

Amputação: as indagações do sujeito

Amputation: the questions of the subject

Iole Dielle de Carvalho¹, Maria Cristina Serra², Luiz Macieira Guimarães Junior³

RESUMO

Apresentação de caso de um adolescente de 14 anos, que teve o antebraço direito amputado, em decorrência de choque elétrico. O primeiro aspecto a ser destacado é o luto proveniente da mutilação que acometeu o adolescente, após a amputação do membro. Associado a isto, existe a questão da autoimagem de alguém que, como esse adolescente, sofreu uma mutilação. As reflexões têm como respaldo o referencial psicanalítico, mais especificamente, o artigo Luto e Melancolia, de Freud, texto este que nos faz pensar aspectos característicos ao caso atendido. A direção do trabalho é o relato do caso e poder chegar às contribuições da Psicanálise para a elaboração da perda.

DESCRIPTORIOS: Eletrochoque. Amputação. Pesar. Imagem corporal.

ABSTRACT

Case report of an adolescent of fourteen-years old, who had the right forearm amputated due to an electric shock. The first aspect to be detached is the mourning originating from the mutilation that he suffered, after the surgical remove of part of his arm. Associated to this, there is the issue of self-image of someone who, as this teenager, suffered a mutilation. My reflections have a Psychoanalytic Referential as basis, more specifically, Freud's article Mourning and Melancholia. This text makes us think about aspects of the teenager's case. The paper's direction is the narration of the case and has the right to get to the contributions of Psychoanalysis to the loss elaboration.

KEYWORDS: Eletroshock. Amputation. Mourning. Body image.

-
1. Psicóloga do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
 2. Coordenadora pediátrica do CTQ do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
 3. Médico; Chefe do CTQ do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Iole Dielle de Carvalho
Hospital Geral do Andaraí, Centro de Tratamento de Queimados
Rua Leopoldo, 280 – Andaraí – Rio de Janeiro, RJ, Brasil – CEP 20541-170
E-mail: idcarvalho@gmail.com
Artigo recebido: 11/8/2011 • Artigo aceito: 16/10/2011

O presente trabalho é fruto de reflexões acerca do atendimento de um adolescente de 14 anos, vítima de queimadura por choque elétrico, que acometeu o antebraço direito, levando à amputação do membro.

RELATO DO CASO

O episódio da queimadura

Paciente relatou que, retornando para casa após a aula, parou na subestação da distribuidora de energia elétrica para pegar uma pipa, quando, ao tocar a mesma, recebeu descarga elétrica.

Relatou ter permanecido consciente preso ao cabo de energia, até se soltar e cair, perdendo, momentaneamente, a consciência. Em seguida, com a chegada do Corpo de Bombeiros, foi encaminhado ao hospital. Lá chegando, encontrava-se lúcido e globalmente orientado.

Paciente relatou ser o primeiro filho de uma prole de três (as outras são duas meninas um pouco mais jovens). Os genitores não se dispuseram a acompanhar o paciente na internação, alegando precisar cuidar das filhas e do comércio da família.

Atendimento psicológico

No primeiro atendimento, o paciente foi encontrado, diferentemente dos outros adolescentes internados no setor, sozinho, sem acompanhante, na enfermaria masculina. Parecia um tanto assustado, pois seu olho e mão esquerdos encontravam-se muito edemaciados. O paciente afirmou não ser preciso incomodar os pais, solicitando acompanhante.

Inicialmente, reagiu bem. Entretanto, nos atendimentos seguintes, começou a apresentar-se entristecido, choroso, queixando-se de saudades da família, trazendo muito medo de ter a mão amputada. O vínculo foi logo estabelecido. Durante toda a internação, o paciente foi informado (dentro de seus limites de entendimento) sobre os procedimentos a que seria submetido; e chegou o momento da amputação dos dedos indicador, falange distal do dedo médio e dedo anelar. Neste momento, foi solicitada à família a presença de um acompanhante, que enviou um conhecido para exercer essa função.

Após a comunicação da necessidade da amputação dos dedos, o paciente começou a apresentar sintomas depressivos, tais como tristeza, perda do apetite, episódios de choro, pesar e dificuldade para dormir, que são comuns em pacientes amputados. A partir desse momento, começou a se utilizar do mecanismo de defesa de negação, em relação à gravidade de seu quadro. Laplanche e Pontalis¹ conceituam mecanismos de defesa como “diferentes tipos de operações em que a defesa pode ser especificada. Os mecanismos predominantes diferem segundo o tipo de afecção considerado, a etapa genética, o grau de elaboração do conflito defensivo, etc.”

Esses mecanismos de defesa são utilizados como estratégias defensivas frente à situação vivenciada, e englobam todas as formas que o ego utiliza para dominar, controlar e canalizar os perigos considerados internos ou externos a ele; ou seja, o sujeito se utiliza de tais mecanismos quando há intenção de diminuir a angústia dos seus conflitos interiores. O mecanismo de defesa mais presente no

paciente, o de negação, aponta-nos exatamente para esta busca em diminuir o sofrimento, uma vez que tal mecanismo consiste em “negar o que é evidente. O sujeito transforma os fatos reais que lhe desagradam e recusa-se a reconhecê-los”.

Exemplificando melhor essa utilização da negação por esse paciente, logo após retornar do centro cirúrgico e ser informado da amputação dos dedos, ele trazia em seu discurso conteúdos de esperança de melhora dos dedos. Em relação à participação da família no tratamento, esta ficou reduzida às visitas ao paciente; parecia que a responsabilidade tinha sido transferida ao acompanhante. A preocupação com a possibilidade de amputação da mão persistia também na equipe. Com o passar dos dias, após avaliação da equipe da Cirurgia Vascular, constatou-se a impossibilidade da manutenção do antebraço direito.

Diante dessa situação, apresentou-se mais deprimido, choroso; contudo, na presença dos genitores, não se queixava, parecia não querer incomodá-los. O paciente vivenciava a dor da perda de forma solitária, compartilhando apenas com o acompanhante e com a equipe, tendo sido possível observar o quanto essa dor foi silenciada na presença dos genitores. Tornar possível falar sobre essa dor com os genitores foi importante. Mannoni² nos fala deste processo: “Hoje não se trata mais tanto de honrar os mortos, mas de proteger o vivo que se confronta com a morte dos seus”. Os pais estavam muito mobilizados com a necessidade de amputação do membro.

A pessoa submetida a uma cirurgia sente-se fragilizada e emocionalmente instável, em decorrência da falta de controle da situação, da incerteza de como será a operação, de dúvidas sobre o pós-cirúrgico, do medo de sentir dor, de se tornar incapacitado, de morrer, da mutilação e fantasias sobre como ficará seu corpo.

E chegou o momento da amputação! Paciente apresentou-se algo deprimido, como era de se esperar de um sujeito que tenha sido submetido à amputação; é necessário elaborar o luto do membro perdido pela mutilação e aceitar essa perda física.

Para Freud³, “o luto, de modo geral, 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”. E segue, dizendo que “o luto normal é um processo longo e doloroso, que acaba por resolver-se por si só, quando o enlutado encontra objetos de substituição para o que foi perdido”.

No mesmo sentido, o trabalho de luto se realiza, de forma que toda libido é retirada das ligações com o objeto amado; a realidade mostra que esse objeto não existe mais. Existe um período considerado necessário para a pessoa enlutada passar pela experiência da perda; o luto demanda tempo e energia para ser elaborado; é importante avaliar as condições do enlutado, seus recursos para enfrentar a perda e as necessidades que podem se apresentar³. Para Mannoni², “o trabalho de luto consiste, assim, num desinvestimento de um objeto, ao qual é mais difícil renunciar na medida em que uma parte de si mesmo se vê perdida nele”.

Em meio a todo processo de elaboração da perda, com momentos em que sua fala remetia à possibilidade de “recuperação do membro perdido”, ele me trouxe a seguinte questão, ao falar do membro perdido: “Vai crescer de novo?” (sic), ao que eu devolvi: “Vai crescer de novo?” Neste momento, ele chorou muito, e

verbalizou sua dor, por saber que o antebraço não se regeneraria, ou, usando sua linguagem “não cresceria de novo”.

A partir desse momento, o tema recorrente nas sessões foi a questão da autoimagem corporal. O paciente verbalizava sua dor, seu medo em relação a “como as pessoas o olhariam; trazia o medo da rejeição, questionando “se os colegas iriam continuar brincando com ele; se poderia voltar a jogar futebol; andar de bicicleta; como iria frequentar a escola, escrever. A imagem corporal ficou muito comprometida.

DISCUSSÃO

A imagem corporal constitui-se em referência a visão afetiva do rosto materno e das referências sensoriais repetidamente trazidas pela presença da mãe⁴. Nesse sentido, é através do outro que a criança aprende a se reconhecer, isto implica em pensar em seu desejo, tal como seu corpo, não é inicialmente vivido como seu, mas projetado e alienado no outro. A criança inicialmente é o desejo da mãe. O corpo é falado, tecido a partir da relação com o Outro. Aquilo que se via era uma família muito fragilizada, sem conseguir falar, “olhar” aquele corpo marcado; servir de continente à dor, ao sofrimento do filho. Para Lacan⁵:

O processo de maturação fisiológica permite ao sujeito, num dado momento de sua história, integrar efetivamente suas funções motoras, e ascender a um domínio real do seu corpo. Só que é antes desse momento, embora de maneira correlativa, que o sujeito toma consciência do seu corpo como uma totalidade. É sobre isso que insisto na minha teoria do estádio do espelho – a só vista da forma total do corpo humano dá ao sujeito um domínio imaginário de seu corpo, prematuro em relação do domínio real⁵.

Para exemplificar o estádio do espelho, Lacan⁶ utilizou um experimento da ótica denominado o “experimento do buquê invertido”, que consiste:

Em uma pequena caixa [que] esconde do observador o buquê de flores no seu interior. Pela intermediação de uma imagem real produzida por um espelho côncavo, o vaso vazio colocado sobre a caixa se encontra repleto de flores. O sucesso dessa experiência está em que o observador – contanto que se encontre no interior do cone desenhado pela difração de raios do espelho côncavo – percebe um vaso cheio de flores, sem desconfiar do fato de que se trata de uma montagem de um objeto real (o vaso) e de uma imagem: as flores⁶.

Em síntese, o Estádio do Espelho foi introduzido por Lacan para formalizar a maneira pela qual se dá a constituição do Eu. A criança, antes de possuir coordenação motora, reconhece-se no espelho. Entretanto, toda construção da imagem corporal e da forma de experimentação do corpo fica abalada, face uma amputação. E com este paciente não foi diferente: em um determinado momento,

começou a apresentar “alucinação do membro fantasma”, que, segundo Nasio⁷, pode ser entendido como:

Um distúrbio que afeta uma pessoa amputada de um braço ou perna. Ela sente de modo tão vivo as sensações vindas do seu membro desaparecido, que lhe parece que este ainda existe (...) quando perdemos um braço, por exemplo, ou um ser querido a imagem psíquica (representação ou lembrança) desse objeto perdido é, por compensação, fortemente superinvestido. (...) esse superinvestimento afetivo da imagem, gera dor. Mas o grau superior desse superinvestimento provocará outra coisa além da dor: acarretará a alucinação da coisa perdida, cuja imagem é o reflexo⁷.

A alucinação pode ocorrer após uma perda insuportável, na qual a tentativa de negação da mesma se vale de um rompimento das relações do eu com a realidade; seria como uma tentativa de trazer o objeto perdido de volta, via alucinação. Contudo, podemos pensar na alucinação do membro fantasma, com outra significação, que seria uma tentativa de elaboração da perda sofrida; um esforço para se elaborar o luto⁸. No decorrer dos atendimentos, o paciente foi entrando em contato com sua nova realidade corporal, vendo possibilidades (com alguma resistência) de usar o coto do membro amputado para suas atividades diárias. Finalmente, a entrada em cena da terapeuta ocupacional foi um dado significativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Graças às leituras e pesquisas realizadas, visando à construção deste trabalho, foi possível tentar estabelecer compreensão a respeito das indagações de um adolescente vítima de amputação, de suas dificuldades em lidar com essa perda e sobre seu processo de elaboração do luto por meio de alguns conceitos psicanalíticos.

AGRADECIMENTO

A Clarice Gatto, pela orientação durante a execução desse trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
2. Mannoni M. O nomeável e o inominável. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1995.
3. Freud S. Luto e melancolia. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. vol. XIV. Imago: Rio de Janeiro; 1916.
4. Dolto F. No jogo do desejo: ensaios clínicos. São Paulo: Ática; 1996.
5. Lacan J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
6. Lacan J. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: ‘psicanálise e estrutura da personalidade’. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
7. Nasio JD. A dor de amar. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
8. Dolto F. A imagem inconsciente do corpo. São Paulo: Perspectiva; 2002.