos também remetê-la ao campo da linguagem, já que é por seu intermédio que o sujeito se relaciona com a própria história, que não se trata simplesmente de questões do passado, mas de questões remetidas à ordem de uma *trama de representações* e de sua articulação como cadeia de associações. Quando Freud fala, portanto, de fatores históricos da sexualidade, ele está se referindo, nos termos de Lacan, à conexão entre significantes. (QUINTELLA, 2005).

Quintella (2005) nos lembra que não há valor de metáfora nem de metonímia nos sintomas da neurose atual, o que o leva a pensar que algo de muito peculiar ocorre nessa neurose (e, conseqüentemente, na Psicossomática) no nível da articulação da linguagem para que a excitação não prossiga na passagem das representações, produzindo, em contrapartida, sintomas somáticos que resultam dessa excitação. A esse respeito, o autor nos incita a procurar essa resposta no âmbito da relação do sujeito com o Outro e a indagar que pontos da história do sujeito não entram nessa ordem de condensação e deslocamento.

As conclusões tiradas por esse autor no que diz respeito à somatização e sua relação com a linguagem foram formadas com origem na teoria lacaniana, principalmente no que se refere à articulação significativa (fenômeno psicossomático localizado na indução significativa). Não nos interessa percorrer o caminho estabelecido por Lacan no entendimento dessa questão. Deter-nos-emos apenas num ponto: a relação do sujeito com o Outro e sua articulação com o fenômeno psicossomático: “O sujeito não responde no nível da construção fantasmática ao desejo do Outro. Este não se apresenta como enigma, mas se impõe ao sujeito, impedindo-o de dialetizar”. (QUINTELLA, *on line*, 2005).

Essas questões vão de encontro à teoria de Marty, segundo a qual: 1) as pessoas ricas em material simbólico ou com alto grau de atividade psíquica estão protegidas das descargas de excitação somática, prevenindo-se, assim, de doenças orgânicas (conceito de mentalização). Esse princípio proposto por Marty não encontra, porém, sustentação nos processos denominados por Freud de neurose atual, principalmente depois da sua consideração a respeito das neuroses mistas. Logo, é possível que um sujeito, mesmo fazendo bom uso do seu material psíquico, adoça organicamente; 2) um acontecimento traumático, por mais que seja localizado na vida contemporânea do sujeito, não está livre de trazer as marcas de um conflito infantil psiconeurótico: “A psiconeurose, por seu caráter potencial retroativo, que ancora nas conexões “históricas” do sujeito a manifestação de seus sintomas, está intimamente vinculada ao fator “atual” e vice-versa”. (QUINTELLA e MATOS, *on line*, 2003).

O problema que se apresenta à abordagem da Psicossomática psicanalítica reside justamente na dicotomização psicossomática e psiconeurose (como antes acontecia entre as

neuroses atuais e as psiconeuroses). A psiconeurose, com toda a sua pluralidade de fenômenos psíquicos, não protege o organismo da neurose atual, mas, ao contrário, a essa se articula de maneira radical, inclusive estando presente nem que seja de forma potencial nos sintomas somáticos: “a neurose atual e o fenômeno psicossomático devem apontar um rastro: o fato de que ali podemos encontrar uma psiconeurose silenciada”. (QUINTELLA, *on line*, 2005).

Outro ponto da discussão que se faz em relação ao fator atual diz respeito ao trauma. A neurose atual de fato esta remetida à excitação não escoada, pondo em xeque o princípio do prazer. Essa excitação cristalizada, que por isso mesmo cresce em intensidade, passa a ser vista como algo da ordem do trauma (excesso não vinculado psiquicamente), correspondendo, ele mesmo, ao fator atual das neuroses atuais: “concebemos, nesse contexto, o excesso traumático como o fator atual por excelência, onde se localiza o campo da pulsão de morte e dos efeitos a ela subjugados”. (QUINTELLA, 2005). Impõe-se, portanto, uma revisão do termo atual, já que este, no contexto da neurose atual, não se revela mais como algo simplesmente do presente, mas como uma “presentificação”, ligada a fatores que se afirmam pela categoria do traumático.

A análise do fator traumático leva necessariamente ao estudo da pulsão em Freud, principalmente no texto *Mais além do princípio do prazer*, quando Freud (1920) introduz a questão da pulsão de morte. É importante assinalar que a irrupção da pulsão no aparelho psíquico ligado à experiência traumática cristaliza o movimento da cadeia associativa, raiz da produção do excesso. O trauma tem o poder de produzir um travamento na circulação pulsional, desmentalizando ou travando as operações simbólicas.

Tudo se passa como se o aparelho psíquico ficasse na cena traumática, que é vivida com alto nível de excitação, sendo registrada como uma representação coisa (das Ding), travando o movimento ou trilhamento para outras formas de representação (representação palavra ou representação imagem). Dessa forma, os traumas podem desencadear fenômenos psicossomáticos enquanto ficarem paralisados os meios psíquicos de representação e deslocamento simbólico do real traumático. (RANNÃ, 2003, p. 51).

Surge daí a noção de *gozo corporal*, “dimensão situada além do princípio do prazer, que extrapola os níveis de possibilidade de inscrição simbólica, ainda que vinculado a um agenciamento significativo”. (QUINTELLA, *on line*, 2003).

São esses pontos expressos que nos levam a repensar o arsenal teórico da Psicossomática psicanalítica. Se existe uma relação entre psiconeuroses e neuroses atuais, da mesma forma que a Psicossomática se liga à neurose atual, há também uma atividade psíquica peculiar nos fenômenos psicossomáticos, ou seja, uma ação fantasmática presente na constituição do seu sintoma; por outro lado, podemos também pensar o sintoma

psicossomático vinculado à própria noção de trauma como excesso não vinculado que recai sobre o corpo, assim como acontece na neurose atual. Como nos mostra Quintella,

os fenômenos da neurose atual não são da ordem daquilo que se representa, mas daquilo que se apresenta, ou seja, um excesso não vinculado que convoca o corpo a responder em determinadas condições com alterações concretas e lesões observáveis. (QUINTELLA, *on line*, 2003).

Essas idéias discutidas nos artigos de Quintella (2003/2005) podem ser percebidas no texto de Assoun (1998), quando ele elabora a noção de sintoma somático, articulado com seu saber sobre o inconsciente. A metapsicologia freudiana constitui-se num recurso fundamental no entendimento desses textos, visto que suas concepções estão fincadas sobre o solo dessa teoria.

3.3.2 Constituição infantil e desenvolvimento Psicossomático

Iniciamos essa discussão articulando o sintoma somático com a constituição do sujeito, que acontece no âmbito da relação da criança com seu corpo e com o Outro da relação primordial. Essas questões serão pensadas com base no referencial psicanalítico, no qual está contida a idéia de que os modos de funcionamento somático encontram suas bases no tipo e qualidade do laço pais/filhos, que têm íntima relação com o lugar que os filhos ocupam no desejo dos pais.

De acordo com Rannã (2004), a Psicossomática da criança serve de guia de compreensão à Psicossomática em geral, já que o modelo de entendimento dos sintomas somáticos deve ser buscado na infância, no âmbito das relações primordiais e nas etapas da organização pulsional. Essa idéia se encontra em Freud, nos seus *Estudos sobre a Histeria*, quando nos fala da importância das vivências da infância e dos modos subjetivos de inscrição dessas vivências no psiquismo, destacando o impacto destas inscrições na constituição do sujeito.

Isso não significa, entretanto, de acordo com a Psicossomática psicanalítica, que exista uma relação de sentido entre os sintomas somáticos e o infantil – este entendido como “reavivamento de marcas, lembranças e fantasias construídas e originadas em um tempo pré-histórico da vida do sujeito” – (GURFINKEL, 2004. p; 44), mas que o aparelho psíquico da criança, ainda precário, não consegue exercer plenamente sua função de organizador

pulsional. McDougall (2002), no entanto, acredita que as manifestações psicossomáticas têm uma história, ou, pelo menos, uma mitologia a ser reconstituída.

O resultado é que as excitações provenientes das urgências somáticas e das experiências interativas que invadem o corpo do bebê e não podem ser satisfeitas recaem sobre seu organismo, provocando todo tipo de desordem. É nesse momento que entra em cena o Outro cuidador que, sendo capaz de identificar as urgências instintivas que assolam o corpo do bebê, oferece os meios específicos de ‘satisfação pulsional’.

Vale ressaltar que o bebê, por sua própria condição de prematuridade, não consegue por si mesmo pôr em ação o princípio do prazer, sendo por isso imprescindível a presença desse Outro cuidador na organização pulsional e satisfação da necessidade/desejo. O Outro – geralmente encarnado pela mãe – funciona, dessa forma, como uma película protetora aos estímulos internos e externos, ou seja, assume a função de para-excitação.

A para-excitação, contudo, não corresponde só ao aspecto objetivo, representado pela eficiência no atendimento às urgências físicas e psíquicas do bebê, mas compreende também um aspecto subjetivo, na medida em que a mãe supõe um sujeito no bebê, significando as demandas que este lhe dirige e lhe respondendo através de dons, a partir de seus próprios referências inconscientes. A esse respeito, Rannã (1998) enfatiza o caráter fantasmático da interação, atribuindo à para-excitação um caráter intersubjetivo.

Além da função de para-excitação, a mãe (enquanto Outro) também precisa construir um corpo para o filho. Já discutimos, no capítulo sobre a constituição do sujeito, como ocorre a construção do corpo imaginário e sua íntima relação com o desejo dos pais. Ressaltaremos, todavia, que nesse processo de investimento libidinal no corpo do filho, a anatomia fantasmática testemunhará a força do imaginário dos pais, assim como o lugar que o sujeito ocupa na economia libidinal da família (lugares simbólicos e imaginários, fruto do desejo inconsciente dos pais).

Tal como uma barra de ferro se transforma em imã pela ação de um campo magnético, o bebê vai estruturar-se a partir do efeito do Outro. Passa a existir um novo estado no ser, determinado por marcas mnêmicas libidinizadas. Emerge aí um novo corpo, com leis de funcionamento que vão além do biológico. Trata-se do corpo erógeno, pulsional, que já não se satisfaz com o alimento, mas com o próprio encontro. O corpo que vai se constituir daí em diante, é um corpo resultado da fusão de dois, que não é o corpo materno nem o corpo do bebê, mas o corpo pictográfico no bebê, efeito da sedução generalizada. (RANNÃ, 2003, p. 47).

A esse respeito, lembramos ainda o que Rannã (2003) nos diz quando articula a Psicossomática e o “infantil”, tomando a organização pulsional e a constituição subjetiva como eixo: “o enigma dos sintomas somáticos nos bebês poderia ser descoberto ao

atentarmos para as evidências de sua relação com as etapas iniciais da instalação do circuito pulsional”. (P, 48).

O estudo do sintoma do corpo em bebês e crianças pequenas requer, portanto, uma leitura atenta dessa organização pulsional – básica para a constituição do sujeito – além de destacar a função do aparelho psíquico e do próximo cuidador na regulação da economia libidinal e no desencadeamento dos sintomas somáticos: “...muito dos enigmas do corpo da criança só podem ser desvendados a partir da história do encontro com o outro dos cuidados maternos, que vai lhe dar uma sexualidade e uma subjetividade”. (Rannã, 2003, p. 45).

A pulsão, constantemente enfatizada neste estudo e imprescindível na elaboração sintomática, põe em movimento o trabalho do aparelho psíquico que tem como fim dominar as excitações que chegam até ele, transformando-as em representações. Essas excitações provêm do corpo e são marcadas pelas ‘experiências de satisfação’, intensamente “libidinizadas” na relação com o semelhante.

É nessa relação com o próximo prestativo (como Freud o designou no Projeto, em 1895) que um circuito pulsional se instala no bebê, transformando seu organismo em corpo: “O organismo virgem é exposto ao outro, que demanda e cujo olhar é um espelho que aglutina, cristaliza e reflete uma imagem. O organismo transforma-se em corpo”. (SCHILLER, 2003, p 29). Destacamos, assim, a idéia de que a verdadeira divisão não é entre mente e corpo, mas entre corpo e organismo (ASSOUN, 1998). Esse corpo é uma estrutura formada na primeira infância por um conjunto de representações e associação entre símbolos e imagens.

O fenômeno psicossomático é, então, conforme Silveira (2003), “uma disfunção do corpo biológico em função de processos vividos pelo sujeito na passagem do corpo biológico para outra ordem, a ordem do pulsional, na qual a instintividade é substituída pela erogeneidade”. (P. 556).

Portanto, a Psicossomática psicanalítica compreende os sintomas somáticos a partir de uma *falha na inscrição pulsional*, o que pressupõe, por sua vez, uma ‘falha’ na função materna (já que é a ‘mãe’ quem efetua essa inscrição) ou nas vicissitudes da construção do corpo erógeno. Tal falha denota um empobrecimento da relação mãe/ bebê – imprescindível ao equilíbrio psicossomático – que, por sua vez, diz respeito à impossibilidade de a mãe se colocar como Outro fundador do circuito de desejo e demanda no filho. A mãe não consegue, pois, exercer seu papel de para-excitação. O bebê, sem ter ainda uma autonomia psíquica, descarrega no soma esses excessos, podendo originar, então, distúrbios funcionais.

(...) a clínica à escuta de pacientes somatizadores vem assinalando o lugar dos momentos iniciais da constituição do psiquismo nos destinos da organização libidinal. As experiências precoces delineiam modos de funcionamento somático a partir da constituição da imagem corporal. A clínica das somatizações nos solicita a acentuar o lugar fundamental da relação materno-filial na constituição subjetiva, possibilitando um espaço de elaboração psicossomático do bebê. (TEIXEIRA 2006, p 24).

A matriz dessa falha vem de uma impossibilidade de ocorrer a realização alucinatória da experiência de satisfação, quer por uma super-presença, quer por uma ausência de qualquer satisfação com o outro (RANNÃ, 2003).

O que tencionamos frisar nessa articulação conceitual é que Freud tem como proposta essencial em relação aos sintomas do corpo em crianças e bebês trazer à pauta os entraves do conflito humano quando do encontro com o Outro e das conseqüências de sua inserção na ordem da cultura.

3.3.3 O câncer e a doença psicossomática

Vários estudos têm sido realizados no sentido de ver no câncer um modelo de doença psicossomática. A Medicina dos tempos de Hipócrates trouxe grandes contribuições, principalmente por nos oferecer outra visão sobre a doença, entendendo-a no contexto de sua relação com o doente e com tudo o mais expresso no intercurso desta relação: “A medicina organicista ensina a “ler” a enfermidade do ponto de vista do médico e do laboratório. A medicina psicossomática pretende “ler”, escutar e compreender a enfermidade a partir do paciente”. (SCHAVELZON, 1992).

Por outro lado, temos a Psicanálise, que nos informa sobre a existência de uma anatomia imaginária, o que por si só já nos impõe uma concepção diferenciada do adoecimento, levando em consideração aí um aparelho psíquico, dividido em Isso, Eu, e Super-eu, cujo conflito intersistêmico – sob o ponto de vista tópico, dinâmico e econômico – revela o cerne desse ‘acontecimento do corpo’.

O resgate da concepção hipocrática do adoecimento somado às contribuições psicanalíticas nos possibilita a visão diferenciada sobre as enfermidades – e do câncer de forma específica – na qual a subjetividade do sujeito passa a ser um dado relevante não só no que diz respeito à etiologia da doença somática, como também no tratamento e no seu processo de cura. É esse o sentido que daremos ao câncer nesta pesquisa: compreendendo-o o

quanto mais no terreno da economia psíquica, o que não significa negar sua realidade biológica.

Em relação à concepção psicossomática do câncer, seu caráter etiológico multifatorial abre espaço para diversos tipos de pesquisas em que o fator psíquico é um dos que participa da sua formação, como nos mostram Mello-Filho e Moreira (1992). Esses autores propõem íntima relação entre o câncer e as emoções, considerando que determinados estados psíquicos tornam as células receptíveis a transformações malignas, apontando, inclusive, a influência do luto como uma das causas mais comuns do câncer.

Esta influência psíquica, no entanto, – ou talvez pudéssemos falar em “poder das idéias inconscientes” – atua não somente na gênese da doença como também no seu intercurso, segundo pesquisas realizadas por Le Shan e Gassman (apud Mello-filho e Moreira, 1992), durante o acompanhamento psicoterápico dos seus pacientes: “o aparecimento de problemas emocionais não resolvidos podia ser seguido por um crescimento mais rápido do tumor, enquanto a resolução de tais problemas podia ser seguida de uma regressão temporária”. (MELLO-FILHO e MOREIRA, 1992, p. 134).

Interessante é ressaltar que vários pesquisadores e demais pessoas versadas em Psicossomática acreditam que determinadas situações da história de vida do sujeito estão de alguma forma ligados ao evento da doença, além de terem precisado alguns tipos de ‘personalidade-padrão’ comuns entre os pacientes com câncer. As situações mais encontradas nesses sujeitos são as seguintes: perda de uma relação significativa antes do início da doença; incapacidade de expressar sentimentos hostis; importante tensão em relação a uma figura parental e sentimentos de desamparo e desesperança (MELLO-FILHO e MOREIRA, 1992). Segundo esses autores, essas pessoas têm uma vida de abandono, culpa e auto condenação, “como se estivessem em um total desespero de serem elas mesmas”. (P. 133).

Não devemos perder de vista que poucas doenças demonstram ser tão dependentes de uma etiologia multifatorial como o câncer. Daí ser um reducionismo considerar que a história de um tumor que se segue a uma situação de perda ou de estresse se esgote em uma ou outra dessas situações.

O câncer, apesar de ser suscetível à influencia de fenômenos de estresses e fatores psicológicos, tem uma determinação genética, recebe influencias ambientais, inclui uma falha do sistema imunológico em algum momento de sua programação celular, é suscetível à ação de várias substâncias tóxicas, depende da influência de fatores alimentares e é decorrente da ação de múltiplos agentes virais. Dentre esses fatores, destacamos a ação do sistema imunológico na formação de um câncer, visto que atualmente é cada vez mais freqüente a

relação que se faz entre imunologia e estados afetivos. Dessa forma, podemos entender por doenças auto-imunes ou de auto-agressão,

aquelas que parecem desenvolver certas reações imunes aos constituintes naturais do organismo levando à lesões localizadas ou sistêmicas. As lesões são provocadas por mecanismos que levam à interação de anticorpos formados contra constituintes próprios do organismo, passando estes a se comportar como antígenos. (MELLO-FILHO e MOREIRA, 1992, p. 139).

Segundo Shávelzon (apud MELLO-FILHO e MOREIRA 1992), nosso organismo destrói, desde o nascimento, por meio dos linfócitos chamados *natural killers* (NK), qualquer célula diferente ou ‘não-eu’ (é assim que o autor nomeia as células estranhas ao organismo). Em qualquer momento da nossa evolução, no entanto, o eu faz uma ‘nova leitura’ da célula diferente, não a reconhece como estranha e, como consequência, não a elimina. A forma como o autor descreve essa ação biológica nos chamou a atenção pelo fato de classificar o câncer como uma doença integral, na qual um fato biológico envolve o ser humano total por meio do eu e do seu funcionamento.

O câncer, assim lido, deixa de ser um processo patológico para ser um fato biológico, como expressa Schávelzon (1992), desenvolvido no próprio organismo, a partir de suas próprias células, mas com uma estrutura funcional diferente... um não-eu!

Esta maneira de pensar situa o problema do aparecimento do câncer em uma modificação do organismo *in totum*, e não só em uma agressão externa. Em outras palavras, “se se produz um bloqueio ou inibição na capacidade do eu para não reconhecer o não-eu, teremos enfermidades derivadas de uma inibição imunológica” (MELLO-FILHO e MOREIRA, 1992, p. 135).

Podemos, então, nos perguntar por que um constituinte orgânico passa a ser reconhecido como ‘não-eu’. A esse respeito, Mello-filho e Moreira (1992) atribuem uma diminuição na atividade das células supressoras (falência na atividade supressora), fato este que se relaciona com o estresse e com o seu poder de modificar estas células. Mesmo com estas considerações, os processos auto-imunes, embora cada vez mais conhecidos e estudados, envolvem uma série de fenômenos com toda uma aura de mistério e complexidade.

Schávelzon (1992) nos convida a examinar essa questão tomando em consideração o tema do narcisismo. Ele chama de eu o conjunto de elementos orgânicos e psicológicos que um indivíduo reconhece como integrantes de sua estrutura e que participam de certa similaridade biológica. Para que esses elementos sejam re-conhecidos, eles devem ser previamente conhecidos. A mãe tem importante papel nesse processo, fornecendo à criança os elementos necessários para o conhecimento do seu eu.

Estes produtos de re-conhecimento da mãe atuam na criança como conhecimento, até que esta se torne capaz de seus próprios reconhecimentos. De fato, as defesas imunológicas fornecidas à criança vão sendo suplantadas pelas suas próprias. (SCHÁVELZON, 1992, p. 217).

É somente com esse conhecimento primordial que o sistema imunológico poderá “re-conhecer” o não-eu, efetuando uma “re-leitura” específica da realidade biológica, tendo como referência uma estrutura preestabelecida, determinada geneticamente. Segundo o autor, “o reconhecimento do não-eu só pode ocorrer depois da estruturação do eu, pois o não-eu só pode ser lido em função do eu”. (SCHÁVELZON, 1992, p. 2017). O sistema imune aprende, então, a identificar o não-eu mediante esse auto-reconhecimento.

O que o autor destaca no câncer é que, por algum motivo, o eu não consegue mais efetuar essa leitura específica (de conhecer o que é eu e o que é não-eu), passando a considerar a ‘célula diferente’ como similar, ou seja, como eu, não a destruindo. Esta modificação da leitura pode ser interpretada como uma adaptação, por meio da qual o reconhecimento desta célula diferente como eu implica sua incorporação ao eu. Essa célula, a bem da verdade, não é alguma coisa nova. Schávelzon (1992) destaca que o que é novo, ou diferente, é seu reconhecimento ou leitura como eu: “O crescimento e desenvolvimento do câncer não seria mais um processo dependente do próprio câncer, mas de como é lido ou interpretado pelo sujeito, como totalidade psicorgânica”. (SCHÁVELZON, 1992, p. 218).

Outra questão interessante a ser considerada, como aponta o autor, é que o organismo atende às necessidades ou exigências metabólicas do tumor às custas de si mesmo, e até à sua morte. Além disso,

este novo integrante do eu subordinará o organismo, ou este lhe cederá todo um conjunto de privilégios ou características biológicas, como o amor, a fome e a imortalidade. Agora, este tecido poderá se reproduzir (amor), será imortal enquanto obtiver alimento (no sentido mais amplo) e disporá das reservas alimentares do organismo e das ingestas, com um sentido de privilégio. (SCHÁVELZON, 1992, p. 219).

Além desses “privilégios biológicos”, as células neoplásicas exercem certa influência sobre o eu, havendo um deslocamento libidinoso para o tumor, que contribui na sua reprodução, tudo isso pelo fato de este tumor ser reconhecido como um eu: “(...) se manifesta uma relação objetal claramente narcísica”. Esse fato, como nos diz Schávelzon (1992), lembra a gestação, na qual um elemento totalmente heterólogo é aceito como um eu. Como consequência desses privilégios, o câncer vai evoluindo a expensas do próprio eu, assegurando sua “imortalidade” na mesma medida em que mata ‘seu hospedeiro’... o sujeito!

Schávelzon (1992) cita de forma bem sucinta essa ‘relação de amor’ que o sujeito constrói com seu câncer (a capacidade do câncer se reproduzir é metaforicamente chamado de

amor pelo autor), enlaçando-o com o complexo de Édipo. Para ele, “a enfermidade está ligada ao horror do incesto”, considerando-a como “um significado horripilante de um incesto que se “sente” realizado”. (P. 225). Apesar de o autor não trabalhar essa questão nesse texto, não deixamos de associá-la ao que Assoun (1998) formulou a respeito do sintoma somático e sua relação com a angústia de castração, como veremos no próximo capítulo.

4 SINTOMA DO CORPO – QUANDO O FANTASMA ENTRA EM AÇÃO.

Há um encontro no corpo entre a doença orgânica real e a estratégia do gozo corporal. (EISENBRUCH, 2000).

Em relação aos sintomas do corpo, Assoun (1998) nos oferece nova perspectiva de compreensão, tomando como referência a metapsicologia freudiana e contrapondo suas idéias à Teoria Psicossomática. Segundo Assoun (1998), esta última surgiu na tentativa de suprir uma carência na Teoria Psicanalítica do Corpo, ou seja, pensar o destino da somatização ‘mais além’ (ou diferente) da conversão histérica. No entendimento de Assoun, porém, “a metapsicologia já possui um arsenal teórico suficiente para dar conta da problemática corporal, no que diz respeito ao sintoma do corpo, não sendo preciso, portanto, uma montagem psicossomática” (P. 27).

Dessa forma, Assoun (1998) se posiciona de forma crítica no que diz respeito às concepções psicossomáticas, oferecendo-nos uma leitura original da metapsicologia freudiana em relação aos sintomas somáticos. Para ele, o sintoma somático assinala uma figura original da formação de sintomas, ou seja, ele não é considerado uma formação inconsciente clássica, da mesma forma que o sonho, mas deve ser compreendido com base na sua relação com o fantasma e com uma das propriedades do inconsciente: seu efeito plástico *ativo*⁴ sobre os processos somáticos. A esse processo de formação do sintoma somático Assoun (1998) denominou *efeito físico* do sintoma inconsciente: “Aí está, nem mais nem menos, o que temos que pensar: que o ato inconsciente seja decifrável como ação plástica dos processos somáticos” (P.24).

Esse autor assume, pois, a posição de que os sintomas somáticos vêm assinalar a derrota das estratégias significantes, acontecimento esse que os distingue das formações inconscientes clássicas. Esses sintomas apontam, portanto, uma espécie de falha da simbolização, inscrevendo-se como um real: é o momento corporal do sintoma: “O sintoma somático obriga a repensar outra grande formação inconsciente – o fantasma – na sua relação com o ato e com o real”. (P. 23).

Assoun (1998) também nos leva a repensar a saúde sob o prisma do saber sobre o inconsciente, considerando de fundamental importância, nesse percurso, o conceito de pulsão,

⁴ O livro *Metapsicologia Freudiana* (1996) nos oferece a compreensão do que significa o ‘ato inconsciente’ no seu capítulo sobre O Ato.

de narcisismo, de eu como ser corporal e da pulsão de morte (no que se relaciona com a questão do masoquismo originário). É somente nesse ângulo, portanto, que podemos entender a colocação de Assoun de que a doença do corpo pode ser um meio de se recuperar a saúde.

4.1 Sintoma, corpo e neurose – por uma compreensão da corporificação do fantasma.

A histeria de conversão aparece como o modelo a partir do qual podemos pensar a formação dos sintomas somáticos e o estatuto inconsciente do corpo. Ela revela a pulsação (ou encarnação) de outro corpo e a possibilidade de o desejo ser corporificado, materialmente talhado no corpo, o que dá ao sintoma seu aspecto estritamente singular. Exprimindo de outra forma, a histérica encarna seu desejo e dá corpo ao seu sintoma.

As conclusões a que Freud chega em relação aos sintomas histéricos são baseadas na experiência clínica de Charcot e no seu estudo comparado entre a histeria e a epilepsia, em que o autor descobre diferenças básicas no que diz respeito à estruturação dos sintomas. Os sintomas histéricos, por exemplo, podem ser reproduzidos no momento em que forem ativadas determinadas partes do corpo, às quais Charcot deu o nome de pontos histerógenos. Já na epilepsia, quem decide é a Anatomia. Esses pontos histerógenos são lugares hipersensíveis que encarnam o ‘ponto germinal’ do sintoma. É nesse momento que Freud formula a Teoria dos Dois Corpos: “momento em que emerge esse físico, intempestivamente alojado no coração do orgânico”. (ASSOUN, 1998, p. 32). Quando Charcot toca o corpo histérico, ele percebe o desprendimento do físico do orgânico: sob o corpo orgânico jaz um corpo físico.

O que Freud percebe nos ensinamentos de Charcot é que um corpo pode ocultar outro; isto é, uma anatomia pode acolher e ao mesmo tempo dissimular uma outra. Assoun (1998) nos diz que a histérica desliza seu corpo de sintoma numa envoltura, que podemos entender como sendo o corpo orgânico. É por isso que Freud insiste na corporalidade do sintoma histérico, pois, apesar de esse sintoma se remeter à cena inconsciente, acontece no corpo; melhor dito, a histérica *faz corpo* com seu sintoma: “o propósito da histeria pura é fazer do corpo real (...) o lugar físico de ativação do sintoma”. (ASSOUN, 1998, p. 35). O corpo físico encontra-se, então, virtualmente ligado ao corpo orgânico.

Isso não quer dizer que haja duas anatomias, ou dois corpos, pois pensar assim seria voltar a uma reflexão dualista; mas que sobre a anatomia real a histérica forja outra que vem a

corresponder às necessidades do seu sintoma; ou seja, a histérica reinventa um corpo no corpo, ela recorta, segundo a lógica do seu desejo, esse corpo unificado e ordenado em uma unidade hierarquizada. Não nos esqueçamos, porém, de que o sintoma retira seu tributo da sua anatomia, significando dizer que é na anatomia real, ‘verdadeira’, que podemos encontrar os elementos que compõem o sintoma histérico.

Temos dito tudo isso com o objetivo de frisar o *efeito físico* do sintoma histérico, já que este segue o traçado orgânico, sendo os órgãos alvo de um sobre-investimento (ASSOUN, 1998). Esse pensamento nos leva diretamente ao que Freud denominou de complacência somática, quando se referiu à íntima relação entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, como dissemos páginas atrás: o aparecimento do sintoma histérico no corpo é, na verdade, o ‘retorno ao remetente’, visto que no início já havia certa efervescência de excitações somática e sexual sobre as quais o fantasma se projeta, formando assim o sintoma conversivo. E isso a histérica faz em proveito próprio, num jogo de sedução aos seus próprios órgãos: “Isto começou por gozar no corpo para que o fantasma extraísse daí seu fermento primitivo”. (ASSOUN, 1998, p. 43).

Vale ressaltar, como nos lembra Assoun (1998, p 44), que esse vulcanismo primitivo arquivado no corpo tem origem nas primeiras experiências de satisfação do bebê. “Esse é o material forjado na cena primitiva, aquilo que do gozo fantasmal da atividade do Outro parental passa – em migalhas – ao corpo infantil”.

Voltando ao sintoma somático, Assoun nos convence a examiná-lo levando em consideração dois pontos importantes: 1) sua relação com o fantasma e 2) sua relação com o inconsciente, na medida em que este efetua uma ação plástica sobre os processos somáticos. Ele ressalta, contudo, a importância de avaliar, tomando como base os dois pontos citados, o momento físico do surgimento desse sintoma.

Em relação ao primeiro ponto Assoun, ao citar as *Conferencias Introdutórias* (Freud, 1915-1916), nos mostra de que modo o fantasma pode atuar ao ponto de fazer florescer uma neurose. Ele nos diz que pessoas com predisposição à neurose, ao caírem doentes (patologia orgânica), podem desenvolver a neurose, já que esse acontecimento no corpo desperta o trabalho de formação do sintoma (neurótico).

O sofrimento do corpo, existindo eventualmente num sujeito, independentemente de sua neurose, pode fornecer a substância que a neurose irá explorar pra seus próprios fins. (KALTENBECK, 2003, p. 61).

O sintoma somático, portanto, aparece como porta voz dos fantasmas inconscientes que esperavam apenas uma ocasião para se expressarem. Ou seja, os fantasmas sexuais

aparecem de forma velada – disfarçados com a máscara corporal – e inspiram os atores desse teatro corporal, no caso, os órgãos. Sobre isso nos lembra Assoun:

É devida essa descrição do fantasma que se pensa na falsa extenuação fantasmática dos pacientes chamados psicossomáticos (...) A cronicização do velamento é tal que a voz do fantasma se torna ininteligível; ela se desvanece a ponto de fazer as testemunhas crerem que tais sujeitos perderam a capacidade de fantasmação. (1998, p. 79).

Esses pacientes solicitam de outra maneira a atividade onírica que não mediante a simbolização dos fantasmas, formações inconscientes clássicas; o que quer dizer que a atividade onírica nesses sujeitos acontece pela ação do fantasma no e pelo corpo (ASSOUN, 1998).

A atração que o sintoma orgânico exerce sobre a formação do sintoma neurótico é então facilitada pelo fantasma; o corpo apenas se oferece de forma complacente. A doença é apenas o detonador central que aciona a ação dos fantasmas. A ‘ferida’ – mostrada no corpo como efeito da castração real – é então necessária para que se engate essa colocação em ato.

A partir disso, a neurose vai difundir-se graças e à sombra da enfermidade orgânica: o fantasma vai satisfazer-se contando com o benefício do sintoma. De que sintoma? Do que captura o corpo simultaneamente pela lesão – a afecção orgânica – e pelo gozo –fantasmático. (ASSOUN, 1998, p. 53).

Dessa forma, compreendemos a relação que se efetua entre o sintoma somático e o sintoma neurótico: pensando esse corpo como um corpo narcísico, no qual um acontecimento físico desperta o investimento libidinal sobre o órgão ferido/lesionado. Logo, esse órgão que ora provoca dor, também é fonte de prazer, servindo de arranque à atividade fantasmática, que Assoun (1998) designa como corporificação do fantasma. Isto, porém, isso acontece por haver de um lado o desinvestimento objetal e por outro uma retração da libido ao eu-corporal.

O sintoma somático pode assim ser visto como um retorno a uma forma de auto-erotismo, uma volta regressiva ao princípio do prazer. É o momento da ação somática na qual, no lugar de uma ação externa ou transformação da realidade, o que se observa é uma ação interna ou transformação corporal. Chegamos nesse momento ao segundo ponto citado por Freud, que diz respeito ao efeito plástico ativo do inconsciente sobre os processos somáticos. A ação interna de retração libidinal que se exerce sobre a matéria corporal é o que designamos como o ato inconsciente que efetua uma ação plástica sobre o soma; é o auto-erotismo em ação, que provoca uma transformação. Dessa forma, o sintoma situa uma transformação corporal.

Assim, pois, o sintoma somático não é somente passivo: ele é signo da determinação do auto-erotismo de ser produzido na ação. O somático permite um verdadeiro passo à ação auto-erótica, cujo corpo é o teatro enquanto corpo real. Apenas no lugar de uma ação – no sentido de uma

transformação efetiva da realidade – vamos ter uma adaptação. (ASSOUN, 1998, p. 57).

Logo, entendemos a somatização como efeito do poder das idéias inconscientes sobre o corpo visando a uma adaptação, o corpo sendo visto como representação plástica. O objetivo final desse processo de somatização, no entanto, é por em ato o auto-erotismo, utilizando-se de um caminho regressivo. O inconsciente é, portanto, um recurso fundamental do trabalho do sintoma.

Assoun (1998) também propõe outra possibilidade de compreensão do sintoma somático. Se antes ele possibilitava a florescência de uma neurose e também era visto como forma regressiva de auto-erotismo, agora, pelo contrário, a incidência do sintoma somático contribui de forma quase espantosa para a ‘cura’ da neurose. A doença corporal é nesse momento associada por Freud (1918) ao masoquismo – por ser designada como um algo que consome – ao mesmo tempo em que satisfaz uma necessidade de punição⁵: “(...) aceitam um prolongado estado de enfermidade orgânica como um castigo do destino e por tanto renunciam com freqüência a uma perpetuação da neurose”. (ASSOUN, 1998, p. 65).

A respeito do sentimento de culpa, podemos entender que de certa forma, para essas pessoas, estar doentes lhes resulta vital, por mais que a necessidade da doença seja derivada da necessidade de punição. A doença livra o sujeito do confronto com seu desejo e com a culpa subjetiva, pois a culpa inerente ao estar-doente é silenciosa: “Mais vale o gozo silencioso da dor”. (ASSOUN, 1998, p. 84).

Assoun ressalta, nessa questão da doença orgânica e sua relação com a neurose, o fato de que ambas são formas de sofrimento; apenas uma forma foi substituída por outra. É o que podemos designar como o ganho masoquista da doença, que traz certa rentabilidade ao sujeito! Ele aponta também o fato de que por vezes esse sujeito, desde tenra idade, conquista uma posição subjetiva mórbida e um estilo somático de habitar o mundo, com várias doenças intercorrentes na infância que, no fundo, trazem, além do sofrimento, certas doses de prazer. “Diante de seu tribunal, liberado da dívida neurótica, ele não está quite com a infelicidade, visto que esta se forma pelo mal do corpo. Isso coloca a questão da relação com o Outro, relação que a economia masoquista deixa subtendida”. (ASSOUN, 1998, p 73).

A enfermidade orgânica funda não uma simples patologia, mas um pertencimento que faz possível uma posição subjetiva ancorada num real. Há aí uma verdadeira visão de mundo articulada em torno de uma versão masoquista de si e do outro (ASSOUN, 1998, p86).

⁵ Freud trabalha esse aspecto no seu artigo *Mal estar na civilização* (1930).

O que se observa, da leitura de Assoun (1998), é toda uma dinâmica fantasmática posta em ato no e pelo corpo, no qual o sintoma somático pode ser lido através da lente (ou da lógica) do masoquismo corporal. O pavor que a doença corporal impõe é subjugado, muitas vezes, pelo gozo que também advém desse mesmo corpo ferido no seu interior (*Leib*); é a força somática agindo com a ajuda do fantasma, em nome do desejo ou gozo fantasmático corporificado.

Por fim, outro ponto importante a se considerar no exame do sintoma somático é o fator traumático, estudado por Freud nas neuroses de guerra, mas que pode ser retomado aqui na discussão sobre os sintomas do corpo. Assoun (1998) nos lembra a importância de considerar o trauma nos avatares da ‘física inconsciente’ (que corresponde à pulsação do corpo na neurose) e, mais uma vez, com essas novas considerações, retomar o vínculo entre a patologia orgânica e o processo neurótico, agora se apoiando nas neuroses traumáticas.

Sabemos que o trauma significa um acontecimento que aporta a vida psíquica de forma tão intensa (aumento de excitação) que, pela impossibilidade de elaboração ou eliminação, desorganiza a atividade energética (FREUD, 1932). Esse acontecimento pode ser uma patologia orgânica, que nesse caso é visto como um *real* detonador que introduz certa desordem econômica.

O acontecimento físico, que podemos entender aqui como a desordem do órgão (ou o grão de areia, de que ora falamos), serve de incentivo ao trauma, que se transforma, por sua vez, em semente de uma doença (neurótica). Desse antecedente no real, o fantasma se serve, formando assim a cena neurótica, como já assinalamos. É importante sublinhar, no entanto, que esse ‘grão’ tão pequeno, por vezes tido como algo sem importância, pode ser compreendido como um prazer preliminar, que torna possível o desencadeamento de um prazer maior – o gozo: “não há gozo sem esse choque inicial e discreto do prazer que vem antes”. (ASSOUN, 1998, p.92).

Dessa forma, o sintoma somático pode ser considerado da mesma forma que um trauma: encontro do sujeito – no corpo – com um real impossível de simbolizar e que mobiliza a economia do gozo. A incidência desse trauma provoca uma cisão (ou clivagem) no eu, fazendo com que esse novo eu se torne uma ameaça constante ao antigo eu; conflito no eu, dilaceramento da sua unidade interna (como aponta Assoun, 1998). Esse conflito consiste, na verdade, no medo do que o eu é capaz de fazer a si mesmo, como, por exemplo, sucumbir ao gozo mortífero.

Surge assim o princípio de autoconservação, que no fundo consiste numa ‘escolha pela neurose’. É assim que podemos entender a neurose de guerra: mobilização (no corpo) pelo medo de um inimigo interno (que não é mais do que o próprio eu). A neurose traumática

é o meio de permanecer vivo, escapando de certa corrida para a morte (que a doença orgânica encarna): “É pelo temor de ‘ir para a guerra’ que o pacifista desliza na neurose”. (ASSOUN, 1998, p. 96).

4.2 Saúde – uma questão metapsicológica

Chegamos agora no momento de pensar a saúde pelo enfoque metapsicológico do corpo sintoma; isto implica tentar dar conta do *efeito físico* ou do *momento somático* do processo inconsciente. Esse é o objetivo da metapsicologia freudiana na abordagem do corpo: à partir da descrição metapsicológica da corporeidade, “dar conta do que se passa na saúde corporal e suas tribulações (sintomáticas)”. (ASSOUN, 1998, p. 101).

Freud, ao mesmo tempo em que situa o corpo como fonte de sofrimento⁶, em virtude do seu caráter precívvel, também o exprime como fonte de prazer. Podemos encontrar esse prazer nos órgãos, e isso foi mostrado por Freud quando do estudo da sexualidade infantil, na abordagem do auto-erotismo. É com base nessa questão que Assoun (1998) nos convida a pensar o sintoma somático: no nível dos prazeres dos órgãos, que acontece de forma localizada, tendendo à satisfação individual a expensas do conjunto: “A proposta é retomar a questão no nível do acontecimento físico – que não é outra coisa senão retomar o órgão e a questão do prazer aí encontrado em sua intensidade local – para situar a dimensão libidinal”. (ASSOUN, 1998, p. 102).

O organismo, por meio dos órgãos, leva então uma vida libidinal; no entanto, acontece dos órgãos trabalharem num regime próprio, de forma independente, oferecendo às pulsões parciais seu modo de satisfação. A isso chamamos de prazer do órgão, que só se torna possível em virtude do seu próprio estado de excitação, que constitui a fonte pulsional. O órgão é, portanto, a fonte somática da pulsão. Apesar de a pulsão ser uma força constante, a excitabilidade do órgão é, eminentemente, disruptível e não possui um objeto fora de si mesmo.

Que prazer é esse do qual o órgão goza? E que relação podemos fazer entre esse prazer de órgão e o prazer sexual presente no auto-erotismo? A esse respeito, Assoun (1998) faz algumas considerações. Ele nos diz que o prazer do órgão é o fundo orgânico do acontecimento sexual, e que todo órgão tem, na verdade, uma duplicidade pulsional (pulsões

⁶ Essa questão está presente no texto *Mal-estar na civilização*, Freud, 1930.

do eu e pulsões sexuais), o que faz com que eles estejam ajustados ao mesmo tempo com uma função orgânica e outra libidinal: “todo órgão tem a tarefa de gerir a dupla reivindicação: a do eu consciente e a da sexualidade recalçada. É diretamente no mesmo órgão que se produz esse conflito entre pulsões do eu e pulsões sexuais”. (ASSOUN, 1998, p. 107).

Relativamente à distinção entre as pulsões sexuais e as pulsões do eu, Kaltenbeck (2003), ao ler o texto de Freud sobre o ‘Distúrbio psicógeno da visão na concepção psicanalítica’ (1910), nos diz: “os órgãos do corpo estão à disposição das duas pulsões. Quanto mais eles exercem sua ação para uma, tanto mais se negam à outra, o que acarreta conseqüências patológicas quando as duas pulsões se desunem”. (P. 64). Esse é o resultado da defusão pulsional que, na opinião de Assoun (1998), está no cerne do sintoma somático.

Esse pensamento original de Freud subverte a racionalidade mesma do organicismo biológico, visto que, como dissemos outrora, com os estudos sobre a histeria, há um prazer (sexual) de órgão, o que implica uma indagação sobre o modo ambíguo de dessexualização que serve de base à sintomatologia somática.

Assoun (1998) nos lembra, a esse respeito, as idéias de Ferenczi sobre a lógica patoneurótica, segundo a qual o organismo como um todo se identifica com o órgão genital na satisfação orgástica (e cada órgão contribui na realização desse objetivo em nome do bem-estar corporal), levando à generalização explosiva de todo organismo. De forma contrária, na doença somática, há uma forma de regressão auto-erótica de satisfação sexual, na qual cada órgão trabalha em nome próprio. Ferenczi, como mostra Assoun (1998), chama esse processo de ‘desgenitalização’: “o órgão se converte no âmbito de um pequeno orgasmo (...) gerador de transformação pela qual se inscreve um gozo inconsciente”. (P. 110).

Toda essa questão encontra fundamento nos estudos sobre a sexualidade infantil, nos fazendo pensar a doença somática correlativa desse modo de funcionamento, no qual o sujeito regride a um modo de expressão desobjetalizado. Dessa forma, o órgão doente corresponde ao órgão primitivo auto-erótico e o prejuízo corporal, devido o órgão doente, fenomenaliza a angústia de castração, já que alude à ameaça do gozo sexual.

A esse respeito, Assoun (1998) nos lembra que um órgão ferido não goza dos prazeres que lhe são concernentes quer dizer, o gozo sexual, a não ser na forma de um gozo outro, como gozo mortífero. Logo, a angustia de castração se exerce sobre o corpo, visto que esse órgão defeituoso (órgão simbólico da castração) serve de expressão à angústia de castração.

A doença somática é, portanto, uma forma de trabalhar materialmente a angústia de castração, ao mesmo tempo em que proporciona ao sujeito o alívio desta ao colocá-la em ato, localizando-a em um órgão doente: “uma maneira de drenar a angustia de castração, erigindo

o órgão doente seu porta voz, mas também o mantendo à sua disposição sempre que for necessário enfrentá-la”. (ASSOUN, 1998, p. 114).

O fantasma da castração, nesse sentido, em vez de atuar por meio do conflito inconsciente, produzindo, assim, uma neurose, atua no e pelo corpo, através do sintoma somático. Isto não quer dizer que esse tipo de resposta (no corpo) à ação fantasmática impeça a produção de uma neurose, ou proteja o sujeito desta (como supõe a Psicossomática psicanalítica). Pelo contrário! Temos visto, desde o começo, que todo o pensamento de Assoun sobre a construção da doença somática se faz em paralelo à neurose, não no sentido de que uma seja responsável diretamente pela outra, mas pelo fato de que o sujeito, sobre o qual recai a afecção somática, vive no seu corpo a incidência do ato inconsciente e a relação com o fantasma.

Essa questão nos remete novamente ao que Assou (1998) denominou ‘A dupla vida do corpo’, já que nos dá mostras de que este não se representa apenas na sua vertente de eu-corporal: sob este, existe um corpo-pulsional: “(...) existe um corpo por baixo que representa o fundo da vida pulsional”. (P.131). A pulsão, portanto, como Freud explicita em 1915, no seu artigo *O instinto e suas vicissitudes*, se conceitualiza como representante psíquico dos estímulos originados no interior do corpo e que chegam à alma, nos lembrando mais uma vez que o psíquico repousa sobre o orgânico.

Essa característica singular do que é a pulsão, a partir da sua correlação com o corporal, possibilita que ela não apenas governe a vida psíquica, como também a vida vegetativa, fazendo com que Freud denomine tanto as pulsões do eu quanto às pulsões sexuais de pulsões orgânicas (já que o fundo pulsional é orgânico), concordando assim com a dupla posição biológica do sujeito (ASSOUN, 1998).

O estudo da pulsão, portanto, abre espaço para suscitarmos hipóteses sobre o sintoma somático, principalmente quando levamos em conta o ‘papel’ do afeto em sua íntima relação com o corpo, visto que ele vem do corpo. O afeto exprime, nesse sentido, algo do fundo corporal da pulsão, ou seja, a pulsão no sentido bruto, quando já separado do seu par representacional: é nesse momento que o afeto faz sintoma, quando ele se destaca desse seu par, encontrando passagem no corpo pela descarga. Em outras palavras, ele põe em movimento a dinâmica psíquica, “é o momento material do sintoma, efeito físico do processo pulsional”. (ASSOUN, 1998, p. 133).

É, portanto, sobre o corpo *físico* que o sintoma somático se faz representar. Se por um lado este se apresenta como eu-corporal, por outro é também sede do corpo-pulsional. Em termos metapsicológicos, podemos entender esse corpo da pulsão como sendo o Isso, que na

verdade não é corpo, mas que se liga ao somático (ou dá acesso ao somático) em sua extremidade, no sentido do corpo enquanto *Leib*.

O Isso é, portanto, o foco pulsional, lugar-sede das pulsões, onde encontramos o gozo corporal, que nada mais é do que sua capacidade auto perceptiva, além dos limites perceptivos do Eu. Essa ligação com o corpo (*Leib*) somado à capacidade auto-perceptiva proporciona a experiência física, ou seja, o auto-gozo do Isso quando o corpo se converte em sintoma. Ou seja, a perturbação corporal marca certa debilidade do eu, no que tange à ‘filtração’ da vida pulsional.

Encontramos-nos claramente no registro da ‘percepção’ (endógena), o que aponta ao vínculo entre saber e gozo. (...) Isso goza de saber, ou isso goza de sentir, se perceber o que passa no isso. (ASSOUN, 1998, p. 165).

Assoun (1998) denomina esse acontecimento de experiência mística, que acontece em frações de segundos, como se o Isso aproveitasse os instantes em que consegue driblar o Eu e o Super-eu para se entregar ao gozo somático. Não resta ao Eu, nesse caso, senão servir de testemunha ao gozo do Isso. E o mérito todo desse processo é sem dúvida da pulsão de morte, que ‘abre mão’ de satisfazer as necessidades pulsionais, reguladas pelo princípio do prazer, para sucumbir às exigências desse gozo mortífero. Vale ressaltar que esta pulsão se caracteriza pela desfusão pulsional, ou seja, desligamento da pulsão, verdadeiro caos pulsional.

Evocamos com isso a natureza da dualidade pulsional, em razão da qual o organismo se divide sobre si mesmo, fórmula radical de morbidez física inconsciente, como aponta Assoun: “A ponta da patologia somática seria a ruptura intra-orgânica que, num corpo singular, se reativa sob o efeito de um trauma desintrincante”. (1998, p. 138).

À pulsão de morte, portanto, cabe a tarefa de destruir a própria morada orgânica, marcando assim a morbidez somática e trazendo ao corpo o imperativo de fonte de infelicidade, em decorrência do caráter perecível que lhe é inerente, como bem falou Freud em *Mal estar na civilização* (1930). Ela revela, nessa ação destrutiva, a tensão íntima do orgânico (que não deixa de ser inconsciente).

A título de exemplo, tomamos a epilepsia, na qual a pulsão de morte dá mostras do seu poder destrutivo com fins de descarga pulsional. Nesse exemplo clínico, Freud destaca a tentativa de desvio do movimento da pulsão de morte até o exterior, na tentativa de ligá-la libidinalmente. O sintoma epiléptico mostra, assim, a força mortífera de que é capaz o gozo corporal: “A epilepsia ‘afetiva’ é uma maneira de indicar que a reação epiléptica é o que esta à disposição da neurose, cuja essência consiste em desembaraçar-se através de caminhos somáticos das massas de excitação que não se consomem psiquicamente”. (ASSOUN, 1998, p. 142).

Com tudo isso que temos dito, resta-nos confirmar o ponto de vista de Assoun (1998) de que a doença orgânica é uma forma atual de manifestação de sofrimento psíquico, tal qual a neurose, apesar de reservar diferenças significativas entre ambas. Se antes a neurose se apresentava sob a roupagem demoníaca, atualmente ela se exhibe sob a forma de doença somática: “a doença orgânica torna-se o disfarce da neurose e do conflito inconsciente dos tempos modernos”. (ASSOUN, 1998, p. 143). No fundo, trata-se sempre de uma recusa da neurose.

Não significa reduzir a doença somática há alguma vaga neurose, senão engajar-se no questionamento de sua função de sintoma-tela de certa ‘enfermidade do desejo’, que solicita os demônios do corpo. (Assoun, 1998, p. 143).

5 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

5.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa busca compreender os sintomas do corpo em bebês e crianças pequenas a partir do discurso que os pais oferecem sobre os filhos, situando, dessa forma, a doença somática na história de vida desses pequenos sujeitos, que começa não no momento concreto do seu nascimento, mas quando estes passam a existir no desejo de seus pais.

Utilizamos como suporte teórico no entendimento dessas questões, o referencial teórico-clínico da Psicanálise, caracterizando essa pesquisa na abordagem qualitativa. Faz-se importante, dessa forma, significar o que consiste uma pesquisa em Psicanálise e uma busca qualitativa.

Segundo Minayo e Sanches (1993, p. 240), “a pesquisa qualitativa é abordada procurando focar, principalmente, o social como um mundo de significados passível de investigação e a linguagem comum ou a ‘fala’ como a matéria prima desta abordagem”. Essa abordagem dá ênfase à dimensão simbólica, trabalhando sobre valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, sem que precise cair no subjetivismo.

Segundo REY (2002), a produção de conhecimento que passa pelo prima qualitativo impõe uma reflexão epistemológica, na qual o empirismo, característico da epistemologia positivista, ocupa um lugar diferente na compreensão da ciência.

A Psicanálise surge de uma concepção naturalista, na qual Freud se esforça para que suas descobertas sejam aceitas como achados científicos. No *Projeto para uma Psicologia Científica* (1950[1895]), Freud, pela própria formação médica, manifesta a intenção de desenvolver a Psicologia como ciência natural.

Apesar de sua perspectiva naturalista, Freud nos chama à atenção para os processos psíquicos não acessíveis à observação direta. O empirismo da obra freudiana é representado pela análise de casos individuais, estudados na relação terapêutica:

O caráter oculto do tipo de conflitos que Freud associou com o desenvolvimento da patologia o levou a elaborar uma metodologia interpretativa para a construção do conhecimento (...) cuja singularidade se universaliza em termos do aparato conceitual psicanalítico. (REY, 2002, p 13).

Freud consegue, então, desenvolver uma metodologia cuja epistemologia implícita é diferente da que sustenta o positivismo metodológico, principalmente por reconhecer o lugar da subjetividade na produção do conhecimento e por se produzir a partir do trabalho clínico.

A epistemologia freudiana nos reporta a uma forma de produção qualitativa do conhecimento, em que se destaca seu caráter interpretativo, singular e em permanente desenvolvimento, assim como o papel do sujeito como produtor do conhecimento. (REY, 2002, p. 15).

A originalidade freudiana no que concerne a um método de pesquisa próprio, construído na experiência clínica de Freud e com base nas suas construções metapsicológicas, coloca a psicanálise sob certo questionamento quanto à pesquisa psicanalítica, visto que ela suscita muitas vezes certa perplexidade, já que está associada à pesquisa clínica, fundada na lógica da transferência.

A Psicanálise, por seu próprio objeto de estudo – o Inconsciente – impõe um novo método de investigação, que não cai nas armadilhas da simples especulação, mas também não se encaixa no arsenal metodológico das ciências positivistas. Esse paradoxo se resume na seguinte pergunta: como se realiza em Psicanálise o progresso do conhecimento?

Silva (1993), no artigo *Natureza e Delimitação da Pesquisa Psicanalítica*, cita Popper, para o qual “o conhecimento não se origina das observações, mas é sempre uma modificação de conhecimentos anteriores”. (P. 86). A autora continua nos falando que o pesquisador deve aguardar que o significado emergja da situação focalizada, em vez de permitir que a ansiedade leve à atuação da imposição de um significado prematuro.

Quanto à delimitação do campo da pesquisa psicanalítica, nos indagamos se esta pode ser realizada num espaço mais amplo do que o consultório de um analista. Segundo a mesma autora:

Eu penso que há pesquisa psicanalítica sempre que há interpretação das forças subjacentes a uma experiência humana, ou seu produto, quer ela se apresente como uma relação entre pessoas, ou como uma reação individual com qualquer coisa produzida pela mente humana. O importante é que se trate dessa busca da determinação desconhecida, e não da representação convencional e lógica, passível de mensuração e demonstração. (SILVA, 1996, p. 87).

Birman (1994), por sua vez, também problematiza a esse respeito, nos indagando se existe pesquisa psicanalítica sem que se considerem, de forma direta ou indireta, as exigências fundamentais da experiência psicanalítica.

Devemos ter o cuidado, no entanto, fazer distinção entre a pesquisa que se utiliza dos conceitos e teorias psicanalíticas e a que aplica o método de investigação, que constitui a grande herança de Freud, na qual o inconsciente desempenha importante papel.

É relevante que o pesquisador seja treinado no método psicanalítico “para que possa abrir mão dos conhecimentos anteriores que tendem a se acumular entre pesquisador e pesquisando, formando uma barreira defensiva que os separa em Sujeito e Objeto do conhecimento”. (SILVA, 1993, p.89).

Numa pesquisa que se pretenda psicanalítica, a revisão bibliográfica deve ser o mais sumária possível (...) a pressa deve estar em ir a campo e aí colher todos os dados que caírem na rede da atenção flutuante (...) ter paciência para esperar que o inconsciente faça seu trabalho e que a emergência do significado venha, enfim, a aliviar a angústia do pesquisador e abençoa-lo com uma teoria provisória, nascida de seu material de estudo. (SILVA, 1993, p. 90)

5.2 Coleta de dados – local da pesquisa/participantes/instrumento de coleta de dados.

A presente pesquisa foi realizada no Hospital Infantil Albert Sabin, por ser este um hospital de referência terciária em Oncologia Pediátrica, atendendo um público procedente tanto da capital Fortaleza quanto do restante do Estado do Ceará e de estados vizinhos, como também por já termos realizado um trabalho anterior nessa instituição: estágio curricular na enfermaria de Onco-Hematologia.

Os participantes dessa pesquisa foram os pais de crianças entre zero a três anos de idade completos, cujos filhos estavam internados na enfermaria de Onco-Hematologia e que haviam recebido o diagnóstico de câncer há pelo menos seis meses.

A escolha dos participantes foi feita baseada no prontuário médico, utilizando-nos dos critérios de idade da criança e tempo do diagnóstico. Registramos, no entanto, também outras informações que consideramos importante para a nossa pesquisa como: diagnóstico da criança, idade dos pais e o número de gestações (Apendice I). As crianças que se enquadravam nesse perfil, mas que estavam acompanhadas de outras pessoas que não fossem seus pais, foram excluídas, bem como aquelas com o diagnóstico de recidiva ou que se apresentavam com outra patologia, além do câncer.

Os pais foram esclarecidos acerca do objetivo da pesquisa, dos procedimentos, da gravação. Afirmamos a respeito do anonimato dos entrevistados, bem como sua aceitação espontânea mediante o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), como recomenda o Ministério da Saúde para realização de pesquisa com seres humanos (Resolução 196/96) e o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Art 16).

Deste modo, esta investigação incorporou, também, os referenciais básicos da Bioética – autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, preconizados pela citada resolução nº 1996/96 – CNS – MS/Brasil (DOU 10. 09.96) para investigações *in anima mobili*, garantindo o anonimato dos sujeitos com a preservação de suas identidades.

A pesquisa ocorreu durante os meses de junho e julho de 2007, na própria enfermaria na qual a criança estava internada, ao lado do leito de cada uma, visto que todas as mães relutaram em afastar-se de seus filhos no momento da entrevista – o que já é um dado a ser levado em consideração. O início da pesquisa ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Albert Sabin – COMEPE (Anexo IV).

Após aprovada a pesquisa, foi realizado o pré-teste com um participante (a mãe de uma criança de um ano e nove meses com diagnóstico de LLA – leucemia linfóide aguda). O pré-teste entrará na discussão da pesquisa, sendo as entrevistas analisadas juntamente com as outras que se seguiram no decorrer dos meses de junho e julho.

Ao todo, portanto, foram entrevistados seis pais, tendo sido realizada a média de três entrevistas por pais, com duração média de 35 a 60 minutos cada qual. A média de entrevistas por participantes foi determinada com base no que foi colhido no relato destes. Dentre as crianças pesquisadas, duas estavam acompanhadas, no momento da entrevista, por ambos os pais, e as outras quatro estavam na companhia apenas da mãe.

A fim de resguardarmos suas identidades, identificaremos os entrevistados da seguinte forma: Mãe A, Mãe B, Mãe C, Mãe D, Mãe E, Pai E, Mãe F e Pai F.

Ressaltamos que o número de participantes foi estabelecido segundo a “regra da representatividade” (BARDIN, 1977), e pela saturação dos dados, no momento em que o “ponto de redundância” foi atingido, determinando a ocasião de finalizar a pesquisa empírica.

Para tanto, foi utilizada para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada, por ser esta um instrumento que possibilita captar a informação desejada de maneira imediata, além de ser mais adequada a uma pesquisa que se propõe qualitativa, aproximando-se de esquemas mais livres, mais flexíveis e menos estruturados, permitindo-nos, portanto, alcançar os objetivos propostos: levar os pais a falarem livremente sobre seus filhos a partir do diagnóstico de câncer. Além disso, esse tipo de entrevista oferece flexibilidade na sua condução, na medida em que oferece ao entrevistador um espaço de intervenção, se assim ele achar necessário, mudando, por exemplo, a ordem das perguntas ou acrescentando outras que forem convenientes ao objetivo da pesquisa (Anexo III).

As construções do sujeito diante de situações pouco estruturadas produzem uma informação qualitativamente diferente da produzida pelas respostas a

perguntas fechadas, cujo sentido para quem as responde está influenciado pela cosmovisão do investigador que as constrói. (REY, 2002, p. 4).

5.3 Análise dos dados

Utilizamos a “Análise de Conteúdo Temático”, de Bardin (1977), como o método proposto para a análise dos discursos dos pais. A análise de conteúdo, como prática interpretativa, caracteriza-se como um “conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis, que se aplicam aos discursos extremamente diversificados”. (BARDIN, 1977, p. 9).

O método absolve o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não aparente, o potencial de inédito (do não-dito) retido por qualquer mensagem: “O analista seria, portanto, um detetive munido de instrumentos de precisão para atingir a significação profunda dos textos” (ROCHA; DEUSDARÁ, *on line*, 2005).

A Análise de Conteúdo casa, portanto, com o tipo de investigação que tencionávamos realizar, já que acreditamos que por detrás do discurso aparente, em geral simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar nas falas particulares dos sujeitos entrevistados.

Do material coletado, elegemos *categorias temáticas* a partir dos elementos que mais se sobressaíram na fala dos pais e que foram relevantes para o propósito desta pesquisa. No primeiro momento, fizemos uma “leitura flutuante” das entrevistas, analisando-as de maneira mais ampla e livre, deixando-nos ser invadidos pelas impressões que os seus conteúdos nos causaram. Após essa primeira leitura, o pesquisador pode transformar suas intuições em hipóteses a serem validadas ou não pelas etapas consecutivas.

Em seguida, realizamos uma leitura mais profunda, apontando as “unidades de registro” nas falas dos entrevistados, identificando nelas os “temas” mais presentes e repetitivos, que nos serviram como unidades de base, a fim de descobrir “núcleos de sentido” e melhor categorizá-los

Por fim, realizamos uma leitura compreensiva dos indicativos coletados visando a sistematizá-los e agrupá-los em “unidades de contexto” – parte mais ampla do conteúdo a ser analisado – tendo como objetivo identificar o âmbito no qual determinado tema está sendo tratado, para que sejam compreendidas no seu verdadeiro sentido.

Assinalamos a incidência desses temas em cada depoimento, para, em seguida, fundamentar os resultados à luz da perspectiva teórica psicanalítica e do que esta propõe no que concerne à compreensão dos sintomas somáticos na pequena infância. Optamos por este percurso metodológico por possibilitar a apreensão do objeto de estudo de modo mais profundo, emergindo nos aspectos mais nebulosos de serem captados.

6 CÂNCER INFANTIL – DISCUSSÃO SOBRE O SINTOMA SOMÁTICO NO LAÇO PAIS/FILHOS

Nossa pesquisa teve como objetivo compreender o câncer infantil entrelaçado ao processo de constituição subjetiva, ou seja, investigar o sintoma somático, no laço pais filhos, a partir do lugar que este filho ocupa no desejo dos pais. Dessa forma, logo nos perguntamos da possibilidade de analisar tal sintoma em sujeitos cujos corpos ainda estão em e constituição – no sentido mais amplo que essa palavra pode designar, visto que este conceito em Freud transcende o do corpo anatomofisiológico.

Como temos visto, o corpo, para a Psicanálise, não existe *a priori*; ele é constituído no momento em que o Outro o insere numa história singular, segundo seu desejo. Isso quer dizer que, além das funções biológicas de um órgão, o Outro oferece uma significação que captura o corpo numa cadeia significativa (ordenamento simbólico do corpo), nos indicando “até que ponto as determinações simbólicas capturam o corpo da criança, colocando-o a serviço da expressão sintomática psíquica, ao mesmo tempo em que desconhece ou se contrapõe à função fisiológica do órgão”. (JERUZALINSKY, 1988, p. 23).

É dessa forma que podemos entender os sintomas somáticos em bebês que ainda estão passando pela constituição subjetiva e cujos corpos também estão se estruturando simbólica e imaginariamente.

A Psicossomática psicanalítica nos ajuda nesse ponto, como vimos, ao situar esse sintoma numa ‘falha na função materna’. Segundo essa corrente teórica, quando a mãe não consegue exercer sua função de para-excitação, ou, exprimindo de outra forma, quando há falha no processo de inscrição pulsional, toda a excitação que irrompe o corpo do bebê, ao não ser escoada devidamente, se transforma em sintomas somáticos. Ressaltamos, contudo, que não entendemos tal falha no sentido negativo da palavra, onde se destacaria uma mãe ‘desinteressada’ ou ‘desinvestida’ do seu filho, mas como vicissitudes que o laço mãe/bebê pode passar, cujas repercussões recaem, em particular, sobre este último. Dessa forma nos perguntamos: é possível perceber na fala dos pais entrevistados nessa pesquisa indícios dessa ‘falha materna’? Poderíamos associar o câncer dessas crianças a essa falha?

Consideramos, entretanto, bastante complexo inferir uma falha na função materna no momento mesmo em que esta função está sendo exercida, pois acreditamos que seus efeitos só poderão ser percebidos depois, quando articulados simbolicamente pelo sujeito. Isso não quer dizer que não devemos dimensionar mais a relação do sujeito com Outro no que diz

respeito ao sintoma somático, mas que os efeitos desse ‘laço’ provavelmente só serão percebidos em outro momento.

Sabemos, desde Freud, que, quando as representações inconscientes se ligam, produzem descargas de excitações (linguagem ligada ao princípio do prazer, ou seja, ao escoamento da libido). Quando, por algum motivo, a excitação não prossegue na passagem das representações, ocorrem descargas corporais. Dessa forma, destacamos a importância da função de para-excitação, além de articularmos o fenômeno psicossomático à dimensão da linguagem, como fez Lacan em 1964.

Essa é uma das formas de pensarmos uma possível falha na função materna: quando, por algum motivo, na sua relação com o Outro, o sujeito apresenta um conjunto de significantes solidificados, não havendo, nesse ponto, deslizamento da cadeia significante – que seria resultado da dialética do sujeito ante ao enigma do desejo do Outro (QUINTELLA, 2005). Ainda assim, essa falha só poderia ser percebida quando da entrada do sujeito na linguagem, com a apropriação do significante (a forma como o sujeito se relaciona com o significante que vem do Outro).

Na verdade, o que gostaríamos de pontuar, é que esse ‘impasse’ do sujeito na sua relação com o Outro, no âmbito da articulação significante, pode estar presente desde o início, nas primeiras trocas libidinais entre o bebê e sua mãe. O efeito desse ‘impasse’, no entanto, só é sentido no momento seguinte (o que não implica uma lógica linear ou desenvolvimentista), quando, na sua estruturação subjetiva, o pequeno sujeito tem que se haver com a dimensão da linguagem. Podemos, por conseguinte, dizer que o efeito do significante sobre o corpo do bebê é imediato, mas sua contextualização na história de vida do sujeito é posterior. É nesse sentido que nos perguntamos quais os efeitos do significante na constituição da subjetividade humana e qual é a sua relação com a ordem do corpo.

Por todas essas particularidades, podemos apenas especular, na fala dos pais entrevistados, conflitos no que tange à relação destes com seus filhos, e que levaria à hipótese de uma falha na função materna.

Podemos ainda tentar compreender o sintoma somático no âmbito da falha na função materna quando nos deparamos com Assoun (1998). Para esse autor, o sintoma somático pode ser compreendido na sua relação com o ato inconsciente e com o fantasma, ressaltando ainda o poder que as idéias inconscientes têm sobre o corpo e o processo somático. Nesse sentido, o sintoma somático indica a ocorrência de uma des fusão pulsional decorrente de uma perturbação generalizada da economia orgânica. É nesse ponto que podemos pensar a des fusão pulsional trazendo a marca do Outro.

Como o inconsciente não pré-existe ao sujeito, como pensar o sintoma somático (e sua relação com o ato inconsciente) em bebês e crianças pequenas, se estes ainda se encontram num tempo de constituição subjetiva e, portanto, num tempo em que o inconsciente ainda está se estruturando na sua relação com o Outro? Convém, portanto, nesse caso, pensar o inconsciente como sendo o dos pais, visto que o bebê ainda está se estruturando como sujeito do inconsciente? Nesse caso, o sintoma somático, mesmo levando em consideração a realidade física do corpo do bebê, receberia influências – diretas – do inconsciente dos pais. Perguntamo-nos, então, como podemos entender o que Assoun (1998) nos diz sobre a *transformação corporal* que se impõe como fruto de uma *ação interna* (efeito do poder das idéias inconscientes).

Como a criança é alvo dos jogos simbólicos e imaginários dos seus pais, e seus sintomas expressam muitas vezes um conflito inconsciente daqueles (pais), acreditamos, como bem disse Vorcaro (1997), que não só as manifestações simbólicas do bebê e criança pequena expressam aspectos do laço pais/ bebês, como os sintomas somáticos podem ser lidos da mesma forma: como efeito da ação fantasmática dos pais, numa tentativa de responder ao imperativo do desejo destes.

Pontalis (1981), apud Quintella (2005), contribui com esse ponto de vista quando nos diz que as palavras proferidas principalmente pela mãe têm valor de atos absolutos, podendo apenas suscitar uma reação, um “agir” externo ou somático. Da mesma forma, Lacan (1964) contribui com essa questão, ao articular o fenômeno psicossomático ao campo da linguagem: “tudo se passaria de certo modo como se o sujeito sentisse a imposição sobre si das significações confusas do discurso do Outro que, à força de se repetir, causaria trauma” (VALAS, 2003, p. 83).

Encontramo-nos, portanto, diante das particularidades que o sintoma somático em bebês e crianças pequenas nos coloca, convidando-nos a investigar mais de perto a “influência” que os pais exercem nesse processo, não negando a existência de uma relação profícua entre estes sintomas e o “infantil” – no que isso repercute na relação do sujeito com o Outro, como apontou Teixeira (2006), num trecho já citado neste ensaio.

Além desta particularidade, não nos devemos esquecer de que entrevistamos os pais em uma circunstância especial (no momento em que eles se encontravam com seus filhos internados em razão do diagnóstico o diagnóstico recente de um câncer). O impacto desse diagnóstico provavelmente mobiliza afetos e conteúdos inconscientes importantes, repercutindo de forma concreta no laço pais/filhos. De fato, percebemos em todos os entrevistados um superinvestimento em relação aos seus filhos, provavelmente relacionado ao medo de uma morte

precoce destes. Se há um empobrecimento na relação mãe/bebê (ou seja, uma falha na função materna), a situação na qual eles se encontram tende a encobrir isso, dificultando mais ainda a discussão desse ponto.

Nesse sentido, a proposta essencial é trazer à pauta os entraves do conflito humano quando do encontro com o Outro e quando das conseqüências de sua inserção na ordem da cultura, atestando com isso a dimensão da pulsionalidade humana. De fato, as respostas às nossas questões não apareceram de forma clara e evidente no discurso dos pais sobre seus filhos. De qualquer forma, trabalhamos com essas falas, tomando como ponto de partida na análise desses discursos a função materna e o sintoma somático como categorias temáticas centrais, já que todo o desenvolvimento da pesquisa foi feito tomando como referencia esses dois temas.

O que permite que o desejo se constitua é o fato de que o Outro coloque em jogo uma marca que aliena o sujeito de seu objeto, que o separa: essa marca é da ordem da linguagem. Linguagem não mais como função psicológica, mas sim como estrutura que captura o sujeito e o situa em relação à cultura. É nessa fratura do significante que nossa atenção está se concentrando. (JERUZALINSKY, A. 1988, p. 17).

6.1 Sintoma somático e desejo do Outro – sobre a (falha) na função materna.

Diversos autores trabalham o tema do sintoma somático tomando como referência os avatares da relação da criança com o Outro materno, seja no sentido de entender o sintoma somático a partir de uma des fusão pulsional ou corporificação do fantasma (ASSOUN), seja no nível da indução significativa, na qual o Outro se apresenta de forma absoluta e onipotente, dando testemunho do fracasso da metáfora subjetiva (como exprime Lacan) ou ainda como demonstrativo de um empobrecimento da relação mãe/bebê, em que a função de para-excitação fica comprometida (como defendem os teóricos da psicossomática psicanalítica). Apesar das diferenças epistemológicas, o que se destaca em comum são os destinos da organização pulsional, tomando como referência nesse processo as vicissitudes do desejo do Outro, ou seja, aquilo que podemos designar como sendo a função materna.

É a partir do mapeamento simbólico realizado no corpo do bebê pelo Outro encarnado que se constituem as diferentes vicissitudes, os diferentes circuitos pulsionais do bebê (...) Assim como a mãe outorga o suporte simbólico que organiza o funcionamento pulsional do bebê, que inscreve as bordas de seu corpo, quando se produzem certas falhas destas inscrições, o funcionamento das diferentes funções se vê alterado. (JERUZALINSKY, J. 2002 p. 185/186).

É, portanto, no exercício dessa função que podemos apontar o momento em que ela não se exerce plenamente, ou seja, quando a mãe, por algum motivo, não consegue tomar o seu bebê como objeto fálico, causa do seu desejo, inserindo-o, portanto, noutra lógica de economia pulsional inconsciente. A análise do laço pais/filhos, principalmente no que tange à função materna, nos indica o lugar simbólico e imaginário que o bebê ocupa no desejo do Outro, dando-nos subsídio para entender as produções sintomáticas, inclusive aquelas ligada à problemática corporal.

Devemos ressaltar o caráter conflitivo que permeia a função materna, já que esta é exercida por sujeitos que vivenciaram em suas próprias vidas o engodo que constitui o desejo do Outro. Dessa forma, podemos compreender aquilo que Lacan (Apud VALAS, 2003) nos diz sobre os sintomas somáticos, ou seja, que este pode ser entendido como a *inscrição* de um conflito no corpo: “há não sei qual impressão ou inscrição direta de uma característica, até, em certos casos, de um conflito (...) Há, portanto, inscrição sobre o que se pode chamar de material apresentado pelo sujeito enquanto ‘ser corporal’”. (P. 79).

Dessa forma, podemos nos perguntar: o que é ser mãe? O que a mãe deve fazer para que este lugar seja reconhecido por ela mesma e pelos outros? O que se espera de uma mãe, principalmente quando esta se defronta com os avatares da função materna? Essas perguntas nos dão mostras do quanto essa questão não é simples, sendo responsável pelo despertar de “pensamentos” (inconscientes) de ordens diversas, principalmente quando do adoecimento de um filho, já que nessa hora as mães questionam o (sem ao menos perceberem) a eficácia do exercício da sua maternagem, pois se esperam de sua função cuidados que ultrapassem a proteção fisiológica, aproximando-se de um invólucro de vida afetuosa e de amor (WINTER, 2003).

A gente fica preocupada, a gente que é mãe. Eu fico preocupada se os outros estão bem... porque **mãe é assim mesmo**. (Mãe F).

Eu penso assim também: Será que quando eu saio, será que o bichinho sente? **Eu sou mãe né?** (Mãe A.).

Eu só imaginei que seja o que Deus quiser mesmo. Difícil é... muito difícil... **porque eu sou mãe**. (Mãe A).

O bichinho já sofreu tanto... Eu sei que é pro bem dele, né, porque os médicos não iam judiar com ele. Mas eu sinto assim, né, porque **a gente é mãe**. (Mãe A).

Eu fico triste aqui e também doente... **Porque mamãe que é mãe fica também doente quando vê o filho assim**. Vê a criança assim, sofrendo... a gente fica doente também. Mas o meu filho nem parece que está doente (Mãe F).

Eu ficava pensando nele quando eu tava grávida... **geralmente são todas as mães que ficam pensando nele**, como é... tem medo também que nasça com algum problema. (Mãe F).

Foi com essa escuta, considerando o caráter conflitivo do desejo materno, que pudemos ouvir a Mãe A falar sobre as dificuldades em acompanhar a internação de seu filho, com um ano e nove meses, no hospital; dificuldade essa – como veremos – que não é signo de um desinvestimento libidinal em relação ao seu bebê, mas que transporta metaforicamente em si diversas outras significações, com estreita relação com o lugar que esse bebê ocupa na sua economia libidinal:

Será que o bichinho adoce assim, quando eu saio? Será que ele sente alguma coisa? Porque tem horas que eu tenho vontade de ir, mas na mesma hora eu imagino assim... mas eu acho que ele não adoce não... ele não adoce não, se eu sair, ele não adoce não... mas eu tenho dó do meu filhinho... (Mãe A).

Foi em torno dessa questão (permanecer ou não no hospital com o filho doente) que toda elaboração fantasmática em relação ao adoecimento do filho e sua implicação nesse contexto obteve relevância. O que observamos foi uma mãe impossibilitada de estar no hospital com seu filho doente, recorrendo à sua irmã (tia da criança) para que esta ocupasse o seu lugar.

A minha irmã vem hoje. Eu vou deixar ela com meu filho e vou em casa, passar ao menos uns cinco dias pra ver se eu melhora mais mulher, porque pra mim... sei lá mulher... eu não to boa de jeito nenhum. (Mãe A).

Como entender essa impossibilidade? Será que vem denunciar um empobrecimento/falha na relação mãe/bebê? Será que podemos dizer que aí está a chave para a compreensão do câncer nessa criança? De certa forma, o que se espera de uma mãe é que ela esteja ao lado do seu filho quando este se encontra em sofrimento, numa atitude de proteção própria à onipotência materna, que acredita que tudo sabe e tudo pode em relação ao filho. Inclusive, é isto que escutamos na fala das outras mães entrevistadas:

Quem tem que cuidar dela é eu mesmo, então eu tenho que me cuidar, né? Eu não tava querendo comer, tava dando fastio. Mas jamais eu queria que tivesse outra pessoa aqui. Quem tem que estar aqui sou eu mesma. Ela é muito apegada a mim. Eu não tenho coragem não, de deixar ela com outra pessoa não. (Mãe B).

Meu marido queria ficar aqui para eu ir para casa, já que ele tava dormindo direto né? Mas eu não quero não, eu quero ficar perto do meu filho. Porque, se acontecer alguma coisa com ele, eu quero tá aqui mais ele. O doutor também disse que eu fosse para casa. Mas eu disse para ele que eu não ia não. Eu fiquei do lado dele, desde o dia que ele entrou, até agora... e eu só volto para casa quando eu levar ele. (Mãe C).

Ele foi pra incubadora e passou 8 dias. Aí eu fiquei lá esse tempo todo. A enfermeira disse que eu podia ir pra casa, mas eu disse não, eu não vou deixar meu filho aqui sozinho e vou pra casa não. (Mãe D).

O tempo que ele ficou na UTI eu tava lá com ele. Eu não separo dele pra deixar ele sozinho não. (Mãe D).

Devemos, no entanto, recorrer à singularidade de cada caso e às diversas formas como o desejo materno se mostra, para que não caiamos numa leitura simplista e fenomenológica do que seja a função materna. Foi com base nessa escuta que nos apercebemos do quanto a Mãe A estava ligada ao seu bebê, não escolhendo qualquer pessoa para ficar no seu lugar, mas aquela digna de sua confiança, que ela julgava tão competente quanto ela (ou até mais) no cuidado do seu filho.

A minha irmã é uma pessoa muito boa, ela é uma pessoa muito carinhosa, ela cuida dele bem, ela sabe até assim mais, porque ela é uma mulher de saúde. Ela sabe até assim procurar uma coisa para ele... ela sabe mais melhor o que faça... sei não, ela sabe até mais melhor do que eu... sei não... (Mãe A).

(...) A minha irmã... eu já tenho coragem de deixar ele com a minha irmã, parece que Deus me dá assim aquela força de deixar meu filho mais ela. Se eu deixar meu filho mais a minha irmã, eu acho que ele sente a minha saída, mas eu acho assim, deu sair e ele ficar mais ela, é mesmo que ele ficar mais eu, porque ela é uma pessoa muito boa, a minha irmã. Ela tem cuidado com ele. (Mãe A).

Além do mais, no contexto da entrevista, pudemos entender o quanto era doloroso para essa mãe estar no hospital e assim assistir ao sofrimento do filho provocado pela doença, dando-nos mostras do quanto ela estava dividida entre estar presente e enfrentar essa situação ou ir-se, fugindo dessa tensão, assim como fazemos quando diante de uma situação que nos provoca medo:

Eu tava imaginando ontem: meu Deus, eu vou embora, passar uns dias lá em casa... será que meu filhinho não vai sentir? Eu botei isso na minha cabeça... e pedi a Deus que **Deus me desse força**, conforto, **pra eu ficar aqui** com meu filho, pra eu ficar com ele, porque Deus ainda vai dar a saúde do meu filho. (Mãe A).

Perguntamo-nos, então, por que, para essa mãe, lhe era tão doloroso estar na presença do filho, durante sua internação. Que conflito estava? Conscientemente, sua justificativa dizia respeito à sua alimentação, de não conseguir comer e do quanto isto estava afetando sua saúde (física/emocional).

Eu queria ir em casa para mim ver se eu melhorava mais, ver se eu conseguia comer algum bocado, porque aqui eu não estou conseguindo comer. (Mãe A).

Por traz desse conteúdo manifesto, todavia, pudemos inferir um conteúdo latente que diz respeito à angústia ante a ameaça de morte do filho, que, apesar de negada, era pressentida, antecipada. Até que ponto ela não se considerava inconscientemente responsável por essa morte? Será que essa angústia não estava ligada a um sentimento “inconsciente” de culpa pela doença do filho e que talvez também estivesse vinculada a uma “sensação de fracasso” no exercício da função materna, por não ter podido alimentar seu filho?

Eu não tive condições de alimentar o meu filho. (Mãe A).

Eu queria ir para casa, mulher, porque eu não agüento ver meu filho morrendo. Tem hora que eu imagino: se meu filho der a hora de morrer, será que eu agüento ver meu filho morrendo? Porque eu acho assim, a minha irmã ela é uma pessoa mais forte. (Mãe A).

Isso porque esta mãe associava a causa da doença do seu filho a sua *falta de condições*, que, apesar de estar ligada à questão da pobreza (não ter dinheiro para comprar comida) podia também estar remetida a outra falta, à sua própria condição de mãe que, talvez, na sua fantasia materna, se encontrava fragilizada, primeiro por não conseguir alimentar esse filho no presente, segundo, por não ter podido amamentá-lo no passado, visto que precisou separar-se deste para fazer uma cirurgia:

Aí eu imaginava assim: Meu Deus... será que meu filho fica desse jeito porque a gente não tem condições? Eu não sei o que é, porque Deus é quem sabe; mas eu botei isso na minha cabeça. (Mãe A).

O que está em xeque, no entanto, nessa questão não é, de modo algum, os fatores nutritivos da alimentação, mas o que se põe em funcionamento nesse processo: o circuito de desejo e demanda, mediante o qual o desejo materno se põe em ato: “No aleitamento, a mãe ao mesmo tempo recebe e satisfaz o mais primitivo de todos os desejos”. (LACAN, 1977, p. 29).

Este peito de desejo para o pequeno *infans* é causa de seu desejo mais voraz e para a mãe é causa de seu desejo mais maternal, onde se afirma sua condição de mãe de um filho. (LEVIN, 2005, p. 99).

Além disso, nesse caso em particular, temos em questão o fator ausência/presença, que de certa forma faz marca no laço mãe/bebê, marcas simbólicas primordiais que vão se instalando no aparelho psíquico; ausência que nesse caso não tem um efeito estruturante no pequeno sujeito, mas que talvez venha marcar uma falta materna, no que tange ao seu desejo.

Às vezes eu fico pensando assim: meu Deus, meus outros filhos tudo mamaram até grande... meu Deus, será que meu filho deixou a mama porque eu me separei dele bem uns três dias? Eu deixei o bichinho em casa e fui fazer a ligação (ligar as trompas), aí quando eu cheguei o bichinho não quis mais saber da mama, mais de jeito nenhum! **Aí eu me acho culpada assim, deu ter ido e ter deixado ele... aí é quase o mesmo ponto deu dizer que ia em casa...** e aí eu imaginava assim, né, deu deixar o bichinho, né, e o bichinho ficar se lembrando de mim. A primeira vez eu tava mais passada...eu senti... mas agora eu não consegui mais ir, acredita? Eu não consegui mais deixar ele assim não. É que a primeira vez eu tava mais coisada do juízo, como quem ta assim, abestada, e eu achei que ele tava mais doente, né? E parece que ele nem percebia muito as coisas, né? Agora eu noto que ele esta percebendo as coisas, né? Eu imagino assim, **se eu sair, aí o bichinho vai pensar: a mamãe foi embora e deixou eu.** (Mãe A).

Podemos pensar que a angústia de separação, tão evocada durante as entrevistas, se remete à primeira separação (que pôs fim à amamentação), abrindo uma ferida narcísica que

talvez estivesse até o momento encoberta, sendo inflamada com a doença do filho. É como se as representações vinculadas à primeira experiência estivessem ligadas à segunda, reatualizando os mesmos sentimentos, nos fazendo lembrar aquilo que Freud, em 1900, denominou de ‘sobre-determinação inconsciente’.

Não queremos dizer com isto que os sintomas somáticos do bebê são a expressão desse conflito vivido inconscientemente pela mãe, pois tais sintomas não se organizam segundo a lógica das formações inconscientes clássicas. Em contrapartida, será que podemos pensar numa materialização desse conflito, que, em vez de ser posta em ato no corpo materno, se transportaria ao corpo do filho? Como se algo da demanda e do desejo do sujeito se desse a ver no e pelo corpo (do bebê). Segundo Assoun (1998), uma ação fantasmática (materna) posta em ato no corpo (do filho).

Ressaltamos que, até certo momento da entrevista, essa separação não era sentida pela mãe como conflito, passando a ser somente quando questionada sobre os sentimentos do filho diante dessa separação; questionamento esse que provoca não apenas uma re-configuração do seu desejo diante do filho, como – o que é de enorme importância – a situa perante o desejo do filho, abrindo espaço para o aparecimento do sujeito, enquanto sujeito de desejo: “Nesse movimento, a mãe supõe sujeito no bebê, supõe um desejo que não necessariamente coincide com o dela”. (JERUZALINSKY, J. 2002, p. 137).

Este questionamento é capaz de fazer a mãe voltar-se sobre si mesma através de um remanejamento psíquico profundo – interrogação que a mãe se faz e que aparece como a marca de um Outro barrado, faltoso, e por isso mesmo desejante – além de (re) posicioná-la em relação ao filho, voltando a ele e a um outro⁷ essa pergunta.

Mas será que quando eu saio o bichinho sente né? (Mãe A).

Se eu soubesse que meu filhinho se sentia assim... com a minha saída, eu não ia não. (Mãe A).

M., se a mamãe for em casa, meu fi fica mais tia D., fica? Fica M? ...fica meu fi, se a mamãe for lá onde tá o papai, meu fi fica? Fica com a tia D.? Fica? A titia é boa também pro meu fi, né? Mas eu vou, mas eu tenho dó do bichinho. (Mãe A).

Mas você acha que depois tinha como uma pessoa... assim, uma doutora, depois dizer para mim se eu sair, se ele sentia na minha saída? (Mãe A).

Não podemos dizer com isso que essa criança ainda não havia ascendido à posição de sujeito no desejo da mãe, mas que a doença do filho poderia ter provocado um corte nessa relação, ficando a criança, de certa forma, como que suspensa no desejo materno. A esse

⁷ Destacamos o fato de que não é a qualquer outro que essa mãe se submete através dessa pergunta, mas àquele que ela coloca no lugar de um Sujeito Suposto Saber, que sabe e pode norteá-la no que concerne ao seu desejo.

respeito, nos fala Jeruzalinsky (2002): “O precoce diagnóstico de um problema orgânico freqüentemente desencadeia uma destituição fálica do bebê” (p. 119).

A função materna, exercida como fantasma desse mesmo processo no interno de quem exerce essa função, é o que, por meio do desejo, possibilitará o existir somático infantil ir se transformando em um existir psíquico. (WINTER, 2003, p. 70).

Ao que nos parece, estamos diante de uma mãe que luta com todas as suas forças pela vida do filho, como se estivesse em questão a sua vida, mas que ao mesmo tempo ‘vacila’ nessa função materna quando invadida por desejos ambivalentes; pulsão de vida, responsável pelo investimento libidinal dessa criança, que faz com que a mãe se ligue a esse filho, incluindo-o numa filiação, oferecendo-lhe um nome e um lugar na família e no seu desejo.

Deus sabe que eu amo meu filho, e é por isso que eu tenho fé em Deus que Ele vai fazer meu filho ficar bom, porque Ele sabe que eu amo meu filho. (Mãe A);

pulsão de morte, que pode estar relacionada aos desejos inconscientes de morte. Um filho que põe em xeque a função materna, que a situa ante uma falta/falha, nos fazendo lembrar Freud (1920) ao teorizar sobre o que seria a agressividade vinda de Eros, evocando a polaridade amor e ódio de ocorrência simultânea no amor objetal.

Eu sentia o meu coração se avexando, né? Eu sentia assim, meu juízo indo embora. Eu ficava meio abestada, pobre do sentido. Às vezes eu tinha **medo de derrubar meu filho**, não sabia nem o que eu estava falando... **eu imaginava assim que podia judiar com ele né?** Porque eu tava fora dos meus sentidos, né? (Mãe A).

Até o momento em que essas duas pulsões conseguiram conviver ‘harmonicamente’, esse filho sustentou em seu ser, em seu corpo, o desejo do Outro, que traz essa marca ambivalente. Podemos, entretanto, dizer que o sintoma somático dessa criança responde a uma desfusão pulsional (no nível materno)? Pulsão de vida e pulsão de morte, cada uma procurando atingir seu objetivo de forma independente, abrindo espaço à ação do fantasma e dando mostras de um “dessimbolismo” que atesta a derrota das estratégias significantes?

A fusão pulsional é verificada nos sintomas expressos na linguagem, que são formações de compromisso entre as instancias em conflito (Eu/Supereu/Isso). No sintoma somático, não há esta formação de compromisso, caracterizando uma situação de modificação das relações habituais entre as instancias psíquicas, correlativa a uma desfusão pulsional. Ela é a presença física (afetiva) do conflito que vive o sujeito (AGUIAR, 2007, p. 24).

Dessa forma, entendemos que as representações inconscientes que a mãe vive em forma de conflito – principalmente no que concerne ao lugar que esse filho vem ocupar no seu desejo – a impulsiona a encontrar uma forma alternativa de lidar com essas questões (com a

dualidade pulsional e, portanto, com o caráter conflitivo do seu desejo, que resultou no seu sentimento de culpa). Essa forma foi pedir a Deus que seu filho permanecesse vivo, nem que fosse “aleijadinho”, além de se comprometer no cuidado da sua saúde (saúde do filho), trazendo-o todos os meses ao hospital, além de trabalhar duro para garantir sua alimentação.

Mas eu penso assim: se ele ficar doentinho, eu tenho gosto de trazer ele todos os meses, para fazer o tratamento de meu filho... Eu tenho gosto de ficar mais meu filhinho, pelo amor que eu tenho a ele, eu tenho gosto de cuidar dele, aleijadinho, do jeito que for, mas eu peço assim... (Mãe A).

É muito sofrimento, meu Deus. É difícil demais. Eu amo meu filho... Eu imagino, se meu filho ficasse bom, eu ficava trazendo ele, com toda dificuldade, pro tratamento. Agora é sofrimento grande ver meu filho ser furado, sentindo dor... Se Deus tivesse chamado já ele, se ele tivesse saído desse sofrimento... Eu peço a Deus, se meu filho é de ta sofrendo, se for Dele, se Ele quiser chamar ele pra junto Dele... mas que tire meu filho desse sofrimento. (Mãe A).

Quando ele ficar bom e a gente for de volta pra casa, eu vou trabalhar, só ou mais meu marido, e vou pagar as minhas contas. Eu tenho o maior prazer, eu quero que Deus dê a saúde do meu filho. (Mãe A).

Nunca na minha vida eu tinha sofrido o que eu sofri agora. Eu queria morrer de trabalhar todo dia no pesado, pra dar de comer pros meus filhos do que passar pelo o que eu to passando aqui, meu Deus. (Mãe A).

Logo, não se trata de uma falha na função materna no sentindo de ausência de desejo ao ponto de não fazer funcionar um circuito pulsional no bebê, mas sim das vicissitudes do desejo materno, algumas vezes ligadas a um conflito de ordem inconsciente, que se reflete num sentimento de culpa por parte da mãe; sentimento esse que nos remete àquilo que Assoun (1998) denomina de masoquismo moral, gerador de uma necessidade de punição, que se exerce, em primeira instância, mediante a imposição sobre si de um trabalho duro e no cuidado de uma criança com problemas de saúde; e em segunda instância, no medo da própria morte como forma de castigo de Deus, talvez por esses pensamentos inconscientes de morte em relação ao filho.

Segundo Assoun (1998), o masoquismo moral aparece sob a forma de uma necessidade de punição de um Outro misterioso, tendo uma estreita relação com a pulsão de morte.

É difícil demais. Olha, é difícil! A pessoa criar 10 filhos! (Mãe A).

Eu to pensando assim na minha cabeça... não sei, Deus é quem sabe, mas eu acho assim: essa doença veio pro meu filho dado por Deus, **porque Deus disse que eu agüentasse por ele**, o sofrimento dele. Mas eu não sei se essa doença foi dada por Deus. Eu acho que é, **porque eu sou pecadora (...)** Deus me perdoe, mas eu acho que é, embora os crentes dissessem que não é Mas eu acho que é porque do jeito que eu tive, eu imaginava assim: meu

Deus, **eu vou morrer** e meu filho vai ficar. E quem é que vai cuidar de meu filho? (Mãe A).

Por outro lado, até que ponto a própria criança também não se põe nesse lugar – de morto – por supor que é aí onde ele é desejado? Isto porque, como nos diz Laznik (1997), no primeiro momento, no tempo lógico da alienação, o bebê deseja aquilo que supõe que a mãe deseja nele, ou seja, ele deseja o desejo da mãe: “A possibilidade de ser implica, num primeiro momento, ser no Outro, implica encarnar em seu corpo o que concerne ao desejo desse Outro encarnado” (JERUZALINSKY, 2002, p. 187).

O fantasma se ata no encontro desta experiência para criar a homogeneidade entre o desejo no Outro (fato de linguagem) e o corpo daquele que se pretende concernido por ele; isso com o projeto de trazer para o Outro sua completude, e mesmo produzir o seu gozo (...) para poder oferecer sua própria carne para o gozo esperado. (LACAN, 1964, p. 227).

É nesse ponto que nos perguntamos pelo desejo dos pais, qual o lugar que essa criança, especificamente, ocupa na fantasia materna, e que implicação esse desejo tem sobre a construção do sintoma somático e do seu processo de adoecimento. Não queremos dizer com isso que o câncer desta criança seja o efeito apenas de uma determinação inconsciente, mas acreditamos que o fantasma materno pode ter encontrado no corpo dessa criança um terreno fértil (lembramos o conceito de complacência somática) no qual ele pôde se re-atualizar.

Enquanto o sujeito não pudesse ter relação dialética ao Outro, é do sentido que ele imaginar em seu desejo obscuro que essas lesões se imprimiriam em seu corpo, por uma realização do imaginário. (VALAS, 2003, p. 84).

Talvez seja nesse ponto onde devemos considerar as implicações da função materna na constituição do sintoma somático, não num sentido causa-efeito, mas a partir do desejo inconsciente em relação ao filho: “O sintoma somático talvez não seja outra coisa que um pensamento que surge no corpo e que se denomina fantasma. Ou mais precisamente: “pensamento” sugerido ao corpo pelo fantasma” (ASSOUN, 1998, p. 79).

Assim nos perguntamos quais as encenações de desejo que se acham presentes na história de cada sujeito. Sabemos que as mães, de forma geral, formulam representações inconscientes em relação aos seus filhos e aos seus lugares na trama familiar e que é com base nesta configuração, nesta dinâmica inconsciente, que o investimento pulsional se realiza. A forma como cada mãe lida com o adoecimento do seu filho pode ser um dado revelador de como essas questões foram e ainda estão sendo trabalhadas no contexto da relação mãe/bebê.

O outro que faz a maternagem é o que fala por meio de símbolos e representa por meio de desejos. Essa impregnação do materno transforma o corpo biológico em corpo erógeno. Desses cuidados – a maternagem – depende a integridade psicossomática da criança. (WINTER, 2003, p. 70).

Ainda acerca dessa temática (a função materna e sua implicação na constituição do sintoma somático), analisamos as elaborações dos pais em relação à causa do adoecimento de seus filhos. Novamente, no que concerne aos outros entrevistados, percebemos o quanto muitos deles também se sentiram ‘responsáveis’ por esse acontecimento, ainda que de forma inconsciente, como vimos no discurso da Mãe A, anteriormente exposto:

Não sei como foi que gerou esse caroço nele. **Porque eu nunca fumei e nunca bebi.** Meu marido que um tempo fumava, um tempo bebia... mas já parou faz tempo. Mas até assim quando ele nasceu, meu marido ainda fumava, mas ele nunca fumou perto dele, ele nunca falou bebo perto dele. Já ta com bem um ano que meu marido parou de fumar e de beber. Eu nunca fumei, nunca bebi. Então não sei por que é que isso se gerou nele. **Mas eu acho que é por família mesmo, porque a minha mãe morreu de câncer. Aí eu digo que é de família, e é de família mesmo.** Mas aí foi pegar logo no meu filho! Uma criança, que não sabe nem que existe no mundo. (Mãe C).

Me disseram que **isso aí vem dela mesma.** Não sei por que. Uma menina tão sadia assim e de repente adoecer... Ela tava tão animadinha, e de repente acontecer um negócio desse... (Mãe B).

Talvez isso aconteceu porque Deus queria fazer isso com ele mesmo e com a gente. Mas eu não sei por que isso aconteceu, não vem nada na minha cabeça. Se foi alguma coisa que a gente fez, eu não lembro, não tenho como lembrar. Pode a gente ter feito alguma coisa que Ele não gostou... não sei! (Mãe D).

Às vezes eu fico pensando o que eu fiz pra ele nascer assim... Porque logo ao nascer, ele já nascer desse jeito! Meu marido também fica pensando porque veio isso tudo pra cima dele... Esse tanto de doença só pra uma criança só! É muito difícil pra ele aceitar também... (Mãe D).

Dizem que tudo isso aconteceu porque quando eu era solteira eu quase nunca ia pro hospital. Eu com 17 anos nunca fui pro hospital. Eu só fui depois que eu engravidei dele. Eu detestava hospital. Aliás, eu detesto hospital. **Só se foi pro isso que tudo aconteceu. Como se Deus dissesse: você nunca foi pro hospital, pois agora você vai!** Porque desde que ele nasceu que eu não paro de andar em hospital. (Mãe D).

Disseram que ele já nasceu com ele... mas só que com 8 meses foi que ele foi se desenvolver. Mas às vezes eu penso que, **há 4 anos atrás, antes dele nascer, eu tive um apêndice... aí eu penso que é disso.** (Mãe E).

Eu acho que essa doença dele é uma coisa mandada por Deus. Porque tudo que passa na vida da gente é intermédio de Deus. Não acontece nada na vida da gente se não for por intermédio de Deus. Tem coisas que a gente não sabe dizer, mas a gente acha que é intermédio de Deus. **Ele tinha que passar isso. Se ele tinha que passar, ele vai passar.** (Pai E).

Isso acontece porque é consequência do pecado, né? (Mãe F).

Para mim, que creio muito em Deus, eu acho que isso que aconteceu, **não é por um pecado meu, nem dela, nem dele também.** Mas para Deus manifestar seu poder, para que nós possamos compreender o sentido disso depois. Eu creio muito nisso. (Pai F).

Essa “responsabilidade”, no entanto, se apresenta de forma diferente em cada entrevistado, o que nos possibilita analisar cada fala segundo o contexto geral da entrevista, pois percebemos como cada idéia apresenta um sentido interligado à história daquela criança no seu laço com os pais e destes com seus próprios pais.

Então, no que diz respeito à fala da Mãe C, percebemos que, mesmo acreditando que a origem do câncer de seu filho estava relacionada a um histórico familiar da doença (sua mãe faleceu de câncer de mama) ela ainda questiona sua participação direta nesse processo (eu nunca bebi...) visto que sua implicação nele é inevitável (é um câncer de família!).

A diferença significativa que se estabelece entre essa mãe e a anterior (Mãe A) é que em nenhum momento esta (Mãe C) dá sinais de um sentimento de culpa em relação à doença do filho, não expressando angústia na sua fala. Pelo contrário, toda a entrevista se deu de forma leve, com risos, parecendo-nos, inclusive, que em alguns momentos ela não estava se referindo à doença do próprio filho. Isto não quer dizer que ela não estivesse sofrendo tanto quanto a mãe A, só que este sofrimento adquiriu um contorno específico, próprio ao seu estilo e à sua história de vida, no laço com essa criança.

Acreditamos que, para a mãe C, a doença do filho, de alguma forma, lhe remete à doença da sua mãe, traçando assim uma linha imaginária que os liga num mesmo laço. Parece-nos, inclusive, que essa ‘imposição do destino’ comporta, por parte da mãe, certa dose de passividade ante à situação, o que talvez dissipe um pouco o peso da sua implicação nesse processo. Lembremos o que nos diz Assoun (1998): “A doença orgânica funda, não uma simples patologia, mas um ‘pertencimento’ que torna possível uma posição subjetiva, ancorada num real”. (P. 86).

Aí é isso mesmo né... Se ele tiver de ser meu, ele vai ser meu, mas se Deus quiser levar ele, né? Quem sabe é Ele. (Mãe C).

Aí aos poucos eu fui me acostumando. Agora quem não acostuma é meu marido, com isso, com essa doença que ele tem. Ele fica direto chorando, com medo do menino morrer. Ele disse que se o filho morrer, ave Maria, ele morre também, porque ele ama o B. (Mãe C).

Se tais considerações são verdadeiras, podemos dizer que esse filho vem, por meio da sua patologia, trabalhar na mãe aspectos da sua relação com a sua própria mãe, implicando uma análise transgeracional. Dessa forma, o sintoma somático do filho contribui para o ‘despertar’ do fantasma materno, que talvez estivesse esperando apenas uma ocasião para se apropriar de um meio de expressão.

Talvez esse seja um dos motivos que levou a Mãe C, inicialmente, a falar do seu filho a partir da doença deste, dizendo-nos em detalhes o seu diagnóstico (diagnóstico do

filho) e tudo o que se relacionava com seu adoecimento, fazendo-nos acreditar que as representações formadas em relação ao seu filho estavam intimamente relacionadas com a imagem de ‘filho doente’.

Eu chorava direto, eu não me conformava de meu filho ter essa doença, mas por outro lado, assim... é de família, porque a minha mãe morreu do câncer, mas o dela foi no seio. Eu tinha 9 anos quando ela morreu. Aí aos poucos, né, eu fui me acostumando com isso. (Mãe C).

Sabe mulher, no começo eu nem acreditava que meu filho tinha isso. Só que é um tipo de câncer né? E a minha mãe morreu disso... já está com 11 anos (...) Eu tinha era medo dele morrer, porque a minha mãe morreu né? Mas só que o doutor disse que o dele tinha cura porque é daquele que tem cura né? E ele era criança, que ele não ia morrer. E também eu cuidei logo, assim que eu descobri eu cuidei (...) Eu fiquei muito triste quando a minha mãe morreu. (Mãe C).

Ao longo das entrevistas, entretanto, a Mãe C pôde também falar desse filho valorizando suas características singulares, seus atributos pessoais, colocando em pauta o seu desejo, identificando esse filho doente – que por um tempo parecia morto – com o filho idealizado, alvo do seu narcisismo, atribuindo-lhe, portanto, um lugar no seu desejo e na sua família (dessa vez não atrelado ao câncer). Deparamo-nos, então, com as marcas libidinais – expressão de desejo –, mediante as quais a criança pôde ser endereçada a um ideal parental.

Ele ficou só com a cabeça, era só os ossinhos, era como um morto em casa, não falava, não comia, não bebia mais água. Ave Maria, ele tava quase como um morto, nem os olhos mais ele tava batendo. A gente pensava que ele ia morrer. (Mãe C).

Ele se parece muito com o meu marido. Quer dizer, todo mundo diz que ele parece assim, o corpo do meu marido e o rosto dele comigo, mas eu não acho que ele parece comigo não. (Mãe C).

Ele é muito inteligente para a idade dele! Ele fala tudo! Ele vai ser é doutor. (Mãe C).

Ele era... Não, ele ainda é muito bonito. Não é porque seja meu filho não, mas ele é bonito. Ele sempre foi bonitinho. Teve até uma mulher lá que pediu foi ele pra ela. Meu marido disse que não é nem filho de cachorro pra sair dando. (Mãe C).

Mais uma vez, não sabemos como ocorreu a montagem pulsional nessa criança a partir do seu laço com o Outro materno, nem qual o lugar que ela ocupa na fantasia materna. Tampouco podemos assinalar que essa patologia, ou os sintomas somáticos próprios da doença, marcam a correspondência com alguma coisa do passado do sujeito (ou da mãe).

Portanto, não podemos dizer se houve um fracasso da metáfora subjetiva assinalando a derrota das estratégias significantes – favorecendo a eclosão do fenômeno psicossomático na criança. Podemos supor, todavia, que, entre outras coisas, os conflitos vividos por essa mãe no âmago da sua relação com a própria mãe (no contexto da sua história de vida) podem ter

despertado o trabalho do fantasma que passou a atuar nessa relação mãe/filho, fazendo marca, se inscrevendo no corpo deste último de forma particular, sem o intermédio da metáfora subjetiva: “O sujeito fica por conta do Outro para o fantasma do Outro” (JOSSELIN, 2003, p. 40).

O fenômeno psicossomático parece apresentar um modo de resposta não simbólica. O Outro não parece poder funcionar aí como lugar, mas antes como sentença e inscrição; e a afecção orgânica parece aí funcionar como sinete de identidade no seio de um organismo informe. (MERLET, 2003, p. 23/24).

Por isso, apostamos numa leitura na qual a história da relação da mãe da criança com a sua mãe, levando em consideração o significante câncer e tudo o que a ele se pode relacionar, podem ser inferidas na história da doença de B. De fato, não temos como afirmar isso, contudo caminhamos numa investigação que leva em consideração esses pontos. Ressaltamos que essa é apenas uma forma de pensar o sintoma somático dessa criança, não se esgotando nessa possibilidade, sobretudo por ser o câncer uma doença multifatorial, inclusive contando com a participação de um corpo (*Leib*) vivo.

Destacamos também a importância em analisar a forma como a Mãe C está envolvida não só com o filho que está doente, mas também com o outro que está na sua barriga (sétimo mês de gravidez). Esse é, aliás, um dos pontos no qual podemos perceber toda a ambivalência presente no desejo materno, pois, ao mesmo tempo em que pode haver um desinvestimento libidinal do filho doente, por este não corresponder mais ao filho idealizado, ele pode ser tomado também como objeto do amor narcísico materno, nem que seja de forma reparadora, no sentido de oferecer à criança tudo aquilo (que a mãe acha) que lhe faltou (e que pode estar relacionado com a causa de sua doença); ambivalência essa ligada ao adoecimento, mas que é também reflexo dos conflitos inerentes ao exercício próprio da função materna.

Eu não consigo pensar em nada mais que não seja no B. Acredita que eu não tenho tempo nem para pensar nesse que tá na minha barriga? Meu pensamento é só no B., porque ele está doente. Os outros dizem que não gosto desse daqui, mas não é. É que esse daqui nem nasceu ainda. É claro que quando ele nascer eu vou gostar, né? Mas se esse daqui é doente, eu vou cuidar é dele né? (Mãe C).

Às vezes eu tenho vontade de engravidar de novo... quem sabe... mas se Deus quiser vai custar mais um pouquinho, porque agora o que eu quero é cuidar desse daqui. Agora não dá para pensar nisso não, só dá para pensar na cura dele, eu só consigo pensar nele! (Mãe D).

De qualquer forma, o que aparece de forma clara na relação mãe/bebê (doente) é um super investimento libidinal direcionado ao filho, ligado ao medo da ameaça de morte, fazendo com que essas mães busquem apoio na sua religião, principalmente na figura de Deus.

Deus sabe que eu amo meu filho, e é por isso que eu tenho fé em Deus que Ele vai fazer meu filho ficar bom, porque Ele sabe que eu amo meu filho. (Mãe A).

Ave Maria, eu gosto muito do meu filho... Não queria que ele morresse não... (Mãe C).

Em relação à Mãe D, em algum momento ela também se interrogou sobre a sua implicação no adoecimento do filho, mas de outra forma, respondendo às singularidades desse laço mãe/bebê:

Teve um momento que eu perguntei a Deus **o que foi que eu fiz pra merecer isso**. Mas... Fazer o que? A vida é Dele. Ele faz da vida o que Ele quer. (Mãe D).

Talvez **isso aconteceu porque Deus queria fazer isso com ele mesmo e com a gente!** Se foi alguma coisa que a gente fez, eu não lembro, não tem como lembrar. Pode a gente ter feito alguma coisa que Ele não gostou... não sei! (Mãe D).

Eu não sei o motivo que ele adoeceu... é uma coisa que a gente fica em dúvida. A gente pensa porque que nasceu isso... Ele é um menino, uma criança dessa idade... **Por que Deus fez isso com ele?** A gente fica como se fosse revoltada. Não dá para gente ficar conformada... Eu sei que é pra gente ficar, mas não dá. É muito difícil você ver seu filho com quatro meses ter esse tanto de problemas. Primeiro veio as hérnias, o sopro no coração e agora esse tumor. Por que? Não dá para entender! É muito difícil pra mim, pro pai dele, pra minha família, pra família do pai dele. **É muito difícil aceitar isso...** Mas é o jeito! (Mãe D).

Quando eu tava com 6 meses de gravidez todo mundo achava que eu já estava com 9 porque a minha barriga era enorme. **Eu não sei se a doença dele foi mal-olhado...** (Mãe D).

Esse caso, porém, nos situa nos coloca diante de algumas singularidades, como o fato de a mãe se implicar nessa questão, mostrando certa indignação e até mesmo uma revolta: “por que Deus fez isso com ele e com a gente?” essa indignação é anterior ao diagnóstico de câncer, já que esta patologia vem apenas se somar aos outros sintomas somáticos presentes no corpo do bebê (hérnia e “sopro” no coração).

As questões clínicas que envolvem a saúde desse bebê desde o seu nascimento põem em xeque a eficiência dessa maternidade e apontam um narcisismo “danificado”, como observado no eco das palavras da sua mãe (avó materna): “você não sabe CRIAR um filho”. O significante é posto em destaque por nos remeter tanto à educação – saber educar – quanto ao sentido de construir, produzir um filho (filho como um produto dos pais), nos fazendo lembrar Vorcaro (1997), ao associar tal significante ao termo criança, como *ato criativo de outrem*.

Essa é, portanto, a questão que nos chama a atenção no discurso da mãe D – e que talvez seja aí onde devemos voltar a nossa atenção para posterior compreensão acerca do

sintoma somático: os comentários que sua mãe (avó do paciente) tece sobre sua competência materna, além do lugar que a maternidade passa a ocupar no seu desejo com o seu casamento.

Quando eu era pequena, eu não imaginava ser mãe. Quando eu era criança, eu não pensava não. Depois que eu me casei foi que eu fui pensar, fui gostar. **E minha mãe sempre dizia que eu nunca ia dar conta de uma criança,** porque eu não era muito apegada à criança. **Só que quando eu me casei, tudo mudou.** Aí agora eu adoro criança, amo meu filho de coração. Ele é minha vida agora! (Mãe D).

Minha mãe dizia que eu não sabia arrumar criança, por isso que as crianças não gostavam de mim. Mas aí, quando eu me casei, tudo mudou. Eu não pensava em ter ele, em ter um filho... Mas **agora, depois que eu me casei, tudo mudou na minha cabeça** (Mãe D).

Um dia eu disse a minha mãe: Olhe mãe, eu não disse que eu sabia cuidar de criança? Aí ela disse: ah, minha filha, quando você era moça você era diferente. Agora você mudou muito. Aí ela sempre dizia: **quando tu tiver um filho tu não vai saber criar ele, tu não vai gostar dele...** E agora, se eu pudesse, eu não saia de perto dele. (Mãe D).

Lembremos o que Lacan (1964) nos diz sobre o fenômeno psicossomático e sua relação com a linguagem: o sintoma somático aparece como efeito da *indução* significativa e não de uma *articulação* significativa, já que é testemunho do fracasso da metáfora subjetiva (VALAS, 2003). Que marcas, porém, esses significantes deixaram na vida dessa mãe? Quais as construções fantasmáticas elaboradas pelo inconsciente materno? Podemos pensar o sintoma somático dessa criança como efeito dessa *inscrição* significativa, que não ocorreu sobre o corpo da mãe, mas sim no corpo do bebê? Que lugar esse bebê ocupa na economia libidinal dessa mãe para que fosse possível sua vulnerabilidade a esse significante?

Acreditamos que as palavras ditas pela avó materna possam ter marcado essa mãe de forma singular (além do real que o corpo do bebê vem denunciar), não sendo, talvez, possível uma elaboração psíquica a esse respeito, restando a indução significativa, que cai como uma insígnia do campo do Outro (JOSSELIN, 2003). Nossa hipótese é de que as palavras ditas em torno da mãe (“você não sabe criar um filho”) possam ter sido sentidas como a força de um oráculo, do qual não se pode fugir, a não ser pelo desejo desse marido, que se expressa no intercuro dessa relação.

Antes de eu engravidar dele, eu não queria nem pensar em ter filhos... **mas o pai dele era louco que eu tivesse. Ele era louco para me engravidar.** Ave Maria, ele é louco demais por criança. Ele não pode ver um bebê que já vai pegando. Esse daí chegou do hospital com 16 dias e ele foi logo pegando. (Mãe D).

Talvez possamos pensar o sintoma somático, nesse caso, pela vertente do significante, ligado a efeitos de linguagem, entretanto, fora da subjetivação, como nos propõe Valas (2003), pois não percebemos indícios de um desinvestimento libidinal, tampouco de um

empobrecimento na relação mãe/bebê – apesar de sabermos o quanto um precoce diagnóstico de uma patologia orgânica pode pôr em risco o laço que a mãe estabelece com o filho: “Todo nascimento comporta certo grau de angústia e um remanejamento psíquico profundo. Muitas vezes, o bebê idealizado da gravidez não corresponde em nada ao bebê da incubadora”. (DRUON, 1999, p. 37).

Dessa forma, até que ponto a Mãe D também não está vivendo sua maternagem com certo conflito, pelos motivos que já expomos, mas também por ter diante de si um filho com um diagnóstico reservado, em relação ao qual sobressai o medo de perdê-lo, principalmente depois de já o haver adotado’ como filho, investindo-o como objeto de amor?

Meu filho é um garoto lindo, amável, adorável, brincalhão, feliz... eu acredito que ele é tudo isso. Mas às vezes eu tenho medo dele morrer... muito... eu tenho tanto medo. Lá em casa, às vezes, eu me amarrava no choro, com medo, porque ele é muito novinho pra ter esse tanto de problema. Aí as vezes que eu tava chorando, meu marido vinha me dizer umas coisas, que ele ia ficar com a gente, etc...aí eu parava de chorar. Mas eu tenho muito medo. Eu peço a Deus que deixe ele sempre comigo, que nunca tire ele de perto de mim... mas se for da vontade Dele pro meu destino, eu não posso fugir dele. (Mãe D).

Acreditamos que essas questões foram vividas ainda com maior dificuldade pelo fato de o bebê já nascer com outros problemas orgânicos, precisando ir para a incubadora logo depois do seu nascimento, além de permanecer internado no hospital por algum tempo – portanto, longe dos cuidados maternos – antes de ser acolhido no seio de uma família. “O que aparece em primeiro lugar é a dificuldade que tem a mãe de se sentir mãe enquanto o bebê recém-nascido está internado”. (AGMAN, DRUON, FRICHET, 1999, p. 27).

Diante disso, nos perguntamos como foi para essa mãe posicionar-se e autorizar-se no exercício da sua maternidade, primeiro, por não ter sido reconhecida nesse lugar por sua própria mãe; segundo, por se deparar com um bebê, num primeiro instante, diferente daquele idealizado.

Por outro lado, acreditamos que essa mãe também só pôde se sentir mãe do seu filho e assim identificá-lo ao bebê idealizado – exercendo seu saber inconsciente em relação a ele – ao sair do hospital e levá-lo consigo para sua casa. Foi somente nessa ocasião que ela pôde de fato se ocupar dele e exercer sua função de mãe como Outro primordial: “Precisará esperar o retorno para casa onde, no melhor dos casos, elas poderão, como nos dizem algumas mães, pensar que pariram no dia que saíram do hospital” (DRUON, 1999, p. 41).

Logo quando ele nasceu, quem cuidava dele foram as enfermeiras. Eu comecei a cuidar dele, assim, dar banho nele, quando eu cheguei em casa. Eu nunca cuidei dele... só quando vim para casa mesmo. Mas eu sentia vontade de cuidar dele lá... eu sentia vontade, mas também um pouco de medo. Mas eu sempre tive vontade de cuidar dele assim que ele nasceu... mas eu não

podia por causa que ele era todo no aparelho... aí eu nem podia pegar nele (...) eu ficava lá, olhando para ele e pensando quando é que a gente ia sair... que eu ia poder cuidar dele. Eu orava todos os dias pedindo a Deus para me tirar dali com ele... e até que um dia Deus tirou a gente. (Mãe D).

Pra mim, ele só nasceu em casa, porque nem ver direito ele quando ele nasceu, eu vi. Elas correram, pegaram logo ele, colocaram no balão de oxigênio, alimpavam ele e levaram ele lá pra incubadora. Aí eu fui pro quarto e só fui ver ele no outro dia” (Mãe D).

Foi muito difícil aceitar que tava lá no hospital... A gente ficar lá esse tanto de dias. De repente a gente vem pra casa e vê que o filho não tá aqui. É muito complicado. (Mãe D).

Imaginamos que as formulações teóricas que essa mãe teceu em relação à causa da doença do seu filho são alvo do efeito de todas essas considerações. Será que, quando a mãe D se interroga sobre sua implicação no adoecimento do filho, não deixa escapar as ressonâncias desses ditos maternos (de sua própria mãe), como se de fato ela tivesse feito algo (ou deixado de fazer) que implicasse nos sintomas somáticos dessa criança?

Teve um momento que eu perguntei a Deus **o que foi que eu fiz pra merecer isso**. Mas... Fazer o quê? A vida é Dele. Ele faz da vida o que Ele quer. (Mãe D).

Esses foram, portanto, os pontos que se sobressaíram no discurso da mãe D, e que de certa forma se repetem nas falas das outras mães, mas que adquirem um significado singular quando analisados no contexto geral da entrevista.

As três últimas mães (B, E, F) nos chamaram a atenção pelo tom melancólico de como falavam sobre seus filhos e por uma forma particular de não se implicarem (confessadamente) na doença destes. A Mãe B acredita que a doença da sua filha é algo que ‘vem dela mesma’. As duas últimas acreditam, assim como seus maridos, que o câncer de seus filhos refletem a vontade divina.

Essas mães esboçaram dificuldades em falar espontaneamente sobre seus filhos, tanto em relação ao passado, antes do diagnóstico do câncer, como em relação a essa vivência atual. Esse fato foi amenizado no caso das duas últimas mães (Mãe E e Mãe F), por estarem acompanhadas também dos maridos – que contribuíram de forma especial, ajudando-nos a entender um pouco melhor a dinâmica familiar, inclusive no que tange à relação da mãe/filho.

Não temos dúvidas do quanto o câncer infantil repercute no laço pais/filhos, contribuindo para uma re-configuração psíquica e da dinâmica familiar. É nesse sentido que recai nossa investigação acerca do sintoma somático: como esse sintoma se relaciona com as vicissitudes do desejo materno quando diante de um conflito inconsciente?

Ao refletirmos sobre as entrevistas realizadas com a mãe B à luz dessas considerações, nos questionamos sobre o lugar que essa filha ocupou no desejo materno antes do seu

adoecimento, além da forma como ocorreu o investimento libidinal (ou como se instalou o circuito pulsional de desejo e demanda) nessa criança, ao mesmo tempo em que nos detivemos na forma como esse laço estava se organizando naquele presente momento.

Foi então que chegamos à hipótese de que, nesse caso, o diagnóstico de câncer infantil levou a uma re-configuração do laço mãe/bebê no sentido de elevar potencialmente a qualidade desse vínculo, favorecendo uma atitude mais próxima por parte da mãe em relação à sua filha.

Às vezes me dá um calafrio tão grande... eu fico tão triste... eu fico assim, perto dela, olhando pra ela. Mas eu fico pensando dela ter uma melhora, da gente ir pra casa, dela ficar boa dessa doença! (Mãe B).

É muito difícil a gente ter um filho e descobrir que ele tem um problema desses! (Mãe E).

Com que dado podemos inferir essa questão? Que tipo de conflito podemos perceber nessa relação, especificamente? A atitude por parte da mãe de não desgrudar os olhos da filha um só minuto (sempre com um olhar vigilante em relação a ela durante a hospitalização) contrasta com o fato de ela não falar com entusiasmo da mesma, como se tais palavras estivessem sem vida ou fossem fazias de sentido, dando-nos a impressão de que, agora sim, estávamos diante de uma relação empobrecida ou frágil, de certa forma.

É como se a doença viesse marcar uma diferença essencial na relação mãe/filha, inclusive ao ponto de repercutir numa identificação entre ambas, própria ao processo de maternagem, mas que talvez não estivesse presente num momento anterior.

Eu fiquei traumatizada. Fiquei chorando, fiquei doente. Fiquei o dia todinho doente, tomando remédio pros nervos. Fiquei com febre, dor de cabeça, o corpo esmorecido por causa da notícia né? Eu nunca pensei! (Mãe B).

Quando ela estava doente, eu fiquei foi doente também, tomando remédio para salvar meus nervos. (Mãe B).

Portanto, no que tange a essa mãe, mesmo com todo o sofrimento pela doença da filha, seu discurso nos dá a impressão de que antes o relacionamento mãe/filha tinha outra roupagem. Esses pensamentos foram construídos no decorrer das entrevistas, tomando em consideração alguns aspectos desse laço: o fato de essa mãe não endereçar à filha um lugar idealizado – mesmo antes do diagnóstico de câncer – como se sobre ela (filha) não recaíssem as marcas do objeto alvo do desejo materno.

No capítulo sobre a constituição infantil, discutimos e entendemos que a função materna não corresponde apenas ao comportamento da mãe diante do seu filho, suprimindo suas necessidades físicas e psíquicas, mas também ao ato de situa-lo como objeto de seu desejo, numa tentativa de suprir uma falta materna, desde sempre presente. Esse filho, portanto, é depositário de projeções narcísicas, numa extensão ao eu - ideal.

Pensando nessas considerações, buscamos entender *o lugar que essa filha ocupava no desejo da mãe*, para assim tentarmos também entender o sintoma somático ou o seu adoecimento. É claro que só dispomos de hipóteses a esse respeito, principalmente por lidarmos com formulações teóricas bastante subjetivas, além de termos tido pouco contato com a entrevistada, não se configurando como processo terapêutico. Mesmo assim, nos parece importante apontar algumas falas sobre as quais podemos discutir a relação entre desejo materno e sintoma somático.

Eu queria que fosse homem, mas veio mulher. Tem nada não. Pro pai dela, tanto fazia ser homem como mulher, mas acho que ele queria menina porque ele já tem um menino com outra mulher. E eu já queria homem, porque já tenho uma menina. (Mãe B).

Foi o pai dela quem escolheu o nome dela. Ele achou bonito esse nome e botou nela. Eu também gostei do nome. Fui eu quem mandei ele escolher o nome dela, se fosse mulher. Se fosse homem, eu teria escolhido. Eu ainda penso em ter outro filho. **Aí quem sabe não vem um menino?** Eu penso em ter outro filho... mas depois penso que não quero mais, porque dá muito trabalho. Não, mas acho que não quero mais não. Quero agora cuidar dela. Não quero um menino nem tão cedo, mais. (Entrevistada B).

Ela se parece com o pai dela. A outra (filha) é que se parece comigo. (Mãe B).

O que isso nos faz pensar? Será que de alguma forma a não-correspondência entre o bebê imaginário (um filho homem) e o bebê real (a filha mulher) repercutiu no laço dessa mãe com sua filha? Por algum motivo, essa mãe entregou ao marido (pai da criança) a tarefa de nomeá-la, como se coubesse a ele a prerrogativa de inseri-la não só no contexto familiar, como também no seu desejo.

Da mesma forma, coube ao pai o papel quanto aos cuidados com os medicamentos da filha, acordando a mãe nas horas certas em que ela deveria dar os seus remédios (já que ele acordava mais cedo). O pai poderia fazer essa tarefa, mas é interessante que ele, mesmo já acordado, insere a mãe nessa função. É como se o pai tivesse um papel importante no vínculo mãe/filha.

As minhas duas filhas foram criadas diferentes (...). A primeira foi mais criada nas mãos dos outros. Essa daqui não, foi diferente, fui eu quem cuidei dela. Acho que foi por causa do pai dela né? A convivência com o pai dela me fez ficar mais perto dela. (Mãe B)

O que nos chama atenção não é esse ponto, isoladamente, mas sua relação com a atitude anterior da mãe em relação a essa mesma filha, quando da sua internação, ao esboçar um olhar vigilante sobre ela, apontando uma diferença essencial no posicionamento da mãe antes e depois do diagnóstico de câncer:

Ter que ficar me levantando o tempo todo para dar o remédio dela... fica mais fácil ela dormindo comigo (...) meu marido é quem me acordava, ele acorda mais cedo, e ele me chamava para mim dar o remédio dela... (Mãe B).

Eu não tenho conseguido dormir aqui não. Fico pensando nela, em como ela está. Fico direto olhando para ela quando ela esta dormindo... eu fico preocupada. (Mãe B).

Portanto, será que de alguma forma a doença dessa criança não aparece como para movimentar essa relação mãe/filha, podendo assim a mãe se voltar para essa filha, endereçando-lhe o seu afeto (significante tomado não apenas como um sentimento, mas principalmente no sentido que Assoun dá a esse conceito, como vimos no capítulo anterior)? Não queremos dizer com isso que essa mãe não amasse sua filha antes do diagnóstico de câncer, mas que talvez essa doença tenha contribuído de alguma forma no fortalecimento desse vínculo.

Por outro lado, não devemos deixar de considerar as relações que a mãe da criança estabeleceu com a sua mãe (adotiva) – e a importância dessa investigação no percurso transgeracional. Acreditamos, inclusive, que essa questão é bastante importante para a compreensão do laço mãe/bebê, pois as representações inconscientes presentes na relação da mãe B com sua filha trazem as marcas das representações dessa mãe com a sua mãe, como já vimos:

Eu não sei quem é minha família não. A mulher que me teve colocou eu na porta de uma mulher... aí ela me criou! Aí eu chamava ela de mãe. Ela já faleceu, já vai fazer dois anos (...) eu fiquei triste, ela era mais do que uma mãe para mim... não tinha uma mãe como ela não. (Mãe B).

Eu tinha raiva direto (na gravidez), porque assim... eu tinha minha mãe, aí ela já era de idade, ela dava muito trabalho. Às vezes ela me acordava de madrugada me chamando. Aí eu me acordava de uma vez e ia olhar o que é que estava acontecendo. E era só para pegar as coisas para ela. Era água... era para fazer chá. Ela era doente também. Eu é quem cuidava dela! (Mãe B).

Com efeito, vários são os aspectos que devemos considerar no laço mãe/bebê, com o cuidado de não cairmos numa atitude simplista e/ou determinista da questão.

O que queremos apontar nessa pesquisa, no que concerne ao conteúdo temático, é que, em primeiro lugar, muitas vezes, a função materna não se manifesta plenamente em razão dos conflitos inerentes à posição da mãe nesse papel, que podem ter origem no conflito edipiano (na relação com a sua própria mãe, como temos observado em alguns exemplos anteriores). Em segundo lugar, muitas são as vicissitudes pelas quais passam o desejo materno, determinando, assim, a qualidade do investimento libidinal dessa mãe em relação ao seu filho, podendo essa criança ser alvo de vários tipos de projeções, considerando o caráter ambivalente (amor e ódio) que permeia essa relação.

A forma como cada mãe fala sobre a causa da doença do seu filho nos indica apenas um aspecto da sua relação com ele, sendo necessária uma investigação mais precisa desse laço, considerando, sobretudo, os aspectos conflitivos do desejo materno, ou seja, o lugar que a criança ocupa na dinâmica inconsciente dos pais.

Dessa forma, antes de nos deter no conteúdo expresso pela Mãe E em relação à causa da doença do filho, evidenciamos o tom melancólico do seu discurso em relação à sua história de vida, como também no que é pertinente ao adoecimento daquele. Uma análise mais cuidadosa do seu discurso, portanto, nos levou em direção ao texto de Freud *Luto e Melancolia* (1915), tomando como referência esses conceitos na análise do sintoma somático.

Logo no início da entrevista, ao pedirmos aos pais que falassem sobre seu filho, a mãe nos diz:

Ele é meu primeiro filho. Quer dizer, o primeiro nasceu morto e o segundo, que é ele, nasceu com esse problema. O G nasceu 9 anos depois. Eu acho que eu tinha algum problema, porque eu nem tomava remédio... aí depois de 9 anos foi que ele nasceu. (Mãe E).

Essa fala obteve maior relevância instantes depois, quando a mãe cita a existência de outro filho que não estava presente nessa primeira contagem. Diz respeito ao filho adotado, doado a essa mãe, quando ela ainda se encontrava na maternidade, momentos depois de descobrir que seu filho havia “nascido” morto:

Quando eu ganhei meu primeiro menino, né, que nasceu morto, na hora lá tinha uma mãe para ganhar bebê... e ela me deu o filho dela. Ela não quis criar ele (...). O nome dele é J. Aí eu botei mais o nome desse de G também, porque era mais parecido com o nome dele, J. Eu consegui superar a perda do meu filho por causa do outro né, que chegou na hora. Eu olhava pro J e imaginava que era ele, o mesmo filho meu. (Mãe E).

A análise dessas falas nos ajuda a situar o sintoma somático no intercurso da relação dessa mãe com os três filhos, levando-nos a uma interrogação acerca do lugar que o filho doente ocupa no desejo materno a partir das identificações projetivas presentes no laço mãe/bebê (doente). Além do mais, nos situa diante das repercussões que esses acontecimentos podem ter no exercício da função materna, no sentimento de si enquanto mãe, levando em conta o narcisismo presente nas relações pais/filhos.

Essas questões nos remetem à representação inconsciente do filho doente no imaginário materno e às fantasias inconscientes presentes na corporificação do sintoma, segundo Assoun (1998).

Dessa forma, perguntamo-nos se o diagnóstico de câncer do filho mais novo desencadeou na mãe estados melancólicos com a revivescência de um luto anterior não

elaborado, ligado à morte do primeiro filho que logo foi ‘substituído’ por outro. Será que o diagnóstico de câncer não fez ressurgir na mãe reminiscências de um sentimento doloroso, que talvez tenha sido suprimido na primeira perda, mas que volta com toda a sua força diante desse novo acontecimento? E que relação podemos estabelecer entre o estado melancólico materno e o sintoma somático do filho?

Segundo Freud (1915), na melancolia, o paciente apresenta perda relativa ao seu eu (em oposição ao luto, em que a perda é relativa a um objeto): “Nele (melancólico) uma parte do eu se coloca contra a outra, julga-a criticamente, e, por assim dizer, toma-a como seu objeto”. (P. 280). Podemos então pensar que esse filho doente foi tomado por essa mãe como parte do seu próprio eu perdido, tal a identificação a esse objeto de amor?

A gente sente ele como um pedaço da gente, sabe? É uma coisa que a gente não tem nem como explicar, né? Ele é a coisa que a gente mais queria...
(Mãe E).

O tipo de relação que o sujeito efetua com seu objeto de amor na situação melancólica nos lembrou bastante a relação dessa mãe com seu filho doente, na qual uma forte identificação se acha presente. No caso da Mãe E, não estamos diante da morte real do filho doente, mas de tudo o que essa criança representa para essa mãe, inclusive a sua própria capacidade de ser mãe. É como se a doença desse filho pusesse a mãe diante de uma falha constitucional relativa ao ‘ser mãe’, destacando ou evidenciando (inconscientemente) sua ferida narcísica.

Por outro lado, ainda nos questionamos até que ponto esse filho também não representa, inconscientemente, para essa mãe o primeiro filho, aquele que nasceu morto; como se essa criança trouxesse sobre seu corpo as marcas (ou os significantes) que o ligam ao seu irmão. Dessa forma, a dor desencadeada pela doença desse filho pode esconder atrás de si a sombra da dor da perda do seu primeiro filho.

Podemos, então, refletir com Freud (1915), que não interessa tanto quem essa mãe perdeu, mas o que ela perdeu nesse alguém: “Isso sugeriria que a melancolia esta de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contrapartida ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda”. (P. 277).

Na perda melancólica há uma depleção no ego. É uma parte do ego que se perde. Podemos, usando o raciocínio de Freud, hipotetizar que essa depleção terá como consequência um transtorno orgânico. Eu iria até mais adiante. Sendo o ego em grande parte corporal teríamos alguma doença orgânica: um câncer, uma úlcera péptica, uma tireotoxicose, diabete, leucemia, etc. Podemos hipotetizar que o processo de luto, no qual a relação libidinal é objetual e, portanto, o objeto perdido fica na zona de fantasia, também provoca sintomas somáticos, porém mais passageiros e menos graves, pois aqui não se trata de ego corporal mas de objetos que circulam na fantasia, fora do âmbito do ego. Por fim é preciso que se diga que há sempre

elementos narcísicos e objetais na relação amorosa, isto é, a pessoa amada é sentida paradoxalmente como parte de si mesma e ao mesmo tempo como pessoa independente. Uma reação somática mais grave ou menos grave, mais permanente ou mais passageira, terá a ver com o modo de reação: poderá ser uma reação de luto ou uma reação de melancolia, ou um misto de ambos; o resultado dependerá de um complexo balanço entre investimento narcísico e investimento objetal (ARMONY, revista Saúde virtual, *on line*).

Assim, poderíamos pensar o sintoma somático com arrimo numa des fusão pulsional, mediante a qual a pulsão de morte age sobre o organismo (da criança), uma vez que ela foi tomada como eu-materno? A esse respeito, lembremo-nos de que, segundo Freud (1923), no melancólico, o super-eu surge como cultura da pulsão de morte, principalmente quando encontrada em estado bruto, ‘desfusionada’ da pulsão de vida.

Se o amor pelo objeto – um amor que não pode ser renunciado, embora o próprio objeto o seja – se refugiar na identificação narcisista, então o ódio entra em ação nesse objeto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica de seu sofrimento. (FREUD, 1915 (1974), p. 284)

Todas essas considerações nos levam mais uma vez à hipótese de que estamos diante de uma mãe melancólica, consideravelmente deprimida pela ameaça de perda desse filho, que provavelmente traz em si as marcas representacionais do primeiro filho, nascido morto.

Meu coração ta triste. Ver ele assim deixa a gente muito triste. Não tenho nem palavras para dizer o que eu estou sentindo. Eu não estou dormindo nada. Chega to com os olhos tudo seco. Eu fico só me perguntando por que ele nasceu desse jeito. Não consigo entender. A gente só fica se perguntando por que foi que ele nasceu com esse problema... porque o que a gente mais queria era ele. (Mãe E).

Além do mais, Freud nos diz que, para que a melancolia possa acontecer, é necessário uma forte fixação ter estado presente em relação ao objeto amado:

Eu vivia só para ele. Eu não trabalho. Ficava só em casa com ele e com o outro irmão. O que mais a gente queria era ele... mas aí veio esse problema. (Mãe E).

O Pai E, no entanto, lida com o adocimento do seu filho diferentemente da mãe, não expressando sinais de melancolia, nos fazendo pensar na singularidade do desejo de cada um desses membros. Logo, a forma como esse filho esta representado no desejo materno em nada se assemelha ao lugar que ele ocupa na cadeia libidinal do pai, levando-nos a pensar que este consegue realizar o trabalho de elaboração do luto, tomando como recurso nesse processo sua esperança diante de Deus:

Eu já coloquei nas mãos de Deus, mas que seja feita a vontade de Deus (...) Nós acha que não tem jeito (...) mas está nas mãos de Deus. Se Deus quiser, e ele vai querer, porque nós confia, porque a gente tem fé, ele vai sobreviver. Através de Deus ele vai ficar bom. A Gente tem uma fé muito grande, uma esperança em Deus. (Pai E).

Ele foi o sonho da gente né? A gente queria ter um filho e eu fiquei muito feliz quando descobri que ela estava grávida. E aí foi o que a gente mais queria né? Depois de uma dessa a gente ficou meio sentido, né? Muito triste de ver o filho da gente numa situação dessa. O médico disse que a gente tem que estar com os pés no chão. Mas a gente entrega nas mãos de Deus, né? Que Ele faça o que for melhor para ele. (Pai E).

Podemos tentar compreender no discurso da Mãe E o adoecimento do filho, ou seja, a lógica da economia libidinal que desencadeia na formação dos sintomas somáticos, a partir da compreensão dos lugares que esse filho ocupa no desejo materno, levando em consideração as possíveis identificações não só entre essa mãe e seu filho, como também entre ambos os filhos.

Quando eu tava grávida dele eu vivia mais era chorando, com medo de acontecer com ele o mesmo que aconteceu com o F. Eu passei nove meses com ele na barriga e na hora de nascer a gente não ter o prazer de ficar com ele. Mas esse aqui mexia demais dentro da minha barriga! (Mãe E).

Ademais, é de fundamental importância destacar o estado afetivo no qual essa mãe se encontra, discriminando entre um estado melancólico ou de luto e sua relação na formação do sintoma somático. Nessa questão, não devemos deixar de lado também o papel da pulsão de morte, principalmente quando em estado bruto, ou seja, desintricado da pulsão de vida, além das considerações a respeito do masoquismo moral, não desenvolvido nessa parte, mas que provavelmente nos traria uma compreensão a mais no estudo do sintoma somático.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Propomo-nos com essa dissertação compreender o câncer infantil, tomando como referência os estudos sobre os sintomas somáticos. Perguntamos, inicialmente, da possibilidade de pensar essa patologia segundo a mesma lógica de que temos tratado esses sintomas, ou seja, a partir de uma falha no processo de simbolização, ocasionado por uma defusão pulsional.

A possibilidade de pensar o câncer como um ‘acontecimento do corpo’ nos tira de uma vertente puramente fisicalista, na qual o corpo é identificado ao organismo, nos situando diante da pluralidade de sentidos que esse significante comporta, como nos lembra muito bem Assoun (1996). A psicanálise nos propõe pensar um corpo alvo dos efeitos do inconsciente: “Assim, a teoria freudiana permitiria colocar em evidência que o somático, isto é, o conjunto das funções orgânicas em movimento, habita um corpo que é também o lugar da realização de um desejo inconsciente”. (FERNANDES, 2003, p.34).

Tal perspectiva nos leva na direção de pensar o sintoma somático relacionado à constituição subjetiva, em que a mãe – na posição de Outro primordial – tem papel essencial: transformar o corpo da pura necessidade em corpo sexual, com base no processo de investimento libidinal. A mãe, na sua função materna, organiza o corpo do bebê, instalando um circuito pulsional segundo a ordem do seu desejo.

Conforme notamos nas falas dos pais entrevistados, esse desejo não se configura sempre de maneira harmônica, expressando, muitas vezes, as marcas das vicissitudes pelas quais as mães vivenciam a maternagem. É no laço pais/filhos que tais questões podem ser percebidas, nos lugares simbólicos e imaginários que os filhos ocupam no desejo dos pais. Ou seja, a partir do lugar que a criança ocupa na economia libidinal dos pais, tomando como referência o circuito pulsional de desejo e demanda e as representações inconscientes desses filhos nos avatares da função materna.

Foi com base nessas considerações que pudemos compreender o sintoma somático, inferindo certa relação entre esse sintoma e os conflitos vividos pela mãe no exercício de sua função materna; conflitos esses, segundo nossa hipótese, não simbolizados e que, portanto, incidiram como atos, fazendo-nos lembrar aquilo que Assoun (1998) designou como corporificação do fantasma.

Diante dessas questões, tomando como base o caráter conflitivo do desejo materno, percebemos a importância de compreender as produções sintomáticas (sintomas somáticos)

no contexto singular da história de vida de cada sujeito. Isso quer dizer que privilegiamos a investigação de cada conteúdo trazido pelos entrevistados em suas singularidades.

Como bem disse Valas (2003), não se sabe como um significante pode ocasionar lesões sobre o corpo. Na verdade, não é nosso objetivo tal investigação. Importa-nos é compreender de que forma um conflito, vivido pela mãe em seu inconsciente, no lugar de se expressar simbolicamente (por meio de sintomas psiconeuróticos) ou inscrever-se no *seu* corpo (como acontece com os sintomas somáticos) pode marcar o ainda ‘embrionário’ corpo do seu filho.

Será que tal ‘acontecimento do corpo’ também se faria presente se o filho em questão – em vez de ser um bebê ou criança pequena em constituição, totalmente vulnerável aos impasses do desejo do Outro – fosse uma criança maior, com estruturas psíquicas já constituídas?

Ainda a esse respeito, nos perguntamos que lugar o pequeno sujeito ocupou na economia libidinal dos pais, para que fosse suscetível de receber em seu corpo a imposição do fantasma materno. Que tipo de identificação mãe/bebê esteve presente nessa relação (identificação narcisista?). Será que de alguma forma o filho foi mesmo tomado pela mãe como parte de si (um pedaço de eu), sendo, portanto, dessa forma, alvo do seu masoquismo?

Por outro lado, que posição essas mães adotaram em relação aos seus filhos no que diz respeito ao medo pela ameaça de morte? Podemos apontar uma relação entre a melancolia materna e a formação do sintoma somático do filho? Será que um luto antecipatório – segundo teorizou Fonseca (2004) – protegeria esse filho das “ameaças” do fantasma materno, já que essa perda seria vivida no nível consciente, diferentemente da melancolia, cujo caráter está relacionado com os conflitos inconscientes em relação ao objeto perdido?

Podemos inferir dos discursos dos pais que os conflitos que provavelmente estavam por trás das idéias conscientes sobre o filho e o seu adoecimento estavam ligados à problemática da função materna – a forma como essas mães viviam (inconscientemente) sua maternidade, a implicação do seu desejo (enquanto mãe) na sua relação com o filho, o complexo edipiano e o contexto transgeracional etc.? Será que se o conflito fosse de outra ordem, se ele não dissesse respeito à sua condição de mãe (sua função materna), os mesmos efeitos (pelo ato inconsciente) sobre o soma da criança seriam percebidos?

Em relação às falas dos pais entrevistados, ao tomarmos a função materna como categoria temática central, nos demos conta de que as possíveis falhas nesse processo respondiam a aspectos particulares de cada laço pais/filhos, não sendo possível generalizar as considerações a todos os outros. Dessa forma, a dificuldade em permanecer ao lado do filho

durante sua internação (como vimos na entrevista da Mãe A) não significou indícios de um desinvestimento libidinal ou empobrecimento na relação mãe/bebê (como poderia parecer à primeira vista, principalmente quando comparadas as falas das outras mães em relação a essa mesma questão), mas respondia a um conflito inconsciente em relação ao seu sentimento de culpa pela doença do filho. Talvez, para essa mãe, ficar no hospital com esse filho significasse ter que testemunhar a sua morte, pela qual ela se considerava (inconscientemente) responsável.

Outra questão relevante diz respeito às re-configurações psíquicas testemunhadas pelos pais após o diagnóstico de câncer nos filhos. Acreditamos que esse diagnóstico, de alguma forma, repercute na dinâmica inconsciente familiar, re-posicionando os pais diante dos filhos, como se o lugar que estes ocupam no desejo daqueles passasse um re-ordenamento. Talvez o câncer, de alguma forma, situe os pais diante da brutalidade do seu desejo, que traz em si as marcas de sua ambivalência, atualizando nos pais (em razão do medo pela ameaça de morte do filho) o conflito ocasionado pela imposição das duas pulsões – de vida e de morte.

Talvez esse seja o núcleo da ambivalência que existe (e que percebemos nos discursos dos pais) entre o desejo pela cura do filho e todo o empenho dos pais visando a esse objetivo e o fato de se “afastarem emocionalmente” do filho por ele não corresponder ao filho idealizado, alvo do seu desejo narcisista. É aí onde encontramos a possível relação entre a defusão pulsional (e a ação intempestiva da pulsão de morte) e a “falha” na função materna, essa sendo entendida como vicissitude no laço mãe/bebê, a partir dos destinos da organização pulsional.

Todas as reflexões situadas nesta dissertação convergem para a questão da saúde na sua vertente metapsicológica. Tal nos conduz a citar Assoun (1998): “A saúde não se deixa descrever senão metapsicológicamente”? Pensamos a esse respeito que o significante *saúde* não abarca apenas um sentido, que diz respeito à ausência de doença. Pelo contrário, acreditamos que o binômio saúde/doença deve ser dividido segundo uma lógica inconsciente, a partir da subversão do desejo. Isso implica a suposição de que o adoecimento do corpo ‘salva’ o sujeito de um sofrimento psíquico avassalador, que, se prevalecesse, levaria o sujeito à morte (inclusive física), revelando nesse acontecimento o momento somático do processo inconsciente.

Dessa forma, até que ponto podemos dizer que a doença somática do filho não aparece, inclusive, para ‘salvar’ ou resguardar a qualidade do laço pais/filhos? (Como se o sintoma somático deste aparecesse como um último ‘grito de socorro’, feito um pedido, ou

um apelo, ao desejo desse Outro). Tal como nos indica Assoun (1998), essa é uma forma de trabalhar materialmente o corpo, dando conta do que se passa na saúde corporal e suas tribulações sintomáticas.

Ressaltamos que os questionamentos e reflexões em relação à constituição do sintoma somático em bebês e crianças pequenas na sua relação com as vicissitudes do desejo materno presentes no laço pais/filhos não se esgotam nessa pesquisa, ficando ainda diversas outras perguntas a serem respondidas sobre esse tema.

Temos diante de nós um campo fértil de pesquisa em relação à problemática corporal inconsciente. Acreditamos que muitos caminhos ainda nos restam a percorrer e que grandes contribuições podemos oferecer ao sujeito no que diz respeito às diversas formas de expressão do seu sofrimento. Quem sabe, uma escuta analítica dessas questões não oferece ao fantasma materno uma via possível de elaboração, possibilitando uma articulação significativa no lugar da indução significativa, próprio do fenômeno psicossomático...

APÊNDICES

APÊNDICE I

Dados de identificação dos entrevistados

Informações dos pais			Informações da criança			
Identificação dos entrevistados	Idade	Paridade	Sexo	Tempo de diagnóstico	Diagnóstico	Idade
Mãe A	42	10	M	1 mês	L.L.A*	1a 9m
Mãe B	26	2	F	3 semanas	L.L.A	2a 8m
Mãe C	19	1 (Grávida de 7m)	M	4 meses	Tumor de Wilms	1a 8m
Mãe D	19	1	M	6 semanas	Tumor de Wilms	4m
Mãe E/ Pai E	29 -	3	M	7 semanas	Tumor cerebral	9m
Mãe F/ Pai F	25 -	3	M	1 mês	Tumor abdominal	10m

* L.L.A – Leucemia Linfóide Aguda

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Entrevista semi-estruturada

Seguem abaixo Dois quesitos de partida, com base nos quais outros foram feitos, de acordo com a necessidade de se buscar mais dados na entrevista.

- 1) Fale sobre seu filho.
- 2) Qual o sentido que você atribui ao câncer do seu filho?

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Acácia Lins de. **O Sintoma somático e a perspectiva de Paul-Laurent Assoun: Considerações metapsicológicas**, Fortaleza: UFC, 2007.
- AGMAN, M; DRUON, C; FRICHET, A. Intervenções psicológicas em neonatologia. In. WANDERLEY (org.). **Agora eu era o rei**. Salvador: Ágalma, 1999.
- ARAGÃO. Regina Orth de. **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004a.
- _____. Qual é o bebê do psicanalista? In ARAGÃO (org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004b.
- ARMONY, Nahman. “Luto, Melancolia e Psicossomática”. **Saúde Virtual**, *on line*.
- ARIÈS, P. **História Social da Família e da Criança**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981
- ASSOUN. P.L. **Lecciones Psicoanalíticas sobre Cuerpo y Síntoma**, Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1998.
- _____. **Metapsicologia Freudiana**. Uma introdução. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- BARDIN. L. **A Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERGÈS, Jean; BALBO, Gabriel. **A criança e a Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BIRMAN, J. **Psicanálise, Ciência e Cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zaahar, 1994.
- CABASSU, Graciela. Palavras em torno do berço. In. WANDERLEY (org.). **Palavras em torno do berço**. Intervenções Bebê e família. Salvador: Ágalma, 1997.
- CELES, Luiz Augusto. Nascimento Psíquico. In ARAGÃO (org.). **O bebê, o corpo e a linguagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- CULLERE-CRESPIN, Graciela. **A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- DEJOURS, Christophe. Biologia, Psicanálise e Somatização. In VOLICH; FERRAZ E ARANTES (org.). **Psicossomática II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- DRUON, Catherine. Ajuda ao bebê e aos seus pais em terapia intensiva neo-natal. In. WANDERLEY (org.). **Agora eu era o rei**. Salvador: Ágalma, 1999.

- EISENBRUCH, Renata Volich. Leitura e Diagnóstico do Sintoma Orgânico. **Psicologia USP**. V.11, n 1. São Paulo:2000.
- FERNANDES, Maria Helena. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- FERRAZ, Flávio Carvalho; VOLICH, Rubens Marcelo (org.). 2 ed. **Psicossoma I. Psicossomática e Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- FERRAZ, Flávio Carvalho. Das neuroses atuais à psicossomática. In: FERRAZ ; VOLICH. **Psicossomática I**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- FONSECA, José Paulo da. **Luto Antecipatório**. São Paulo: Editora Livro Pleno, 2004.
- FREUD, S. (1893). **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos**: Comunicação preliminar. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1895) **Sobre os fundamentos para destacar da Neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de Angustia”**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1898) **A sexualidade na etiologia das neuroses**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1900) **A Interpretação dos sonhos** Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1910) **A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1914) **Sobre o Narcisismo**: Uma introdução. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1915) **Luto e Melancolia**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1915) **O instinto e suas vicissitudes**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- FREUD, S. (1920) **Além do princípio de prazer**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. (1923) **O Eu e o Id**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1925) **Um estudo autobiográfico**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____. (1930) **Mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GURFINKEL, Décio. Psicanálise, Regressão e Psicossomática: nas bordas do sonhar. In: FERRAZ e VOLICH. **Psicossomática I. Psicanálise e Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JERUZALINSKY, J. **Enquanto o futuro não vem**. Salvador: Álgama, 2002.

JERUZALINSKY, A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

JOSSELIN, Françoise. A identificação na doença psicossomática. In WARTEL. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

KALTENBECK, Franz. A complacência somática. In WARTEL. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

LACAN, J. “**O estádio do espelho como formados da função do eu tal como nos revela a experiência psicanalítica**”, In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1960) Juventude de Guide ou a letra e o desejo. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1996) Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1964) **O Seminário: Livro 11**. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Tradução de M.D. Magno. 2 Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

LAZNIK, Marie-Christine. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: LAZNIK. **A voz da sereia**. Tradução de Daniele Wanderley. Salvador: Ágalma, 2004.

LAZNIK, Marie-Christine. Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional. Quando a alienação faz falta. In: LAZNIK. **A voz da sereia**. Tradução Cláudia Mascarenhas. Salvador: Ágalma, 2004.

_____. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. In: LAZNIK. **A voz da sereia**. Tradução de Inesita Machado. Salvador: Ágalma, 2004.

_____. Psicanalistas que trabalham em saúde pública. In: **A voz da sereia**. Tradução de Mônica Seincmam. Salvador: Ágalma, 2004.

_____. Entre Esteriotipia e Linguagem. In: LAZNIK. **A voz da sereia**. Tradução Marlise Rego. Salvador: Ágalma, 2004.

_____. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: WANDERLEY (org.). **Palavras em torno do berço**. Salvador: Ágalma, 1997.

LAZZARINE, Eliane Rigotto; VIANA, Terezinha de Camargo. The Body in psychoanalysis. **Psic.:Teor e Pesq.**, Brasília, v.22, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-37722006000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso: 25 Nov 2006.

LEVIN, Esteban. Cenas e cenários no ato de amamentar. In. SALES, Lea (org.). **Pra que essa boca tão grande?** Questões acerca da oralidade. Salvador: Ágalma, 2005.

MARTY, Pierre. **A psicossomática no adulto**. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

McDOUGALL, Joyce. **Teatros do Corpo**. Tradução de Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MELLO-FILHO, Julio; MOREIRA, MAURO Diniz. Psicoimunologia Hoje. In: MELLO-FILHO (org.) **Psicossomática Hoje**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1992.

MERLET, Alain. Todo órgão determina deveres. In. WARTEL. **Psicossomática e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

MINAYO, M.C.S & SACHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9(3):239-262, Jul/Set, 1993.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria método e criatividade**. 12 ed Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

PERES, Rodrigo Sanches. **O corpo na psicanálise contemporânea**: Sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicol. Clin.** Vol 18 n 1. Rio de Janeiro, 2006.

PIRARD-VAN DIEREN, Eliane. De uma presença maternante à ausência materna. In. TEIXEIRA, Ângela Baptista do Rio. **O sujeito, o real do corpo e o casal parental**. Salvador: Ágalma, 1998.

QUINTELLA, Rogério. Psicossomática: Historicidade ou atualidade? **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo: Escuta. v. VIII, n junho. 2005.

_____. A neurose atual e a psicossomática no campo psicanalítico. **Pulsional – Revista de psicanálise**, 16, nº 169. São Paulo: Escuta. 2003.

_____. **Psicanálise em território médico e psicossomática**. Trabalho apresentado no **II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e VIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental** – 2006.

_____. Neurose Atual, Trauma e Corporeidade. Trabalho apresentado no **I congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental** e publicado em CD pela associação Universitária de pesquisa em Psicopatologia Fundamental (São Paulo/SP).

RANNÃ, Wagner. A criança e o adolescente: seu corpo, sua história e os eixos da constituição subjetiva. In: VOLICH; FERRAZ E RANNÃ (org.). **Psicossomática III**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

_____. **Psicossomática e o infantil**: uma abordagem através da pulsão e da relação objetal. In: FERRAZ e VOLICH. **Psicossomática I**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2004.

REY, Gonzáles. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**. Caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira, 2002.

ROCHA, Fernando. Sobre impasses e mistérios do corpo na clínica psicanalítica. In VOLICH, FERRAZ e ARANTES. **Psicossomática II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ROCHA, Décio; DEUSDARÁ, Bruno. Análise de Conteúdo e Análise de Discurso. Aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória. **Alea** volume 7 número 2 julho – dezembro 2005 p. 305-322.

SCHÁVELZON, José. Sobre psicossomática e câncer. In: MELLO-FILHO (org.). **Psicossomática Hoje**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1992.

SCHILLER, Paulo. As Psicossomáticas. In: VOLICH, FERRAZ e RANNÃ. **Psicossomática III**. As interfaces da psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, M.E.L. Pensar em Psicanálise. In: SILVA, M.E.L. **Investigação e Psicanálise**. São Paulo: Papyrus, 1993.

SILVEIRA, Mariana Telles. Quadros colados: Relato de um caso de uma criança com eczema. In: VOLICH; FERRAZ E RANNÃ (org.). **Psicossomática III**. As interfaces da psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

TEIXEIRA, L.C. Um corpo que dói: Considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology**. *on line*. VI. I, p. 21-42. maio/2006.

- VALLAS, Patrick. Horizontes da psicossomática, In WARTEL, Roger (coord.) **Psicossomática e psicanálise**. Tradução de Luis Fortes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed., 2003.
- VALLE, Elizabeth Ranier Martins do (org.) **Psico-Oncologia Pediátrica**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- VIEIRA, Wilson de Campo. A psicossomática de Pierre Marty. In: FERRAZ e VOLICH. **Psicossomática I**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- VOLICH, Marcelo Rubens. **Psicossomática: De Hipócrates à Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- VOLICH, Rubens. Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In VOLICH, FERRAZ e ARANTES. **Psicossomática II. Psicossomática Psicanalítica**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.
- VORCARO, Ângela. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.
- WANDERLEY, Daniele de Brito. Agora eu era o rei. In: WARNDERLEY (org.). **Agora eu era o rei**. Salvador: Àlgama, 1999.
- WINTER, Themis Regina. A maternagem como inscrição do desejo no corpo infantil. In: **Psicossomática III**. As interfaces da psicossomática. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.