

UNIVERSIDADE DE MARÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PSICOLOGIA

O ADOECER DE CÂNCER E O PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO.

Érika de Castro Simongini

MARÍLIA
2005

ÉRIKA DE CASTRO SIMONGINI

O ADOECER DE CÂNCER E O PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO.

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso entregue à Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Marília, sob orientação do prof. Ms Patrícia Silveira Malheiros, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

MARÍLIA
2005

Trabalho de Conclusão de Curso:

O ADOECER DE CÂNCER E O PROCESSO DE INDIVIDUAÇÃO.

**UNIVERSIDADE DE MARÍLIA
BACHAREL EM PSICOLOGIA**

Acadêmico (a)

Érika de Castro Simongini.

Banca Examinadora

Orientador:

Prof. Ms Patrícia Silveira Malheiros.

Prof. Ms Antônio dos Reis Lopes Mello.

Data da Aprovação: 12 /12 / 2005.

Dedicatória

Para meu pai, meu incentivo, coração forte de leão amigo, minha mãe, meu abrigo, coração maior que o mundo, meus irmãos que de uma forma ou de outra sempre estiveram ao meu lado e meu namorado que me apoiou durante todo este trabalho.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por ter me ajudado a concluir este tão sonhado curso. Aos meus cunhados que de uma forma ou de outra me ajudaram. A todos os professores que, ao longo destes quatro anos, nos enriqueceram com seus ensinamentos, exclusivamente à professora Joanesse Murata, Patrícia Silveira Malheiros e ao professor Júlio César Garcia Padilha. Aos meus amigos e companheiros do curso. E a todos que contribuíram de maneira direta ou indireta para a realização desse sonho.

“Tenha felicidade bastante para fazê-la doce, dificuldades para fazê-la forte, tristeza para fazê-la humana e esperança suficiente para fazê-la feliz”.

(Autor desconhecido).

SIMONGINI, Érika de C. **O adoecer de câncer e o processo de individuação.** Marília: Unimar (Bacharelado em Psicologia), 2005. 60p.

Resumo

O adoecer de câncer nos dias atuais tem sido uma situação vivenciada por muitos e causadora de muito sofrimento e angústia. A proposta deste trabalho é uma reflexão sobre a possível relação entre o adoecer de câncer e o processo de individuação. Considerando a doença como uma manifestação simbólica da psique, como uma oportunidade de retomada do processo de individuação, e não só sendo vivenciada com muita angústia e sofrimento pelo indivíduo, mas sim vivenciada em sua totalidade. Em seus aspectos positivos e negativos, como tudo na vida. Com as informações e o apoio necessários ao doente, possibilitando a suavização do impacto do diagnóstico e sendo entendida como uma oportunidade de retomada do processo de individuação, que é considerado um processo natural que ocorre ao longo da vida de cada indivíduo. O enfoque desejado neste trabalho foi o de que a doença não apresenta apenas aspectos negativos, mas sim que quando ela é entendida como um processo simbólico que deve ser compreendido e possuir um significado para indivíduo tudo pode ficar mais fácil. O processo de individuação pode ser favorecido juntamente com o indivíduo nas formas de enfrentamento da doença, com o apoio psicoterápico, possibilitando assim uma maior sobrevivência ou uma morte mais digna ao paciente.

Palavras chave:

Câncer, Individuação, Psico-oncologia, Psicossomática, Psicologia Analítica.

SIMONGINI, Érika de C. **O adoecer de câncer e o processo de individuação.** Marília: Unimar (Bacharelado em Psicologia), 2005. 60p.

Abstract

The illness of cancer nowadays has become a very frequent situation faced by many people and it has caused great suffering and anguish. The goal of this paper is to propose a reflection about the possible connection between the illness and the Individuation Process; considering the illness as a symbolical manifestation of our psyche and as an opportunity to retake the Individuation Process. The illness will be approached with its negative and positive aspects and not only as a suffering by one individual, but by the totality of people involved in it. With information and the necessary support to the sick, it is possible to lessen the impact of the diagnosis and the illness can be understood as an opportunity to retake the Individuation Process, which is considered the natural process that occurs throughout the life of each one of us. The focus of this paper is to show that cancer does not only have negative aspects. If it is faced as a symbolic process of the mind that should be understood, everything becomes easier. Along with the Individuation Process and the support of psychotherapy, the patient can be benefited in the way he/she faces the illness, allowing him/her to live a longer and worthy life or die with more dignity.

Key words: Jungian psychology, Cancer, Individuation, Psycho-oncology, Psychosomatic.

Sumário

Introdução	09
<i>1. Câncer: Adoecimento e apoio psicológico</i>	11
<i>1.1 Fases do adoecimento</i>	11
1.1.1 Diagnóstico	11
1.1.2 Tratamento	15
1.1.3 Prognóstico	17
<i>1.2 Psico-oncologia</i>	18
1.2.1 O que é psico-oncologia	18
<i>2. A compreensão do adoecer de câncer em uma perspectiva junguiana</i>	27
2.1 Interação Psique, Símbolo e Corpo	27
2.2 Câncer como um símbolo	33
<i>3. O enfrentamento do câncer e o Processo de Individuação</i>	39
3.1 O processo de individuação	39
3.2 Formas de enfrentamento	44
3.3 A influência do enfrentamento de câncer no Processo de Individuação	48
3.4 Contribuições da psicoterapia junguiana para o paciente oncológico	51
Considerações finais	56
Referências bibliográficas	58

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos vêm percebendo, através da psico-oncologia e da psicossomática, que o diagnóstico do câncer tem causado desequilíbrio psicológico tanto nas pessoas que os recebem, quanto em seus familiares.

Sempre pensando no ser humano como uma totalidade única e íntegra, embasado na psicologia analítica de Jung, na psico-oncologia e na psicossomática, a problemática central desta monografia é a de investigar a possível relação entre o adoecer de câncer e o processo de individuação.

Tal investigação se fez por meio de uma revisão bibliográfica acerca do assunto, na psico-oncologia, na psicossomática e na psicologia analítica buscando a reflexão do adoecimento de câncer e o processo de individuação.

Assim sendo, o trabalho foi constituído em três capítulos. O primeiro capítulo enfatiza o câncer: adoecimento e apoio psicológico, ressaltando as fases do adoecimento, que se dividem em diagnóstico, tratamento e prognóstico, passando uma idéia do sofrimento e angústia vivenciada pelo doente nestas fases. No mesmo capítulo faz-se algumas considerações sobre a psico-oncologia, entendida como uma área específica da psicologia da saúde voltada para o estudo do câncer.

No capítulo segundo, o enfoque se fará na compreensão do adoecer de câncer em uma perspectiva junguiana, considerando a interação entre a psique, o símbolo e o corpo, enfatizando a totalidade do ser e a sua integração; considerando também o câncer como um símbolo, discutindo a questão da doença como uma representação simbólica da psique, que busca assim se expressar.

No capítulo terceiro enfatizar-se-á o enfrentamento do câncer e o processo de individuação, ressaltando o entendimento e a compreensão do processo de

individualização, explicando como ele ocorre e como pode ser favorecido pela doença; considerando as variadas formas de enfrentamento, explicando como ocorre o processo de enfrentamento; enfatizando a influência do enfrentamento de câncer no processo de individualização; buscando a compreensão de como o processo de enfrentamento pode trazer a retomada do processo de individualização e, por fim enfatizando também as contribuições da psicoterapia junguiana para o paciente oncológico.

Enfim, as possíveis considerações finais que nos levam a perceber a importância desta reflexão, pois podemos visualizar a doença de maneira total e não apenas em seus aspectos negativos, os quais são geradores de angústias e sofrimentos. Será visto talvez seja possível encontrar na doença uma esperança de retomada do processo de individualização, de conhecimento de si-mesmo, de significado de vida e de morte.

1. Câncer: Adoecimento e apoio psicológico

1.1 Fases do adoecimento

1.1.1 Diagnóstico

Através dos estudos relativos ao câncer percebe-se que ele ainda é uma doença estigmatizada, carregada de negativismo, associada a uma sentença de morte, já que está relacionada a uma série de sentimentos bons e ruins.

O estigma do câncer, portanto, está relacionado ao sofrimento, sentença de morte, dor, mutilação, deformação, desfiguração, apreensão com a auto-imagem contágio, perda da estima, perda do atrativo sexual, medo da morte, perda da capacidade produtiva. (ANGERAMI, 1992, p.103).

Portanto, quando situações diferentes acompanhadas de sintomas suspeitos começam ocorrer no organismo de uma pessoa, alguns sentimentos aparecem, tais como a ansiedade, a angústia e o medo de estar com câncer.

Paiva e Pinotti (1998) relatam que o aparecimento de sintomas gera ansiedade, no sentido de tornar evidente que algo de anormal se passa com a vida da pessoa. Sentindo ameaçada sua existência a pessoa torna-se consciente de sua finitude, ou seja, a possibilidade de morte fato este que acarreta muita angústia. O receio de estar com esta grave doença, gera também o medo de ir ao médico e confirmar esta possibilidade, envolvendo nesta atitude um sentimento de negação ou, ainda, uma personalidade hipocondríaca.

Os mesmos autores consideram que com a necessidade, o paciente procura um médico, para que seja feita uma investigação do possível diagnóstico, e que se tenha confirmação ou não do mesmo. O médico deverá identificar não só a afecção, patologia, mas considerar o paciente como um todo: suas vivências, ansiedades,

medos, seu contexto de vida e o seu mundo próprio, possibilitando assim, neste primeiro contato médico/paciente a empatia, que pode favorecer a confiança e estabelecendo assim uma relação segura e eficaz ao futuro tratamento.

O diagnóstico, como já fora dito é acompanhado de muita angústia e sofrimento, visto que será ele que determinará qual a doença do paciente. Neste período, a ansiedade e as fantasias são de grande intensidade, pois sua vida sadia dependerá deste diagnóstico.

Observam também Paiva e Pinotti (1998) que durante o processo de diagnóstico, o doente sofre de ansiedade em função dos exames em si, muitas vezes dolorosos, desconfortáveis e invasivos, bem como seus resultados que do mesmo modo, é carregado de expectativas. É através destes exames que seu futuro se traçará, assim como suas esperanças e seus projetos de vida. Há muita reclamação e queixas nesta fase por parte daqueles que a ela se submete. Portanto, é muito importante que se entenda os pacientes que se encontram nesta fase diagnóstica e seus dramas emocionais aí envolvidos, pois uma vez que nesta fase torna-se muito comum a queixa do paciente por estar doente e o medo das possíveis descobertas que podem determinar seu futuro.

Ferrão (2003) afirma que o diagnóstico vem acompanhado de muita ansiedade, angústia e sofrimento, mas ele possui uma função simbólica da nomeação dos sintomas. O paciente encontra-se angustiado por estar doente e não saber do quê. Neste sentido, ao saber o diagnóstico e o prognóstico da doença, ocorre uma suavização desta angústia, sendo de grande importância o saber da verdade.

Observa o mesmo autor que a maneira como cada paciente reage ao diagnóstico de câncer depende de diversos fatores: do seu momento de vida, de suas experiências anteriores, das informações que recebeu no convívio social e do

ambiente familiar e cultural em que nasceu e cresceu. É comum nos pacientes que recebem este diagnóstico surgirem diversos sentimentos de difícil elaboração, tais como: a ansiedade, a raiva, o medo, a angústia, a culpa e a depressão, os quais são permeados pela incerteza e insegurança de seu futuro.

Considera ainda Ferrão (2003) que a família do paciente também vivencia este momento com um sentimento de choque, incerteza e impotência. As famílias que já eram unidas renovam seus valores e tendem a unir-se para atender às necessidades imediatas, para elaborar a aceitação da doença e enfrentar as dúvidas quanto ao futuro incerto. Já as famílias mais vulneráveis, cujos laços não são sólidos costumam se fragmentar, causando ainda mais angústias e sofrimentos ao paciente que já se encontra, obviamente, bastante debilitado, surgindo a partir daí as dúvidas que atribuem a doença aos descuidos e transgressões.

Ferrão (2003) afirma que o diagnóstico acompanha novas notícias, na sua maioria ruins, que induzem a mudança de hábitos e rotinas. É, no entanto, importante ressaltar, como o faz Neme (2003) que o câncer atualmente não é mais uma doença fatal, mas sim uma doença crônica, cada vez mais curável e tratável, sempre que há o diagnóstico precoce. Além do diagnóstico precocemente obtido é importante que o paciente mantenha as expectativas positivas, buscando confiança no tratamento, conservando sonhos e metas de vida, corrigindo crenças e procurando apoio em outras pessoas, sem negligenciar os tratamentos e recomendações médicas. Considerando sempre, que cada um é único e que cada organismo reage de forma única.

Paiva e Pinotti (1998) observam que para o processo diagnóstico ser mais fácil e menos dolorido, embora não deixe de ser sofrido, é importante que o paciente tenha espaço para depositar seus sentimentos e emoções frente a sua doença, seu

adoecer, sua vida e sua possível morte. Ele necessitará a partir deste momento de profissionais capazes de ajudá-lo a enfrentar e amenizar todo esse turbilhão pelo qual sua vida está passando e irá passar durante o tratamento e recuperação.

Dessa forma, como diz Neme (2003) “Em tudo na vida há sucessos e insucessos. Estando doente ou não, todo ser humano precisa aprender a lidar com as perdas e a enfrentar os limites que lhe são impostos” (p.6).

1.1.2 Tratamento

Ferrão (2003) considera que a partir do diagnóstico de câncer abre-se o caminho de um tratamento incerto, doloroso, prolongado, que marca o corpo, choca a família, e muitas vezes afasta os amigos, do mesmo modo que fragiliza os planos de futuro e a possibilidade da morte ficam iminentes. Neste sentido, os pacientes se sentem expostos a uma doença assustadora e a um ambiente desconhecido e angustiante.

Paiva e Pinotti (1998) colocam que o tratamento, assim como o diagnóstico também vem acompanhado de muita ansiedade e incertezas. Pois, na maioria das vezes, os pacientes possuem dúvidas sobre o tratamento escolhido e muito medo pelo como ele será feito, bem como em quais serão seus efeitos colaterais e de como seu organismo irá reagir ao tratamento. Confirmado o diagnóstico de câncer, o doente irá submeter-se ao tratamento, que pode ser curativo ou paliativo, conforme o estágio da doença.

Ferrão (2003) afirma que cada paciente é único e possui um organismo único, pertencente a uma história que acompanha suas vivências e seu senso de realidade, podendo estas modelar suas ações e ajudar no entendimento em relação

a sua doença, possibilitando, assim, ao paciente, dar um sentido a sua doença. Portanto, é fundamental que o paciente possa falar da doença e de todos os sentimentos que acompanham o diagnóstico e tratamento. No momento do tratamento seja ele cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico o doente é olhado, medido, ferido e manipulado, o que em geral, causa grande angústia.

Neme (2003) coloca que o paciente deve ser olhado, pela equipe que o cuida como ser único e inseparável constituído de corpo, mente e afetos que agem de forma integrada, formando uma só pessoa, ou seja, um só paciente. Considerando, portanto, que mudanças positivas ou negativas em uma dessas partes do paciente afetam a todas as outras.

Ferrão (2003) observa que durante o tratamento o paciente fica dependente de outras pessoas, pois em geral apresenta algumas limitações físicas inerentes ao tratamento, não podendo desempenhar seu papel familiar ou profissional usual. Esta dependência é associada aos efeitos colaterais da medicação como; náuseas, vômitos, perda de peso, fadiga, fraqueza, diminuição de libido e dependendo do tratamento, queda de cabelo. Além disso, a incerteza com relação à eficácia do tratamento está presente o tempo todo. Em muitos casos, este conjunto de contingências gera sentimentos de depressão e ansiedade.

Neme (2003) afirma que geralmente é difícil lidar com tudo isso ao mesmo tempo: a doença, os exames, os tratamentos e seus efeitos colaterais, os aspectos práticos da vida cotidiana, além de nossos sentimentos, afetos e emoções.

Assim para facilitar o tratamento é importante utilizarmos todos os recursos disponíveis: os pessoais, as redes de apoio social e da comunidade (familiares, amigos, grupo de ajuda e outros). Enfim, o paciente não precisa ter vergonha da doença ou de pedir ajuda.

Cada paciente reage de forma particular aos vários tipos de medicamentos e tratamentos, e todos terão efeitos colaterais indesejados, mas que podem ser minimizados com o auxílio medicamentoso, nutricional, fisioterápico e psicológico.

Alguns pacientes lidam muito bem com a doença, cirurgias e perdas e conseguem dar um novo sentido a sua vida, superando de forma saudável todos os limites e perdas ocorridas. Outros demoram um pouco mais para superar e muitas vezes precisam de um apoio para conseguir “dar a volta por cima”. Mas todos nós podemos superar os contratempos e aprender novas formas de pensar e de valorizar os acontecimentos da vida.

1.1.3 Prognóstico

Ferrão (2003) observa que com fim do tratamento é colocado para o paciente o anúncio da cura, que acompanha sentimentos de ambigüidades, a felicidade vem junto com o medo, com a tristeza e com o abandono. O impacto do diagnóstico parece perdurar, pois existe o receio de que tenham restado células cancerígenas em seu organismo ou que haja uma possível metástase. Uma história de câncer parece ter um enredo interminável, na medida em que o risco real da volta da doença soma-se às marcas ainda não cicatrizadas.

É, neste momento, quando o paciente se depara com a volta as suas atividades familiares e profissionais anteriores. Renascendo então, ao paciente, a hora de voltar a fazer planos e ter expectativas de futuro.

Desde a notícia do diagnóstico até o fim do tratamento aparecem no paciente muitos sentimentos e sensações. Caracterizando-se como uma fase de incessantes mudanças, incertezas, inseguranças e principalmente de se deparar com o medo da

morte. Falar sobre a morte não aumenta a ansiedade, mas sim, diminui o isolamento e o medo do paciente, tornando a doença e seu tratamento menos aterrorizante.

Leal (1993) considera que todos os pacientes oncológicos deveriam submeter-se à psicoterapia, pois com o desenvolver da doença e após o tratamento, os pacientes necessitarão de aprender a desenvolver um grande número de maneiras diversificadas para se confrontar com o câncer, que deverão ser utilizadas de forma flexível para atender às necessidades de cada nova situação que irão surgir ao longo do processo da doença, durante e após um primeiro tratamento. Essa confrontação irá dirigir-se tanto para a elaboração de estratégias, quanto para a resolução de problemas, como para atenuar, para si mesmo, o impacto emocional de eventos que não podem ser mudados.

Ferrão (2003) observa que a escuta de um profissional se torna fundamental ao paciente para auxiliá-lo o mesmo na elaboração destes sentimentos, ouvir suas fantasias com relação à doença, orientá-lo a participar ativamente de seu tratamento. Considera também que, talvez, o primeiro grande passo para lidarmos de forma positiva e construtiva com experiências como a do câncer seja a aceitação ativa da situação. Aceitar não significa que o paciente deva se tornar passivo e conformado, mas “ir à luta” com realismo e consciência, pois todos os sofrimentos podem ser suportados se os convertermos numa história ou se conseguirmos encontrar uma história sobre eles.

1.2 Psico-oncologia

1.2.1 O que é Psico-oncologia

No que se refere ao apoio psicológico às pessoas acometidas ao câncer, uma importante área de atuação tem sido desenvolvida nos últimos anos, trata-se da Psico-oncologia, que pode ser resumida em uma área específica da psicologia da saúde voltada ao estudo do impacto do câncer em seu aspecto psicológico, que conta com a atuação de profissionais capacitados para trabalhar estes aspectos psicológicos e os impactos causados pelo câncer. “O termo psico-oncologia é formado por: psico (de psique = mente), onco (do grego: "ogkos" = tumor) e logia (conhecimento, estudo)”. (BACELAR E BELAS, 2000, P. 02).

Bacelar e Belas (2000) afirmam que a Psico-Oncologia começa a ser sistematizada a partir da percepção de que fatores não orgânicos poderiam influenciar no surgimento, na evolução e no resultado do tratamento do câncer.

Prosseguem dizendo que a atuação dos profissionais de psico-oncologia teve um papel importante no aumento do tempo de vida dos pacientes oncológicos. Em função dos avanços da medicina e da descoberta de novos medicamentos, enfatizando a necessidade de acompanhamento psicológico nas diversas fases da doença, para que os pacientes tenham uma melhor qualidade de vida. Sendo esta e a sobrevivência do paciente oncológico um dos objetivos da psico-oncologia. Incluindo-se também o suporte psicológico durante as intervenções como cirurgias, radioterapia e quimioterapia, que podem gerar efeitos colaterais agressivos e/ou desconfortáveis. Buscando sobre tudo um equilíbrio entre mente e corpo, para que se possa enfrentar a doença de maneira positiva.

Carvalho (2002) considera que a noção de que o corpo e a mente são partes de uma única pessoa e que a saúde é fruto deste equilíbrio entre as partes da pessoa com o meio ambiente. Este pensamento que se fazia presente nos pais da Medicina Ocidental, Hipócrates e Galeno, que observaram que mulheres deprimidas

apresentavam maior incidência de câncer. Embora na Medicina Oriental o homem sempre tivesse sido visto como uma unidade indivisível, que ao contrário no Ocidente tal unidade desaparecera por um longo tempo. Já na Idade Média houve uma separação entre corpo e alma predominando a noção de que as doenças eram punições divinas, devido à grande influência da religião.

Considera ainda Carvalho (2002) que no Renascimento, o impacto da proposição de Descartes separando mente e corpo permitiu um grande avanço científico no estudo das doenças do corpo, entendendo o homem como um ser fragmentado. A visão cartesiana deu origem ao modelo biomédico, no qual propõe que as doenças podem ser explicadas por distúrbios em processos fisiológicos que surgem a partir de desequilíbrios bioquímicos, infecções bacterianas, viróticas ou outras que independem de processos psicológicos e sociais.

A mesma autora afirma que no final do século XIX a integração mente-corpo foi retomada por Freud; Freud demonstrou que acontecimentos psíquicos podiam ter conseqüências orgânicas e abriu caminho para que inúmeras pesquisas buscassem as inter-relações entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esta linha de pensamento e ação deu origem ao modelo biopsicossocial na Medicina, que ganha cada vez mais adeptos, mas, em contrapartida, ainda encontra resistência na medicina tradicional.

Observa Carvalho (2002) que o trabalho de Freud e as contribuições de Jung propiciaram o desenvolvimento de um campo de estudos, pesquisa e atuação, denominado Medicina Psicossomática. A oficialização desta área ocorreu com a fundação da *American Psychosomatic Medicine Association*, em 1939. Muitas outras linhas teóricas vieram contribuir para com o fortalecimento do conceito de

Psicossomática, passando este termo a significar, na literatura científica atual, a inter-relação entre mente e corpo.

A autora considera ainda que os estudos de Pavlov nos quais mostravam as possibilidades das utilizações dos condicionamentos nas modificações de determinados comportamentos, que poderiam ser utilizadas como forma de tratamento, impulsionou a criação das áreas denominada Medicina Comportamental e Psicologia Comportamental.

Carvalho (2002) afirma que, em 1970, a Associação Americana de Psicologia criou a divisão de Psicologia da Saúde e, no início dos anos 80, começou a ser publicada a Revista de Psicologia da Saúde, que se propunha à promoção e à manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças, à identificação da etiologia e aos diagnósticos e, enfim a atuação no sistema de política social da saúde.

Relata Carvalho (2002) que esta oficialização da atuação do psicólogo na saúde veio a consolidar um movimento que já ocorria em consultórios e hospitais com o atendimento psicológico de portadores de enfermidades. Equipes formadas por psiquiatras e psicólogos só começaram a ser requisitadas pelos oncologistas a partir da década de 70, inicialmente com o objetivo de auxiliar o médico na dificuldade da informação do diagnóstico de câncer ao paciente e a sua família.

Carvalho (2002) observa que em 1981, com a publicação do livro de Robert Adler, denominado Psiconeuroimunologia, foi dado início a uma nova disciplina que congrega a pesquisa científica do complexo campo das interligações entre os sistemas endócrinos, imunológicos e nervosos. Na sua amplitude maior, a Psiconeuroimunologia visa estudar a inter-relação mente-corpo através dos mecanismos pelos quais os sistemas psicológico e fisiológico se comunicam.

Carvalho (2002) continua dizendo que a Psico-Oncologia tem, na sua história remota, a contribuição direta de Galeno e, na sua história recente, além das contribuições citadas, todos os desenvolvimentos nos próprios campos da Psiquiatria e da Psicologia. Na medida em que estas áreas foram contribuindo cada vez mais para o conhecimento profundo do ser humano e desenvolvendo diferentes formas de tratamentos, foram se delineando as linhas de trabalho junto ao paciente oncológico.

Prossegue Carvalho (2002) afirmando que, por outro lado, o próprio desenvolvimento da medicina no tocante ao entendimento das enfermidades oncológicas, bem como a descoberta de tratamentos novos, foram modificando, a partir do início do século XX, a visão do câncer como sentença de morte. As primeiras cirurgias, possibilitadas pela descoberta da anestesia, começaram a permitir a retirada de tumores, abrindo caminho para as possibilidades de cura. Novas informações sobre as causas e os processos de câncer e novos tratamentos como: radioterapia, quimioterapia, imunoterapia e outros – começaram a modificar ainda mais o panorama da doença, trazendo esperança de maior sobrevida e cura a um grande número de casos.

Angerami (2002) observa que no Brasil o movimento da Psico-Oncologia tomou forma a partir da reunião dos profissionais da saúde em eventos voltados para o desenvolvimento da área. Havia profissionais oferecendo atendimento psicossocial grupal em instituições particulares e outros, ainda, oferecendo apoio e desenvolvendo pesquisas em hospitais particulares, governamentais e universitários.

Prossegue Angerami (2002) afirmando que o primeiro "Encontro Brasileiro de Psico-Oncologia" ocorreu em 1989 em Curitiba, o segundo em Brasília e o terceiro

em São Paulo, no qual recebeu a denominação de “I Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia”. Ocorrendo em seguida os Congressos em Salvador e em Goiânia.

Angerami (2002) afirma que a comissão organizadora do congresso de São Paulo sentiu a necessidade de divulgar melhor a Psico-Oncologia criando, assim, um Curso de Extensão em Psico-Oncologia no Instituto *Sedes Sapientiae* em 1993. Este evoluiu para um curso de Especialização em Psico-Oncologia, de 2 (dois) anos, no mesmo Instituto, o qual teve início em 1998.

Coloca Angerami (2002) que, por ocasião do Congresso de São Paulo, em 1994, foi sentida a necessidade de que se formulasse uma definição brasileira para Psico-Oncologia compatível com as características da nossa cultura, do nosso sistema de saúde e do desenvolvimento que vinha ocorrendo até então. Necessidade esta que vinha sendo observada através das apresentações de trabalhos em encontros anteriores.

Prossegue o autor afirmando que, a partir de então, a Psico-Oncologia passasse a ser entendida como uma área de interface entre a psicologia e a oncologia, valendo-se de conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos provenientes da psicologia da saúde para serem utilizados em: 1) assistência à pacientes oncológicos, a seus familiares e aos profissionais da saúde envolvidos com eles e com a prevenção do câncer; 2) como apoio nas pesquisas e nos estudos de variáveis psicológicas e sociais importantes para compreensão da incidência, recuperação e tempo de sobrevida do paciente e 3) na organização de serviços oncológicos que visem o atendimento integral do paciente, buscando de modo especial a formação e o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde envolvidos nas diferentes etapas de tratamento.

Após elaborarem os conceitos que definiam a Psico-Oncologia em um enquadre brasileiro, os trabalhos dos profissionais em Psico-Oncologia começam a ser sistematizados segundo estes conceitos, buscando-se então os fatores determinantes do câncer e como o mesmo era entendido.

Carvalho (2002) observa que o câncer ou enfermidades oncológicas são termos utilizados para descrever um grupo de doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. Existe uma grande variedade de tipos de câncer. Provavelmente, todos os diferentes tipos de câncer não têm uma única causa, mas sim uma origem multifatorial. Para que a doença ocorra, parece ser necessária uma operação conjunta de vários fatores, tais como a predisposição genética, a exposição a fatores ambientais de risco, o contágio por determinados vírus, o tabagismo, a ingestão de substâncias alimentícias cancerígenas, e muitos outros.

Ressalta a autora que se acredita também na possibilidade de contribuições psicológicas no crescimento do câncer. Inúmeros pesquisadores vêm estudando possíveis efeitos de estados emocionais na modificação hormonal e seu efeito na alteração do sistema imunológico. A relação entre o estresse e a depressão com o enfraquecimento do sistema imunológico e o favorecimento desta situação no desenvolvimento de formações tumorais foram amplamente analisadas, de acordo com a autora, por Le Shan (1992), Simonton, Simonton e Creighton (1987) e pioneiros nos estudos dos aspectos psicológicos envolvidos nos processos de câncer.

Le Shan (1992 apud CARVALHO, 2002) e Simonton et al. (1987 apud CARVALHO, 2002) começaram também a cuidar dos pacientes, propondo formas de apoio psicossocial e psicoterápico ao doente e seus familiares, todos sob o impacto

do diagnóstico de câncer e suas conseqüências. Seus trabalhos mostram a possibilidade de auxílio no encontro de uma melhor forma de enfrentamento do câncer e a obtenção de uma melhor qualidade de vida. E mostram também que, através de novas atitudes, com comportamentos mais saudáveis, com modificação de valores em conjunto com os tratamentos médicos muitas pessoas modificaram o rumo de suas vidas e chegaram a uma sobrevivência maior e até mesmo a casos de cura.

Carvalho (2002) observa que atualmente cerca de 60% das formas de câncer são preveníveis, o que faz o trabalho de prevenção ser de grande importância indicando o valor de uma política social de saúde, com atuação comunitária. O trabalho psicológico seja de apoio, aconselhamento, reabilitação ou psicoterapia individual e/ou grupal, tem facilitado a transmissão do diagnóstico, a aceitação dos tratamentos, o alívio dos efeitos secundários destes, a obtenção de uma melhor qualidade de vida. E, enfim, no paciente terminal, a aceitação da idéia de morte e de morrer.

Ressalta Carvalho (2002) que os profissionais da saúde que atendem os pacientes oncológicos, responsáveis por tratamentos invasivos, mutiladores, agressivos, que passam por grande sofrimento e nem sempre levam à recuperação e à cura, também necessitam de ajuda psicológica, pois estes profissionais da saúde apresentam, em grande número, um alto nível de estresse.

A psico-oncologia ainda é uma realidade nova, tanto no Brasil como no mundo, e ainda encontram-se muita resistência nas equipes médicas e nos pacientes oncológicos.

Trata-se de uma nova área de estudo e atuação junto às pessoas com câncer, visando uma abordagem dos aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento e no

tratamento, lidando também com o contexto familiar e social, além de oferecer apoio a outros profissionais de saúde.

Carvalho (2002) afirma que embora a Psico-Oncologia seja uma área de atuação multidisciplinar em nosso país, ela tem sido desenvolvida principalmente por psicólogos, os quais representam cerca de 70% de frequência aos congressos e a maioria das contribuições aos mesmos.

Com grande número de profissionais presentes e a seriedade dos trabalhos apresentados, vem se demonstrando um grande desenvolvimento deste campo em nosso meio profissional, embora muito ainda esteja por fazer e haja ainda uma grande necessidade de divulgação desta área.

2. A compreensão do adoecer de câncer em uma perspectiva junguiana.

2.1 Interação Psique, Símbolo e Corpo.

Falaremos então, primeiramente, sobre a Psique que é o objeto de estudo da Psicologia, palavra de origem latina, investigada desde a antigüidade que abrange a todos os pensamentos, sentimentos, comportamentos, tanto inconscientes quanto conscientes conforme explicam os autores:

Psique palavra latina que significa originalmente “espírito” ou “alma”, tendo, porém passado, nos tempos modernos, a significar “mente”, como em psicologia, a ciência da mente. A psique abrange todos os pensamentos, sentimentos e comportamentos tanto os conscientes quanto os inconscientes. Funciona como um guia que regula e adapta o indivíduo ao ambiente social e físico. (HALL e NORDBY. 2003 p. 25).

Em Hall (1995) pode-se entender que a psique é o mundo total da vida mental consciente e inconsciente e que ninguém conhece seus limites. Estando contido nela nosso modelo do mundo exterior.

Hall e Nordby (2003) observam que para a psicologia junguiana a psique é entendida como a denominação da personalidade como um todo, podendo ser considerada um sistema relativamente fechado e único, embora receba energia de fontes externas, inclusive pelo corpo, uma vez adicionadas tal energia essa passa a pertencer exclusivamente à psique. Ela compõe-se basicamente de consciente, inconsciente pessoal e o inconsciente coletivo formando assim numerosos sistemas e níveis diversificados e independentes que atuam entre si.

Hall (1995) considera que através dos sistemas e dos níveis diversificados que compõem a psique, ela se torna capaz de transmitir significados mais profundos e mais abrangentes que o ego, sendo esta sua principal função.

Ramos (1994) acrescenta que estes significados que a psique é capaz de transmitir ocorre também graças a sua capacidade de simbolizar na forma lingüística ou extralingüística, podendo também ser considerada como um meio de codificação, processamento e transmissão de organismo, ou seja, a comunicação simbólica que pode ser expressada através da psique e da soma.

Ramos (1994) prossegue dizendo que a psique é como um guia regulador e adaptador do indivíduo ao ambiente social e físico, tendo a capacidade de simbolização de forma lingüística ou extralingüística codificando o processamento e a transmissão do organismo entre psique e soma que se refere ao corpo.

No que se refere ao símbolo, observa-se que, “a palavra símbolo origina-se do grego *symbolon*, um sinal de reconhecimento”. (KAST, 1997 p. 19).

A etimologia do conceito mostra o símbolo como algo composto. Apenas quando combinado é um símbolo, tornando-se símbolo de alguma coisa: nesse exemplo ele está como representante da realidade espiritual da amizade e – apontando para além da amizade pessoal – da amizade de famílias, juntamente com o direito à hospitalidade. Neste caso, o símbolo – e isso se explica a todos eles – é um sinal visível de uma realidade invisível, ideal. Portanto, no símbolo observam-se dois níveis: em algo externo pode-se revelar algo interno, em algo visível algo invisível, em algo corporal o espiritual, no particular o geral. Na interpretação, procuramos a realidade invisível por trás deste algo visível e sua conexão. Nesse processo o símbolo caracteriza um excedente de significado, nunca poderemos esgotar inteiramente seus significados. (KAST, 1997 p. 19).

Percebe-se, através dos estudos realizados, que nos símbolos podem haver vários tipos de representações, envolvendo tanto coisa visível quanto invisível, qual é necessário ser combinada para que se possa simbolizar.

Hall e Nordby (2003) acrescentam que os símbolos são considerados representações da psique, são projeções de todos os aspectos da natureza humana. Expressam a sabedoria humana racial e individualmente adquirida e armazenada no indivíduo.

Gregghi (2003) observa que os símbolos podem ser os elementos mediadores entre os elementos psíquicos, perdidos de sua manifestação abstrata e de sua manifestação orgânica, eles tornam-se representações psíquicas em um nível concreto, que necessita ser aprendido pela consciência para deixar de se repetir.

Kast (1997) considera que o símbolo é mais racional, podendo não ser totalmente compreensivo, pois é mantenedor de vários significados, tendo uma relação direta com as emoções, sentimentos, pessoas e principalmente com os momentos simbolizados, sendo por isso, objeto de história das idéias humanas.

Prossegue o autor ainda dizendo que os símbolos podem surgir e ser representados de maneiras bastante espontâneas. Aparecem não apenas em processos terapêuticos, mas de forma espontânea a partir de uma situação de vida. Os símbolos não falam tanto ao nosso intelecto, mas muito mais ao nosso pensamento integral, a nossa relação com uma realidade invisível, que também nos transcende.

Conforme afirma Kast, (1997 p. 23) “Simbolizar significa descobrir o sentido oculto na situação concreta”.

No que se refere ao corpo, Ramos (1994) relata que podemos entendê-lo como uma rede de sistemas informativos: genético, imunológico, hormonal, entre outros, que constitui uma pessoa, pois é com o corpo que o indivíduo se apresenta para vida.

Angerami (2000) apresenta uma definição clássica de corpo, a qual pode ser entendida como uma máquina perfeita que parece estar em sintonia com todas as funções que devem ser executadas de forma perfeita e sem distorções, pois quando há distorções ou erros podem acarretar em conseqüências, as quais não são muito agradáveis, podendo ser os sintomas e as doenças.

Considerando neste momento que a definição mais apropriada para o corpo é a primeira, acima apresentada, pois é a que o define como uma rede de sistemas informativos que constituem um indivíduo de forma global. Encontramos também a imagem corporal que é a forma que o indivíduo se vê.

Hall (1992) considera que sentimos que temos um corpo, em contraste verbal com a idéia de ser um corpo. Parecemos ter realmente um corpo-imagem, um sentimento de nossa existência corporal no espaço. Na vida, são raros os momentos em que experimentamos as diferenças entre o corpo real e o corpo-imagem. Pessoas que sofrem mudanças bruscas no corpo, como amputação de um membro, “sente” que a parte amputada ainda está presente. Neste caso, experimenta-se o corpo-imagem que parecia congruente com a parte amputada presente.

Conforme afirma Farh, (1995, p.82) “Entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”.

Prossegue Farah (1995) afirmando que o esquema de corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmo, que pode ser chamada de imagem corporal. Termo este que indica que não tratamos apenas de uma mera sensação ou imaginação, mas existe uma apercepção de corpo, que embora não tenha chegado através dos sentidos, não se trata de uma mera percepção, pois nas apercepções existem figurações e representações envolvidas, mas não é simplesmente representação.

Portanto, todos nós temos uma imagem do nosso próprio corpo em nossa mente, que é a nossa imagem corporal.

Após um comentário breve sobre psique, símbolo e corpo, passaremos agora a considerar a interação existente entre estas estruturas que fazem parte da constituição do indivíduo.

Para psicologia junguiana existe uma relação entre psique, símbolo e corpo

O corpo também é simbólico. Ele é um canal natural através do qual nossos símbolos estruturam nossa consciência. O corpo, nessa concepção, não é, portanto, um 'desvio' do caminho simbólico natural, e sim, um dos canais naturais de simbolização. Nossa psique também é corpórea. (VARGAS, 2002, P.31).

Ramos (1994) observa que os símbolos são as expressões da percepção do fenômeno psique-corpo, feita através da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes sincronicamente, ou seja, através de uma conexão inesperada entre imagens simbólicas da psique e de acontecimentos da realidade exterior. Podendo ser entendida também como uma “máquina transformadora de energia”, sendo aqui compreendida como a máquina transdutora, através da qual a informação de um sistema poderia ser transduzida para o sistema consciente e vice-versa.

Gregghi (2003) coloca que o psíquico não pode ser concebido como dissociado dos fenômenos orgânicos, uma vez que faz parte dos elementos de natureza orgânica. A ciência supõe, que o corpo é um elemento primário e que a “mente” não é senão uma palavra que designa nossa capacidade de percepção, quando o corpo funciona normalmente. No entanto corpo, símbolo e psique formam uma totalidade individual e única em cada pessoa.

Rosa (2003) afirma que Jung desenvolveu o termo dissociação, para considerar que psique e corpo estão manifestando-se simultaneamente em harmonia e em algum momento perde o motivo psicológico, ficando apenas na expressão somática, ou seja, de alguma forma o conteúdo psíquico se dissocia, se

separa da expressão corporal. O fator principal para que ocorra dissociação não é a tensão de fundo afetivo, mas a supressão da dissociação, ou seja, o silêncio, o não dizer ou mencionar, a omissão. Assim o conteúdo psíquico inconsciente procura uma forma de se expressar, que pode ser somática e cujo conteúdo pode dissociar-se do conteúdo psíquico, permitindo que o soma siga seu caminho de forma autônoma.

Conforme já foi comentado anteriormente, Ramos (1994) afirma que o símbolo é a expressão da percepção psique/corpo, feita através da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes, sincronicamente. Portanto, um complexo “que pode ser definido como um grupo de imagens relacionadas entre si que têm um acento emocional comum e que se formam em torno de um núcleo arquetípico” (HALL, 1992 p.39) tem sempre a expressão simbólica corpórea, através da qual podemos ter a chave para compreender a doença.

Hall e Nordby (2003) consideram que o homem não luta para se tornar um todo, haja visto que ele já é um todo, ele nasce como um todo. O que cabe ao homem fazer em sua existência é desenvolver esse todo.

Percebe-se então que a manifestação da doença, no corpo, é em sua maioria uma manifestação simbólica, que a psique codifica apresentando ao corpo de maneira consciente para que possa haver uma conscientização psíquica da manifestação simbólica a qual será responsável por possíveis mudanças favoráveis neste indivíduo ‘doente’, ou seja, a doença poderá favorecer mudanças na totalidade do indivíduo.

2.2 Câncer como um símbolo

Neste tópico buscaremos a compreensão do câncer como um símbolo na vida da pessoa que adoece.

Dethlefsen e Dahlke (1999) observam que o ser humano é uma totalidade e faz parte de uma espécie, a qual é composta por uma psique e um corpo que se subdivide em sistemas, órgão e células, formando assim um todo em cada ser humano que possui um organismo que trabalha a seu favor, buscando seu próprio benefício. Mas existem momentos em que parte deste organismo quer se beneficiar sozinho, rebelando-se contra organismo, regredindo a uma forma celular primitiva, como célula isolada rompendo sua união com as outras comunidades celulares, espalhando-se com rapidez e indiferença através da divisão caótica, desrespeitando os limites morfológicos, surgindo então o câncer e seus pontos de metástase.

Dethlefsen e Dahlke (1999) colocam que várias pessoas sofrem de câncer em nossa época devido à falta de êxito em seu combate. Enfatizam também que o câncer é uma expressão da época em que vivemos e da visão coletiva de mundo, pois só podemos sentir o que realmente vivemos. Nossa época é caracterizada pela expansão e obtenção desenfreada dos próprios interesses. Os homens tentam expandir seus interesses e objetivos próprios sem considerar os limites, tentam criar por toda parte bases de apoio, buscando unicamente seus ideais e objetivos explorando assim todos os outros para atingirem seu objetivo próprio.

Dethlefsen e Dahlke (1999) enfatizam que o câncer é uma grande oportunidade para descobrirmos nossos próprios erros de pensamentos e enganos, pois a célula cancerígena é muito parecida com o homem moderno. Ambos querem viver sozinhos e independentes, o câncer das células e o homem da sociedade, mas

ambos necessitam dos outros pares para que sobrevivam, o câncer das células saudáveis do corpo e o homem da sociedade, já que sem sociedade não há homem e sem corpo nem células, não há câncer.

Podemos dizer que tanto o homem quanto o câncer vivem uma ilusão de que podem viver sozinhos e independentes. Ilusão esta que nos mostra um indivíduo como um ser moldado pela sociedade, o qual é influenciado pelo mundo externo e perdido no mesmo em busca de seus próprios objetivos externos criando para si uma caricatura.

Dahlke (2000) observa que o câncer acompanha a idéia de que vidas são ceifadas de maneiras inesperadas, repentinas, no auge de carreiras e sucessos, mas quando se observa a história de vida interior destas pessoas, considerando sentimentos, frustrações e desejos interiores que ficaram ocultos e restritos à própria pessoa, pode verifica-se que há uma cegueira para seus sentimentos, para suas frustrações e para seus desejos internos, formando dentro de si mesma os considerados temas sombrios, que podem ser considerados os sentimentos, as frustrações e os desejos internos e individuais que não foram explorados e vividos pelo indivíduo, mostrando que os acontecimentos não foram assim tão repentinos e inesperados, sem prévios sinais, pois justamente a falta de reação corporal e de sintoma é um sinal de “normopatía”, ou seja, sinal de que a pessoa absolutamente ‘normal’ se conforma com regras ou normas estabelecidas pela sociedade.

Prossegue Dahlke (2000) dizendo que estes indivíduos que escondem ou guardam dentro de si os considerados temas sombrios possuem capacidades exageradas de assumirem responsabilidades e obrigações sem manifestações de queixas, com grande e fácil conformismo, pois estes comportamentos externos podem significar a falta de capacidade para dar uma resposta às necessidades da

vida interna, que pode ser considerada como a falta de capacidade para explorar e viver os temas considerados sombrios. Característica esta que os pacientes potenciais de câncer não possuem, como não são capazes de impor limites e dizer “*não*”, acabam facilmente se sobrecarregando em obrigações e responsabilidades externas, assumindo-as de bom grado. Buscando, assim, um sentido externo para sua vida interna, pois lhe falta um sentido interno de vida, isto é, ele não é capaz de viver e explorar seus temas sombrios e busca então no externo um sentido para vida, que se manifesta através dos méritos e êxitos obtidos nas obrigações e responsabilidades, as quais acabam sendo bons disfarces por trás de sentimentos de falta de sentido na vida interna e depressões.

Dahlke (2000) afirma que a psiquiatria reconhece como depressão larval àquela que não apresenta os sinais e/ou sintomas clássicos de depressão como desânimo, tristeza profunda e outros. A depressão larval pode ser facilmente encontrada em pacientes cancerígenos, pois se manifestam como depressão oculta atrás de êxitos externos. A personalidade gerada pela depressão larval é tão considerada pela sociedade que não se pode nem mesmo perceber seus sintomas. Portanto, encontramos aí a caricatura do câncer que é a típica personalidade cancerígena que é modelar.

Ela é valente e não agressiva, quieta e paciente, atua de maneira equilibrada e tão simpática porque não é egoísta, além disso, é desinteressada e solícita, pontual e metódica, não lhe falta praticamente nenhum ideal desta sociedade, portanto não é de se admirar que esteja ligada intimamente a este tipo de sintoma. O êxito social, apesar ou justamente devido à rigidez interna, pertence ao âmbito dos típicos ideais secundários, mas se ajusta perfeitamente à imagem ideal do homem moderno. Tampouco se pode negar que o câncer obtém um êxito impressionante no plano superficial. Praticamente nenhuma outra doença pode subjugar um organismo e ajustá-lo a seus próprios desígnios tão rapidamente, nenhuma é tão tenaz e resistente às medidas defensivas e terapêuticas. (DAHLKE 2000 p. 74).

Encontramos então uma personalidade que se molda à sociedade e se “esquece” de si mesmo, buscando nas coisas externas uma realização interna e quando a doença é diagnosticada, se faz necessário olhar para si, para o interno que pode estar completamente tomado por uma depressão larval, sendo necessário então começar a considerar aspectos e sentimentos que não estavam sendo considerados.

A personalidade que se molda à sociedade citada acima, pode ser também entendida como a personalidade tipo C citada como:

Proeminentes de negação das experiências mais traumáticas, supressão das emoções e tendência à raiva. Outras características padrão desta personalidade seriam amabilidade excessiva (e às vezes contrariada), não reconhecimento dos conflitos, aspiração social exagerada, comportamento forçosamente harmonioso, paciência desmedida (às vezes dissimulada), racionalidade contundente e um rígido controle da expressão emocional. (BALLONE, 2001 p.02).

Ballone (2001) observa que para a personalidade tipo C, o uso excessivo da negação e da repressão como mecanismos de defesa, bem como as dissimulações dos sentimentos são importantes fatores ligados ao desenvolvimento tumoral. Essa forma e estilo de reagir à vida e os estressores psicossociais estariam associados à diminuição da imuno-competência orgânica e em consequência dessa diminuição haveria o desenvolvimento do câncer. Considera também o risco de surgir metástases de um câncer já tratado, que poderia ser significativamente influenciado pela reação da personalidade tipo C com o tipo e a duração dos estressores psicossociais.

Ballone (2001) afirma que atualmente os pesquisadores recomendam a aplicação de inventário padrão universal que são testes e entrevistas para avaliar o presumível comportamento característico da vulnerabilidade ao câncer (Personalidade Tipo C).

Angerami (1992) mostra-nos em estudos que algumas expressões e situações de vida do indivíduo podem influenciar sobre o surgimento e na progressão do câncer, tais como a falta de expressividade emocional típica daquelas pessoas que não demonstram nenhum tipo sentimento, ou seja, uma pessoa fria, moldada pela sociedade; estresse; as perdas significativas, quando uma pessoa em pouco tempo perde vários entes queridos ou apenas uma e não consegue externalizar e superar os sentimentos de perda; as personalidades doadoras, que são aquelas que só pensam nos outros, tudo é para os outros e se esquecem de pensarem em si mesmas; a desesperança, a desistência e o fracasso característicos das pessoas que perdem a esperanças ou sentido de viver, pois acreditam que já fizeram tudo o que deveriam fazer, pessoas que fracassaram em situações que julgavam ser muito importantes; as repressões de afetos, típicos de pessoas que reprimem todos seus sentimentos, pessoas extremamente fechadas, e entre outros.

Ramos (1994) observa que para a psicologia analítica, tanto a saúde quanto a doença podem ser vistas como representações simbólicas do “ego-self”. Toda e qualquer doença é um símbolo, o qual revela uma disfunção no eixo “ego-self”, causada provavelmente por um complexo que aponta, pela compreensão de seu significado, o qual gera um sintoma símbolo que busca compensar o erro apontando sincronicamente para a “correção”.

Em Ramos (1995), a idéia de símbolo é considerada como elemento organizador e centralizador da psique, em que o desvio de anormalidade do corpo, a doença, é vista como uma tentativa de “correção” por parte da psique de uma atitude unilateral da consciência.

Entendemos que algumas expressões e situações de vida juntamente com o tipo de personalidade da pessoa podem favorecer o surgimento do câncer, o qual

apresenta-se como símbolo para que haja uma possível correção entre psique e soma.

Dethlefsen e Dahlke (1999) observam que o amor pode ser uma possível solução para o câncer, pois na maioria das vezes quem adoece de câncer perdeu o sentido do amor, não ama ou ama demais, de maneira incorreta. No câncer podemos encontrar o amor que não foi vivido, porém o câncer é um amor pervertido.

O amor vence todas as barreiras e limitações. No amor se une e se fundem todos os opostos. Amar é tornar-se uno com o todo; o amor se expande para tudo e não se detém diante de nada. O amor não teme a morte, pois amar é viver. Quem não vive este amor na consciência corre o risco deste amor tornar-se à materialidade, tentando neste âmbito fazer valer as leis que também regem o câncer. A célula cancerosa vence todas as fronteiras e limites. O câncer elimina a individualidade dos órgãos. O câncer se estende por tudo e não se detém diante de nada (metástase). A célula cancerosa não teme a morte. O câncer é um amor num nível equivocado. O câncer é o sintoma do amor mal concebido. O câncer só sente respeito pelo amor verdadeiro. E o símbolo do amor perfeito é o coração. O coração é o único órgão que não pode ser atacado pelo câncer! (Dethlefsen e Dahlke 1999 p. 240).

Portanto o câncer é entendido como um símbolo no qual a pessoa ainda pode buscar uma “correção” para sua totalidade de ser. Esta ‘correção’ pode se dar através do amor, da religião e também através da retomada de um processo chamado na “psicologia analítica de individuação”, que possivelmente estava em dormência e pode ser acordado diante da situação vivida pela doença. O que nem sempre garante o controle do câncer, mas possivelmente contribui para sobrevida e qualidade de vida significativa para a pessoa e seus familiares.

2. O enfrentamento do Câncer e o Processo de Individuação

3.1 O processo de individuação

O ser humano, no decorrer de sua vida, passa por diversas experiências desde a sua infância até a sua velhice, através das quais obtém êxitos e frustrações necessitando, porém, de recursos internos e externos para a sua sobrevivência.

A psicologia Junguiana, que considera o ser humano como uma totalidade única e indivisível, nos apresenta um processo chamado individuação, que pode ser considerado como um entre vários dos nossos recursos internos de sobrevivência, o qual pode ser entendido através da seguinte afirmação.

Individuação, portanto, é o termo usado na psicologia junguiana para descrever o processo pelo qual as potencialidades de uma psique particular se manifesta no curso de uma história de vida. A história de vida sempre se configura como expressão parcial das possibilidades, de forma que a individuação jamais se completa. O processo de individuação é experimentado pelo ego como um sentimento de estar mais ou menos “nos trilhos” da vida. (HALL 1992 p. 64 e 65).

A individuação pode ser considerada, portanto, toda a maneira particular de expressão para a sobrevivência do indivíduo, considerando que ela é como um espiral que nunca termina.

Kast (1997) afirma que o processo de individuação é o relacionamento dialógico entre o consciente e o inconsciente, os quais se unem através dos símbolos. Tendo como objetivo fazer o indivíduo ser o que ele realmente é, idéia esta que não é nova, pois Aristóteles já a enfatizava, considerando que cada coisa criada tem em si uma forma exclusiva de ser e com o ser humano não seria diferente. Significando que a plenitude das possibilidades vitais é o que pode tornar

manifesto o que foi em nós depositados de maneira exclusiva. Neste sentido, podemos entender o processo de individuação como uma diferenciação, a qual deve manifestar a especificidade do indivíduo e a sua singularidade. Sendo necessário então a aceitação de si mesmo e as respectivas possibilidades correspondentes acompanhadas das dificuldades, formando então as virtudes fundamentais para que se efetive o processo de individuação.

Kast (1997) prossegue dizendo que tornar-se o que se é não significa torna-se pleno, harmônico, completo, santo, mas sim, aceitar o que se é cada vez mais. Outro aspecto importante do processo de individuação é a conquista de autonomia, ou seja, o indivíduo deve tornar-se um ser único, o qual se desvincula dos complexos maternos e paternos e das conseqüências dos padrões da sociedade. Individualizar-se é buscar os seus desejos, suas vontades e seus sonhos, voltando-se para si, enfim, tornar-se si-mesmo, o que também significa atingir sua maioridade. Entendendo que “a individuação é um alvo. Tornar-se si-mesmo completamente é uma utopia. No melhor dos casos, estamos a caminho. O processo enche de sentido a duração da vida” (KAST 1992 p. 13).

Santos (1976) ressalta que a individuação é um processo natural e que o indivíduo pode chegar a “realizá-la” sozinho sem ajuda terapêutica, pois, o Self que é entendido como a totalidade do indivíduo que sempre esteve presente no mesmo.

Santos (1976) observa algumas personalidades que conseguiram individualizar-se sozinhas, como o caso de São Nicolau, da Idade Média, pois foi uma personalidade que pode vivenciar intensas e amplas experiências em sua vida, vivenciando-as de maneira natural, mas com muito aproveitamento. Jung também chegou a individualizar-se sozinho, mas através da psicoterapia junguiana que foi desenvolvida por ele

mesmo. No entanto é mais comum que o indivíduo procure um terapeuta para que o mesmo possa ajudá-lo no seu processo de individuação.

Santos (1976) continua dizendo que “a época para a individuação situa-se dos trinta e cinco anos, mais ou menos, em diante”. (SANTOS 1976 p. 69). Considerando que nesta época o indivíduo geralmente possa estar mais maduro, o qual apresenta a necessidade de voltar-se para seu inconsciente, separando-se dos arquétipos, distinguindo consciente de inconsciente.

Santos (1976) afirma que a individuação pode ser considerada um processo que consiste no desenvolvimento do eixo “Ego-Self” e, além disso, na integração de várias partes da psique, tais como o Ego, a Persona, a Sombra, a Anima ou o Animus e outros arquétipos inconscientes que quando se tornam individuados podem expressar-se de maneira mais sutis e complexas de maneira consciente.

Santos (1976) observa que o processo de individuação possui alguns passos, e que o primeiro é o desnudamento da Persona. Embora esta tenha funções protetoras importantes, ela é também uma máscara que esconde o Self e o inconsciente. Ao ser analisada a Persona, dissolve-se a máscara e se descobre que, a qual aparenta-se individual é de fato coletiva, ou seja, a Persona não passa de uma máscara da psique coletiva. No fundo, nada tem de real; ela representa um compromisso entre o indivíduo e a sociedade acerca daquilo que alguém parece ser: nome, título, ocupação, isto ou aquilo. De certo modo, tais dados são reais, mas em relação à individualidade essencial da pessoa, representa algo de secundário, uma vez que resulta de um compromisso no qual outros podem ter uma quota maior do que a do indivíduo em questão.

Prossegue Santos (1976) dizendo que o próximo passo é o confronto com a Sombra. Na medida em que nós aceitamos a realidade da Sombra e dela nos

distinguímos, podemos ficar livres de sua influência. Além disso, nós nos tornamos capazes de assimilar o valioso material do inconsciente pessoal que é organizado ao redor da Sombra.

Hall e Nordby (2003) consideram que o mundo moderno não colabora para que este confronto com a Sombra ocorra de maneira sadia.

[...] o mundo moderno não oferece oportunidades convenientes para a individuação do arquétipo da sombra. As expressões dos instintos animais na criança são em geral punidas pelos pais. O castigo não provoca o desaparecimento do arquétipo da sombra – nada seria capaz de o conseguir – mas somente a sua repressão. Ele retorna à esfera inconsciente da personalidade, onde permanece em estado primitivo e indiferenciado. Depois, quando rompe a barreira da repressão – como está sujeito a fazer de vez em quando – a sombra se manifesta de maneira sinistra e patológica. (HALL e NORDBY 2003 p. 72).

Percebemos que o processo de individuação está presente em nossa vida desde muito cedo e que as situações vivenciadas no decorrer da vida podem ser pontos de muita importância para que o processo de individuação ocorra de maneira saudável, contudo, o ego pode reprimir a situação vivenciada prorrogando a individuação para uma outra ocasião, pois de uma forma ou de outra este material reprimido pode retornar ao consciente e, às vezes, através de uma patologia que se manifesta por sintomas. Conforme menciona Hall.

Muitos sintomas aparentemente patológicos podem ser vistos, do ponto de vista da psicologia junguiana, como substitutos de um passo necessário da individuação que o paciente tentou evitar. O fato de se evitar a integração de níveis normais de agressividade, por exemplo, pode provocar, ao mesmo tempo, hipersensibilidade à agressividade das outras pessoas e, caso continue a ocorrer pode levar à depressão. A depressão é o sintoma aparente e pode ser “explicada” nos termos da agressividade das outras pessoas, mas o significado subjacente é a necessidade de integração da própria capacidade de informação do paciente. (HALL 1992 p.65 e 66).

Santos (1976) afirma que o terceiro passo é o confronto com a Anima ou Animus. Este arquétipo deve ser encarado como uma pessoa real, uma entidade com quem se pode comunicar e de quem se pode aprender. O indivíduo também se conscientiza de que a Anima (ou o Animus) tem uma autonomia considerável e de

que há probabilidade dela influenciar, ou até dominar, àqueles que a ignoram ou os que aceitam cegamente suas imagens e projeções como se fossem deles mesmos.

Santos (1976) enfatiza que o estágio final do processo de Individuação é o desenvolvimento do Self. Relata aquilo que Jung dizia que o si mesmo é nossa meta de vida, pois é a mais completa expressão daquela combinação do destino a que nós damos o nome de indivíduo. O Self torna-se o novo ponto central da psique, trazendo unidade à psique e integrando o material consciente e o inconsciente. O ego é ainda o centro da consciência, mas não é mais visto como o núcleo de toda a personalidade.

Santos (1976) afirma que Jung escreve que devemos ser aquilo que somos e precisamos descobrir nossa própria individualidade, aquele centro da personalidade que é eqüidistante do consciente e do inconsciente. Dizia que precisamos visar este ponto ideal em direção ao qual a natureza parece estar nos dirigindo. Só a partir deste ponto podemos satisfazer nossas necessidades.

Hall e Nordby (2003) observam que o processo de individuação é autônomo e inato, significando que não precisa de estimulação para começar a existir. Afirmam que a personalidade de um indivíduo está destinada a individuar-se assim como o corpo a crescer; contudo, como o corpo necessita de alimentos adequados para crescer de maneira saudável, a personalidade também necessita de experiências adequadas e educação para que a individuação ocorra de forma sadia.

Hall e Nordby (2003) prosseguem afirmando que assim como o corpo pode adoecer em virtude de uma dieta inadequada ou por falta de atividades física, também a personalidade pode apresentar deformações decorrentes a deficiências em suas experiências de vida e em sua educação.

Assim, a doença e seus sintomas podem adquirir uma função importante para o indivíduo que adoece, pois é uma oportunidade que a psique encontra de organizar e reconduzir o processo de individuação.

Gregghi (2003) observa que o sintoma que é decorrente de uma doença pode ser considerado como um símbolo a ser compreendido que continua a se repetir até que seja integrado pela consciência. Quando integrado, começa a cumprir sua função de porta voz de um significado que orienta o indivíduo na recondução do processo de individuação.

Santos (1976) ressalta que quanto mais conscientes nos tornamos de nós mesmos, através do autoconhecimento, tanto mais se reduzirá a camada do inconsciente pessoal que recobre o inconsciente coletivo. Desta forma, sai emergindo uma consciência livre do mundo mesquinho, suscetível e pessoal do eu, aberto para a livre participação de um mundo mais amplos de interesses e objetivos.

Entendemos, contudo, que para que o processo de individuação ocorrer de maneira sadia e 'adequada' ao indivíduo, o mesmo necessita vivenciar de maneira ampla e intensa todas as experiências de vida que lhe forem oferecidas, de forma natural e com aproveitamento, sempre buscando a sua maneira distinta de ser e fazer, ou seja, de se manifestar diante destas vivências, permitindo-se viver.

3.2 Formas de enfrentamento

Considerando que o câncer é uma doença estigmatizada pela sociedade, no qual acompanha mitos fortes e avassaladores em seu diagnóstico, conforme citados

nos primeiros capítulos deste trabalho, entende-se a importância de comentar as formas de enfrentamento apresentado pelos pacientes oncológicos no decorrer de toda a doença.

Começaremos então entendendo o que a palavra enfrentamento significa, a partir das considerações de Gimenes (1997).

A palavra enfrentamento é a tradução para o português do termo *coping*, utilizado na língua inglesa para expressar qualquer tipo de ações ou comportamentos apresentados para lidar com o perigo ou um inimigo, situações ameaçadoras ou problemáticas. O conceito de enfrentamento tem recebido, na Psicologia, um papel central no que se refere à adaptação do ser humano nas suas diferentes fases de desenvolvimento. (GIMENES, 1997, P.111).

Podemos perceber que é uma palavra adequada para demonstrar todo os tipos de comportamentos expressados pelo paciente oncológico, o qual desde o diagnóstico da doença começa a viver em constantes situações de perigo e luta.

Comentando concepções de diferentes autores sobre o conceito, prossegue a autora.

O enfrentamento refere-se a adaptações sob condições muito difíceis. Essas condições ocorrem quando a pessoa enfrenta mudanças drásticas de vida ou problemas que exigem novas formas de comportamentos e provocam emoções ou estados afetivos desconfortáveis, tais como ansiedade, desespero, culpa, vergonha, luto, quando o alívio destes estados exige adaptação. (WHITE 1974 apud GIMENES, 1997, p. 113).

É interessante ressaltar que o enfrentamento não deve ser confundido com “defesas” que o indivíduo pode desenvolver em momentos de dificuldades.

O enfrentamento representa processos de um ego amadurecido ou evoluído enquanto as “defesas” representam variações imaturas e menos eficientes de processos cognitivos semelhantes. (MENNINGER 1963 HAAN 1977 e VAILLANT 1977 apud GIMENES, 1997, p. 113).

Gimenes (1997) considera que todas estas definições deixam claro que o enfrentamento ocorre quando a pessoa não pode se comportar diante das

exigências da vida como estava acostumada, necessitando apresentar novas formas de comportamentos e se adaptar a elas como enfrentamento.

Gimenes (1997) observa que no final dos anos 70, com o desenvolvimento da teoria de enfrentamento e pesquisas acumuladas na área, surge uma nova perspectiva em relação a existente na época, a qual, via o enfrentamento como um estilo e traço de personalidade. No final dos anos 70 o enfrentamento passa a ser visto como um *processo*, que muda ao longo do tempo e de acordo com as exigências do contexto em que ocorre. Assim, uma abordagem que considera o enfrentamento como um *processo* apresenta as seguintes características:

Leva em consideração o que o indivíduo realmente pensa e o que faz. Analisa o contexto específico em que a transação entre indivíduos e ambiente ocorre. Quanto mais exata é a descrição deste contexto, mais fácil e mais precisamente será feita a associação de um determinado pensamento e comportamento de enfrentamento com uma exigência do contexto situacional. Reconhece que os pensamentos e comportamentos de enfrentamento se modificam no transcorrer do desenvolvimento da interação indivíduo/contexto. Atribuir as modificações nos pensamentos e comportamentos de enfrentamento às mudanças no contexto ou à modificação nas avaliações cognitivo-afetivas efetuadas pelo indivíduo diante do contexto situacional. (GIMENES 1997 p.119 e 120).

Gimenes (1997) prossegue afirmando que um indivíduo pode possuir um processo de enfrentamento composto por várias estratégias de enfrentamento, ou seja, um único indivíduo pode possuir várias atitudes de enfrentamentos que são distintas e particulares para temas ou situações aparentemente semelhantes. Utiliza como exemplo as diversas formas de enfrentamento evidenciadas na mulher com câncer de mama, ou seja, desde o diagnóstico até o término do tratamento ela utiliza-se dos processos de enfrentamento, para que assim consiga sobreviver diante de toda as situações vividas.

Gimenes (1997) comenta que alguns pesquisadores vêm procurando organizar as várias estratégias utilizadas no processo de enfrentamento em etapas. Considerando que o processo de enfrentamento inclui um contínuo ir e vir,

caracterizado desde a confrontação e o esforço para a aceitação do diagnóstico e as suas conseqüências, porém, quando o processo termina ou se completa de maneira satisfatória estes ciclos se dão em menor intensidade, desaparecendo, indicando que o indivíduo lidou adequadamente com o problema.

”O que se chama *etapas de enfrentamento* pode ser o simples produto de exigências físicas e ambientais, que mudam ao longo do tempo, e seqüências internas que ocorrem no indivíduo”. (GIMENES 1997 p. 121).

Gimenes (1997) observa que a psicologia da saúde concorda com a citação acima, pois cada paciente é único e enfrenta várias circunstâncias em sua história de vida pessoal, portanto, para entender a importância pessoal e individual da doença é necessário localizá-la em seu contexto de vida pessoal.

Gianini (2001) ressalta que existem diferenças entre o enfrentamento do homem e o da mulher. O homem e a mulher são socializados de maneiras diferentes, portanto o resultado se dá nas grandes diferenças de habilidades do enfrentamento, pois a mulher, devido a sua forma de socialização, parece ter mais facilidade em expressar suas emoções e falar com outras pessoas sobre a doença, enquanto o homem não apresenta este comportamento, podendo ser mais suscetível aos efeitos negativos dos estressores; mais do que as mulheres, os homens tendem a reagir à doença adotando comportamentos de riscos, como o fumo, bebida e outros que podem favorecer ainda mais a evolução da doença.

Gimenes (1997) afirma que o enfrentamento pode ser entendido como uma resposta que o indivíduo apresenta a uma situação ameaçadora, que pode na maioria das vezes acompanhar uma avaliação de interação, ou seja, de uma avaliação que o indivíduo faz de sua interação com o contexto no qual está inserido

e, a partir desta, pode-se compreender as respostas de enfrentamento e também o nível de estresse em que o indivíduo se encontra.

Prossegue a autora dizendo que há três tipos de avaliações que podemos encontrar, as que se referem a um *dano*, considerando que a pessoa passou por perdas e prejuízos, sempre com ênfase no passado; as do tipo *ameaças*, significando que a pessoa pode perder algo, gerando a sensação de estar sendo ameaçada, considerando sempre o futuro; e aquelas de *desafios*, as quais indicam que há um potencial recompensador significativo apesar de ser muito difícil de ser atingido.

O processo de enfrentamento é único para cada indivíduo e cada um reage de maneira distinta para as mesmas situações.

Quando observamos o paciente oncológico, podemos verificar as várias formas de enfrentamento e suas manifestações e só quando é visto como um todo é que seu processo de enfrentamento pode ter significado para quem observa, do contrário fica sem significado, pois seu processo de enfrentamento é baseado em todo o seu contexto de vida.

3.3 A influência do enfrentamento do câncer no Processo de Individuação

Como já comentamos um pouco sobre o enfrentamento e também sobre o processo de individuação, neste presente tópico vamos aprofundar um pouco a questão da influência do enfrentamento do paciente oncológico no seu processo de individuação. Sempre considerando os conceitos de individuação e enfrentamento citados anteriormente.

Gimenes (1997) observa que o enfrentamento possui cinco funções, as quais podem ser definidas da seguinte maneira.

A primeira consiste em reduzir as condições ambientais que causam dano e aumentar as possibilidades de recuperação; a segunda refere-se a tolerar ou adaptar-se a eventos ou realidades negativas; a terceira diz respeito a manter uma auto-imagem positiva diante da adversidade; a quarta consiste em manter o equilíbrio emocional, enquanto a quinta consiste em a pessoa continuar relacionamentos satisfatórios com os outros. (GIMENES 1997 p. 133).

Prossegue Gimenes (1997) dizendo que estas cinco funções são entendidas como os objetivos gerais do processo de enfrentamento que “visa sempre o bem estar da pessoa e seu funcionamento psicossocial diante de situações difíceis, que a maioria de nós temos que enfrentar no dia-a-dia”. (GIMENES 1997 p. 133).

A autora coloca a idéia de que o enfrentamento nada mais é que um recurso que todos nós seres humanos possuímos para que haja uma adaptação diante de uma situação desconfortável, estressante e dentre estas situações podemos colocar o adoecer de câncer, que na maioria das vezes exige dos pacientes uma readaptação e reorganização profunda de suas vidas.

Simonton, Creighton e Simonton (1987) enfatizam que a aceitação das mudanças de comportamentos e de atitudes geradas pelo câncer é uma questão de vida ou morte que acabam se tornando importante para o doente, pois pacientes relatam que um dos benefícios da doença é que não podem mais ignorar suas reais necessidades. A doença, portanto, permitiram que os pacientes deixassem de lado o condicionamento social e olhassem para si mesmos, podendo favorecer então o seu crescimento enquanto seres humanos, expressando seus sentimentos e satisfazendo suas necessidades de maneira franca e direta. Assim, a doença acaba sendo uma oportunidade de crescimento para o indivíduo.

Prosseguem os autores observando que esta possível oportunidade para o crescimento individual, que a doença pode favorecer, possivelmente está

intimamente relacionada com o significado que o doente acaba dando a sua vida após o diagnóstico da doença. Após ter um contato direto com a possibilidade de morte. Os sentimentos e atitudes internas necessitam serem reveladas e vivenciadas, situações estas que podem permitir uma retomada do processo de individuação, pois conteúdos inconscientes, entendidos como potencialidades do indivíduo, podem começar a serem vivenciadas e expressadas de maneira consciente, possibilitando crescimento e conhecimento de si-mesmo.

Edinger (1992) afirma que quando não é possibilitado ao indivíduo vivenciar experiências mediadoras que manifestam suas potencialidades vitais, tais como a de perder um ente querido, a de adoecer, a de amar, e outras diversas que são oferecidas em nossa trajetória de vida, a psique do indivíduo pode apresentar uma lacuna, uma "falha" por não ter vivido tais experiências mediadoras, entre o ego e o inconsciente. Conseqüentemente o indivíduo corre grande perigo, pois podem emergir os arquétipos do inconsciente e inundar este ego com suas forças que são inconscientes e simbólicas, provocando assim desorientação e perda de contato com a realidade externa. O indivíduo passa a ser uma pessoa desconhecida para ele mesmo. Mas se o ego apresenta-se 'forte' para sobreviver a este perigo, esta será então uma possibilidade que poderá fornecer percepções, conhecimentos a respeito do si-mesmo, podendo ser uma retomada do processo de individuação.

Ramos (1994) observa que o adoecer de câncer, de maneira simbólica, acaba sendo uma estratégia da psique para proporcionar ao indivíduo situações para que possam manifestar suas potencialidades vitais e vivenciá-las, pois a psique vê na doença uma oportunidade de retomada das necessidades externas do indivíduo, que podem ser retomadas, através do enfrentamento e do processo de individuação, favorecendo assim o contato com o si-mesmo e o autoconhecimento.

Para Jung (2000), basicamente o processo de individuação é um “processo sintético”, no qual ocorre a integração do inconsciente na consciência.

Dahlke (2000) considera que a doença e seus sintomas são oportunidades de desenvolvimento, pois possuem um aspecto duplo. Quando o indivíduo adoece, na maioria das vezes, é obrigado a se tornar honesto consigo mesmo, mostrando um padrão de vida, de atitudes e de comportamentos a serem resgatados. A doença torna claro um padrão de vida, atitudes e comportamentos que se foram e a necessidade de uma tarefa que pode se realizar através do enfrentamento e da individuação. Tarefa esta que se tenta fazer buscando um significado para vida e um para a morte, permitindo-se viver, sentimentos jamais permitidos, exteriorizando-os e tomando atitudes que jamais acreditavam que poderia tomar. Encontrando e conhecendo o si-mesmo e vivendo-o.

Quando há o enfrentamento do câncer, pode existir a aceitação das mudanças de comportamentos e de atitudes, pois isto acaba sendo uma questão de querer viver ou não. Pressupõe-se que quem enfrenta pode viver um pouco mais e quem não enfrenta morre logo ou mais rápido. E com isso quem se beneficia é o próprio indivíduo, pois parece que de uma vida silenciosamente desesperada e para os outros, passa a viver de maneira franca e honesta para consigo mesmo.

3.4. Contribuições da psicoterapia junguiana para o paciente oncológico

Com o intuito de apoiar o indivíduo que adoece de câncer, a psico-oncologia, juntamente com a psicologia analítica, entende que é de extrema necessidade o apoio psicológico para este indivíduo. Neste tópico buscaremos enfatizar como a

psicoterapia junguiana pode contribuir com o paciente oncológico, favorecendo assim o processo de enfrentamento e o processo de individuação.

Rosa (2003) observa que o primeiro passo, antes até mesmo da psicoterapia, é o comprometimento do paciente consigo mesmo, com o rumo que deseja dar para sua vida. A maneira de enfrentar todas as mudanças que estão ocorrendo, percebendo que o necessário neste momento é mudar as atitudes e os comportamentos e não a doença. Assim mudando também a maneira de pensar sobre a doença entendendo que o sofrimento faz parte da vida humana e que a doença não é de todo ruim. Neste momento é necessário buscar coisas boas diante da situação vivida, que à primeira vista parece ter apenas coisas ruins, pois quando algo causa impacto na vida do indivíduo, como o adoecer de câncer, este impacto é acompanhado de sofrimento que precisa na maioria das vezes ser integrado e ainda necessita de um significado na vida do paciente.

É nesta integração e significação da situação de sofrimentos, devido à doença vivida pelo indivíduo, que pode ser útil a psicoterapia, facilitando assim o processo de enfrentamento e de individuação.

Se a doença é portadora de uma significação simbólica, que reside no inconsciente, então a psicoterapia pode auxiliar no sentido de facilitar a assimilação de tais conteúdos inconscientes pela consciência, através da busca da compreensão do significado de tais símbolos.

Hall (1992) afirma que a psicoterapia é um processo de difícil descrição, assim como o processo de individuação, pode ser considerado um espiral que possui muitas voltas inesperadas e imprevisíveis.

Rosa (1994) observa que uma das hipóteses a ser considerada na psicoterapia junguiana é que a doença orgânica pode ter uma finalidade e um significado, o qual

em alguns casos é um símbolo, que necessita ser compreendido e integrado à consciência para gerar uma melhora no quadro de saúde do paciente.

Jung (1998 p.19) considera que a psicoterapia “é uma ciência e um método científico [...]”.

Prossegue o autor afirmando que,

O método terapêutico da psicologia complexa consiste por um lado numa tomada de consciência, a mais completa possível, dos conteúdos inconscientes constelados, e por outro lado numa síntese dos mesmos com a consciência através do ato cognitivo. (Jung, 2000, p. 49).

Rosa (2003) ressalta que a terapia pode ajudar e muito o paciente oncológico, oferecendo juntamente com o médico uma estrutura simbólica e um contexto de significação para a doença que é causadora de sofrimento e angústia. O caráter próprio da condição humana, pelo qual cada homem se encontra sempre já comprometida com uma situação não escolhida de vida, como o adoecer de câncer, pode trazer também a possibilidade de transcendência, para uma nova vida.

Partindo deste pressuposto a psicoterapia pode ser utilizada para amenizar a dor e o sofrimento do paciente oncológico, mostrando a ele que ainda pode haver uma esperança, ou até mesmo preparando-o para uma morte tranqüila.

Leal (1993) observa que os pacientes oncológicos nas sessões de psicoterapia são estimulados a expressarem seus sentimentos sobre a doença e os seus efeitos, além disso, sobre suas vidas, discutindo as possíveis formas de confronto para com a doença e, são estimulados também a desenvolverem fortes vínculos entre o grupo e com o terapeuta, além do ensinamento de técnicas para o controle da dor.

Prossegue Leal (1993) ressaltando que os benefícios da psicoterapia são diversos e que entre eles observam-se o efeito benéfico sobre o humor e o vigor dos pacientes que levam as conseqüências positivas em todo o indivíduo, principalmente em sua sobrevivência, devido aos efeitos de melhora dos estados emocionais.

Leal (1993) ressalta que todos os pacientes oncológicos deveriam passar pela psicoterapia, principalmente aqueles pacientes previamente avaliados como austeros, rígidos, com impassividade e adversidade ante a dor e também aqueles que reagem à doença de forma fatalítica e desordenada, pois estes demonstram uma possível incapacidade de se auto-apoiarem com as estratégias de enfrentamento, sem o apoio psicológico.

Leal (1993) deixa claro que a intervenção psicoterápica mais utilizada com os pacientes oncológicos é a de grupo, pois esta forma de intervenção estimula a consolidação de vínculos e a troca de experiências, que servirão de apoio mútuo para os participantes do grupo.

Gregghi (2003) demonstra que a psicoterapia individual, com a utilização da técnica de sandplay, para aqueles pacientes que apresentam maior dificuldade para externalizar seus sentimentos e suas angústias decorrentes a doença, também apresenta grande resultados.

Leal (1993) afirma que durante a psicoterapia os pacientes devem ser estimulados a exteriorizarem ao máximo seus sentimentos negativos em relação à doença e as implicações deste fato em todo o âmbito de sua vida. Deve-se desenvolver no paciente a percepção de que ele pode influir no curso de sua doença, desempenhando um papel ativo ao longo do seu processo de adoecimento. Portanto os pacientes irão desenvolvendo no decorrer da psicoterapia formas de enfrentamento que são auxiliadas pelo processo de individuação, pois para enfrentar o câncer deve-se primeiro de tudo conhecê-lo e se conhecer também.

Leshan (1992) demonstra, em sua vasta experiência com pacientes oncológicos, que é de grande significância a postura de comprometimento do paciente oncológico consigo mesmo e que em muitos casos esta postura resultou

em prolongamento de tempo de vida e aumento de qualidade também, outros até conseguiram reverter o curso do prognóstico da doença e ainda outros morreram com paz e com dignidade chegando bem ao fim de suas vidas.

Leshan (1992) afirma que precisamos compreender que a psique e corpo estão interligados, que médicos e psicólogos trabalham juntos para beneficiar seu paciente, pois perceber os componentes psicológicos dos problemas é poder abrir mais uma possibilidade de lidar com eles.

Leshan (1992) considera que a psicoterapia tem sido muito importante para o paciente oncológico, pois ela tem colaborado com a aceitação do ser como ele é, fazendo com que o paciente, antes de sua morte, consiga enxergar a totalidade de sua vida, considerando também seus objetivos e conquistas, compreendendo então o propósito de sua vida. Para que depois disso consiga entender o propósito da doença e até mesmo de sua morte. Considerando que com este entendimento pacientes que recebem ajuda psicoterápica em sua grande maioria conseguem uma sobrevida maior e uma morte mais tranqüila.

A psicoterapia, no entanto não pode trazer a cura ao paciente oncológico, mas é capaz de apoiá-lo e fazer com que o mesmo consiga dar um significado para este símbolo, retomando assim o processo de individuação. Levando o paciente a perceber o real significado de sua vida o que pode gerar uma considerável sobrevida em relação ao prognóstico. E se a sobrevida não for gerada, a psicoterapia ajuda este paciente a compreender e aceitar sua morte, fazendo com que esta seja um pouco mais tranqüila e digna.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicologia analítica de Jung, psico-oncologia e psicossomática são ciências que se preocupam com a saúde física e psíquica do ser humano, que o consideram como uma totalidade única.

O adoecer de câncer, na maioria dos casos, acompanha mudanças na pessoa que adoece e em seus familiares causando um desequilíbrio psicológico e uma reflexão sobre a vida, podendo começar a partir deste momento as influências do adoecer de câncer no processo de individuação.

O câncer parece ser uma expressão da sociedade e da época em que vivemos, pois possui uma maneira de expansão, evolução muito rápida no organismo, a qual é desejada por todos os indivíduos em nossa sociedade atual. Maneira esta que acompanha o poder de tudo, que ultrapassa todas as barreiras, que não teme nada, nem mesmo a morte; o desenvolver do câncer em nosso organismo se faz desta forma, mas o mesmo se esquece que para viver necessita-se de um corpo e que se este corpo morrer o câncer também morre.

Podemos dizer que o câncer e o homem vivem uma ilusão, pois acreditam que podem ser “insensíveis” e capazes de viver “sozinhos”.

Para psicologia analítica de Jung a doença é entendida como uma manifestação simbólica do inconsciente. Considerada como uma oportunidade de crescimento que o inconsciente apresenta ao consciente através dos sintomas de uma doença como uma oportunidade de retomada do processo de individuação.

Com o apoio psicoterápico, o paciente é levado a dar um significado a sua vida, e conseqüentemente a sua doença, condição esta que poderá favorecer a retomada do processo de individuação, pois a doença faz com que o paciente manifeste seus

desejos e sentimentos internos. A psicoterapia também é importante no tratamento oncológico, pois ela pode ajudar no fortalecimento do processo de enfrentamento. O que possivelmente favorece na sobrevivência do paciente ou então pode lhe proporcionar uma morte mais digna.

Entendendo que o câncer pode conduzir o indivíduo não só para a morte, mas para um caminho de reflexão e valorização da vida. Como afirma Angerami, (1992, p.72): “O câncer pode roubar-lhe aquela alegre ignorância que uma vez o levou acreditar que o amanhã se estenderia para sempre. Cada dia é um dom precioso para ser usado sabiamente e eternamente”.

Referências bibliográficas

ANGERAMI, V. A. (org.). **Psicologia da Saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002. 225p.

ANGERAMI, V. A. CHIATTONE, H. B. C. NICOLETTI, E. A. **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Pioneira, 1992.108p.

BALLONE, Geraldo J. **Câncer e Emoções**. Disponível em: <http://www.portaldopsicologo.com.Br/publicações_9.htm>. Acesso em 01Jun. 2005.

CARVALHO, Maria Margarida. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.151-166. 2002.

DAHLKE, Rüdiger. **A doença como linguagem da alma**: os sintomas como oportunidades de desenvolvimento. Trad. Dante Pignatari. 12ed. São Paulo SP: Cultrix, 2000. 327p.

DAHLKE, Rüdiger. DETHLEFSEN, Thorwald. **A Doença como um Caminho**: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. Trad: Zilda Hutchinson Schild. 11ª ed. São Paulo: Cultrix, 2000. 262p.

EDINGER, Edward F. **Ego e Arquétipo**. Uma síntese fascinante dos conceitos psicológicos fundamentais de Jung. Trad: Adail Ubirajara Sobral. 10ª ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 400p.

FARAH, R. M. **Integração Psicofísica: o trabalho corporal e a psicologia de C. G. Jung**. São Paulo SP: Companhia Ilimitada – Robe Editorial, 1995. 502p.

FERRÃO, Claudia. **Aspectos psíquicos do paciente com câncer**. Disponível em: <http://www.netpsi.com.br/artigos/03_cancer.htm>. Acesso em 29 Abr. 2005.

GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. **Câncer e Gênero: Enfrentamento da Doença**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Puc SP. 2001.

HALL, Calvin S. NORBDY, Vernon J. **Introdução à Psicologia Junguiana**. Trad: Heloysa de Lima Dantas. 14º ed. São Paulo: Cultrix, 2003. 122p.

HALL, James A. **A Experiência Junguiana**. Trad: Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 1992. 227p.

JUNG, C. G. **A prática da psicoterapia**: contribuições ao problema da psicoterapia e à psicologia da transferência. Trad: Maria Luiza Appy. Revisão técnica de Dora Ferreira da Silva. 6º ed. Petrópolis RJ: Vozes, 1998. 128p.

JUNG, C. G. **O eu e o inconsciente**. Trad. Dra. Dora Ferreira da Silva. Petrópolis RJ: Vozes, 1991. 165p.

JUNG, C. G. FRANZ, M. L. Et al. **O homem e seus símbolos**. Trad. Maria Lúcia Pinho. Botafogo RJ: Nova Fronteira, 1964. 316p.

KAST, Verena. **A dinâmica dos símbolos**: fundamentos da psicologia junguiana. Trad. Milton Camargo Mota. São Paulo SP: Loyola, 1997. 223p.

KROEFF, Mário. O Câncer é Curável? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 5-6. 2004.

LEAL, Vera M^a. S. Variáveis psicológicas influenciando o risco e prognóstico do câncer: um panorama atual. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 39, n. 2, p. 53-59. 1993.

LESHAN, Lawrence. **O câncer como ponto de mutação**: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais de saúde. Trad. Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1992. 195p.

LIMA, R. F. **A questão mente – corpo e a psicoterapia analítica**: referências para o trabalho corporal na psicoterapia. Disponível em: <<http://www.symbolon.com.br/artigos/aquestao.htm>>. Acesso em 16 Abr. 2005.

MARONI, Amnérís. **Jung individuação e coletividade**. São Paulo: Moderna, 1998. 127p. – (Coleção Logos).

NEME, C. M. B. **Manual de orientação para pacientes e familiares**: abrindo portas para uma nova visão da doença oncológica e dos tratamentos. Bauru: Unesp/ Proex, 2003. 16p.

PAIVA, L. E. PINOTTI, H. W. Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecer psicológico. **Acta Oncologia Brasil**, v. 8, n. 3, p. 125 –132, Set/ Dez. 1988.

RAMOS, Denise G. **A Psique do Coração**: uma leitura analítica do seu simbolismo. 10ª ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 144p. (Coleção estudos de Psicologia Junguiana por analistas junguianos).

_____. **A Psique do Corpo**: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994. 144p.

ROBERTSON, R. **Guia Prático de Psicologia Junguiana**. Trad. Maria Silvia Mourão Netto. 9º ed. São Paulo SP: Cultrix, 1999. 213p.

ROSA, Daniele M. dos S. **O corpo simbólico e as neurociências**. Disponível em: <<http://www.symboln.com.br/artigos/ocorposimb.htm>>. Acesso em 29 Abr. 2005.

_____. A Doença como um Processo de Individuação. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 21, n. 33, p. 39 – 46, Abr/ Jun. 2003.

SAIANI, Cláudio. **Jung e a Educação**: Uma análise de relação professor/aluno. 3º ed. São Paulo: Escrituras, 2003. 210p.

SANTOS, Cacilda Cuba. **Individuação Junguiana**. São Paulo: Sarvier, 1976. 148p.

SILVA, M^a. Ap. M. TOESCA, R. M. G. **Normas para Apresentação de Relatórios de Pesquisa em Ciências Empresariais**. 2º ed. Umuarama: Campana, 2001. 69p.

SIMONTON, O Carl. Et al. **Com a Vida de Novo**: uma abordagem de auto – ajuda para pacientes com câncer. Trad. Heloisa de M. A. Costa. São Paulo: Summus, 1987. 238p.

VENANCIO, Juliana Lima. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55-63. 2004.