

A FANTASMÁTICA DOS TRANSPLANTADOS RENAI

JEAN-CHARLES CROMBEZ*

Durante uma experiência de um ano no hospital Notre-Dame, em Montreal, num serviço de hemodiálise e de transplante renal, pudemos realizar um trabalho do qual queremos apresentar os fatos mais notáveis. Na introdução, delinearemos um quadro com alguns traços característicos da vivência do transplante; a seguir, consideraremos a metodologia e os objetivos de nossa investigação. Numa segunda parte, transmitiremos os resultados.

I

O transplante é uma aventura muito particular para quem o olha com olhar novo, como era o nosso no início: obrigando o confronto com a morte, trazendo a regressão pela imposição de regras rígidas de dieta, de horários de tratamento e da intensificação dos elos familiares. Por outro lado, essa aventura comporta certos paradoxos, com os quais se confronta o doente e nos quais é bom nos determos por um instante: a oposição entre os distúrbios menores que levam o paciente à sua primeira consulta e o tratamento radical que lhe é proposto em consequência; a oposição entre fases súbitas, que são a hospitalização e a intervenção de transplante, e fases longas ou mesmo prolongadas, que são a espera do transplante e o período pós-transplante; os deslocamentos forçados no hospital de um serviço para outro e de um leito para outro. Enfim, existe uma igualdade que lhe é difícil conceber em um primeiro momento: que um rim seja igual a dois.

Assim, a aventura é estressante, desorganizadora e regressiva; é, em contrapartida, a experiência de uma troca e de uma morte evitada. Alguns pacientes tiram benefício disso, outros saem traumatizados. Diferentes autores, tais como Kempf e Eisendrath, descreveram certos distúrbios psiquiátricos que os pacientes podem apresentar: apatia, diferenças de regime, conversões, depressões ...; Engel, por sua vez, descreveu em um outro contexto: o *giving-up-given-up complex*

* Psicanalista, psiquiatra e professor efetivo da Faculdade de Medicina da Universidade de Montreal. Este artigo foi redigido com a colaboração de Paul Lefebvre, publicado, sob o título "La fantasmatique des greffés rénaux". *Revue française de psychanalyse*. Paris, n. 1-2, 1973, p. 97-107, traduzido por Sandra Dias Loguercio, aluna do Curso de Letras da UFRGS. Revisão: Antonio Neis, professor titular aposentado da UFRGS, e Michel Peterson, psicanalista membro da Escola lacanianiana de Montreal.

(síndrome de abandono desespero). Pudemos encontrar distúrbios semelhantes em nossos pacientes, mas diferentes segundo os indivíduos, e são tais particularidades que nos impressionaram. É por isso que quisemos buscar as razões ocultas das reações dos doentes na aventura do transplante, nessas aventuras, dever-se-ia dizer.

Nós, psicossomáticos, não éramos consultores *ad hoc*, mas parte integrante da equipe médico-cirúrgica. Pudemos, dessa forma, encontrar sistematicamente os doentes, bem como os doadores e sua família, no decorrer das diferentes etapas do tratamento. Tratou-se de 25 transplantados e de quinze doentes em via de sê-lo ou de tê-lo sido. As entrevistas duravam aproximadamente duas horas e eram de tipo ora semi-dirigido (cobertura de diferentes temas), ora, e principalmente, não-dirigido. O objetivo de nossas entrevistas era estudar os fantasmas subjacentes aos comportamentos dos doentes.

Dois problemas preliminares, no entanto, logo se apresentavam a nós: haveria uma expressão dos fantasmas? e uma relação direta, de causa a efeito, entre o transplante real e fantasmado e os sintomas dos pacientes?

De fato, um trabalho precedente havia mostrado a pobreza da expressão fantasmática dos hemodialisados crônicos; dar-se-ia o mesmo com os candidatos ao transplante em hemodiálise? Foi verificado o contrário. Assim, não é tanto a hemodiálise em si que está em causa na carência da fantasmática manifesta, quanto seu caráter crônico e o hermetismo que produz o adiamento do trabalho do luto. A hemodiálise e o transplante, e a doença aliás, ao serem anunciados, tornam-se parâmetros existenciais cuja qualidade nova acarreta, na realidade, uma rica fantasmática. Se a doença persiste, se a hemodiálise se torna crônica, se o transplante tarda ou é retardado, o acesso aos fantasmas e o *insight* diminuem rapidamente. Naqueles pacientes que estão "sem rim", "sem transplante" e "sem hospital" (já que o paciente pode esperar o transplante em sua casa, embora seja dialisado no hospital), a fantasmática é estrangulada, congelada. Assim, o tempo e a espera são parâmetros de grande importância na fantasmática. Essa petrificação dos fantasmas sobrevém, portanto, como uma adaptação secundariamente defensiva no momento de um confronto com uma questão de ordem fundamental, ou seja, de vida ou morte. Com efeito, a possibilidade de hemodiálise e de transplante dá uma escolha que deixa entrever uma possibilidade de vida e, por isso mesmo, uma expressão menos angustiada dos riscos mortais: fala-se da morte, pois é possível viver. Quando o transplante ocorreu, joga-se "tudo ou nada" e "nada melhor" pode ser feito; então, o confronto com a morte é de novo necessariamente direto e de novo evitado: assiste-se

mesmo a uma obliteração total da vida fantasmática ou, mais freqüentemente, ela pode ser expressa em um processo lazarônico ou em sua denegação com erotomania e superestimulação geral. Se estudamos o conteúdo e não mais somente o continente – isto é, os lugares e os tempos – da fantasmaticização, encontramos o mesmo fenômeno. De fato, quando existem visivelmente, os fantasmas têm sobretudo como objeto o transplante, raramente a hemodiálise. Assim, a estrangulação fantasmática se realiza *durante* a hemodiálise crônica, mas também *a propósito* da hemodiálise.

Há outro aspecto citado acima, a saber, que a hemodiálise *por toda a vida* representa um nascimento contínuo que impede a aplicação dos mecanismos normais de luto: a vida é *suspensa*. Em contrapartida, a hemodiálise preparatória ao transplante é um tratamento preliminar e, dessa forma, não carrega o peso da exclusividade recriadora.

Nossa segunda questão preliminar versava sobre a natureza das relações entre o transplante e os sintomas apresentados pelos pacientes. Certamente, poder-se-ia dizer, trata-se de problemas de adaptação à transplantação. Porém, há mais do que isso: nosso estudo nos mostrou que o rim, a hemodiálise e o transplante eram percebidos de forma diferente segundo os doentes e que essas percepções estavam relacionadas a lembranças anteriores ou a traços mnésicos a partir de situações comparáveis. Comparáveis em certos aspectos: o confronto com a morte, a passividade, a doação, a regressão e as experiências incorporativas primitivas. Na medida em que essas situações comparáveis forem patológicas, tornam o transplante particularmente patogênico, o que leva a inúmeras complicações físicas e psíquicas, menores ou maiores. Assim, o transplante é um transplante, mas é também mais do que um transplante.

II

Que fardo carregam, pois, esse rim e esse transplante? Reagruparemos as verbalizações dos pacientes em três tópicos: a vida e a morte, as pulsões sexuais e a imagem do corpo; e estudaremos, para terminar, o problema da "acorporação".

O primeiro fardo é, pois, o da morte. O confronto com a mesma é temido e evitado por uma gama de mecanismos patológicos: denegação, estrangulação afetiva, fuga alucinada na intervenção, sintomas de aparência maníaca, hipocondria. Além do mais, a angústia de morte se focaliza nos acontecimentos específicos que são as intervenções e, da mesma forma que com a morte, vai se jogar um jogo de gato e rato com essas últimas para evitá-las. Alguns pacientes vão

recusar sofrer a intervenção por ela representar a possibilidade de morte; outros negam totalmente o risco corrido nas operações já realizadas: "isso não podia acontecer de outra forma"; igualmente, a rejeição é, às vezes, total e magicamente excluída: "O cirurgião me afirmou que não haveria rejeição." Essa negação pode ser ou tornar-se parcial: "... se mesmo assim houver rejeição, serei retransplantado", diz um deles, e tenta confiar na quantidade enorme de pílulas e na dor intensa das injeções imunossupressoras, aplicadas durante a convalescência, para se tranquilizar contra uma eventual rejeição. Enfim, alguns dicotomizam o perigo colocando-o na primeira intervenção (nephrectomia), tornando o segundo (transplante) inofensivo. Dicotomizam-no, assim, no tempo: transferem, de fato, o perigo para o passado, apoiando-se na segurança de estarem vivos no presente e livrando, com isso, o futuro de dúvidas angustiantes; da mesma forma, a possibilidade de rejeição no futuro pode ser constantemente vertida para o passado, e isso no decorrer dos dias, sendo "o mais" perigoso sempre "passado".

Observa-se que a morte é vivida essencialmente em um contexto agressivo por parte dos outros e para com os outros. Aquele doente que se agarra desesperadamente à vida, que, poder-se-ia dizer, tenta rejeitar-se no mundo dos vivos – mesmo ao preço de uma negação – sente a *intervenção* dos outros como uma tentativa de rejeitá-lo para o mundo dos mortos, "de ir a seu enterro e de eliminar assim o problema que ele representa". Da mesma forma, o transplante de rim de cadáver é apreendido por alguns como uma troca imposta com um morto, assinalando a rejeição para o mundo dos mortos; esse casamento entre um morto e um vivo pode ser premissa daquele entre dois mortos.

Quais são os "outros?" São inúmeros: os médicos, o cônjuge, o (a) amigo (a) ... Vê-se, pois, que o medo da rejeição ultrapassa, claramente, o da rejeição biológica do rim, e que ambos, numa espécie de vaivém de um a outro, encontram neles, respectiva e ficcionalmente, sua confirmação. Todas essas rejeições recobrem rejeições anteriores que lhes dão significações comparáveis. Assim, a rejeição do rim ou seu temor são acrescidos de uma rejeição psicológica. Poderíamos acrescentar, em contrapartida, que a rejeição psicológica poderia talvez, segundo alguns autores (Eisendrath), contribuir para a rejeição biológica; isto será, para nós, assunto de exploração mais exaustiva.

No nível dos fantasmas, a agressividade vivida tem uma dimensão transferencial; entretanto, essa transferência tem caracteres particulares. Com efeito, a agressividade referida responde a momentos precedentes em que dons eram desejados mas não recebidos, enquanto aqui o dom é recebido sem ser pedido: segue-se uma intensa culpabilidade. A morte é, pois, percebida como duplamente punitiva:

faltas passadas e falta presente, que consiste nessa agressividade em reserva remobilizada de forma inadmissível no plano superegótico [*surmoïque*] no momento do dom.

Esse desenrolar ganha uma tonalidade especial no caso do transplante renal de cadáver: *quem é* aquele que doa? Esse *quem* misterioso povoa-se de todos os *quem* anteriores, ou da ausência desses últimos, ou de sua partida. Assim, um doente sonhará com aquela parente que lhe deve dinheiro e a quem, durante esse sonho, ele vem reclamar; ele desejaria dela não o que é devido, mas um simples recibo, uma simples confissão do empréstimo; mas ela não quer assinar! A ausência anterior de doadores dá lugar a uma agressividade não exprimível, pois sem objeto (no sentido de pessoa), já que este não está mais aí, e com objeto atual (no sentido de coisa), já que este é doado; a frase precedente reproduz pela sinonímia das palavras *objeto* a imprecisão criada no espírito do paciente e a impossibilidade da expressão da agressividade. No lugar dessa agressividade, os doentes expressam seu corolário, a culpabilidade: "É difícil receber o rim daquele que a gente lamenta"; "É triste que ele tenha morrido jovem." A formulação: "Graças à sua morte, vivo", transforma-se em: "Para que eu viva, ele morre." Assim sendo, a gente se alegra por não conhecer aquele de quem "se provocou a morte"; pois, se ele fosse conhecido mesmo só pelo nome, já seria um familiar, "um membro da família"; seria impossível de suportar, pois ele era – e "eu sou – como um cachorrinho doente a quem se deve fazer respirar gás"; "era ele ou eu" ... é ele. E, inquietando-se com a única testemunha, o cirurgião, "a gente se propõe dar dinheiro" a ele para comprar seu silêncio no que diz respeito a esse homicídio percebido como tal nos fantasmas. Quer-se então devolver esse presente inesperado (no sentido de que não responde aos hábitos anteriores de esperas não realizadas), dar o mesmo presente quando se morrer, ajudar as pessoas, "fazer uma vida voltada para o bem" e, apressa-se em acrescentar o paciente negando sua culpabilidade, "como antes". Por outro lado, quer-se expiar, quer prometendo-se realizações dolorosas, por exemplo, "casar com uma mulher ríspida" para expiar sua agressividade para com uma mãe muito ríspida também; quer demonstrando a doença e as intervenções em si mesmas como muito dolorosas: "É duro, então mereço o transplante"; essa equação permite, pois, defender-se da realidade insuportável de equações mais amplas.

Porém o transplante representa também a vida, segunda faceta da dialética Vida-Morte. É vivido como apagando a doença, renascimento, ressurreição e, em um nível superegótico, como redenção. Através da morte, ou seja, da intervenção, o perdão, ou seja,

a doação renal permite a ressurreição. Essa própria visão de renascimento, de redenção, consiste em uma nova defesa contra a angústia de morte, em que o transplante se transforma em meio mágico, ou seja, investido de poderes diferentes daqueles naturais, para "resolver todos os problemas". Assim, a morte é rejeitada para o passado, libertando o futuro e admitindo esse último até no patamar da eternidade. A passagem perto da morte não a torna, porém, mais familiar, mais integrada; ela deixa espaço ao vago pensamento de vida eterna que continua sendo o desejo de estar vivo e não a aceitação de ser mortal.

Consideraremos agora como o transplante parece vivido no plano libidinal.

O regime e a passividade imposta acarretam discrepâncias de regime, *uma fome de sede*, isso na medida em que despertam frustrações orais preexistentes. A nefrectomia, os interesses pela urina e pelas fezes podem acarretar inúmeros distúrbios psíquicos quando remetem a uma problemática anal ou uretral não regulada. Mas é sobretudo no nível genital que se situam os mais manifestos problemas libidinais, fora aqueles outros, mais profundamente, que se juntam aos fantasmas de fusão. A doença renal, a hemodiálise e a nefrectomia são vividas como variantes da castração. Tem-se medo de perder o trabalho, as capacidades produtivas e as capacidades reprodutivas. Em um de seus sonhos, um paciente vê dois caminhões que, vindo um ao encontro do outro, esmagam-lhe o corpo da cintura aos pés. Com uma "seção", uma outra se preocupa e, explodindo num riso nervoso, decreta que ele "não é sexualmente um caso de hospital". Muitas situações mostram que certos pacientes são particularmente sensíveis a tudo o que tem uma conotação competitiva. Assim, um doente relata que um enfermeiro, descobrindo sua cabeça sob o travesseiro, zomba dele dizendo: "Não sabia que você tinha uma cabeça"; isso o coloca em tal confusão e furor extremos que ele invectiva o enfermeiro, vivamente tocado que está pela evocação dessa amputação que remete aos fantasmas de uma outra. Sempre em uma situação competitiva, um outro paciente, para explicar seu medo de sangue, traz a imagem do que brotaria do braço do terapeuta se este fosse amputado. Assinalemos que esse fantasma de castração pode remobilizar problemas de identificação sexual; isto pode mesmo levar a certos paradoxos: assim, em uma mulher, a doença realiza a amputação de um pênis imaginário, confrontando-a com uma identificação sexual feminina indesejável. O transplante geralmente é vivido como uma refalicização ou uma refertilização, às vezes com uma significação transexual. As pacientes têm fantasmas de gravidez, os pacientes têm

fantasmas de re aquisição de um falo perdido por ocasião da doença e da hemodiálise durante as quais se encontra, freqüentemente, a impotência sexual. Sentem-se, então, emasculados durante a hemodiálise e remasculinizados pela transplantação. Depois desta, notam-se muitas vezes fantasmas e um comportamento erotomaníaco. Finalmente, entretanto, esse falo simbólico é percebido como tendo uma virtude remasculinizante duvidosa.

Tais problemas libidinais são um dos elementos que provocam problemas conjugais, os quais têm sido muito freqüentes em nossos doentes, e os outros centros apresentam os mesmos resultados. Um elemento suplementar que provoca os problemas em questão se refere ao fato de que o transplante é uma troca intrafamiliar, excluindo, assim, o cônjuge por definição. Esse elemento de realidade pode encontrar eco em problemas maritais preexistentes, levando, então, a uma reatualização destes.

Em uma terceira parte, queremos estudar a doença, a nefrectomia e o transplante tendo em vista suas influências sobre a imagem do corpo dos doentes.

"A cavalo sobre a coluna" vertebral ou "fazendo parte" integrante desta, "na frente" ou "atrás" do abdômen, colocados diferentemente em altura a partir do diafragma até à fossa inguinal, "único" ou "pares", de volume variável desde o tamanho "de um ovário" ou "de um testículo", os "rins" possuem assim características bem distintas conforme os pacientes. Esses últimos se debatem com seu esquema corporal sem conseguir sempre encontrar-se: "Achava que meus rins ficavam atrás e vejo que a operação se fez na frente, mas talvez seja por isso que é na frente ... enfim, não sei mais." A nefrectomia é vivida como uma ablação de uma zona de "força", e um doente fica feliz que sua coluna vertebral esteja, no entanto, saudável "para poder sustentá-lo ainda em pé" após a intervenção. Um outro vê a nefrectomia como "um buraco que atravessa o estômago". Quanto ao transplante, espera-se que permita "não mais ficar esbaforido", que devolva forças e a possibilidade de trabalhar novamente. Um paciente se lamenta pelo fato de que o rim foi transplantado à direita pois, enquanto canhoto, o paciente teria "desejado sua força à esquerda"; mas, acrescenta, satisfaz-se em pensar que "esse rim está na frente, já que os esforços são sempre feitos pela frente". Esse desbordo psíquico dos limites anatômicos e psicológicos dos rins é um fato generalizado entre os pacientes. A questão se coloca quanto ao aspecto cultural do fenômeno relatado e não tínhamos encontrado material explícito quanto a esse assunto sobre pacientes de origem cultural diferente (constatações recentes nos levam a acreditar que o fenômeno tem uma certa aplicação pluricultural). De

qualquer forma, seja cultural ou universal, o transbordamento coloca um problema em si mesmo, que é o de seu objetivo na economia psíquica.

A nefrectomia e o transplante participam de uma simbólica de retração-expansão corporal; que vai muito além do fato particular da transplantação renal. Esse aspecto já foi estudado no que diz respeito à transplantação cardíaca (P. Castelnuovo Tedesco). Observemos aqui alguns desses elementos. A redução secundária à nefrectomia a transborda em uma retração corporal mais global (a retração sobre a cicatriz, por exemplo); a adição secundária ao transplante a transborda em uma expansão mais global incluindo outras áreas topográficas (genital, por exemplo) e/ou a totalidade do indivíduo (euforia pós-operatória). Vemos aí um exemplo desses transbordamentos do fato psíquico do transplante sobre significações corporais muito mais globais. Por outro lado os dois termos, redução-expansão, podem ser vividos como dois termos ligados de uma só dialética. Esta é proposta pelo próprio fato de que as duas intervenções estão ligadas uma à outra, e alguns pacientes vêm nisso a caminhada de uma primeira cicatriz para uma segunda que a completa, de uma abertura para um fechamento; tudo isso está em conotação com a apreensão global da imagem corporal.

III

Isso nos leva a estudar o problema da introdução do rim, corpo *estranho*, no corpo próprio do receptor. Será que o transplante psicológico é, de fato, contemporâneo ao transplante anatômico? Devemos responder que não.

a) Muslin (Chicago) enumerou exatamente três estágios para a *internalization* desse novo órgão e de sua representação mental. No primeiro estágio, o órgão é percebido como um elemento estranho no corpo; dessa forma, o transplante parece frágil e teme-se a rejeição. O segundo estágio é uma *partial internalization* em que o rim é mais apreendido como parte da representação do *self*. Num terceiro estágio, enfim, a *internalization* é completa: o novo órgão é aceito como parte do corpo próprio.

Ainda que a descrição feita por Muslin ajude bastante a compreender certos fenômenos que ocorrem nos transplantados, surgem problemas do ponto de vista metapsicológico quanto à utilização de alguns termos.

O termo *internalization* é traduzido em português, como se sabe, por *internalização*. Entretanto, tal palavra é utilizada de maneira

genérica para designar a representação da passagem de um objeto externo à de um objeto interno. Ela compreende diferentes modalidades descritas há muito tempo como introjeção, incorporação, identificação, imitação, termos que devemos claramente distinguir.

Seguindo o próprio Freud e R. Schafer mais recentemente, consideramos que a incorporação é um modo de internalização vivido como a passagem de um objeto do exterior à interioridade do sujeito por orifícios corporais (cujo protótipo genético é a incorporação oral, mas existem outros). Por outro lado, admite-se que, quando se está na presença de um processo de incorporação, há uma indistinção da representação mental do sujeito e do objeto, isto é, as fronteiras que singularizam o objeto e o sujeito são vagas e imprecisas. Ora, no caso do transplante, o rim se toma cada vez mais transplantado e cada vez menos estranho; a incorporação é, pois, mínima no início, ao passo que ela suporia, por definição, uma não-distinção do objeto e do sujeito e um fusionamento desde o princípio.

Na descrição da fenomenologia do transplante, devemos também rejeitar o termo introjeção. Certamente, ele supõe uma distinção entre objeto e sujeito e uma internalização do exterior ao interior, mas trata-se de um modo de internalização, vivido pelo doente como realizado mais em um plano mental do que corporal. Dessa forma, forjamos o termo *acorporação*, definindo assim a representação da internalização progressiva do rim num plano somático e mental. Esse processo não implica que a distinção sujeito-objeto seja apagada desde o início; por essa razão, utilizamos o prefixo *ac*, que significa *na direção de* e dá conta da fusão progressiva durante a qual as fronteiras entre objeto e sujeito se apagam.

Se o processo de acorporação é, certamente, desencadeado pela realidade do transplante, inicia-se, porém, desde o anúncio deste e não a partir da própria intervenção. Enquanto a intervenção é esperada, essa acorporação se realiza lentamente; quando a esperança do transplante diminui, seja devido à realidade de um recuo, seja devido à perda de um objeto outro, o processo se desacelera e regride a fases precedentes. Em uma paciente, a acorporação progressiva foi particularmente clara no decorrer de seus fantasmas e sonhos. No início, ela chama o rim a ser transplantado de "rim artificial", o que evoca a natureza não-humana desse elemento a ser transplantado. Em seguida, representa seus rins como "voando no ar". Tudo se passa como se o corpo e o rim fossem inicialmente percebidos como dois elementos distantes, fora de alcance ou quase fora de vista. Gradativamente, os dois elementos que são o corpo e o rim se aproximam, enquanto o rim toma *corpo*, isto é, toma *um corpo*. A

mesma doente, após sua nefrectomia, sonha que vai procurar os rins de um homem morto deitado de costas; com uma faca, corta-lhe o ventre e encontra dois rins redondos e grandes como ameixas; então, põe-nos, por via abdominal anterior, na parte posterior de seu abdômen. Fora de qualquer significação que se possa detectar no plano genital, isso demonstra inicialmente que ela considera que um rim estranho possa ser transplantado nela: a transplantação é, pois, *apreendida*. Além disso, observar-se-á que o próprio protocolo operatório é integrado. Quando ela acorda, percebe que ainda não é transplantada: "e acordo sem rim"; dessa forma, trata-se realmente de uma acorporação antecipada. Ou melhor dizendo, a acorporação é um processo psicológico que começa na ocasião de uma introdução de um elemento estranho no corpo, mas pode começar antes da introdução real desse elemento.

Assim, a intervenção de transplante se situa em um momento do processo de acorporação, diferente para cada paciente. Em outras palavras, a acorporação nunca é nem nula nem total no momento da intervenção. Por exemplo, depois da mesma, um paciente desperta e tenta apalpar a massa oblonga do rim em uma de suas cavidades inguinais a fim de verificar "se o tem ou não"; o rim é, pois, tão estranho e exterior que ele duvida de sua posse e, dessa forma, que não é vivido como *si*. Uma outra anuncia: "É como antes, não faz diferença." O rim é, assim, rejeitado antes mesmo de ser acorporado; de fato, esse "nada" é uma negação, visto as circunstâncias de guardar o leito, de tratamentos intensivos ... que o acompanham. Ela acrescenta: "É como se não estivesse aí", confirmando seu caráter muito externo. Isso leva a uma outra observação no sentido de que, logo após a transplantação, o processo de acorporação recua a uma primeira etapa já vista: a inexistência do rim. O transplante faz, pois, recuar o processo de acorporação! No período seguinte, o processo é retomado e o primeiro momento que se segue a tal sensação de inexistência é, novamente, a da estranheza [*étrangéité*]: "De transplantes me haviam falado; mas a experiência, essa é diferente: sinto uma metade de outro em meu corpo".

b) Tentemos agora um ensaio mais teórico estudando as relações entre a acorporação e os outros processos de interiorização.

O transplante representa uma experiência de intromissão de alguma coisa no corpo. Será que essa experiência remete a outras semelhantes anteriores? Parece que existem entre as experiências acorporativas e incorporativas, embora diferentes em certos aspectos, semelhanças suficientes para reevocarem em sua comparação conflitos intrapsíquicos vividos anteriormente. O protótipo de introdução de um

elemento estranho em um corpo é o do seio da mãe e de seu leite na boca da criança. Sabemos que o futuro dessa introdução apresenta aspectos variáveis, seja uma incorporação, seja uma introjeção, seja uma identificação. Apresentará a incorporação renal aspectos incorporativos ou remeterá a experiências de incorporação dos quais representa o contrário? Permitirá ela uma introjeção e/ou remeterá ela a experiências anteriores de introjeção e aos conflitos não resolvidos a esse respeito? Será ela o ponto de partida de uma identificação e/ou remeterá a identificações anteriores e estará relacionada a conflitos não resolvidos a esse respeito? Informaremos o estágio atual de nossas reflexões sobre tais pontos.

Debrucemo-nos novamente sobre a representação mental do órgão renal anteriormente a qualquer problema de transplante. Se o rim é limitado anatomicamente no espaço de seu lóculo renal, sua representação não o é. O tema da força, estudado acima, mostra que a zona psicológica dos efeitos do rim ultrapassa a zona fisiológica desses efeitos. Dessa forma, a distinção psíquica entre o rim e o resto do corpo não tem a precisão dos limites anatômicos. Isso poderia corresponder a um (ou ao resultado de um) processo incorporativo. Essa limitação indistinta e a idéia da perfusão do corpo pelo rim remeteria, por isso mesmo, às primeiras experiências incorporativas nutritivas. Vimos que os fantasmas a propósito do transplante possuem também traços de indistinção na função do rim e dos fantasmas de perfusão nova em um corpo rejuvenescido.

Os doentes, recebendo um rim de cadáver ou de um ser vivo, desejam ou temem absorver certas características do doador, ora psíquicas: a juventude, a força, a saúde, a magreza, tipo sexual...; ora morais: o caráter "bom", outros traços de personalidade conhecidos como sendo os do doador familiar ... Isso está na base de certos conflitos: medo de não beber mais bebida alcoólica com um rim de mulher, desejo de poder receber força viril com um rim de homem, medo de receber a morte com um rim de cadáver, medo de receber outros defeitos do doador vivo. Destaquemos especialmente aquela "síndrome dos siameses" segundo a qual qualquer doença do doador é sinal de uma eventual doença para o receptor.

c) Finalmente e no estado atual de nossas reflexões, parece-nos que a dinâmica do transplante psicológico e suas relações com o transplante fisiológico são as seguintes.

A etapa da partida é caracterizada pela imprecisão e pela indistinção. O rim é, por um lado, *possuído* pelo doador e, por outro, ele

possui o doador, isto é, ele é carregado de inúmeros fantasmas que o excedem a ele próprio. Correlativamente, o receptor não tem rim, mas, além disso, não conhece nem mesmo os limites dessa ausência, pois tal ausência é carregada de inúmeros fantasmas que a excedem a ela própria. É a etapa do "rim ausente" e do "rim estranho", ou melhor, da Ausência e da Estranheza.

As primeiras tentativas de transplante psicológico são feitas sob uma forma incorporativa – ou seu equivalente. As características do doador, o próprio doador, não se distinguem do receptor: receber o rim é receber o doador. Para um rim de cadáver, pode-se perceber, por exemplo, a seguinte seqüência de acontecimentos: "o morto que doa o rim", "o rim que é o morto", "o receptor que está morto". A imprecisão e a indistinção, que fazem com que qualquer coisa seja tudo e *vice-versa*, acarretam uma espécie de pseudotransplante, primitivo, antecipado, fusional, mágico...; isso é mais perceptível de um ponto de vista estrutural e pelo tipo de relações entre partes e totalidade do que considerando unicamente o conteúdo e os temas evocados: em suma, trata-se de uma espécie de *delírio de transplante*.

Num segundo momento, produz-se uma divisão entre rim e doador. Isso é eloqüentemente representado pelo sonho daquela paciente que opera a ablação dos rins de um doador morto. Essa separação rim-doador remete a divisões mais estruturais: aquela entre o rim e os fantasmas que o carregavam e aquela entre o doador e os fantasmas que o carregavam. O transplante só se faz assim, e paradoxalmente, com uma separação: aquela entre o enxerto e os fantasmas associados; ou seja, poder-se-ia dizer, por uma ablação psicológica. É preciso assinalar que no exemplo do sonho anteriormente citado, isso não se realiza de forma completa, pois, não esqueçamos, o "doador" é um cadáver; isso remete, na verdade, a um tema de não-separação, apesar das aparências: com efeito, a ablação do rim está ainda *ligada* à morte – seja por um elo de causa e efeito, seja por uma agressividade deslocada do doador ao transplante...

Depois, a partir dessa clivagem, cada uma das partes tem seu próprio dever. O rim é incorporado (não tendo esse momento relação estreita com a data do transplante, lembre-se) como elemento distinto do resto do corpo do receptor e distinto também do doador. Ao mesmo tempo, o doador não está mais internalizado como um *incorporat*, mas como um introjeto. Dessa forma, progressivamente, a representação mental do doador no receptor toma-se distinta da representação do si. Enfim, o rim integra-se pouco a pouco ao indivíduo: é vivido como *seu* rim e não mais como *um* rim. É totalmente integrado à imagem corporal, podendo ser investido pela libido narcísica. Quanto ao dever

concomitante do doador introjetado, não podemos ainda precisá-lo.

Assim, a partir de uma situação imprecisa, e nela mesma, e porque carregada de múltiplas experiências passadas, surgem gradativamente clivagens que permitem uma assimilação em diferentes níveis. É graças a esse aspecto da pesquisa que pudemos descobrir uma das razões de nosso papel terapêutico e que queremos concluir o presente texto nessa óptica.

Favorecíamos tais clivagens. Um dos problemas que percebemos é que os receptores, entre outras coisas, se lançam na aventura do transplante tentando evitar os confrontos necessários com problemas primordiais, ou seja, procuram fazer do transplante uma simples operação funcional. O que tem como conseqüência final e paradoxal carregá-lo com muitas problemáticas complexas, levando a complicações às vezes graves. Por uma abordagem psicoterápica, buscamos a verbalização dos conflitos, mas também sua *clivagem* entre problemáticas atuais e problemáticas preexistentes entre doador e rim, etc. Percebendo o transplante como carregado fantasmaticamente, esperamos tomá-lo, paradoxalmente, mais funcional na realidade exterior.

Recebido: 06/03/06

Aceito: 10/10/06