

# Gene real, gene imaginário: uma perspectiva fantas(má)tica da hereditariedade

Rubens Marcelo Volich

*A experiência clínica revela que, mesmo diante da doença orgânica, a referência exclusiva à anatomia, à fisiologia ou mesmo à genética não é suficiente para compreendermos o sofrimento de nossos pacientes. Para alcançarmos a essência deste sofrimento, é necessário que consideremos que, a partir do corpo real, anatômico, fisiológico, configura-se um outro corpo, um corpo imaginário, que se constitui, a partir do desamparo primordial, através da relação com um outro ser humano. Segundo esse processo, a criança constitui sua subjetividade, tornando-se um ser desejante, social, da cultura. A dissociação entre corpo anatômico e fisiológico e o corpo imaginário instaura uma fissura através da qual se esvai a subjetividade, preparando o caminho para a experiência melancólica. Essa perspectiva revela que o adoecer comporta uma dimensão identificatória e intersubjetiva. A doença de um indivíduo repercute, obrigatoriamente, no conjunto familiar através da genealogização do sintoma e do remanejamento das representações transgeracionais. Desta forma, é importante considerarmos essas experiências para compreendermos que o risco genético real, revelado pela ciência, é permeado pela vivência de um risco imaginário que determina as representações individuais e sociais da doença, e mesmo, em alguns casos, as possibilidades de sua manifestação bem como seu curso*

Éramos três. E uma ausência. Na penumbra da sala de consultas, distinguia-se apenas o ruído farfalhante do espesso envelope de exames pousado sobre a leve saia de seda. Em contraponto, o som ritmado dos suspiros, das palavras que, sem força, não conseguiam ser pronunciadas. Gestos econômicos, constrangidos, rostos cabisbaixos que não encontravam tampouco a energia para se erguerem.

Diante de mim, mãe e filha. Vinham juntas, pois juntas vinham ficando há muito tempo. Reformar um único corpo, recurso extremo para suportar o peso de um destino que parecia ir além das forças de cada uma.

A avó acabara de morrer. “Abandonara a luta” – diziam elas – assim como o fizera, há alguns anos, a tia. História de mulheres. Tias, mães, filhas, avó, irmãs... Ao todo, oito. Figuras femininas, infantis, adolescentes, maduras, que desde as primeiras lembranças de Thérèse, a mais nova de todas, sempre a acolheram com a cumplicidade e o mistério de

viverem em outro mundo. As roupas, os olhares, as trocas de segredos, de histórias, de amores, de receitas, tudo naquela família parecia fazer parte de uma saga cuidadosamente preservada e construída através da cadeia de gerações.

Uma saga lisa, fluida, bruscamente perturbada em um fim de semana ensolarado, quando, reunidas na casa de campo, por vez primeira, ninguém sorria, poucas falavam. A avó anunciara o nódulo, a surpresa, a consulta médica, a cirurgia prevista. Em vigorosas ondas, a notícia espalhou-se pela casa, “como um terremoto”, produzindo suas fissuras: entre homens e mulheres, entre adultos e crianças, entre mães e filhas. Thérèse tinha, então, treze anos.

Seis anos depois, um novo tremor: a descoberta do tumor da tia materna. Histórias revividas, feridas reabertas, imagens repetidas... Pensar na sorte daquelas mulheres, marcadas e aproximadas pela doença. A fissura que se aprofunda na saga, e a questão que passa a fazer parte dos pensamentos, das falas compartilhadas: quem será a próxima?

Pergunta que lentamente substituiu os olhares cúmplices, as conversas amenas, a curiosidade afiada, insinuando, para diante da cena, a desconfiança, o medo. Rarefaziam-se os encontros, esquivavam-se as conversas. A doença da avó e da tia pareciam impor, àquelas mulheres, o silêncio e a quarentena.

Foi quando Thérèse e sua mãe se aproximaram ainda mais. Marcada pela doença da mãe, amedrontada com a aproximação do câncer da irmã, a mãe de Thérèse começara a pensar que talvez a comunhão feminina que sempre viveram apresentava também algumas armadilhas. Preocupava-se com o risco de cair nelas, perguntava-se como preservar Thérèse de tal risco.

Encontrei-as por ocasião da recidiva da avó. Thérèse tinha então vinte e quatro anos. Já vieram juntas. Penso que nunca as vi uma sem a outra. Foi Thérèse que tomou a iniciativa de me procurar. Ao acompanhar-me pela primeira vez à sala de consultas, voltou-se para trás, olhando para a mãe. Hesitou. Quis convidá-la. Prosseguiu só comigo.

Durante meses, falou-me da saga, das brincadeiras, de seu mundo de mulheres. E daquele fim de semana em que tudo mudara. Contou-me como ficara impressionada pela cirurgia da avó, naquela época em que seus seios começavam a despontar. Do temor de que também sua mãe adoecesse e morresse, como a tia. Da necessidade angustiante de deter-se longamente diante do espelho, a cada manhã, verificando se a noite não havia lhe pregado alguma peça.

Thérèse tinha medo. Pensava, como a mãe, que aquele mundo feminino tinha algo de traiçoeiro. Acompanhava-a, compartilhando com ela todas as consultas e exames. Viviam juntas a espera ansiosa dos resultados. Em seu íntimo, acreditavam que era apenas uma questão de tempo, que, insidioso, um dia, o tumor burlaria qualquer vigilância. Para Thérèse, sua idade pouco contava. Em alguns momentos, desejava que o diagnóstico fosse feito logo. Ao menos, uma vez identificado o inimigo, poderia começar a luta. A espera era insuportável.

Faz dez anos que acompanhei Thérèse num serviço hospitalar especializado em mastologia e oncologia em Paris. Na época, surgiam os primeiros indícios efetivos da participação de fatores genéticos na etiologia do câncer de mama, como o dos proto-oncogenes c-H-ras-1 situado no cromossomo 11<sup>1</sup>. Desde 1992, com o desenvolvimento de tecnologias específicas de mapeamento genético que permitiram a descoberta do gene BRCA-1, e posteriormente do BRCA-2, vem sendo reconhecido que cerca de 5 a 10% dos casos de câncer de mama apresentam uma mutação de um daqueles genes<sup>2</sup>. Entretanto, mesmo antes de tais descobertas, a noção de *risco familiar* para o aparecimento de certas patologias, e do câncer de mama em particular, já era plenamente reconhecida há mais de quinze anos<sup>3</sup>.

Mas o que na época já me chamava a atenção em Thérèse, bem como em várias outras mulheres assintomáticas que apresentavam antecedentes familiares de um câncer de mama, é que, paradoxalmente, o fato de *não* apresentarem nenhum sinal da doença, em vez de tranquilizá-las, era perturbador. Nem a inexistência de elementos suspeitos, nem repetidas consultas médicas reconfortantes conseguiam tranquilizá-las. Seria a expectativa, a incerteza quanto ao momento de um eventual aparecimento da doença que as perturbava? Seria o fato de não conseguirem encarar a noção de risco com a sua devida pertinência, vivendo uma probabilidade como uma certeza?

Tais hipóteses correspondiam, sem dúvida, à reação de algumas mulheres à existência de tais antecedentes familiares<sup>4</sup>. Entretanto, no trabalho com as pacientes foi se revelando que essas reações, e inúmeras outras constatadas durante o acompanhamento e o tratamento médico, também eram marcadas por aquele apelo paradoxal: a dificuldade de muitas vezes levar em conta ou compreender mesmo as explicações mais cuidadosas e claras de seus médicos, a dificuldade de perceber a gravidade de seu estado de saúde ou de descobrir por elas mesmas eventuais sinais corporais suspeitos etc. Essas dificuldades provinham de representações e significados muito particulares que elas tinham

1. R. Liderau. "Oncogènes et pronostic des cancers mammaires". In D. Serin et coll. (orgs.) *Cancer du sein. Définition du risque métastatique*. Paris, Masson, 1987, pp. 41-44.  
R. Liderau et all. "Genetic variability of proto-oncogenes for breast cancer risk", *Biochimie*, 1988, 70, pp. 951-959.
2. M. H. Skolnick et all. "Genetic suscetibility to breast and ovarian cancer" *Path. Biol.*, 1997, 45, n° 3, 245-249.
3. D. E. Anderson. "Genetic study of breast cancer: identification of high risk group" *Cancer*, 1974, 34 (4), pp. 1090 -1097.
4. R. M. Volich. "Sein réel, sein imaginaire: une approche psychosomatique des pathologies mammaires et des risques oncologiques", tese de Doutorado da Universidade de Paris VII – Denis Diderot, 1992.

de suas doenças e de seus corpos, quase sempre discrepantes da visão e das explicações médicas ou epidemiológicas de seus casos. Essas mesmas razões contribuem, ainda hoje, para que alguns casos de câncer com excelente prognóstico evoluam inesperadamente de maneira fatal, ou ainda para que algumas reconstruções da mama, consideradas perfeitas pelo cirurgião plástico, provoquem nas pacientes uma profunda depressão.

Tais constatações levaram-me a questionar a natureza e as origens das experiências corporais daquelas mulheres, e sua discrepância das referências médicas, fontes de inúmeros mal-entendidos entre elas.

### A experiência da decepção

A experiência clínica nos mostra que a referência exclusiva à anatomia, à fisiologia, ou mesmo à genética é absolutamente insuficiente para alcançarmos a compreensão do que os pacientes nos contam de seus males e de seus corpos. Da mesma forma, toda tentativa de nos limitarmos a tais dimensões para compreendermos a essência do humano é fadada à decepção.

Segundo o psicanalista Pierre Fédida, essa experiência de decepção é fruto da profunda perversão da qual foi vítima o corpo humano ao longo da História. Ele se refere não apenas à oposição cartesiana entre corpo e alma, prevalente no mundo ocidental moderno, mas também à da própria representação do corpo como uma figura objetiva, “como uma configuração mecânica clara à visão e à inteligência”<sup>5</sup>.

A partir do Renascimento, a dissecação de cadáveres permitiu ao homem a descoberta de suas entranhas. Fruto da clandestinidade, da transgressão, da coragem, da angústia insuportável diante do desconhecido, a dissecação do cadáver imprimiu para sempre na relação com o corpo humano o selo da ambivalência: fascínio e culpa; satisfação e medo de retaliação.

Paradoxalmente, ao aproximar-se como nunca da intimidade do corpo, iniciou o médico seu progressivo afastamento do humano. Ao “dissipar os modelos fantásticos da alquimia e da imaginação, a dissecação de cadáveres depositou sobre o corpo um olhar esvaziado de repugnância e de paixão”<sup>6</sup>, isento de ilusões, de afetos, de sonhos.

Desde então, lançou-se o homem na corrida desenfreada, excitante e frenética pelo mito, pela idéia que poderá encontrar a resposta para o mistério

5. P. Fédida. “L’anatomie dans la psychanalyse”. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1971, n° 3, p. 109.

6. Idem.

da vida vasculhando as vísceras, lançando-se na descoberta progressiva dos órgãos internos, dos mais ínfimos detalhes de suas formas, de sua textura, de suas células, de seus genes. Ainda hoje, aqueles territórios virgens capturam seu olhar, enfeitiçam-no, aprisionando-o na armadilha do visível, do concreto, do real, perturbando assim a utilização de seus outros sentidos, de sua intuição para escutar e compreender o ser em sofrimento<sup>7</sup>.

Porém, desde então, cada descoberta, cada revelação acaba sendo, inevitavelmente, frustrante. É esta decepção que determina o *caráter melancólico* do anatomista moderno. Como sugere P. Fédida,

(...) a melancolia do anatomista se compreende como a experiência da desilusão : o corpo não esconde nada que não possa ser visto pela dissecação de cadáveres, pelo inventário dos órgãos e sua nomeação. (...) [Esses elementos] constituirão o substrato ideológico de todo o conhecimento médico.<sup>8</sup>

Estariam o geneticista e o biólogo molecular fadados a padecerem do mesmo mal, transformando-se também em vítimas desta miragem narcísica?

## Um outro corpo

Antes de prosseguirmos, cabe aqui esclarecer o sentido específico desta melancolia. Mais do que uma entidade clínica, trata-se, sobretudo, de um estado psíquico particular caracterizado, como assinala Brigitte Balburre, por “um profundo dano do desejo (...) por uma perda subjetiva específica, a do próprio Eu”<sup>9</sup>. Mas o que poderia provocar esse estado perturbador, capaz de conduzir não apenas ao definhamento psíquico, mas, no limite, à própria morte física do indivíduo? Desde o clássico artigo de Freud<sup>10</sup>, a análise da melancolia permitiu que descobríssemos as íntimas relações existentes entre o Eu e o objeto, entre o amor e a morte. A melancolia nos remete incondicionalmente a uma de nossas experiências mais primitivas, a de que nossa existência é tributária da existência do outro. Quando ele desaparece, corremos também o risco de desaparecer.

O que na experiência do anatomista, do biólogo, os torna suscetíveis a este desaparecimento? A peça anatômica está bem ali, visível, presente diante dele, submissa às suas manipulações, observações e medidas. As células se apresentam

7. R. M. Volich. “Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática”. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*. Ano XI, nº 106, fevereiro de 1998, pp. 48-60.

8. P. Fédida, op. cit., p. 110.

9. B. Balburre. “Mélancolie”. In R. CHEMAMA (org.). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, Larousse, 1993, p. 157.

10. S. Freud. “Luto e melancolia” (1917). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1978, v. XVI, p. 275.

congeladas, coradas, imóveis, ampliadas. Os genes seqüenciados se perfilam emparelhados, em ordem unida, prontos para a revista. O que falta, então?

Já em 1905, nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud revelava a função específica da sexualidade no desenvolvimento e na constituição do ser humano. Essa função se destina não apenas à reprodução e à preservação da espécie, como observamos nos outros seres, mas também a um “algo mais”, propiciado pela experiência do prazer. Desde o nascimento, ao ser alimentada, cuidada, aquecida por sua mãe, a criança experimenta ao mesmo tempo o prazer de ser desejada e satisfeita por ela. Através de gestos, palavras, fantasias, o corpo da criança é erogenizado, e, desta forma, liberta-se gradativamente de seus funcionamentos automáticos, determinados pela natureza, para poder alcançar novas experiências, que podem tanto conduzir ao prazer, como à angústia.

Christophe Dejours descreve esse movimento como sendo o da subversão do *corpo biológico* pelo *corpo erógeno*<sup>11</sup>. A noção de subversão descreve a luta do sujeito para construir uma ordem psíquica através da qual ele tenta se libertar da ordem fisiológica. Ela designa o processo através do qual o determinismo biológico pode, ao menos parcialmente, ser conjurado pelo sujeito.

Uma função orgânica implica o uso de vários órgãos e sistemas, colocados a serviço da preservação da vida, da autoconservação. A nutrição, por exemplo, implica a boca, a língua, o estômago, o tubo digestivo, o ânus etc. Porém, de diferentes maneiras e intensidades, cada uma dessas partes pode ser utilizada de uma forma diferente daquela prevista para o cumprimento da função fisiológica. Ao ser alimentada, a criança pode utilizar sua boca não apenas como um recipiente através do qual ela recebe e mastiga o alimento, mas, também, como o fazem os bebês e as crianças, para brincar com o bolo alimentar, experimentar a sensação da boca cheia ou vazia, da retenção ou da expulsão do alimento, tudo isso (e muito mais!) antes de degluti-lo. Ela pode passar mais ou menos tempo nessa atividade, na verdade, uma atividade de investigação e descoberta. Através dela, ela experimenta as sensações do contorno de sua boca, suas papilas, os diferentes gostos que tem o alimento segundo sua localização na cavidade bucal, começa a antecipar e imaginar os diferentes destinos que pode dar àquilo que possui dentro de si.

O jogo, a brincadeira possível com cada uma das funções corporais e com as diferentes partes de nosso corpo permite que nos libertemos um pouco daquilo que se coloca sempre como uma urgência. Através do brincar, a criança se liberta de sua fome, nós aprendemos a tolerar a espera para comer, ir ao banheiro, dormir, amar.

11. Ch. Dejours. *Recherches psychanalytiques sur le corps*. Payot, Paris, 1989.

Através da brincadeira com cada parte do corpo se constitui um segundo corpo, o *corpo erógeno*<sup>12</sup>. Este é o corpo que habitamos, que não mais se limita ao corpo fisiológico. Um corpo que foi arrancado ao corpo biológico, mas que nos faz verdadeiramente humanos e que nos liberta do reino animal, ao constituir a fantasia, o sonho, a erogenidade. A partir do *corpo real*, anatômico, fisiológico, configura-se um outro corpo um *corpo imaginário*<sup>13</sup>. Dejours acentua o caráter primordial deste corpo. As falhas na sua constituição, os fracassos da subversão libidinal se traduzem na impossibilidade de completar o desenvolvimento psíquico.

Porém, para poder brincar com seu corpo, a criança precisa de um companheiro de jogo. Sem a presença da mãe ou do pai, nenhuma brincadeira é possível. Sem o seu acordo, ou sua disponibilidade, tampouco. Se, sistematicamente, eles não conseguem tolerar a brincadeira do bebê, porque se angustiam ao não vê-lo comer, se não podem acompanhar o ritmo de sua brincadeira porque estão atrasados para um compromisso, ou porque, em função de sua própria história, a brincadeira com o corpo lhes é insuportável, esses pais perturbam a constituição desse outro corpo, permitem que ele fique prisioneiro da fisiologia, impedem que as necessidades de seu filho possam encontrar outras vias de expressão.

Permitindo esta brincadeira, experimentar um corpo que não é apenas um conjunto de funções orgânicas, fisiológicas, a mãe e o pai, qualquer adulto permitem à criança constituir seu corpo e sua subjetividade, tornando-se um ser desejante, social, da cultura. Ao impedir essa brincadeira em função da dificuldade em suportar a atividade erótica e fantasmática que a acompanha, o adulto perturba a constituição do corpo libidinal e da subjetividade que ele sustenta.

Nas zonas do corpo excluídas dos jogos com os pais, a subversão não pode acontecer. Cristalizam-se neste lugar, partes do corpo ou da função que se mantêm no automatismo de funcionamento da ordem animal. Essas zonas excluídas da relação com o outro são forcluídas do corpo erógeno e se constituem em zonas de fragilidade através das quais podem se manifestar preferencialmente as doenças somáticas.

A consideração desta função erógena na estruturação do ser humano é uma dimensão que permite compreender a relação entre o psíquico e o somático, a origem das fantasias, da linguagem, do sonho, dos recursos de cada um para lidar com o prazer ou com a dor. O corpo imaginário é também uma referência primordial de toda relação humana. Ao nos comunicarmos com o outro, a

12. Ch. Dejours. "Biologia, psicanálise e somatização". In R. M. Volich, F. C. Ferraz e M. A. C. Arantes, *Psicossoma II – Psicossomática psicanalítica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.

13. M. Sami Ali. *Corps réel, corps imaginaire*. Paris, Dunod, 1984.



dimensão fantástica-fantasmática da linguagem permeia todas as nossas trocas, mesmo aquelas que se pretendem científicas e exatas.

É na impossibilidade de considerar esta dimensão imaginária que se esvazia o ideal científico moderno. A dissociação entre o corpo anatômico e fisiológico considerado pelos médicos e o corpo imaginário, presente na experiência de cada indivíduo, instaura uma fissura através da qual desaparece a subjetividade, produzindo a experiência do vazio, ante-sala da melancolia.

### Um outro adoecer

Toda doença é perturbadora dos sistemas nos quais ela se manifesta: do próprio funcionamento orgânico, da organização de vida do indivíduo, da relação do sujeito com as pessoas de seu meio e, até mesmo da organização social, como no caso das doenças endêmicas.

À doença do corpo real corresponde sempre uma representação imaginária dessa doença, através da qual cada um fantasia as razões, as origens, e as evoluções possíveis de seus males. Inevitável, essa representação é também um recurso para lidar com o sofrimento e as angústias mobilizados pela doença. Ao adoecermos, construímos sempre uma teoria causal de nossa doença. Tentamos fazer com que ela faça sentido, não apenas para nós mesmos, mas também para aqueles que nos rodeiam.

No movimento vital existe sempre uma dimensão expressiva dirigida para nosso semelhante<sup>14</sup>, dimensão determinada pela própria natureza da pulsão: esta se dirige para um outro e espera ser recebida por ele. Nesse movimento, são mobilizados pensamentos, idéias e desejos. O corpo imaginário é, desde sempre, um veículo privilegiado para essa expressão que visa não apenas transmitir algo de mim ao outro, mas, também, de certa forma, modificá-lo para que ele se adeque a minhas intenções.

Em nosso desenvolvimento, em nossos atos, em nossas doenças, o outro está sempre incluído, mesmo que ele não se dê conta, ou premeditadamente ignore esse fato. Crescemos, agimos, e até mesmo adoecemos, *também para* alguém.

Essa é a marca que herdamos de nossa condição primordial de desamparo, quando, no nascimento, apesar de possuímos todo o potencial para nos desenvolver, nossa existência seria inviável sem o suporte de um outro ser humano.

Ao precisarmos desse outro para sobreviver, ao acolhermos seu alimento, seu calor, sua proteção, trazemos também para dentro de nós sua presença, sua

14. Ch. Dejours (1997), op. cit.

voz, sua imagem, suas características. É este outro incorporado, imaginário, dentro de nós que nos tranquiliza e alimenta nossa esperança de sobrevivência, quando o outro real não está presente para fazê-lo. Em outras circunstâncias, ao contrário, esse outro imaginário pode fazer com que duvidemos de nossa capacidade de continuar vivos, mesmo quando todas as condições materiais à nossa volta podem assegurá-lo<sup>15</sup>. Somos formados, constituídos por essas partes incorporadas do outro com quem nos identificamos.

Com cada nova pessoa com quem nos encontramos, repetimos, instintivamente, este movimento que garantiu nossa sobrevivência quando não tínhamos recursos para fazê-lo por nós mesmos. Cada ser humano é percebido, inconscientemente, como alguém de quem minha vida depende, mas que pode também depender de mim. Cada pessoa com quem me encontro é alguém com quem inevitavelmente me identifico, alguém que deixa em mim, para sempre, as marcas de sua existência, de seu desejo. Somos um mosaico de características de todos os nossos encontros da vida, por mais efêmeros que eles tenham sido. São essas, na verdade, as autênticas fontes da ética, as raízes da responsabilidade coletiva que todos os homens trazem dentro de si.

Identificar-se ao outro é poder reconhecer nele, seja quem for, um herdeiro daquele a quem devemos a vida. É tomar para dentro de si tanto suas partes boas como as ruins. Quando o outro adoece, ele também adoece dentro de mim, e, imaginariamente, vivo sua doença como se fosse minha.

Através dessas dinâmicas identificatórias e intersubjetivas, as fantasias de contaminação, ou da possibilidade de passar por aquilo que o doente passa, são reações automáticas e inevitáveis de cada sujeito. Do ponto de vista do inconsciente, estamos incondicionalmente ligados tanto ao bem-estar como à dor de nosso próximo, e isto de maneira tão mais intensa quanto mais importante ele for para mim.

As noções de herança ou de contaminação são, portanto, indissociáveis das de filiação e de identificação. Ao escutarmos no processo psicanalítico nossos pacientes falando de episódios de doença de seus próximos, percebemos nitidamente que eles vivem a doença do outro como se fosse deles próprios, culpam-se por uma responsabilidade fantasiada pela eclosão da doença, fantasiam e temem a contaminação etc.

Essas dinâmicas são ainda mais presentes quando trabalhamos com mulheres sãs, assintomáticas, que têm ou tiveram parentes com câncer de mama. A localização da doença num órgão como a mama, referência corporal identificatória para a mulher ao longo de todas as etapas de seu desenvolvimento,

15. Cf. o fenômeno do *hospitalismo*, descrito por René Spitz.

mobiliza particularmente essas mulheres, que se sentem ameaçadas não só pela eventual manifestação de um sintoma, mas também por tudo que ele representa enquanto ameaça à sua feminilidade, pelas perturbações que ela produz nas suas relações com o próprio corpo, e das relações familiares, em especial com as demais mulheres da família<sup>16</sup>.

Percebemos, então, que independentemente da existência de um risco genético, ou mesmo familiar, através da vivência intersubjetiva, a doença de qualquer semelhante nos mobiliza em função do lugar que ele ocupa nas dinâmicas identificatórias constitutivas de nosso imaginário. Todo processo de análise revela, em determinados momentos, a ancoragem entre o sintoma (físico ou psíquico) do paciente em uma mitologia relacional ou familiar. Como aponta P. Fédida:

...o sintoma abriga uma personagem mítica não identificável pela consciência, impedindo qualquer lembrança, e do qual se sabe apenas que se manifestou em outros indivíduos da mesma linhagem (um tio paterno, um irmão de um avô...) por um sintoma similar.<sup>18</sup>

Esse efeito de “genealogização do sintoma”, através inclusive de um sintoma imaginário, do próprio paciente, ou de um familiar ou amigo, traz em si a marca da ambivalência. Por um lado, ele se constitui como uma tentativa de humanização, de aproximação de um outro, nem que seja pelo lado da doença. Por outro, ele é também um quisto, um elemento que, como aponta Fédida, “impede o acesso regressivo à figura paterna do ancestral, constituindo-se como um obstáculo à análise da transferência”.

Nesse sentido, devemos ainda considerar que o sintoma e a doença são catalisadores das *representações transgeracionais*, descritas por A. Eiguer. Essas representações dos antepassados e das fantasias a eles associados são “reconstruções fantasmáticas inconscientes de eventos, às vezes traumáticos, às quais todos os membros da família aderem”<sup>18</sup>, e que funcionam como organizadores familiares da sexualidade, das escolhas e dos vínculos libidinais de objeto.

A doença de um membro da família repercute obrigatoriamente no conjunto familiar através da genealogização do sintoma e do remanejamento das representações transgeracionais.

16. R. M. Volich (1992), op. cit.

17. P. Fédida. *O sítio do estrangeiro*. São Paulo, Escuta, 1996, p. 133/4.

18. A. Eiguer. *O parentesco fantasmático*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

## Uma outra hereditariedade

A genética talvez seja hoje a Terra Prometida da medicina. Ela nos propõe a fascinante perspectiva de podermos um dia, uma vez decifradas todas as seqüências do genoma humano, conhecer ao nascer, e mesmo antes, pouco após a concepção, todas as predisposições e características do ser que está por vir. Segundo esta perspectiva fantástica, poderíamos então prever não apenas as características físicas do indivíduo, mas também alguns dos traços de sua personalidade, e, sobretudo, as doenças que ele poderá desenvolver ao longo de sua vida.

Desde as primeiras ervilhas de Mendel, a genética sempre foi uma ciência probabilística. A configuração de um determinado par cromossômico indica uma certa probabilidade de manifestação de um traço do fenótipo. Os progressos da biologia molecular vêm permitindo o balizamento de marcadores do genoma humano que possibilitam detectar um número crescente de genes ligados ao desenvolvimento de certas doenças como a espondiloartrite anquilosante, a doença de Huntington, o glaucoma, certos casos de diabetes insulino-dependente de hipertensão arterial e infarto do miocárdio, certos tipos de câncer do cólon, mama, ovário, o retinoblastoma, para mencionar apenas os mais conhecidos. Um novo campo da medicina, a *medicina preditiva*, se anuncia com a proposta de

...detectar em indivíduos saudáveis uma certa suscetibilidade para desenvolver uma determinada doença, ou, ao contrário, a não suscetibilidade à mesma, em função da inexistência de genes específicos, ou pela presença de genes que possam protegê-los contra ela.<sup>19</sup>

Mesmo se propondo a atender os indivíduos “a risco”, nada impede (a não ser evidentemente considerações éticas, que, infelizmente, nem sempre estão presentes...) que esta abordagem possa se estender, por questões ideológicas ou de mercado, a grupos mais amplos da população, tendendo, como assinala o autor, à transformação da própria natureza da consulta médica. No século XXI, o médico gradativamente se tornaria um conselheiro

...ajudando seus pacientes saudáveis a permanecê-lo, e administrando a longo prazo seu capital-saúde como se aconselha à administração de uma carteira de títulos financeiros. Esta vigilância atenta permitiria atingir, no ano 2050, pelo menos nos países super-ricos (...) um dos velhos sonhos da humanidade (...) uma vida longa e sem nenhum desamparo físico que se terminasse bruscamente aos 100-120 anos por morte natural.<sup>20</sup>

19. J. Dausset. “La médecine prédictive et son éthique”. *Path. Biol.*, 1997, 45, n° 3, p. 199.

20. J. Dausset, op. cit. p. 204. (Grifo nosso.)

Assim, como toda utopia, a genética pode então se prestar tanto a um ideal de libertação do sujeito, como a um projeto para sua alienação. Não há dúvida de que a possibilidade de prevenção ou de intervenção precoce e menos agressiva no caso da existência de uma real predisposição a uma patologia apresenta um interesse inquestionável, possibilitando uma diminuição significativa do sofrimento do paciente, e, muitas vezes, aumentando suas possibilidades de cura.

Mas a delicadeza da questão da previsibilidade, da prevenção e da consideração do potencial mórbido do indivíduo resvala na própria representação individual e social do risco, tanto pelo médico, como pelo paciente. A genética nos ensina que a existência de uma certa configuração do genoma pode representar uma probabilidade de desenvolver a doença, e outra de *não desenvolvê-la*. No caso da mutação do BRCA-1 ou 2, por exemplo, 85% das mulheres que apresentam a mutação podem ter um câncer de mama ao longo da vida, mas *15% não irão tê-lo*.

No nosso afã de desvendar o mistério da vida, de alcançar o ideal da longevidade “sem desamparo físico”, somos imensamente tentados a nos ater aos 85%, aqueles casos que aliviam nossa ambivalência, permitindo que alcancemos nossa ambição de compreender e dominar a vida, a doença e a morte. Descobrir pelo mapeamento genético a existência de uma predisposição a uma doença pode nos sugerir que possamos conjurar o espectro do sofrimento e de nossa finitude. Lutar contra esse destino, através de medidas profiláticas, passa a ser a razão da existência do paciente e de seu médico. A mastectomia radical de mulheres assintomáticas que apresentam mutações no BRCA-1 ou 2 é apenas uma atitude extrema nesse combate. Como saber se elas desenvolveriam *realmente* o tumor mamário?

A ciência, acostumada aos grandes números, às diferenças estatisticamente significativas, tende a desprezar o pequeno, o elemento que infirma a hipótese, o resto que sobra das grandes séries. Entretanto, a psicanálise nos ensina que é ali, através do resto, que pode se revelar algo do mistério de cada ser. Através do resto diurno, do lapso, do sonho, abre-se a porta do inconsciente e da subjetividade.

A mulher que, apresentando uma mutação do BRCA-1 ou 2, desenvolve um câncer de mama, não nos surpreende. Ela simplesmente confirma a previsão maior, o esperado do ponto de vista estatístico. Ela corre o risco de moldar-se completamente a essa nova e impactante marca identificatória, às custas de sua própria história. Só lhe resta, nesse caso, inserir-se numa série de prescrições e procedimentos médicos pré-estabelecidos, reorganizando em torno deles sua vida, seu corpo, suas relações.

É naquelas mulheres que *não manifestam a doença* que o mistério persiste. Por que, apesar da mutação, elas não adoecem? São elas que nos intrigam, que

nos interrogam, que nos fazem continuar trabalhando para compreender o porquê da falha da previsão, como elas escaparam a um destino que parecia inevitável. Essas mulheres resistem às estatísticas, às leis inexoráveis da genética que pretendem se impor soberanas. São elas que permitem que continuemos a sonhar nossas teorias, que persistem, talvez, no processo de subversão das leis implacáveis da genética, insistindo em contrapor ao gene real da biologia, o gene imaginário em torno do qual constituíram sua história. Essas mulheres sonham e nos fazem sonhar, confirmando que, apesar de todas as certezas, sempre haverá um recanto da alma onde o homem poderá continuar lutando, contra a melancolia, pela conquista de sua liberdade.

## Bibliografia

ANDERSON, D. E. "Genetic study of breast cancer: identification of high risk group". *Cancer*. 1974, 34 (4), pp. 1090-1097.

BALBURRE, B. "Mélancolie", In CHEMAMA, R. (org.). *Dictionnaire de la psychanalyse*. Paris, Larousse, 1993.

BILLARD, I. "Le groupe. 'Psychanalyse et sciences du vivant' et ses tribulations". In DEJOURS, Ch., FÉDIDA, P. et al. *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris, Eschel, 1994, p. 31.

DAUSSET, J. "La médecine prédictive et son éthique". *Path. Biol.* 1997, 45, n<sup>o</sup> 3, p. 199.

DEJOURS, Ch. *Recherches psychanalytiques sur le corps*. Paris, Payot, 1989.

\_\_\_\_\_. "La corporeité entre psychosomatique et sciences du vivant". In DEJOURS, Ch., FÉDIDA, P. et al. *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris, Eschel, 1994, p. 93.

\_\_\_\_\_. "Biologia, psicanálise e somatização". In VOLICH, R. M., FERRAZ, F. C. & ARANTES, M. A. C. *Psicossoma II – Psicossomática psicanalítica*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.

DEJOURS, Ch., FÉDIDA, P. et al. *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris, Eschel, 1994.

EIGUER, A. *O parentesco fantasmático*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995.

FÉDIDA P. "L'anatomie dans la psychanalyse", *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. 1971, n<sup>o</sup> 3, 109-126.

\_\_\_\_\_. *O sítio do estrangeiro*, São Paulo, Escuta, 1996.

FREUD, S. (1905). "Três ensaios sobre a sexualidade". *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Vol. VII. Rio de Janeiro, Imago, 1978, pp. 123-257.

\_\_\_\_\_. (1917). "Luto e melancolia" (1917). *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas*. Vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1978, p. 275.

- LIDERAU, R. "Oncogènes et pronostic des cancers mammaires". In SERIN, D. et coll. (orgs.). *Cancer du sein. Définition du risque métastatique*. Paris, Masson, 1987, pp. 41-44.
- LIDERAU, R.; MATHIEU-MAHUL, D.; ESCOT, C. et coll. "Genetic variability of proto-oncogenes for breast cancer risk". *Biochimie*. 1988, 70, pp. 951-959.
- MARTY, P. *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- SCHRAUB, S.; ROY, C. e BONTEMPS, P. "Les cancers familiaux" (1985). *Encyclopédie médico-chirurgicale – Cancérologie*. 1985 (12), 50085 A10.
- SAMI ALI, M. *Corps réel, corps imaginaire*. Paris, Dunod, 1984.
- SKOLNICK, M. H.; FRANK, T.; SHATTUCK-EIDENS, D. e TAVTIGIAN. "Genetic suscetibility to breast and ovarian cancer". *Path. Biol.* 1997, 45, n<sup>o</sup> 3, 245-249.
- VOLICH, R. M. "Sein réel, sein imaginaire: une approche psychosomatique des pathologies mammaires et des risques oncologiques". Tese de Doutorado da Universidade de Paris VII – Denis Diderot, 1992.
- \_\_\_\_\_. "Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática". In VOLICH, R. M., FERRAZ, F. C. e ARANTES, M. A. C. *Psicossoma II - Psicossomática psicanalítica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998.

## Resumos

*La experiencia clínica revela que aún frente a la enfermedad orgánica, la referencia exclusiva a la anatomía, a la fisiología, y hasta a la genética, no es suficiente para que comprendamos el sufrimiento de nuestros pacientes. Para alcanzar la esencia de este sufrimiento, es necesario que consideremos que, a partir del cuerpo real, anatómico, fisiológico, se configura un otro cuerpo, un cuerpo imaginario, que se constituye a partir del desamparo primordial, a través de la relación con un otro ser humano. Según ese proceso, el niño constituye su subjetividad tornándose un ser deseante, social, de la cultura. La disociación entre cuerpo anatómico y fisiológico y el cuerpo imaginario instaura una fisura a través de la cual se deshace la subjetividad, preparando el camino para la experiencia melancólica. Esa perspectiva revela que el enfermar implica en una dimensión identificatoria e intersubjetiva. La enfermedad de un individuo repercute, obligatoriamente, en el conjunto familiar a través de la genealogización del síntoma y del reordenamiento de las representaciones transgeneracionales. De este modo, es importante que consideremos esas experiencias para que comprendamos que el viesgo genético real, revelado por la ciencia, está mediado por la vivencia de un viesgo imaginario que determina las representaciones individuales y sociales de la enfermedad, y de hecho, en algunos casos, las posibilidades de su manifestación así como de su curso.*

*L'expérience clinique montre que, même face à la maladie organique, la simple référence à l'anatomie, à la physiologie ou encore à la génétique ne suffisent pas à expliquer la souffrance de nos patients. Pour parvenir à comprendre l'essence de cette souffrance, il nous faut considérer que sur la base du corps réel, anatomique, physiologique s'échafaude – à partir du désarroi primordial et au travers du rapport à un autre être humain – un autre corps, un corps imaginaire. L'enfant fonde sa subjectivité et devient un être désirant, social, de la culture selon ce processus. La dissociation entre corps anatomique, physiologique et corps imaginaire instaure une fissure à travers laquelle la subjectivité s'évanouit, préparant ainsi le chemin pour l'expérience mélancolique. Cette perspective montre que le processus de la maladie comporte une dimension identificatoire et intersubjective. Le mal d'un individu retentit inévitablement sur le groupe familial par la "généalogisation" du symptôme et du remaniement des représentations transgénérationnelles. Il est donc essentiel de tenir compte de ces expériences pour comprendre que le risque génétique réel, révélé par la science, est imprégné du vécu d'un risque imaginaire qui détermine les représentations individuelles et sociales de la maladie, et même, dans certains cas, les possibilités de sa manifestation bien comme de son développement.*

*Clinical experience shows that, even in front of organic diseases, the sole reference to anatomy, physiology or even genetics does not suffice to make us understand our patients' sufferings. To apprehend the essence of such sufferings, we need to consider that the anatomic, physiologic, real body gives rise to another body, an imaginary body that, from primordial helplessness, constitutes itself through the relationship to another human being. According to this process, children constitute their subjectivity to become desiring, social beings in the culture. The dissociation between the anatomical, physiological body and the imaginary body institutes a fission through which subjectivity fades away, paving the way for the melancholic experience. This perspective shows that the sickening process encloses an identificatory and intersubjective dimension. An individual's sickness necessarily affects the family cluster through the "genealogization" of both the symptom and the reshuffling of the transgenerational representations. It is thus crucial that such experiences be taken into account to understand that the real genetic risk, revealed by science, is crosscut by the real-life experiences of an imaginary risk which determines both the individual and social representations, and even, in some cases, the possibilities of manifestation as well as the course of any disease.*