



Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica

ISSN: 1516-1498

revistaagoraufjr@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Chopin, Marie-Victoire

Exibindo-se : a função de espelho do psicólogo na cirurgia digestiva aguda

Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica, vol. XX, núm. 1, enero-abril, 2017, pp. 239-254

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376549872012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

EXIBINDO-SE: A FUNÇÃO DE ESPELHO DO PSICÓLOGO NA CIRURGIA DIGESTIVA AGUDA

Marie-Victoire Chopin

Marie-Victoire Chopin
Universidade
Paris VII Diderot,
Centro de Pesquisa
em Psicanálise,
Medicina e
Sociedade, Paris,
França.

RESUMO: Trabalhar com pacientes diagnosticados com a doença de Crohn e internados em cirurgia digestiva aguda nos leva a questionar os fundamentos psíquicos de uma falha das funções do Eu-pele, associados aos movimentos exibicionistas e uma complacência para com sua própria “monstruosidade”. O fato de “mostrar” e “falar tudo” ao outro impõe-no um encontro com a inquietante estranheza. Após uma leitura psicanalítica de nossos encontros clínicos, nos deparamos com a constatação de que esta falta de distância está inscrita em um registro narcisista, no qual o sujeito despe-se para reconstituir-se no olhar reparador do outro.

Palavras-chave: doença de Crohn; exibicionismo; monstruosidade; corpo-máquina; função de espelho.

ABSTRACT: The mirror function of the psychologist in digestive surgery. Working with patients suffering from Crohn’s disease and hospitalized for severe symptoms and digestive surgery raises questions about the psychic background which explains failures in their skin-ego functions combined with the exhibition of movements and connivance toward their own “monstrosity”. “Showing” and “telling everything” to the other pushes the individual to confront his/her disturbing oddness. A psychoanalytical approach allows us to see that this lack of distance belongs to a narcissistic dimension where one undresses to bring oneself together in a restorative view of the other.

Keywords: Crohn’s disease, exhibitionism, monstrosity, body machine, mirror function.

Queremos dar testemunho de nossa experiência clínica em cirurgia digestiva aguda com pacientes diagnosticados com a doença de Crohn. Esta patologia faz parte das doenças inflamatórias crônicas do intestino e atinge 5,6 milhões de franceses. A evolução da doença, que ocorre por irrupções, pode ser severa e necessitar de várias intervenções cirúrgicas para tratar dos abscessos, das oclusões ou até das inflamações crônicas que não reajam a uma terapia menos intrusiva (COSNES et al., 2011).

A experiência com uma doença crônica grave induz o sujeito a uma reflexão sobre sua própria identidade. O fato de se perguntar “Quem sou eu ?” provoca memórias de “Quem era eu?”. Esta interrogação diz respeito a seu corpo, tanto de um ponto de vista funcional como de um ponto de vista estético, e também à sua relação ao mundo, aos outros e a si mesmo, ao sentimento de desejo e à procura do prazer. Diante desta busca identitária e identificatória, o psicólogo pode estabelecer-se como catalisador dos processos psíquicos em ação. As entrevistas realizadas com doentes internados que passaram por uma série de intervenções cirúrgicas nos levaram a perguntar-nos sobre a necessidade de alguns em “dizer” ou em “mostrar tudo”, e de procurar uma modelização psicanalítica da transparência destes sujeitos diante do Outro. Não é de todo raro que esta transparência seja percebida pelas equipes de saúde como o sinal de uma psicopatologia subjacente ou, ao menos, como uma experiência vivida de modo extremamente violento.

O FENÔMENO DE MIRRORING NA RELAÇÃO PRESTADOR DE CUIDADOS-PACIENTE

A doença de Crohn suscita, desde o aparecimento dos primeiros sintomas, representações imaginárias sobre a gravidade da doença. O emagrecimento é rápido e espetacular dado que a diarreia é contínua. Além disso, as dores abdominais são muitas vezes violentas. Os exames exploratórios, a internação e, em alguns casos, a cirurgia são acolhidos de maneira ambivalente, ora como um alívio em um contexto tão crítico de preocupação, angústia e sofrimento, ora como mais um arrombamento violento devido ao lado extremamente intrusivo e até mutilante dos cuidados.

O anúncio do diagnóstico e do protocolo de cuidados que deve ser aplicado a cada caso específico é um exercício difícil para o prestador de cuidados. O legislador, atento à transparência total do percurso de cuidados, submete os médicos e os pacientes a um paradoxo de peso: fornecer as informações sobre a doença e os cuidados que não podem ser ouvidos, por causa do estado psíquico do paciente, sujeito a mudanças intensas e até a uma sideração traumática. É importante ressaltar que muitos pacientes não se referem à sua doença em

termos médicos. Alguns dizem “a doença”, de forma neutra e impessoal, outros “minha doença”, sinalizando os processos integrativos do fenômeno à identidade do paciente, ou então “isto”, referindo-se a uma experiência indescritível. Na maioria dos casos, quando se toca no tema do anúncio do diagnóstico ou dos cuidados a serem realizados, as experiências são banalizadas. Esta banalização perfeitamente inscrita em um processo de *mirroring* (WINNICOTT, 1967), através do qual médico e paciente se refletem um no outro tem por objetivo tranquilizar o doente em sofrimento. Muitos pacientes se identificam ao seu médico por meio de um discurso demasiadamente técnico, deixando às vezes transparecer um lapso e traindo assim o trabalho psíquico subjacente. Por exemplo, pacientes podem fazer uma declaração sobre uma experiência liberatória e “sanitária” ao invés de “salutar” da ostomização que permite “não controlar mais as fezes”. Ainda em um movimento de identificação, eles começam a falar demais sobre sua doença, a “dizer tudo”, às vezes até a substituir a diarreia por uma verborreia de termos médicos e de descrição dos sintomas.

Contudo, a banalização da doença pelo médico pode ser vivida de forma tranquilizante por alguns ou de forma violenta e desprezível por outros. Escutar que a doença de Crohn não passa de uma inflamação dos intestinos e de irrupções “temporárias” é um jeito de minimizar o sofrimento, pelo menos na fala. A angústia do paciente que ela provocava fora suplantada por uma relativa serenidade: agora, o paciente “sabe”, e esta “sabedoria” esboça uma ilusão de controle. A grave questão da cronicidade da doença parece ser ignorada, a intensidade dos sintomas — os mesmos que haviam transtornado o paciente — torna-se secundária. Desta forma, alguns pacientes manifestam seu sofrimento, seu medo do desconhecido, mas também sua crença na magia da medicina e no desaparecimento milagroso dos sintomas que eles chamam de “reabsorção” ao invés de “remissão”. Mas, se não há dúvidas de que o comportamento de identificação e de cópia constitui um indício do *mirroring*, poderíamos refletir sobre a necessidade dos pacientes em “dizer e mostrar demais”, em um exagero de informações. Este seria um processo de *mirroring* particular, no qual os pacientes empreendem uma tentativa de permanecer visíveis diante de seus prestadores de cuidados, como sujeitos vivendo uma experiência singular e profundamente traumatizante, e questionam as capacidades identificatórias e regressivas de seus prestadores de cuidados.

GEORGE E SEU CORPO-MÁQUINA

A apreensão ligada à intervenção cirúrgica é um dos aspectos do trabalho da doença nos pacientes diagnosticados com doenças inflamatórias do tubo digestivo. A preocupação em relação a esta conclusão mutilante já está presente antes

mesmo que o assunto seja abordado pelo médico. As reações psicológicas após a intervenção são de outra natureza e dependem da qualidade do trabalho anterior. A efração do corpo próprio necessita o estabelecimento de um processo de auto reparação. Podemos observar, neste contexto, reações depressivas ligadas às marcas corporais, consequências diretas da intervenção cirúrgica e indiretas da doença, cujo estigma ainda não podia ser lido no envelope corporal.

A doença de George, de 20 anos, reincide desde sua infância, o que resultou em um transplante de seu intestino delgado. Desde então, está dando tudo errado: o enxerto foi invertido, os enfermeiros esquecem de seus tratamentos e colocar um cateter para a nutrição parenteral parece mais uma carnagem do que qualquer outra coisa. Estes fatos são ainda mais surpreendentes tendo em mente que as equipes de saúde com as quais estamos lidando reúnem bons profissionais. Os provedores de cuidados, ao sentirem-se rejeitados, evitam este jovem desconfiado, reivindicador e cético quando se trata da competência destes profissionais. Tal como um extraterrestre, George reclama, sem dar ouvido aos outros e sem ser ouvido. Este movimento defensivo ressoa com a tendência da equipe de evitá-lo. George tem a impressão de estar “inchado”, “transbordado”, epítetos que ecoam o aspecto artificial do seu corpo que não consegue segurar-se nem conter-se. Cuidar também significa apoiar, carregar, conter, o que se opõe ao seu desejo de autonomia. George é vítima de violências físicas por parte de seu pai. A mãe, deprimida, acusada de ter concebido uma criança defeituosa, não o protege. À força, o pai expõe o corpo e o aparelhamento de seu filho a seus convidados. Desde então, George não suporta ser olhado ou tocado: ele tem o sentimento de ter sido emasculado, de não ser “nem um, nem outro”. No entanto, ele se compara a uma ostra, dentro da qual existe uma pérola, à espera de um mergulhador corajoso.

George se mostra nervoso e facilmente irascível durante as entrevistas. Também manifesta uma ansiedade massiva e chora abundantemente. Oferece um terrível espetáculo durante o qual se conjugam sofrimento físico e psicológico. Seu corpo multiplica apêndices artificiais: cateter e tubo dando numa bolsa nutritiva, drenos de evacuação dando em bolsas destinadas a recolher as substâncias evacuadas. A camisa do pijama aberta deixa à mostra cicatrizes, hiências do corpo exibido. A vista do corpo perfurado, da pele furada em vários lugares, é uma experiência traumatizante durante a qual os pacientes têm de reunir um potencial defensivo vital para enfrentar a precaridade da situação. O corpo de George é, ao mesmo tempo, o “corpo horrível da doença” e o “corpo machucado” pela medicina (HERZLICH; PIERRET, 1985). O paciente experimenta dolorosamente os desfalecimentos do seu corpo, da sua pele “furada” que não “contêm” mais o suficiente no sentido de Didier Anzieu quanto às funções de contenção do envelope corporal sobre o qual se apoia necessariamente o Eu-Pele (ANZIEU,

1985). A atenção de George se concentra no que escorre pelo dreno fora do seu corpo; ele se preocupa demasiadamente com a quantidade de líquido recolhido na bolsa. Este líquido provoca neste paciente um medo intenso de esvaziar-se de sua substância por meio dos diferentes tubos ligados ao seu corpo.

O discurso de George lembra o corpo-máquina, imagem associada mais ao monstruoso e à morte, à decadência e até mesmo à angústia de fragmentação. Algumas representações podem levar-nos a pensar na famosa máquina de influenciar do psicótico, teorizada por V. Tausk (1919): “O ‘aparelho de influenciar’ esquizofrênico é uma máquina de natureza mística. (...) Compõe-se de caixas, manivelas, alavancas, rodas, botões, fios, baterias etc. Os doentes cultos se esforçam, por intermédio dos conhecimentos técnicos de que dispõem, em adivinhar a composição do aparelho. (...) É o ponto final da evolução do sintoma, que teve início com simples sentimentos de transformação” (ibid.).

O modo de administração do tratamento e os cuidados pós operação também exercem uma função nesta representação mecânica: a perfusão e os drenos são até mesmo associados a um fio de alimentação elétrico ou a um tubo de bomba a gasolina, sendo que o paciente se beneficia de um “controle técnico” durante a visita médica. Um extremo interesse nutrido por alguns pacientes em relação às vias naturais do corpo ou à administração dos cuidados ou até em relação à naturopatia e às buscas em matéria de alimentação e de probióticos poderia ser explicado por um desejo de normalidade. Haveria uma espécie de movimento oposto para uma volta ao vivo, quando o sujeito passa por uma prova de desumanização.

No caso de George, os temas de perseguição e os mecanismos projetivos são permanentes. O tema recorrente de sua agressividade pressuposta, abordado pelas equipes de saúde, adquire aqui uma nova dimensão, pois está associada não somente às intervenções cirúrgicas e aos médicos que a praticaram, mas também à família de George, marcada por um clima de maus tratos e de conflitos. Existe um hiato entre a realidade do projeto de encarregamento médico e a realidade traumática vivida pelo paciente. As manifestações de sua angústia são dominadas pela renúncia, ambivalência e confusão, e sinalizam a precaridade da organização de suas defesas, provavelmente devida aos maus tratos sofridos e responsáveis por grande parte de sua personalidade. A precaridade das defesas se encontra, contudo, agravada, não pela doença em si — na sua capacidade a regressar, ele obteve benefícios secundários significativos — mas pelas experiências mutilantes e a efração do corpo pela dor, em relação à qual ele havia atingido um limiar de tolerância.

As intervenções cirúrgicas e sua ideia de “acabar de uma vez por todas com os sintomas” não satisfazem todos os pacientes pois a exérese intestinal é uma intervenção que solicita as capacidades de renúncia do sujeito. No caso de uma

renúncia patente da doença, a rejeição do tratamento pode ser acompanhada de uma renúncia categórica da intervenção mutilante.

JOÃO QUE NÃO TRICOTA O SUFICIENTE

Em situações nas quais complicações pós-operatórias são particularmente graves e necessitam prolongar a internação, o trabalho de elaboração psíquica corre o risco de ser comprometido. Por um lado, a gravidade do estado do doente suspende o tempo, contendo o pensamento no aqui e no agora; por outro lado, o paciente se encontra em uma posição assimétrica perante a equipe, seu corpo sendo constantemente exposto aos cuidados e aos olhares.

João, de 24 anos, está internado na unidade de reanimação e de cuidados contínuos. O ano de 2008 não foi fácil para este paciente, que passou nove meses inteiros na unidade por causa de uma agravação de sua MC, diagnosticada aos seus 16 anos. Ele vem descurando esta doença ao *não cooperar* com o tratamento, inclusive por rejeitar imunossupressores que haviam resultado no desaparecimento dos sintomas, pelo absentismo às consultas médicas, e pelos comportamentos nocivos ao seu estado de saúde. Esta agravação necessitou a exérese de um segmento importante do cólon, a colocação de uma ostomia definitiva, à qual se sobrepõem complicações pós-operatórias e fístulas intra-intestinais e anais. João é seguido regularmente por seu psiquiatra, que decidiu colocá-lo sob um tratamento antidepressivo. Ele me recebe no seu quarto, deitado na cama, afastando as pernas e os braços, completamente nu. Sorri educadamente, convidando-me para sentar e aceitar um chocolate, oferecido por seus pais aos membros da equipe. Seu quarto é decorado com bolas douradas e grinaldas; na porta está pendurado um cartaz colorido com seu nome inscrito.

É difícil acompanhar o relato feito por João. As experiências e os sentimentos que ele quer partilhar com o outro parecem uma bola de lã, e este jovem designer tem muita dificuldade para tricotar sequer uma blusa. O discurso de João suscita a impressão de um transbordamento rápido por sua vida psíquica interna, por seus afetos e suas emoções. Ele parece ter dificuldade em desenvolver uma função de pára-excitação eficaz.

Ele começou explicando-me a razão de sua internação, mostra-me seu aparelhamento, suas tatuagens e piercings. Toca no assunto dos conflitos de família, o que já dá uma ideia geral do funcionamento do sistema familiar, marcado por relações fusionais, às vezes acabando em incesto. O discurso de João esboça uma família na qual reina uma confusão das funções e das gerações. A figura familiar que conta para o paciente é sua avó materna, que prepara “bons pratos caseiros” e “entope” a família — João gosta de passar seu tempo livre em busca de receitas raras e cozinhando para sua companheira, sendo que ele mesmo não se junta à

ela para comer. Este comportamento induz associações com o comportamento dos pacientes anoréxicos.

João investe muito na temática de ser e parecer, que se associa em seu discurso àquela de dentro/fora. Muitas vezes, ele realiza experimentos com roupas para criar um aspecto aversivo que faz fugir as pessoas. Diz estar “se divertindo muito”, pois sua vestimenta “não corresponde em nada com o que tem dentro dele”. O dentro/fora surge também *quando ele fala dos cuidados*: João insiste em aprender a mudar seu dreno e sua ostomia sozinho, mas precisa de assistência para procedimentos mais invasores pois “não consegue injetar-se coisas”. Se consegue suportar a agressividade na superfície de seu corpo, apesar da dor provocada, ele treme só de pensar em uma intervenção interna. João também exige que seu pai assista aos curativos, inclusive àqueles aplicados nas zonas inferiores do corpo. O paciente justifica sua presença pelo fato de que não consegue ver o que acontece nesta zona e, assim, os olhos de seu pai lhe serviriam de espelho. O fato que o pai não suporte bem este pedido não é um problema para João, cujas atitudes perversas preocupam a equipe.

A metáfora da blusa, reflexo do funcionamento de João, poderia apresentar uma certa ressonância com um artigo de M. Soulé, “*La mère qui tricote suffisamment*” (“A mãe que tricota o suficiente” — 1992), que desenvolve os conceitos de Anzieu relativos ao Eu-pele (ANZIEU, 1985) e citado por S. Consoli:

Tricotando enquanto sonhando com seu bebê imaginário e, depois, com sua criança real, a mãe fabrica uma pele suplementar ou suplente que ela poderá colocar ou retirar da criança. Ela permite, desta forma, um certo controle do Eu-pele, da separação inelutável, da autonomia. (CONSOLI, 2006)

Tendo em mente este contexto familiar e relacional, assim que o comportamento de João, poderíamos cogitar uma falha das funções do Eu-pele. Ou seja: de um saco contendo, desta vez, objetos ruins (os sintomas da doença), de superfície protetora do interior agredida por intervenções, “perfurada” por ostomias e drenos, de zona de troca e de comunicação com os outros, marcado pelo exibicionismo, por uma certa complacência na sua “monstruosidade”. S. Consoli propõe uma leitura etimológica do termo “monstro” (do latim *monere* — fazer pensar, avisar), ressaltando que este pode ter uma conotação religiosa como um ser extraordinário, acompanhada de sinais divinos a serem decifrados, à qual se adicionará, mais adiante, uma conotação moral. A monstruosidade se refere a uma parte de si mesmo, a seus próprios desejos, histórias, decepções, fadada em princípio a ser esquecida (CONSOLI, 2006). É a partir daí que nasce uma “inquietante estranheza”, através da qual “alguma coisa de familiar perde súbitamente sua familiaridade, ou, ao contrário, alguma coisa de estrangeiro, de

radicalmente diferente, de novo, transparece de repente sob uma familiaridade desconcertante” (FREUD, 1919).

No caso de João, não é mais questão de se cobrir, de manter o jogo “visível-escondido/parecer-ser”, apontando para a ambivalência “valorizar-dissimular”: a comunicação com o Outro se transforma em uma “provocação impudica” ou em uma “denúncia obscena” (CONSOLI, 2006). S. Consoli fez duas observações: a primeira poderia esclarecer a problemática narcisista de João e a segunda faria alusão à sua representação de um imago materno arcaico e todo poderoso. Na primeira, a obrigação mitológica de se vestir significa que “dada sua nudez e sua beleza “natural”, o homem “já estaria em posseção de todos os meios que o tornariam apto a competir com o divino”. No segundo, em certos funcionamentos, inclusive psicóticos, se despir quer dizer reatar, “no desabamento das balizas simbólicas, com uma mãe imaginária que [estes sujeitos] nunca puderam ou quiseram deixar” (ibid).

O esquema corporal alterado, a degradação das condições de vida habituais, a etiqueta de “doente grave” são feridas narcisistas que afetam o sentimento, a percepção da nossa existência. A partir deste “buraco”, e por meio da relação transferencial, a psicoterapia propõe um trabalho de remodelamento do sentimento de identidade.

As tendências comportamentais de caráter exibicionista deste paciente merecem uma análise mais detalhada. Assim, o sentido e o significado do sintoma não devem ser procurados somente no cenário instaurado pela necessidade do sujeito, mas na articulação invertida da reviravolta e do desabamento pulsionais sobre o próprio corpo com um objetivo auto-erótico, acompanhados da introdução de um novo sujeito para ser olhado, esclarecido por Freud (1917). G. Bonnet propõe uma leitura interessante do exibicionismo (BONNET, 2005). Em primeiro lugar, o sujeito tem que assumir o fato de que toda corrente pulsional é sistematicamente acompanhada por uma corrente ao objetivo oposto; é o que Freud chama de “ambivalência” (FREUD, 1917). Além disso, o sujeito também tem que poder assumir que estes dois contrários são eles mesmos sempre acompanhados por seu oposto: pulsão ao objetivo auto-erótico ou narcisista. Para consegui-lo, ele tem de se situar no registro visual e consentir à livre manifestação de três formas de prazer completamente diferentes que correspondem-no: prazer de se ver, prazer de olhar e prazer de mostrar (BONNET, 2005). Aqui, nos encontramos diante das três relações em espelho constituintes do psiquismo: espelho da mãe (se ver), espelho do pai (olhar e ser olhado), espelho do outro (mostrar) (BONNET, 2004). A exibição ocupa um lugar central e fundador no seio da vida psíquica de todo ser humano, pois ela traz, àqueles que conseguem vivê-la de um modo positivo e construtivo, satisfações inegualáveis, seja por meio de uma sociabilidade natural, de produções artísticas, de performances esportivas

ou de uma ascensão a cargos de alta responsabilidade. A psicanálise contribuiu a ressaltar a função central exercida por esta tendência no fluxo e refluxo das relações humanas e a demonstrar sua dimensão inconsciente. Mas sua maior contribuição foi ter mostrado que a exibição é intrinsecamente sexual, relevando até mesmo de uma economia sexual bem particular, especificamente humana, que acha nela mesma sua própria satisfação, que deve ser gerenciada como tal e que constitui um dos meios mais investidos para gozar.

Isto é afirmar sua ambiguidade fundiária, pois afirmar que toda exibição é sexual, é reconhecer que ela tem duas vertentes. Como tendência, o exibicionismo constitui um meio indispensável para pôr-se na existência, atar relações duradouras e, nelas, afirmar-se a partir de seus desejos mais profundos. Como perversão patológica, é exatamente o contrário. “É o gesto que mais isola dos outros, que conduz seu autor a desaparecer e, às vezes, a suicidar socialmente. Ora, no inconsciente, um não acontece sem o outro, são duas faces de um mesmo movimento psíquico ininterrupto, durante o qual oscilamos de um ao outro” (BONNET, 2005: 378). “Ele conduz o sujeito a afirmar-se e a apagar-se, a mostrar-se nu e a desaparecer em dois tempos sucessivos para que emirjam os objetos de seu desejo” (BONNET, 2001: 77). Esta oscilação chega até mesmo a ser acionista do prazer. Só existe um jeito de evitar que ela se fixe na sua vertente negativa: aprofundar o verdadeiro significado e descobrir o que a puxa para baixo, para a morte.

Na patologia, o sujeito subverte o processo pulsional tripartido usando duas táticas diferentes: ou ele se esforça para juntar tudo em torno de uma problemática dotada de somente duas posições possíveis (ele sofre ou faz sofrer); ou o sujeito se esforça para resumir toda a expressão pulsional em uma só posição, posição dita privilegiada, tentando assumir em um só ato as três posições faltosas, apagadas ou assimiladas pelo sintoma. O terapeuta só tem uma solução para isso: exercer a função de espelho, e de um espelho que difrata a prática em questão em três espelhos planos.

Por que o paciente se desnuda? Por que ele escolhe oferecer-se ao olhar do outro de uma forma tão obscena? No seu gesto, a vergonha é suplantada pelo orgulho. Freud fornece uma resposta interessante na sua “*Interpretação do sonho*” (FREUD, 1900). Na origem desta vontade, encontra-se uma “lembrança de nossa primeira infância”. Este detalhe é ainda mais importante pelo fato da regressão de João, constatada por toda a equipe e cuidadosamente mantida pelos pais do doente. Freud continua: “Podemos observar como o despir-se tem um efeito quase excitante em muitas crianças, mesmo em seus anos posteriores, em vez de fazê-las sentir-se envergonhadas. (...) É difícil passarmos por um vilarejo do interior em nossa parte do mundo sem encontrarmos uma criança de dois

ou três anos levantando a camisinha diante de nós — em nossa homenagem, talvez” (ibid.: 283).

Podemos, então, afirmar que é a passagem da vergonha ao orgulho, aquele que se manifesta durante a infância, que é procurado em uma primeira etapa. Esta página é uma das mais sugestivas de Freud no que se trata do exibicionismo da criança. O autor logo ressalta o duplo aspecto ativo e passivo; ora a criança se deixa despir com embriaguez, ora ela se diverte levantando sua camisa. Por fim, ele destaca o lado demonstrativo, jubilatório deste gesto: a alegria da criança não procede tanto do fato de mostrar quanto ao fato de ser reconhecida, admirada, de cumprimentar e ser cumprimentada. Seria o equivalente de tirar o chapéu a alguém, o exato contrário do gesto exorcista pelo qual o adulto comunica às vezes seu desprezo ao exibir seu sexo. Na raiz de todo sonho de exibição ou, prolongando a reflexão, do comportamento ocasional que se inscreve no quadro de uma doença somática, existe uma lembrança deste tipo, e já podem ser encontrados os três elementos que Freud acha essenciais: a nudez, as testemunhas próximas ou estrangeiras, o sentimento de espera feito de orgulho ou de vergonha dependendo da reação do outro e que transparece, pela primeira vez, de forma totalmente transparente.

A transparência aos olhos da mãe

A dependência imposta ao sujeito pela experiência dos cuidados em cirurgia digestiva aguda, tal como a fantasmática de submissão passiva e a posição feminina que ela reativa, ocupa um lugar sumamente importante na apreensão das problemáticas específicas ao sujeito diagnosticado com a doença de Crohn. A possibilidade de elaborar esta dependência depende também das capacidades do sujeito em assumir a efração pulsional ao feminino e em cumprir o trabalho de autonomização.

Os casos das pacientes diagnosticadas com a doença de Crohn permitem-nos lidar com algumas das problemáticas ligadas à marca da doença no corpo feminino ao longo do seu desenvolvimento até a idade adulta. Aqui, a questão é reintroduzir o campo da diferença sexual na doença para entender a questão do alcance dos limites do corpo em relação ao trabalho de identificação sexual da adolescente doente.

A doença de Crohn, por suas características e seu tratamento, parece poder amplificar consideravelmente as angústias centradas em uma forte posição de dependência e as angústias de intrusões pregenitais. A questão da dependência é, para a pessoa diagnosticada a doença, fundamental e múltipla, pois abrange a dependência ao tratamento em si, e pelo resto da vida. E, sobretudo, a dependência às pessoas que vão controlar a evolução da doença e administrar o

tratamento. Além disso, a sintomatologia da doença atinge a esfera anal (às vezes genital, e sobretudo digestiva), o que parece reforçar este despertar, na medida que a barriga permanece a sede das representações arcaicas da sexualidade, da vida, das origens. A doença de Crohn tende então a induzir uma relação paciente-provedor de cuidados que se aproxima da relação arcaica mãe-filha estreita, que chega a ser estreita ou até intrusiva através dos conflitos pregenitais que o tratamento e o encarregamento reativam (oralidade através dos sintomas digestivos, da nutrição parenteral, da necessidade de um regime; orientação anal das pulsões sexuais através da observação das fezes, dos sintomas anais, dos exames exploratórios; estado fálico através das injeções, das coloscopias, das perfusões). Para os adolescentes, é muito importante a presença dos pais, sobretudo da mãe, nos cuidados e no acompanhamento da evolução da doença. B. Cramer chega a mencionar um fenômeno de “corporalização” no exemplo do diabetes juvenil (CRAMER et al., 1979). Ele se refere por aí ao estreitamento, imposto pela doença e seu tratamento, da relação pai-filho (geralmente, mãe-criança) no nível do corpo. Esta situação de dependência corporal poderia, então, em suas palavras, “interferir com os processos de individualização e até mesmo de simbolização” (ibid.). Aqui, é repetida ou prolongada uma fantasia de unidade narcisista primária, ainda mais quando, segundo ele, a doença surge desde a mais tenra idade.

Para ilustrar nossas palavras, escolhemos um excerto da entrevista com Isabela, de 23 anos, cuja doença foi diagnosticada aos 15 anos. Desde então, esta jovem, nascida em Dijon e estabelecida em Paris para seus estudos, tem de aturar um controle onipresente, sobretudo por sua mãe. Esta distribuição de funções não é novidade, pois seus pais já vigiavam de perto a evolução do seu peso e se mostravam bastante exigentes quanto à imagem que sua filha lhes oferecia. Os dois pais exercem a função desta mãe arcaica, intrusiva, que considera a criança como uma parte de si e que lhe pertence através de uma tendência de prolongamento narcisista, ao ponto que a única solução viável para sua filha era o afastamento geográfico. A doença ofereceu à mãe de Isabela a oportunidade de reviver esta fusão primária com sua prole.

“Foi o que eu falei aos meus pais, por enquanto, eu quero viver como se eu não tivesse nada, aproveitar; ter um cargo que possa ser estressante mas isto não me incomoda, se não for me impedir de trabalhar, eu prefiro assim. Eventualmente, eu poderia ir para o exterior depois! Se um dia isso se tornar grave, eu viverei de um outro jeito, posso fazer um regime se for o caso. Mas minha mãe quereria que eu o fizesse agora mesmo. É, porque, cada vez que eu volto para Dijon na casa dos meus pais, logo quando eu quero comer alguma coisa que poderia me fragilizar, segundo eles, eles reparam: *Você não deveria comer isso, você está comendo muito isso...*”

“Quando eu soube que estava doente, fiquei realmente mal. Eu tinha a impressão de voltar a ser uma criança na verdade, porque meus pais cuidaram muito de mim. Vem comer!, eles me cobriam; eu não podia fazer absolutamente nada. Eu lembro de uma noite, por exemplo, em que eu fui vomitar no banheiro precipitadamente e eu tive uma diarreia ao mesmo tempo, então não tinha como... Passemos os detalhes... Então, minha mãe me levou para tomar banho. Eu acho que me ver neste estado foi estranho para nós duas, e ela me disse: *Eu tenho a impressão de cuidar de você como quando você era bebê*. Isso me acordava durante a noite, eu não conseguia tomar banho; era realmente muito estranho. Foi uma perda absoluta de autonomia. Meus pais me vigiavam muito, na verdade.”

Uma nova hipótese pode ser proposta após leitura dos entrelaços psíquicos ligados à doença de Crohn. A relação de unidade narcisista primária é muitas vezes pré-existente ao advento dos sintomas que caracterizam a doença de Crohn. Os sintomas digestivos não específicos precedem o desenvolvimento da doença e se inscrevem em um contexto ansiogênico da exposição ao olhar e ao juízo do outro ou de uma separação necessária para a escolaridade. Podemos supor então que os processos de separação-individualização são impossíveis em um sistema familiar do qual estas pacientes fazem parte.

As angústias de intrusão, ou até de confusão com o corpo materno, podem também constituir o terreno sobre o qual se erguerão defesas contra a penetração do corpo, e por aí até contra a elaboração da experiência de passividade imposta pela doença. A receptividade ativa específica ao trabalho do feminino e ao masoquismo feminino é entravada pelo corpo doente e dependente. É esta problemática da submissão passiva ou, pelo contrário, da renúncia a qualquer grau de passividade através alguns tipos de condutas masoquistas. Às vezes, notamos em algumas pacientes uma “tendência a fechar-se em uma onipotência negativa” (JEAMMET, 2000: 43) e a suspender qualquer ligação com o objeto. A não adesão durável ao tratamento médico poderia simbolizar esta plena potência em negativo. No caso da Isabela, o tratamento receitado pelo médico traduz uma representação insuportável de penetração, colocando-a em posição passiva.

“No começo, era o Pentasa que eu não suportava, me dava diarreia. Depois, eu tomei Fivasa e, na verdade, eu ficava travada porque eu não conseguia engolir os comprimidos; eles eram grandes demais. Aí, justamente, achamos este remédio. São pequenos, mas eu tomo quatro a cada refeição. Ao todo, dá doze por dia. Eu não gosto dos comprimidos muito grandes e é verdade que eles eram bastante grandes. Não dava para cortá-los e um dia eu engasguei com um deles. É a sensação de passagem; eu ficava travada quando eu os punha na minha boca e uma vez eu

quase sufoquei em um restaurante por causa disso. Sério, era como se, por um minuto, eu não conseguisse mais respirar!”

Só podemos considerar a integração da passividade através da inscrição de uma posição erógena de receptividade ativa por meio dos movimentos identificatórios femininos (FAURE-PRAGIER, 1997), se a identificação à mãe como mulher em referência ao pai permitir a superação da passividade como dependência e alienação ao desejo do outro, um outro todo poderoso como o imago arcaico materno. J. Schaeffer, através da noção de “trabalho do feminino”, aborda o fato de “erotizar a efração nutritiva da penetração”, de “fazer da introjeção do pênis, a remodelação da introjeção pulsional” (SCHAEFFER, 1999: 38). É a efração da pulsão que tem de ser elaborada pela mulher para que a do amante possa ser acolhida e desejada. A efração da doença irá, então, questionar um trabalho inteiro de identificação à imagem feminina e materna por reapropriações ativas e passivas. Deste trabalho, dependerá uma elaboração bem sucedida da experiência da doença, uma relação equilibrada com os cuidados dos quais o doente se beneficia e a manutenção da distância certa em relação aos provedores de cuidados.

Outros pacientes não parecem criar nenhuma dificuldade no acompanhamento da doença e do tratamento. Poderia isto significar que a experiência da passividade imposta pela doença foi encarregada de forma correta? É o lado, de maneira geral, demasiado formal e pragmático do seu discurso e sobretudo a presença recorrente de um dos pais (da mãe na maioria das vezes), e também durante a entrevista, que nos leva a dizê-lo. A mãe ou o pai ficam frequentemente doentes, fato que nos surpreende desde o início. Durante as entrevistas, estes pacientes banalizam sua experiência com a doença e demonstram uma lealdade infalível à sua família e à equipe de saúde que pode substituí-la. Tudo é dito, tudo é mostrado sem o mínimo pudor, como se o fato de instaurar uma distância pudica arriscasse induzir uma individualização perigosa para cada participante (GUTTON, 1985). Estes pacientes podem também oscilar entre dois polos de intensidade oposta: ou um grude excessivo à mãe que administra integralmente os cuidados da criança e relata seus sintomas nos mínimos detalhes, ou uma renúncia a qualquer conselho, qualquer olhar materno ou médico.

Já encontramos pacientes que claramente queriam que sua mãe ficasse no seu quarto ou os seguisse no escritório do psicólogo para a entrevista, assim como queriam que um relatório detalhado fosse fornecido à mãe. Em outros casos, os pais, sobretudo a mãe, têm o direito de olhar e aconselhar sobre todos os aspectos da vida da sua criança doente, inclusive os mais íntimos, e não acaba sobrando nenhum sentimento de autonomia aos jovens, tornando-os passivos e infantis.

Paula: “Bem, na verdade ... eu tinha ... Eu acho que não era nem uma recaída. Eu tinha pego uma virose, mas que me deu dores horríveis, e ... E, enfim, meu namorado nunca tinha visto alguém neste estado. Aí ele ficou com muito medo, pegou o telefone e ligou pra minha mãe dizendo: *O que eu faço ? Você vem buscá-la? É pra ligar pros bombeiros? O que eu faço?* Eu tava na casa dele, é... Bem, isso foi em um primeiro de janeiro... Então, eu tava na casa dele. E ele ligou pros meus pais. Então: *O que a gente faz?* Pois é... Então, meus pais, eles já estavam acostumados, né? Calmos... Não, não, é só dar os remédios que estão na mochila dela e... E espera a gente chegar. Quando resolvermos, a gente traz ela de volta e pronto...”.

Enquanto outras pacientes falam de um fardo, de uma mancha, estas pacientes não conseguem expressar o que a doença representa em suas vidas e são capazes de abordar somente os mecanismos fisiológicos da doença. Apesar de uma descrição restrita dos sintomas bastante embaraçosos e incapacitantes, estas pacientes dizem “Está tudo bem”, “Está tudo normal” pois a necessidade de um doente de garantir a perenidade do funcionamento do sistema familiar, é indispensável.

De qualquer forma, outros meios de expressão do sofrimento psíquico não podem ser considerados. A. Andronikof-Sanglade observou uma falta de simbolização similar em doentes diagnosticados com diabetes há muito tempo, como se a vivência corporal deixasse de ser mentalizada com o passar dos anos (ANDRONIKOF-SANGLADE, 1986). Uma parte da criança parece ser carregada pelos pais e funcionar conforme um modelo quase simbólico. O fato de dizer tudo é uma forma de abandonar qualquer reivindicação nascente de autonomia e individualização e de voltar a um tempo da relação mãe-filho, no qual as funções alfa e beta maternas eram os únicos jeitos de representação da sua própria vivência emocional e no qual o rosto da mãe era o único espelho que viabilizasse uma junção identitária e um reconhecimento de si mesmo como sujeito. Atrás do afeto bruto de exibir e de escutar, está escondido o desejo de ser reconhecido e emendado, o desejo de existir como pessoa.

Em conclusão, ressaltamos que é quase operatório o comportamento que se espera de pacientes diagnosticados com doença de Crohn e induzido pelo tratamento médico. As atitudes de não observância do tratamento ou da não aceitação dos exames ou dos cuidados invasores são mal entendidos (e a intervenção do psicólogo tem como objetivo pôr um fim nisto). Porém, as tendências exibicionistas de alguns também são mal acolhidas, por medo de que estes pacientes falem demais. Portanto, as expectativas do ambiente médico no assunto também devem ser analisadas, ou seja, o olhar voltado a estes sujeitos no quadro médico e também familiar. De fato, “os bons pacientes”, como costumam serem chamados pelas equipes de saúde, são, às vezes, aqueles para quem a realidade e o peso da doença e da dependência ultrapassaram a confi-

tualidade psíquica. Para eles, o corpo dependente, medicamente sobreexposto e sobreexplorado ultrapassou o corpo íntimo, por isso a necessidade de repôr envelopes psíquicos e então entender o jogo da mentira e do segredo (quer dizer da não adesão aos cuidados), dos conflitos com as equipes de saúde e com as famílias, nos casos dos pacientes com uma necessidade gritante do íntimo, ou dos pacientes que tenham vivido uma “efração” ao longo de seu crescimento pela onipresença da doença.

Recebido em: 9 de janeiro de 2015. Aprovado em: 18 de julho de 2015.

REFERÊNCIAS

- ANDRONIKOF-SANGLADE, A. Du diabète infantile à l'enfant diabétique: une étude psychologique des rapports entre l'enfant et la maladie. *Perspectives psychiatriques*. 1986. V. 25 (2), p. 168.
- ANZIEU, D. *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod, 1985.
- BONNET, G. *L'irrésistible pouvoir du sexe*. Paris: Payot, 2001.
- . *Symptôme et conversion*. Paris: PUF, 2004.
- . *Voir — être vu: figures de l'exhibitionnisme aujourd'hui*. Paris: PUF, 2005.
- CONSOLI, Sy.; CONSOLI, Si. *Psychanalyse, dermatologie, prothèses. D'une peau à l'autre*, Paris: PUF, 2006.
- COSNES, J., GOWER-ROUSSEAU, C., SEKSIK, P., CORTOT, A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2001. N. 140 (6), p. 1785—1794.
- CRAMER, B., FEIHL, F., PALACIO-ESPASA, F. (1979). Le diabète juvénile, maladie difficile à vivre et à penser. *Psychiatrie de l'enfant*. Paris: PUF, 1979. V. 1, p. 8.
- FAURE-PRAGIER, S. *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris: PUF, 2003.
- FREUD, S. L'inquiétante étrangeté. In: *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard, 1978.
- . *L'interprétation du rêve*. Paris: PUF, 2004.
- . *Métapsychologie*. Paris: Gallimard, 1978.
- GUTTON, P. (1985). La maladie tâche aveugle. *Adolescence*. Paris: ERES, 1985. N. 3, 2, p. 177-225.
- HERZLICH, C., PIERRET, J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison. *Sciences sociales et santé*. Paris: ERES, 1985. Vol. 3, n. 1, p. 117-128.
- JEAMMET, P. L'énigme du masochisme. In: ANDRÉ, J. (dir.). *L'énigme du masochisme*, Paris: PUF, 2000.

SCHAEFFER, J. Que veut la femme? Ou le scandale du féminin. In SCHAEFFER, J.; COURNOT-JANIN; M., FAURE-PRAGIER, S.; GUIGNARD, F. (dir.). *Clés pour le féminin. Femme, mère, amante et fille. Débats de psychanalyse*. Paris: PUF, 1999.

SOULÉ, M. La mère qui tricote suffisamment. *Revue française de psychanalyse*. 1992/4. N. 56, p. 1079-1088.

TAUSK, V. L' "appareil à influencer" des schizophrènes. Paris: Payot, 2010.

WINNICOTT, D. W. Mirror-role of the mother and family in child development. In LOMAS, P. (ed.). *The Predicament of the Family: A psycho-analytical symposium*. London: Hogarth, 1967. P. 26-33.

Marie-Victoire Chopin
marie-victoire.chopin@aphp.fr.

Tradução
Gabriela Abreu
Liceu Henri IV, Paris, França.
gabriela.abreu@outlook.fr