

Cardiopatía infantil: implicações na relação entre mãe e filho

Barbara Reze*

Resumo

Os impactos de uma afecção somática grave na infância têm fortes repercussões, tanto na organização psíquica da criança quanto na forma como ela se relaciona com sua mãe. Este trabalho baseia-se na constatação de que a vivência psíquica associada a uma cardiopatía é a de um sofrimento conjunto e intenso da mãe e da criança, organizando um tipo de relação específica entre ambas. Discuto como esta relação, denominada “dupla cardíaca”, pode se constituir como a estratégia de vida possível aos dois sujeitos ante o sofrimento trazido pela patologia cardíaca grave.

Analiso como a instalação desse vínculo fusional transitório pode permitir um fortalecimento subjetivo através do compartilhar mútuo do sofrimento, possibilitando que mãe e criança dêem sentido à situação traumática inaugurada pela doença. Esse tipo de vínculo é o que promove a contenção do excesso de carga afetiva ao qual ambos estão expostos ante as angústias desencadeadas pela ameaça da vida da criança.

Discuto como a “dupla cardíaca”, enquanto mecanismo relacional, pode ser entendida em sua positividade e em seu caráter criativo e funcional. Representa um tipo de organização subjetivo-relacional que desempenha uma função protetora para a vida psíquica da mãe e da criança, facilitando o enfrentamento da situação extrema de doença, a (re)significação da imagem da criança e a construção de perspectivas futuras.

Palavras-chave: cardiopatía infantil; relação mãe-filho; dupla cardíaca.

* Psicóloga clínica. Este trabalho foi escrito como monografia, do Aprimoramento *Trabalho psicoterapêutico em contextos em crise: uma experiência clínica e institucional*, da Clínica Psicológica da PUC-SP, sob orientação da Profa. Dra. Felicia Knobloch, fev. 2005. E-mail: barbara.reze@gmail.com

Abstract

The impacts of a serious cardiac disease during childhood have strong repercussions both on the child's psychological organization and on the child's relationship with her mother. This paper is based on the verification that the psychological suffering caused by heart disease is fully experienced by mother and child, resulting in the development of a strong relationship between them, in which a certain indiscrimination appears. This relationship, which I named "cardiac pair", may become a life strategy to them vis-à-vis the suffering caused by a grave cardiac disease.

The analysis covers how this indiscriminate relationship may convey a subjective strengthening through the sharing of mutual suffering, allowing mother and child to understand and give meaning to the traumatic situation. This type of relationship preserves them from the excessive emotional burden to which both are exposed due to the threat of the child's death.

In this paper, I discuss how the cardiac pair, as a relational mechanism, can be understood in its positiveness and in its creative and functional character. It is a subjective-relational organization that works as a protection to the psychic life of mother and child, facilitating the battle against the disease, the (re) signification of the child's image, and the child's future perspectives.

Keywords: *childhood heart disease; mother-child relationship; cardiac pair.*

A situação de uma doença grave na infância sempre desencadeia uma série de impactos e implicações na organização psíquica e relacional, tanto da criança quanto das pessoas que a cercam, principalmente seus familiares. Antes mesmo do diagnóstico, quando uma criança percebe e anuncia um mal-estar somático, é natural que a mãe (sua figura de referência mais próxima) e/ou a família sofram junto com a criança, como uma forma de empatia para poder dela cuidar.

A partir da experiência de trabalho clínico, enquanto psicóloga da equipe de psicologia – durante os anos de 2003 e 2004 - da Casa de Apoio a Crianças Cardíacas e Transplantadas do Coração (ACTC)¹, pude observar como a relação mãe-filho expressa a vivência do impacto psíquico decorrente do diagnóstico e do tratamento de um problema cardíaco.

No caso das doenças graves na infância, com risco de morte, essa vivência de “compartilhar o sofrimento” se intensifica. Como diz Danièle

¹ Uma casa de apoio ligada ao Incor, onde mães e crianças se hospedam por um certo tempo, durante o tratamento médico (que pode incluir um período pré e pós-cirúrgico).

Brun: “a criança em perigo de morte, amputada nas suas promessas e nas suas perspectivas de vida, põe a mãe também em perigo. Ela dá à mãe a impressão de carregar a morte consigo” (1996, p. 3).

Se Brun pôde chegar a essa afirmação a partir de sua experiência clínica com crianças com diagnóstico de câncer, essa noção continua válida para outras situações, nas quais o risco de vida é subjacente ao diagnóstico. As observações decorrentes da prática clínica desenvolvida na ACTC não só corroboram essa afirmação de Brun como a ilustram. No caso das crianças cardíacas, percebi que a mãe, ao sofrer junto com o filho, tem sua vida atingida diretamente pelos impactos da doença. É como se ela mesma tivesse sido diagnosticada doente cardíaca, pois a possibilidade real da morte de um filho representa uma sentença de morte para a própria mãe.

Normalmente, a cardiopatia da criança é vivida pela mãe de maneira tão angustiante que ela não apenas se sente responsável pelos cuidados e pela sobrevivência do filho, mas ainda se coloca no lugar de sofrimento junto à criança. Ela se entrega à situação com tamanha devoção que passa a dedicar-se integralmente à vida desse filho e aos seus cuidados. Seu coração, seus sentimentos, sua sensibilidade afetiva são atingidos no âmago. Seus pensamentos giram em torno da preocupação e do temor de despedida não desejada e inimaginável.

Considerando, então, que o mal-estar somático da criança acarreta alterações psíquicas tanto nesta quanto em sua mãe, os efeitos de tal mal-estar também atingem o dinamismo relacional da dupla. É intrínseco a essa situação um rearranjo dinâmico-econômico das representações psíquicas e do vínculo afetivo mãe-criança. Esse vínculo se reorganiza e se redesenha nos diversos momentos da evolução da afecção somática – diagnóstico, avaliação médica, tratamento, intervenção cirúrgica, prognóstico, recuperação –, sendo que tais etapas são determinantes das variações na intensificação da relação dual.

Isso acontece porque a vulnerabilidade somática decorrente da cardiopatia, dentre outras conseqüências, parece requisitar um *fortalecimento subjetivo* através do estreitamento do vínculo psíquico da dupla. Brun mostrou como o câncer estabelece um vínculo particular entre a mãe e a criança, que “também pode ser representado por uma bolsa invisível,

(...) como um útero extensível, que os contém a ambos. Como se o medo de uma morte indefinidamente repelida, mas sempre susceptível de se produzir os fizesse viver” (ibid., p. 3).

Esse “vínculo-bolsa protetor de angústias” é o que se expressa como indiscriminação. Mas se seguirmos as observações da psicanalista acima citada, percebemos que esse tipo de vínculo, ao tornar mãe e criança indiscriminados entre si, possui uma função surpreendente, que é justamente a de “fortalecer a capacidade de suportar tal situação e, assim, fazer viver”.

No presente artigo, pretendo enfatizar o aspecto criativo e funcional desse mecanismo relacional, o qual denomino “dupla cardíaca”. Contrária, e até paradoxalmente, ao que se poderia inferir, a intensificação do vínculo dual não traz, necessariamente, um empobrecimento ou um estreitamento da capacidade psíquica individual (tal como se supõe no vínculo simbiótico), mas sim pode levar a uma nova organização. Essa “estratégia de sobrevivência” (Knobloch, 2002) da dupla cardíaca é o que poderá sustentar e fortalecer a potência de vida de cada sujeito nessa situação.

Perante situações traumáticas, nas quais o sentimento de angústia acirra-se a ponto de tornar-se insuportável, o ser humano busca novas estratégias adaptativas para poder preservar-se e continuar vivo. Como afirma Knobloch “essa capacidade patoplástica do homem, que o leva a inventar soluções as mais bizarras para sobreviver a situações as mais inóspitas” (ibid. 137).

Uma doença grave, como algumas cardiopatias pediátricas, sendo uma experiência traumática que coloca a vida em risco, convoca o sujeito a uma nova organização psíquica e relacional. O “estar doente” é uma vivência inédita, que atravessa toda a existência do sujeito, e impacta também seus familiares, principalmente a mãe. Provoca rupturas nas circunstâncias normais anteriores, ameaça a integridade do corpo, interfere na rotina, nos hábitos, nos projetos nas possibilidades futuras.

A criança doente busca, através da mediação e da sustentação da mãe, fazer as ligações e os investimentos necessários à construção de representações psíquicas de seu corpo e de sua permanência (futuro), assim como quando era bebê. Em alguns casos, a criança, ante a fragilidade do seu corpo, chega mesmo a “emprestar” o corpo da mãe, como um suporte. E aqui,

a função da mãe vai além do suporte físico: constitui-se como “suporte para que o filho possa viver”. É importante ressaltar que a mãe, por sua vez, não só se disponibiliza a essa função, mas, ainda, se reorganiza internamente a partir dela.

A presença da mãe, sofrendo com o filho, é o que lhes permite reorganizar-se psicologicamente para suportar a experiência traumática da doença grave. Conforme foi-me relatado por uma das mães, sua filha de 14 anos, após transplante de coração, perdeu temporariamente parte da visão. A mãe conta como a filha se apoiava em seu corpo, segurava seu braço para caminhar, não podia fazer nada sozinha, nem comer, nem tomar banho, pois tinha medo: “*ela vivia através de mim e ainda é um pouco assim*”. Se o apoio de um outro seria esperado no caso de perda de visão, neste caso relatado, a adolescente não usava o corpo da mãe somente como suporte/guia físico, mas como suporte existencial. Não se tratava apenas de uma dificuldade física, mas, o que estava em jogo para ambas, mobilizando angústias de morte, era a vida da jovem. As angústias de morte referiam-se tanto ao momento de recuperação do pós-transplante e as possíveis seqüelas físicas, quanto ao risco de vida instalado desde o diagnóstico de cardiopatia grave. O “viver junto com”, em decorrência da doença, era tão intenso e presentificado em todas as ações delas que a existência da mãe parecia constituir a referência vital através da qual a filha podia viver. De tal modo que ambas, durante o primeiro ano do transplante (onde se vive uma série de ansiedades relacionadas à possibilidade de rejeição do órgão, à adaptação à mediação, ao medo de infecções), ainda mantinham esse padrão de relacionamento, isto é, viviam uma para (e a partir da) a outra.

Pode-se observar que a imposição de limites corporais não tem correspondência psíquica da mesma ordem, isto é, o estabelecimento do vínculo dual revela uma ausência de limites (ressalto, que pode ser positiva) entre as duas subjetividades em questão. Ausência de contornos para poder suportar a limitação e a fragilidade do próprio corpo, da vida, da dimensão imaginária.

Esse “viver através de mim” da criança na mãe ou da mãe na criança, que se desencadeia a partir da doença grave, de alguma forma é uma experiência já vivenciada por ambas. McDougall nos mostra que:

[...] na medida em que a criança vive experiências somáticas intensas nos primeiros meses de sua vida, isto é, antes de ter uma representação clara de sua imagem corporal, ela não consegue vivenciar seu corpo ou o de sua mãe senão como unidade indivisível. (1991, p. 11)

Esse tipo de intensificação do vínculo dual conduz a dimensões pré-verbais do psiquismo, atualizando uma comunicação arcaica e imediata entre a dupla; comunicação já conhecida pois intrínseca a toda relação mãe-filho. Esse contato remoto (mas que talvez não se dissolva nunca) prescinde de palavras e contempla um tipo de acordo implícito entre os dois, no qual se subentende que a vida da criança pequena de alguma maneira está entregue nas mãos de sua mãe. É como se existisse um pacto de confiança, já sabido, de que uma mãe dá conta da vida do filho e que, estando próximos, se sentem seguros. Aproximamo-nos aqui do que nos ensina Winnicott a respeito dos objetos e dos fenômenos transicionais:

A interação da mãe com seu bebê resulta em uma área que poderíamos chamar de território comum, a terra de ninguém que na verdade é de cada um, o local onde se oculta o mistério, o espaço potencial que pode se transformar em objeto transicional, o símbolo da confiança e da união entre o bebê e a mãe, uma união que não envolve a interpretação. (1988, p. 89)

A maneira como se dá a comunicação entre mãe e filho cardiopata pode, então, ser pensada como “ativação de um tipo de união já experimentada”. Entram em ação mecanismos intra e intersíquicos do tipo fusionais. Mãe e filho recorrem a esse padrão de relacionamento fusional, não tanto devido a um suposto desejo implícito de regressão a um estágio anterior de indiferenciação e plenitude, mas, para se fortalecerem mutuamente e se protegerem do sofrimento. Nas regressões, caracterizadas por uma descompensação emocional, ocorre um retrocesso maciço da libido e a fixação desta em um estágio anterior do desenvolvimento. Esse é um movimento desencadeador de certas patologias mentais.

Já nos casos de doenças graves, o que pude observar nas crianças da ACTC é o retorno de *uma parte* da libido a um tipo de vinculação já conhecida e que, nesse contexto, é benéfica por permitir a sustentação das angústias mobilizadas pela doença. A criança não terá seu comportamento global regredido a um estágio anterior de desenvolvimento; ela atualizará

com a mãe uma modalidade de vinculação pregressa, enquanto recurso possível para a preservação de um equilíbrio psíquico que está sendo ameaçado pela patologia somática. Como demonstram Heimann e Isaacs,

[...] através do estudo de crianças pequenas, poderíamos afirmar que essas tendências opostas, progressão e regressão, se encontram ativas o tempo todo na vida mental. Existe um constante vaivém entre ambas durante o período de desenvolvimento e em todos os momentos de tensão mental. (1982, p. 201)

Se os movimentos de vaivém são percebidos como normais, também sabemos que situações fusionais entre mãe e filho trazem uma forte tendência à regressão da libido e do desenvolvimento da criança, podendo dissipar as fronteiras egóicas que organizam a subjetividade. Mas, nas situações de doença grave, é possível entender a vinculação fusional a partir de uma outra função: a de ser um investimento narcísico organizador. O vínculo dual entre mãe e filho mediará e modulará os impactos afetivos sofridos pela doença. O ego tenta manter-se suficientemente energizado (catexizado) para suportar e processar melhor os estímulos externos e internos aos quais está submetido e, assim, poderá fazer isso a partir de um tipo de vinculação mais regressiva com a mãe. Ao entender tal movimento regressivo-dual dentro desse contexto, vemos, então, que não se trata de uma desintegração, mas de uma nova organização píquica.

Num desenvolvimento psíquico infantil “nomal”, o ego apresenta um movimento progressivo em direção a uma maior diferenciação do mundo e dos objetos externos. Assim se fortalece e estabelece seus limites: da fusão com a figura materna para a discriminação subjetiva. Já nas situações de afecção somática grave, como vimos, o movimento psíquico e relacional da criança parece dar-se na direção oposta – o interessante é que pode não ocorrer um prejuízo da sua estruturação egóica. A criança com risco de vida buscará uma certa fusão com a mãe pois, ao compartilhar o sofrimento, desonera seu ego de tal carga afetiva. Buscará refúgio na mãe, através daquela *unidade indivisível*, do *território comum*.

Mas como saber se a situação descrita é uma estratégia de sobrevivência positiva ou uma simbiose no sentido negativo e restritivo? Como reconhecer nesse vínculo a busca de uma estratégia vital de incremento da

capacidade de resistência individual a partir de um elo dual? Quando esse elo, essa aliança, cumprir para a dupla a função de *fenômeno transicional* (Winnicott, 2000), constituindo-se como um espaço intermediário entre as duas subjetividades. Esse espaço de intersecção, composto por parte da subjetividade da criança e da mãe, difere do vínculo simbiótico, dado que neste uma das subjetividades em questão não pode existir. A organização psíquico-relacional à qual me refiro constitui-se como fusional, mas, no entanto, permite a sobrevivência das duas subjetividades. A fusão, nesses casos, é justamente o que possibilita aos dois indivíduos uma existência futura separada. Além disso, se produz a partir da doença e por isso pode ter um caráter de transição, de possibilidade, de passagem. É o que permitirá a ambos, mas, principalmente à criança, a construção de representações psíquicas verbalizáveis e simbolizáveis ante as angústias decorrentes da ameaça de morte provocadas pela cardiopatia.

A situação de doença grave parece, então, subverter a ordem progressiva do desenvolvimento psíquico infantil, que partiria de uma indiferenciação do self em direção a uma fusão simbiótica e, gradualmente, à maior discriminação egóica. Naturalmente, as observações aqui explicitadas acerca dos processos intra e intersíquicos da criança cardíaca, sofrem variações de acordo com sua idade e com o momento de evolução da doença e, portanto, devem ser relativizadas para bebês muito pequenos.

Essa especificidade da relação que se produz na “dupla cardíaca” possibilita a significação da situação traumática, a atenuação das angústias e a (re)significação da imagem da criança. Pode promover a contenção do excesso de carga afetiva ao qual ambos estão expostos ante as angústias, traumas, inseguranças, instabilidades provocadas pelo medo da morte. Pode permitir que mãe e criança possam, empaticamente, compartilhar as vivências não verbalizáveis decorrentes do sofrimento mútuo.

Essa “condenação mútua” faz com que mãe e filho compartilhem o sofrimento, estejam sentenciados e tenham assim uma cumplicidade maior. Cumplicidade que os protege da dor psíquica e da sensação de estranhamento decorrentes das implicações da doença e da presença, por vezes invasiva, da medicina em suas vidas. A doença, então, não se constitui apenas como experiência individual e isolada, mas comum, compartilhada. O vínculo dual,

que ganha uma nova configuração, está também submetido a outras particularidades relacionais exigidas pela situação de doença, tais como: cuidados constantes, impotências, culpas, medo da morte, expectativas, angústias, estratégias desobrevivência, esgotamento, busca por pontos de apoio, etc. O aumento da capacidade empática entre ambos é, portanto, o que permitirá suportar todas as crises inerentes à situação de doença, mesmo que através de uma cumplicidade silenciosa, de um pacto invisível.

Nessa perspectiva, podemos perceber a existência de dois sujeitos que, diante de um corpo doente, fazem um pacto de união para suportar o sofrimento e assim buscar representações para a angústia. Esse pacto de união evidencia-se nas palavras das mães, ao dizerem: “*estamos aguardando o médico **nos** dar alta*”, “*quando **nos** chamarem para a cirurgia*”, “*quando o doutor **nos** liberar*”. Situação que ocorre com muita frequência e que indica essa formação de compromisso, vale aqui lembrar, nem sempre vital.

Defini tal vínculo dual – dupla cardíaca – como um *evento protetor* das intensas excitações provocadas pela situação traumática desencadeada pela doença. Vínculo-bolsa protetor que cumpre uma função de vida, já que permite a preservação da singularidade, de aspectos da subjetividade, tanto da criança quanto de sua mãe.

A composição desse espaço psíquico comum, onde o sofrimento é compartilhado e por isso sentido como menos violento, permite a suposição de que a composição da “dupla cardíaca” pode ter uma função positiva. Muitas vezes entendido em sua negatividade, esse tipo de vínculo acaba sendo abordado pela equipe terapêutica como patológico. Como consequência, acredita-se que deva ser indiscriminadamente dissolvido. Mas se, por um lado, tais intervenções psicológicas buscam discriminar e proteger a mãe da possível morte da criança, por outro, não reconhecem um aspecto essencial de sua função de cuidadora; função essa já bastante enfraquecida pelo “saber da medicina”, que se apropria dos cuidados da criança.

Cabe então ao psicólogo reconhecer e valorizar esse vínculo dual e transitório, bem como a função que a mãe ocupa nele, pois é justamente ao emprestar sua vida ao filho que a mãe se apropria de seu lugar. Ao ter esse reconhecimento, ela pode ser vista como sujeito, ser legitimada em seu lugar de mãe e de cuidadora e, portanto, ser discriminada do filho.

Tratar a intensificação do vínculo mãe-filho como uma regressão a um estágio anterior do desenvolvimento relacional da dupla, constitui uma forma fragmentária e insuficiente de abordar a (re)organização psíquica produzida a partir de uma afecção somática grave. É necessário, então, estarmos atentos às nossas observações e ações na prática clínica, para não correremos o risco de reduzir um fenômeno criativo em patológico. É necessário que nós, profissionais da saúde, também nos flexibilizemos; assim como fazem as crianças doentes e suas mães ao encontrarem *estratégias psíquicas de vida* ante situações extremas, como as cardiopatias graves.

REFERÊNCIAS

- BRUN, D. (1996). *A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- GIOVACCHINI, P. (1994). Neurose infantil e as fases iniciais do desenvolvimento. *Arquivos Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise*, 1 (1), 9-17.
- HEIMANN, P. e ISAACS, S. (1982). “Regressão”. In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. e RIVIERE, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- KNOBLOCH, F. (2002). *Patoplastias do contemporâneo: clínica do corpo em sofrimento*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. São Paulo: PUC.
- McDOUGALL, J. (1991). *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- VOLICH, M.; FERRAZ, F. C. e ARANTES, M. A. A. C. (1998). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WINNICOTT, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.

Recebido em 27/7/2005; Aprovado em 19/12/2005