



Centro Universitário de Brasília – UniCEUB
Faculdade de Ciências da Saúde e Educação – FACES
Curso: Psicologia

LEONARDO EUSTÁQUIO SANT'ANNA DA SILVA

O CORPO NA PSICANÁLISE: UMA REFLEXÃO CONTEMPORÂNEA.

Brasília

2011

LEONARDO EUSTÁQUIO SANT'ANNA DA SILVA

O CORPO NA PSICANÁLISE: UMA REFLEXÃO CONTEMPORÂNEA.

Monografia apresentada como requisito básico para a obtenção do título de Psicólogo, da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília.

Professora-Orientadora: **Prof^ª. Dra. Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis**

Brasília

2011

LEONARDO EUSTÁQUIO SANT'ANNA DA SILVA

O CORPO NA PSICANÁLISE: UMA REFLEXÃO CONTEMPORÂNEA.

Monografia apresentada como requisito básico para a obtenção do título de Psicólogo, da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília.

Professora-Orientadora: **Prof^a. Dra. Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis**

Brasília, julho de 2011.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis
Orientadora

Maria Leonor Sampaio Bicalho
Examinador 1:

Tatiana Lionço
Examinador 2:

Dedicar esta monografia a Deus não se faz da boca para fora, mas para dentro. Obrigado, Senhor, por todas as dádivas que recebi em minha vida, dentre elas a possibilidade de compreender e aceitar o próximo, dando a ele apoio em suas dores e forças para desvelar e alcançar os seus desejos.

Faltam palavras para agradecer à minha família, que sempre esteve ao meu lado. À minha mãe, que incentivou (por vezes obrigou) que eu nunca desistisse dos estudos, foi com seu exemplo que cheguei aqui. À minha irmã que acompanhou de perto a trajetória, impulsionando minhas reflexões críticas e angariando futuros pacientes para meu consultório. Ao meu irmão, que certamente daria um excelente estudo de caso, mas que aqui agradeço pelo carinho e respeito. Ao meu pai (in memoriam) que sempre sentiu orgulho dos filhos e fez de tudo pela nossa educação. Aos demais familiares por sempre acreditarem em mim.

À direção do Colégio CIMAN, que permitiu e compreendeu tantas faltas nas reuniões noturnas ao longo destes cinco anos. Espero retribuir com a qualidade do meu trabalho e minha dedicação.

Aos amigos... Acho que não consigo agradecer por tudo. Apoio, carinho, companheirismo, afeto, dedicação, dentre outros sentimentos que sempre estiveram presentes em nossas relações. Aos integrantes da Associação Internacional de Bete (AIB), que além de amigos formamos também uma família, o reconhecimento de todo amor que sentimos uns pelos outros.

Aos colegas de curso, vocês foram fundamentais nesta trajetória. Nossas discussões e leituras sustentaram o aprendizado, as brincadeiras propiciaram o companheirismo, nossas saídas construíram a amizade.

A “Camilla”, paciente que me emprestou suas alegrias e sofrimentos permitindo que eu transformasse parte de sua história de vida em análise. Que eu tenha sido uma pessoa que fez diferença em sua vida, mas que com o tempo eu seja esquecido, pois é você quem conta e reconta a sua vida. Seja feliz!

AGRADECIMENTO

Agradeço especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis, que acompanhou de perto o projeto e a monografia. Torceu, apoiou, construiu e incentivou. Deu liberdade à minha escrita orientando o trajeto e o fio a ser seguido. Em sua função materna, tranquilizou-me nas horas mais difíceis. Em sua função paterna, cobrou datas e produção, mas sempre com muito respeito. Com sua experiência e formação acadêmica, foi capaz de ampliar a minha compreensão psicanalítica. Nossas reuniões no Pátio Brasil permitiram que eu dissesse a todos que fui orientado como os melhores psicanalistas franceses, sempre nos charmosos cafés!

À Professora Mestre Leonor Bicalho que foi minha supervisora de estágio. Suas aulas teóricas sempre foram fascinantes, mas a supervisão coroou seu trabalho. Obrigado pela confiança em nossas ações clínicas e por todas as correções feitas ao longo deste período. Obrigado por ajudar a me perceber em minhas angústias e contratransferências. Pelas risadas compartilhadas com nossa turma de estágio, aliviando as dores da tripla jornada de trabalho.

Às professoras de abordagem psicanalítica que abriram minha compreensão a um mundo novo. Especialmente as professoras Morgana Queiroz, Ciomara Schneider, Cláudia Feres, Sandra Baccara, Leonor Bicalho e Marcella Laureano com paixão vocês transmitiram o conhecimento não cartesiano, nem por isso menos valorativo.

Aos professores humanistas que complementaram minha formação, em especial ao professor Otávio Leite que rogerianamente sempre ensinou a aceitação incondicional das pessoas e à professora Miriam Philippi por todos os seus conselhos.

Aos que não anunciam necessariamente uma abordagem encaixada em descrições prévias, deixo meu muito obrigado ao professor Fernando Rey que com sua trajetória de sucesso sempre inspira e à professora Valéria Mori, que “valerianamente” me ensinou a ser “leonardiano”.

Impossível não agradecer aos analistas do comportamento. Mesmo tendo posicionamentos diferentes, suas reflexões e questionamentos permitiram as certezas em minhas escolhas epistemológicas. Em especial à professora Ana Karina, que no exercício do magistério sempre foi exemplar e à professora Cristina Loyola, que desde o primeiro semestre sempre transmitiu segurança e confiança em minha formação.

A todos(as) vocês, meus mais profundos agradecimentos.

RESUMO

Os fenômenos psicossomáticos são reconhecidos historicamente em muitas sociedades. Os Gregos, na figura de Hipócrates, já tinham interesses em compreender suas questões. As doenças psicossomáticas questionam a medicina tradicional ao demonstrar que o foco biológico não é capaz de explicar todas as questões físicas, muito menos às psíquicas. No presente texto pretende-se retomar os conceitos relacionados às questões psicossomáticas na vertente do olhar psicanalítico. Freud em suas primeiras atuações se encanta com a possibilidade de “curar” histéricas que apresentavam paralisias. Lacan desenvolve seus estudos, aprofunda a questão da linguagem, desvela um inconsciente capaz de afetar o corpo biológico dos seres humanos. É nesta trilha que se pretende discutir as possibilidades de interpretação relacionadas a neoplasias, uma doença que afeta profundamente a nossa realidade. O corpo será investigado diante do investimento consciente e inconsciente. Um corpo que sofre na pós-modernidade especialmente nas cobranças de ser uma vitrine e uma fonte de prazer a qualquer custo. Conceitos como o recalque e a pulsão serão explorados para compreensão Freudiana, ponto de partida para chegarmos aos ensinamentos Lacanianos de pulsão, não como esvaziamento do aparelho psíquico, mas como força contínua e tangenciadora do objeto de desejo primário (objeto *a*). Dando continuidade compreenderemos as questões relacionadas à fantasia, o Nome-do-Pai, os *sinthomas* e o *falasser*. No segundo capítulo será apresentado um caso psicossomático (ou uma vinheta clínica por conta da quantidade de sessões) atendido no Centro de Formação do UniCEUB (CENFOR). As questões propostas pela paciente serão interpretadas diante do aporte teórico da psicanálise e as possibilidades de mudanças subjetivas da paciente. Por fim, serão apresentadas as últimas considerações diante do caso e a importância do atendimento psicológico diante das doenças psicossomáticas.

Palavras-chave: Psicossomática. Corpo. Compreensão psicanalítica.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 A PSICANÁLISE E SEUS DESDOBRAMENTOS NA PSICOSSOMÁTICA	11
1.1 Histórico da psicossomática.....	11
1.2 O Corpo na psicanálise.....	12
1.3 Concepção de corpo em Freud.....	13
1.4 Recalque.....	13
1.5 Pulsão: de Freud a Lacan.....	14
1.6 Fantasia e psicossomática.....	16
1.7 O Nome-do-Pai como possibilidade de amarração.....	18
2 VINHETA CLÍNICA	20
2.1 Caracterização da paciente atendida.....	21
2.2 Desenvolvimento teórico da histeria.....	25
2.3 Desenvolvimento da análise.....	26
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	37
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	40
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CENFOR	42
ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	43

INTRODUÇÃO

A presente monografia pretende fazer uma retomada dos conceitos psicanalíticos que envolvem casos de doenças psicossomáticas. No primeiro capítulo será apresentada a fundamentação teórica proposta retomando conceitos Freudianos e atualizando-os com as teorias Lacanianas e demais contribuintes da psicanálise contemporânea. No segundo capítulo será apresentado um caso clínico atendido no Centro de Formação de psicologia do UniCEUB e considerações quanto a prática e a teoria psicanalítica.

Muitos pacientes se apresentam queixando-se de um mal estar corporal que por muitas vezes não consegue ser traduzido em palavras. Muitas pessoas sentem em seu corpo a violência de suas questões psíquicas sem se dar conta deste contexto. As doenças psicossomáticas se proliferam e a humanidade continua aguardando um comprimido que possa resolver todos os males dos sujeitos divididos.

Em Nasio (2007, p. 19) lemos que: “Crio o que me tortura, como crio o que me satisfaz”. É nesta matriz inconsciente que os desejos encontram uma forma de gozar muito interessante e capaz de liberar o gozo parcial, esvaziando relativamente o aparelho psíquico e dando vazão para desejos inomináveis. Esta possibilidade é gerada pela fantasia, que imprime esta satisfação inconsciente do desejo (NASIO, 2007).

Os sentidos usados como psicossomáticas neste texto são bem definidos por Françoise Dolto (2004, p. 295) ao elucidar a questão dizendo que:

Perturbações psicossomáticas (são) golpes funcionais no corpo que não são devidos a causas orgânicas: não há infecção, não há nem mesmo, pelo menos de início, perturbações lesivas; não há perturbações neurológicas, e, no entanto, o indivíduo tem sua saúde desregrada, ele sofre. Seu corpo está doente, mas a origem de seu desregramento funcional fisiológico é uma desordem inconscientemente psicológica.

Em uma sociedade ainda predominantemente machista, surge uma importante questão: as doenças psicossomáticas acontecem na maioria das vezes nas mulheres, especialmente nas histéricas? Dolto (2004) e o autor desta monografia duvidam disso. A questão de creditarmos nas mulheres as doenças psicossomáticas vem do fato de que nos homens a dor é socialmente mais creditada, a dor, na fala do homem é compreendida quase como um valor, chegando a se tornar narcisante para o sujeito. Nas mulheres, muitas vezes as perturbações são compreendidas como comportamentos manipulativos por meio de suas supostas “fraquezas”.

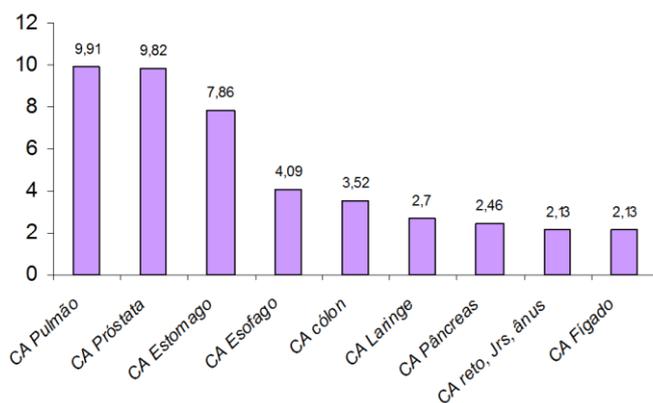
Em meio a todas estas considerações o câncer se apresenta como uma doença que se prolifera na pós-modernidade. O câncer atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo um grave problema de saúde pública em todo o mundo. É uma doença que não faz escolhas de classe social, etnia, cultura ou idade. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, entre os anos de 1999 e 2002 (último dado divulgado pela instituição) o Distrito Federal apresentou 14.354 novos casos naquele ano, sendo 561 casos em crianças e adolescentes. (INCA, 2011).

O Distrito Federal conta com 03 Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CANCON I (Hospital de Base do Distrito Federal , Hospital Universitário de Brasília e Hospital do Aparelho Locomotor da Rede Sarah). Conta também com um Registro Especial de Câncer de Pele, que avalia os casos de câncer de pele diagnosticados no SUS-DF, um Registro Hospitalar de Câncer Infantil e o Registro Hospitalar de Câncer do Hospital de Base do Distrito Federal (INCA, 2011).

As neoplasias ocupam o segundo lugar em mortalidade (16%) em todo país perdendo apenas para as doenças cardiovasculares (31%). No DF a taxa de incidência de mortes vem crescendo. Em 1980 ela estava em 6º lugar, em 1990 subiu para 3º e em 2008 chegou a 2ª posição. Ainda em 2008 1.118 pessoas chegaram a óbito por conta desta doença no Distrito Federal, atingindo especialmente pessoas com mais de 40 anos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2009). Em relação ao gênero, podemos perceber as diferenças nos gráficos a seguir:

Gráfico 1: Coeficiente específico de mortalidade de neoplasias, por 100.000 habitantes no sexo masculino no Distrito Federal em 2008.

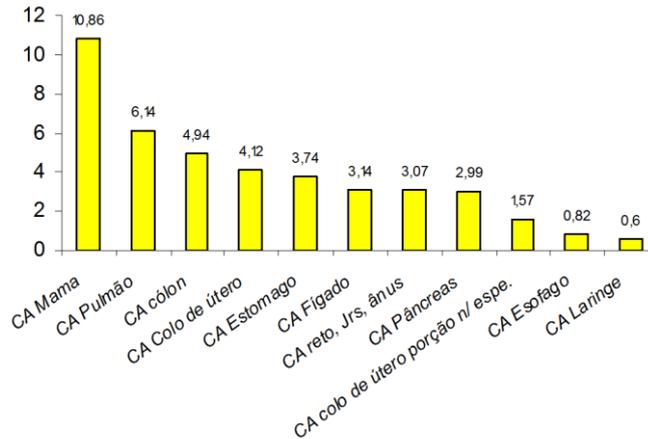
Coeficiente específico de mortalidade de neoplasias, por 100.000 hab. no sexo masculino - DF, 2008.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

Gráfico 2: Coeficiente específico de mortalidade de neoplasias, por 100.000 habitantes no sexo feminino no Distrito Federal em 2008.

Coeficiente específico de mortalidade de neoplasias, por 100.000 hab. no sexo feminino - DF, 2008.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

Percebe-se então, a grande importância da compreensão do câncer e das possibilidades psicossomáticas envolvidas nesta doença. Na conclusão retomaremos a teoria dando fechamento junto ao caso clínico.

1 A PSICANÁLISE E SEUS DESDOBRAMENTOS NA PSICOSSOMÁTICA

Em última análise, todo sofrimento nada mais é do que sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado (FREUD, 1974, p. 50).

1.1 Histórico da psicossomática

Os registros filosóficos ocidentais atribuem a Hipócrates o nascimento da psicossomática, que se refere simultaneamente ao corpo e ao espírito, uma conexão direta entre soma (no sentido do corpo orgânico) e psyché (alma, princípio de vida). Procura descrever a relação em que uma doença orgânica seria provocada por um conflito psíquico inconsciente (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Lê-se também no Dicionário de Psicanálise que foi por conta das doenças psicossomáticas que a psicanálise, em especial a clínica freudiana, entrou nos serviços hospitalares, onde sua abordagem tornou-se indispensável ao tratamento dos problemas psíquicos, sejam eles específicos ou não, dos sujeitos (crianças e adultos) atingidos por doenças orgânicas crônicas ou agudas (ROUDINESCO; PLON, 1998).

São as doenças psicossomáticas que colocam em xeque a divisão traçada pela medicina entre as doenças físicas e psíquicas, como se elas tivessem naturezas completamente diferentes. Esta divisão cartesiana que separa mente e corpo leva muitas vezes a um lugar vazio, onde não sabemos como lidar com a saúde e doença, a mente e o corpo. Acabamos por reduzir o homem a partes sem compreender o todo (MULLER; ANDRADE; CASTRO, 2006).

Para medicina tradicional a relação entre médico e paciente procura por parte do profissional de saúde a cura para o corpo, restringindo sua interação com o organismo, enquanto o paciente não espera somente a cura, mas desafia seu médico a subtraí-lo da condição de doente, mesmo que secretamente deseje conservá-la.

Na psicanálise o analista percebe “a cura” como a possibilidade de dar um sentido ao sintoma, de dar um lugar ao desejo que ele esconde, de permitir tornar-se visível a cisão entre a demanda (consciente) e o desejo (inconsciente). A psicanálise persegue, assim, a relação do sujeito, seu corpo e sua palavra (SCHILLER, [2005]).

Diante do fenômeno psicossomático, o corpo é afetado em sua dimensão orgânica e esta manifestação pode ser “enxergada” por exames clínicos, laboratoriais e de imagens. Alguns casos manifestam-se em lesões, como o câncer, e outros, como nas paralisias

históricas, não afetam o corpo fisiológico, mas podem cegá-lo, anestesia-lo... (TEIXEIRA, 2006).

Na clínica psicanalítica o corpo não é o foco do tratamento, da intervenção, mas está presente nos desdobramentos da análise, na correspondência entre os ditos e não ditos, entre os desejos e as frustrações. O corpo não deve ser percebido como parte externa ao sujeito, mas como composição, como o próprio sujeito indivisível em sua natureza humana.

1.2 O Corpo na psicanálise

“Eles perceberam que estavam nus”

Gênesis, 3, 7.

“Com que corpo eu vou?” Parece-nos estranha a pergunta de Bucci (2004, p. 174), mas ao refletirmos um pouco mais percebemos que sua intenção é questionar qual a importância que este corpo tem em nossas vidas. Ele é apenas o aparato biológico que mantém a vida? Seria ele a delimitação de nossas pulsões? O corpo seria ao mesmo tempo o principal objeto de investimento do amor narcísico e a imagem oferecida e compartilhada às outras pessoas. Um corpo que requer a aceitação e a inclusão social (BUCCI, 2004).

O corpo deve ser percebido também em seu contexto cultural, como o espelho de uma cultura que reflete no indivíduo a “imagem do mal-estar da atualidade” (FERNANDES, 2008, p. 16). Freud contextualiza o corpo em seu meio cultural permitindo uma compreensão subjetiva ao referenciar que a formação da imagem pessoal retira uma base material, que dará substrato para sua “criação”, do meio social (FERNANDES, 2008).

O vazio deixado pelo discurso religioso, filosófico e moral em uma “disciplina” que regule o corpo para a saúde é tomado pelas ciências biomédicas, que acabam orientando e incluindo o corpo em uma indústria, cujos imperativos, em nome da vida, da felicidade e da saúde, conquistaram mercados e mentes. Assim, cuidar-se reflete a produção da aparência (BUCCI, 2004).

Diferentes modos de significação do sujeito estão presentes na clínica da atualidade. A subjetivação é colocada em cena e o caráter somático aparece atuando com (e no) sujeito, evidenciando como o imaginário do nosso tempo contribui para o sofrimento vivido. O corpo na clínica psicanalítica torna-se a plataforma do sofrimento, falando através de suas queixas somáticas e da complexa implicação entre o corpo doente e o sujeito histórico (TEIXEIRA, 2006).

Percebe-se que as novas imagens que são discutidas na clínica da atualidade parecem reinventar novas sintomatologias para a dimensão humana. Revela-se o sofrimento humano

diante do psicoterapeuta, e se a psicanálise se define como a arte da escuta do sofrimento humano, deve-se pensar o quanto este sofrimento exige se fazer escutar (FERNANDES, 2008). É nesta clínica do relato da dor, dos sintomas e das fantasias que os psicoterapeutas empregam seus esforços, permitindo que seus pacientes aprendam a gozar pelo prazer.

1.3 Concepção de corpo em Freud

Em Freud percebemos que o corpo não é somente um organismo que se comporta, mas se apresenta como palco para o desenrolar do complexo jogo entre as relações psíquicas, ele torna-se o lugar da realização dos desejos inconscientes (FERNANDES, 2008).

Freud recebia em seu consultório algumas pacientes com paralisia no braço, por exemplo, sendo que este não havia sido afetado neurologicamente, o que estava lesado, não era o braço, mas a representação psíquica de seu braço (OCARIZ, 2003). O termo histeria é caracterizado pelo Dicionário de Psicanálise (ROUDINESCO; PLON, 1998) como tendo um quadro clínico variado, mas onde os conflitos psíquicos inconscientes e se apresentam de maneira teatral e sob a forma de simbolizações. São nos sintomas corporais paroxísticos (ataques ou convulsões de aparência epilética) ou duradouros (paralisias, contraturas, cegueiras...) onde percebemos estes sintomas caracterizados. Hoje os casos de paralisia vão além de braços que não se mexem, eles perpassam o ser humano como um todo, se perfazendo em doenças psicossomáticas, levando o corpo ao sofrimento e ao sujeito a sua própria incompreensão.

Estes sintomas histéricos são mantidos desta forma por conta da força do recalçamento e desaparecerão no momento em que o sentido ocultado desvelar-se pela dissolução do recalçamento (FERNANDES, 2008).

1.4 Recalque

Recalque toma sentido na teoria Freudiana como uma barreira que separa o inconsciente do consciente, permitindo que somente parte da energia pulsional alcance seu escape, levando conteúdos reprimidos disfarçadamente ao consciente humano e proporcionando um prazer parcial e substitutivo. Este prazer não é necessariamente compreendido na forma de bem estar ou sensação agradável, mas pode ser vivida paradoxalmente com um desprazer ou um sofrimento suportado pelo sujeito que se percebem inserido em sintomas neuróticos ou conflitos afetivos (NASIO, 1999). O recalçamento é uma “força ativa que impede o acesso à consciência e que se encontra na base das relações entre o consciente e o inconsciente” (FERNANDES, 2008, p. 57).

Por um curioso trajeto circular [...] é possível chegar a um conhecimento dessa etiologia e compreender porque o paciente foi incapaz de falar-nos qualquer coisa a respeito. Pois os eventos e influências que estão na raiz de toda psicose pertencem não ao momento presente, mas a uma época de vida há muito passada, que é como se fosse uma época pré-histórica - à época da infância inicial; e eis porque o paciente nada sabe deles. Ele os esqueceu - embora apenas em um certo sentido. (FREUD, 1898, p.293-294).

Neste trecho Freud apresenta o recalque como um movimento circular que está fundamentado na sexualidade infantil. Enfatiza em suas obras seguintes o recalque como aspectos “como: a sintomatologia somática; o caráter atual do fator etiológico; a não-satisfação da libido como causa precipitam o sintoma; e a transformação direta da causa em sintoma, sem a mediatização simbólica do recalque” (FERRAZ, 2005, p. XII). Também compreendemos em Freud que a não metabolização simbólica da excitação pulsional produzida pelo recalque “pode ser considerada como figura de proa da psicossomática” (FERRAZ, 2005, p. XVI). Os sintomas, neste sentido, muitas vezes surgem como a impossibilidade de simbolização de um conteúdo recalcado.

1.5 Pulsão: de Freud a Lacan

Em Freud lemos que “a pulsão seria um estímulo para o psíquico [...] Há, evidentemente, outros estímulos para o psíquico além dos pulsionais, aqueles que se comportam bem mais semelhantemente aos estímulos fisiológicos” (FREUD, 1999, p. 211). Sendo assim, a pulsão pode ser entendida como uma excitação contínua, uma força, uma tensão irreduzível, uma carga energética que se encontra na origem da atividade e do funcionamento psíquico inconsciente do ser humano (NASIO, 1999).

Toda pulsão é um fragmento de atividade... A meta de uma pulsão é sempre a satisfação, que somente pode ser alcançada através da supressão do estado do estímulo na fonte da pulsão [...] É de se admitir que uma satisfação parcial esteja ligada também com tais processos (FREUD, 1999, p. 215).

Compreendemos assim, que a pulsão é um forte estímulo que busca a satisfação (alívio de pressão) e que impulsiona ações humanas, uma força que precisa ser descarregada para a satisfação do sujeito. “Sob a fonte da pulsão entende-se aquele processo somático em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo na vida psíquica é representado pela pulsão” (FREUD, 1999, p. 216).

Para Lacan a pulsão encontra-se em movimento, não é estanque, não se infla ou se esvazia, mas percorre constantemente a busca pelo *objeto a*, sem nunca atingir seu “alvo”,

uma vez que ele não é um objeto concreto, mas imaginário e sempre impreciso (LACAN, 2008).

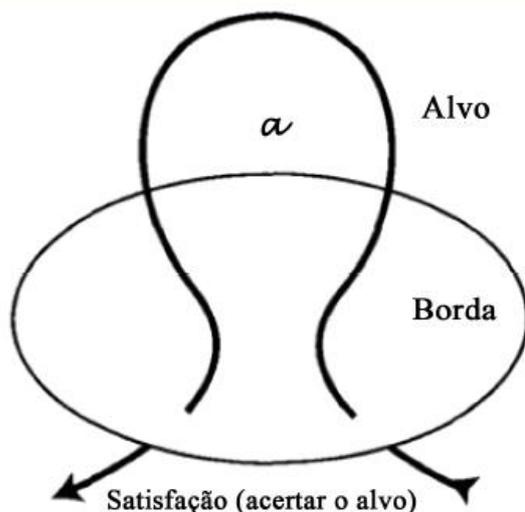
O que Freud designou como zonas erógenas (local de prazer pulsional), Lacan considera que no processo de erogeneização não se restringe a locais específicos, mas espalha-se por todo o corpo, assim, o sujeito não teria uma zona erógena, mas um corpo erógeno o que designou-se como um corpo pulsional (JORGE, 2008).

Exemplificando seu conceito de pulsão, Lacan relata em seu livro *Os quatro conceitos fundamentais* que: “A esse seio, na sua função de objeto, de objeto *a* causa do desejo, tal como eu trago sua noção – devemos dar uma função tal que pudéssemos dizer seu lugar na satisfação da pulsão. A melhor fórmula nos parece ser esta – a pulsão o contorna” (LACAN, 2008, p. 166).

Compreende-se assim, que é criado um circuito pulsional que irá tangenciar o objeto de desejo. Esta força (pulsional) não é momentânea, mas constante, ela se presentifica como um contínuo e independente do meio externo (JORGE, 2008). Neste sentido a pulsão apresenta-se como uma montagem por conta da parcialidade do objeto procurado e sua mudança em relação ao que seria o “desejo original”.

Esquemáticamente Lacan representa o objeto *a* como possibilidade procurada, porém inatingível. A pulsão sempre irá contornar seu objeto, possibilitando somente uma satisfação parcial.

Figura 1: Satisfação (acertar o alvo).



Fonte: Lacan (2008, p. 175).

1.6 Fantasia e psicossomática

“Não escolhemos o que somos; somos o que nossos significantes corporais querem que sejamos” (NASIO, 2009, p. 98).

Encontra-se no Dicionário técnico de psicologia (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 314) o verbete formação de sintoma como um “processo de criação complexo de um fenômeno mental [...] que procura uma expressão”, para a psicanálise esta expressão se dá pelas fantasias inconscientes.

As formações psíquicas, que serão base inconsciente deste ser humano, serão responsáveis pela existência das fantasias e dos sonhos, permitindo caminhos associativos que escoarão as excitações. “Nos processos de somatização pode-se falar, então, em insuficiência ou indisponibilidade das representações pré-conscientes” (FERRAZ, 2005, p. XII). Percebe-se neste sentido, a força das fantasias neuróticas nas formações psicossomáticas.

Os indícios que permitem discernir uma fantasia inconsciente são: “a repetição do relato; o caráter enigmático e surpreendente do roteiro que se impões ao sujeito; os personagens da cena; a ação exibida; o afeto dominante; a parte do corpo e o roteiro perverso”. Assim, a fantasia afeta predominantemente uma parte definida do corpo, o qual não há nenhum controle (NASIO, 2007, p. 36).

Freud ao escutar os histéricos prediz que a fantasia pode ser a precursora da formação dos sintomas: “os sintomas histéricos são a realização de uma fantasia inconsciente que serve à realização de um desejo” (FREUD, 1908, p. 89).

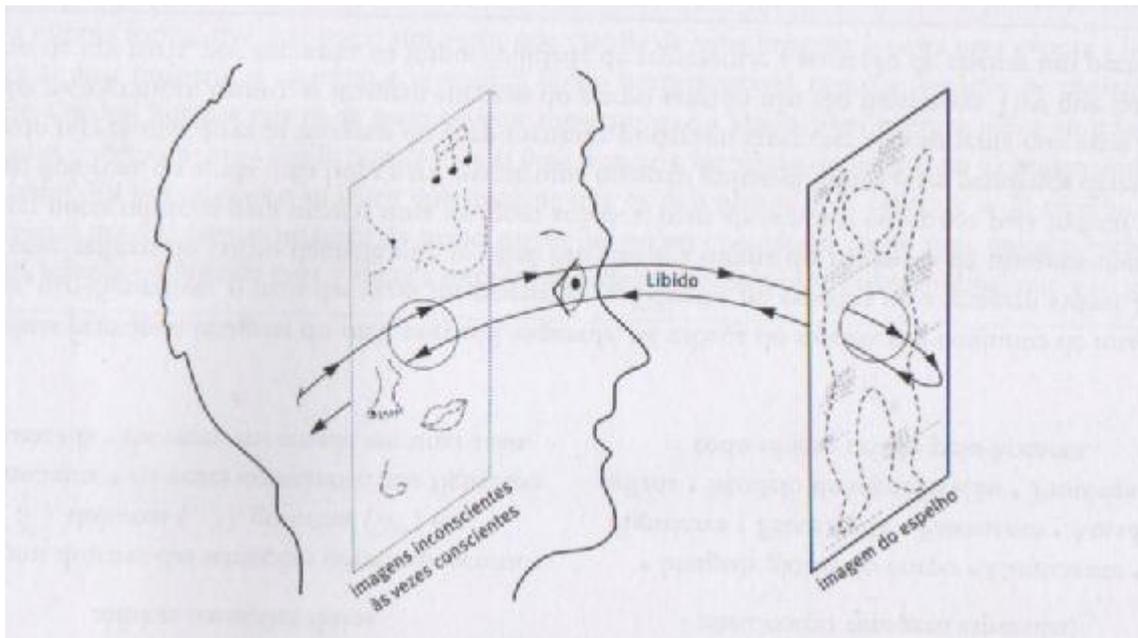
Para o psicanalista contemporâneo, o corpo é o lugar do gozo, o que interessa ao psicanalista é o espaço em que acontecem as modalizações do gozo. E onde está este gozo? Perguntar a si mesmo qual é a fantasia de seu paciente é delimitar o lugar do objeto *a* desta análise. No caso do voyeur a delimitação do lugar do gozo está em seus olhos que permitem a satisfação parcial do ver, do enxergar o casal de amantes em êxtase, e sua pele, que é o invólucro do seu desejo de ser pego, humilhado e severamente castigado, assim compreendemos o corpo como as bordas erógenas do ser gozante (NASIO, 2007).

Mas o que procuramos não é somente delimitar um sintoma, já que ele é uma saída de saúde, ainda que momentaneamente e precária, mas é naquele instante a única possibilidade de garantir alguma ordem ao sujeito, ainda que este sintoma se configure em uma alucinação, delírio ou depressão. Este sentido de sintoma é pautado na hipótese Freudiana que nega sua clínica voltada ao sintoma, mas na possibilidade do psicanalista atingir o sintoma mediante a interpretação, para intervir e transformá-lo, possibilitando um lidar mais suportável para o

sujeito que sofre. Assim, “procura-se construir uma nova homeostase e equilíbrio pulsional”. O ideal terapêutico está na possibilidade do sujeito fazer algo mais produtivo ou criativo com seu sintoma (OCARIZ, 2003, p. 27).

O corpo deve ser compreendido em sua dimensão simbólica, o objeto mais simbolizado do universo. Na compreensão de Lacan, reinterpretando Claude Lévi-Strauss, o símbolo tem, não somente o poder de substituir a realidade, mas pode modificá-la ou engendrá-la diante de suas próprias necessidades. Este mesmo símbolo, ainda que entidade formal e abstrata pode gerar efeitos concretos na realidade vivida. A este conceito, Lacan pronuncia como um significante. O corpo tem um sentido e gera um significado, uma imagem visível ao inconsciente, uma silhueta que será compreendida como a parte significante do corpo. Assim, o corpo sentido é o real (sensível, desejante ou regozijante), o corpo visível é aquele refletido no espelho (visível, projetado em uma tela ou fotografado), e o corpo significante é o simbolizado, aquele em que as mudanças subjetivas podem ser apropriadas, ele é o corpo que eu nomeio (NASIO, 2009).

Figura 2: Duas imagens principais do meu corpo.



Fonte: Nasio (2009, p. 93).

A figura 2 possibilita a esquematização do corpo visível (visto no espelho ou em uma fotografia), a noção do corpo sentido (os olhos, nariz, pele ou boca como sentido, entrada de percepções motoras) e a compreensão do corpo significante, aquele que nomeamos, compreendemos e que se torna configurante em nossas vidas, é uma sensação de si mesmo em uma instância imaginária.

Françoise Dolto (2004, p. 14) permite a compreensão ainda mais clara ao articular os conceitos da seguinte forma:

Se o esquema corporal é, em princípio, o mesmo para todos os indivíduos (aproximadamente da mesma idade, sob condições de um mesmo clima) da espécie humana, a imagem do corpo, em contrapartida, é peculiar a cada um: está ligada ao sujeito e à sua história [...] O esquema corporal é, em parte, inconsciente, mas também preconscious e consciente, enquanto que a imagem do corpo é eminentemente inconsciente.

Em Lacan compreendemos as fantasias como a ocupação do vazio da insatisfação de realização total de suas pulsões, de seus desejos, que são “anseios ou votos de conseguir retornar às primeiras experiências de satisfação” (p. 107). E a o sintoma está na dimensão da discordância do próprio relato, aquilo que o sujeito diz, sem saber que está dizendo, aquilo que produz uma discordância. Este sintoma é uma mensagem, uma palavra engasgada que precisa ser liberada, “é um significante de um significado recalado para consciência do sujeito” (p. 113). Assim, a meta do analista é permitir que o sujeito dê liberdade a esta palavra, que dele reconheça seus desejos e fantasias e aprenda a gozar por si mesmo (OCARIZ, 2003).

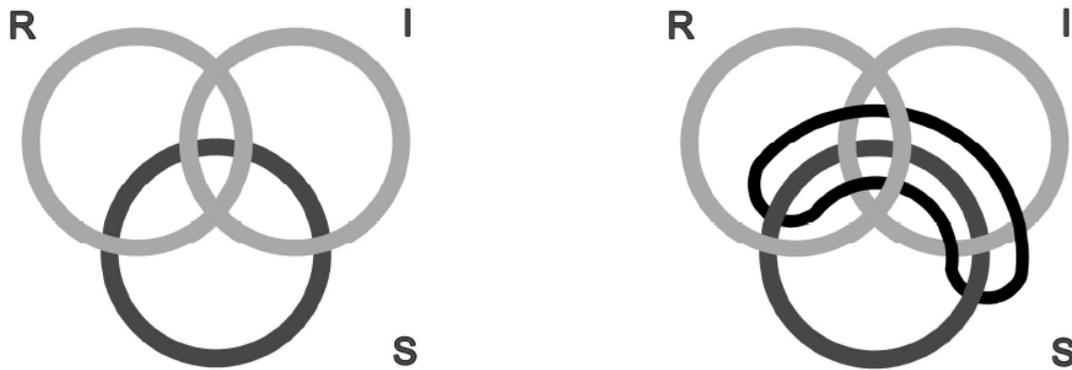
E é na medida em que a significação não é suficiente para dar conta do sintoma, que a psicanálise vai propor este outro elemento, a fantasia, que interfere na sua formação, mascarando a relação do sujeito com a pulsão [...] a lógica que nos propusemos supõe não haver outra entrada para o sujeito no real senão a fantasia [...] mas, vê-se pelas atuações do neurótico que, da fantasia, ele só se aproxima de viés, ocupadíssimo que está em sustentar o desejo do Outro, mantendo-o de diversas maneiras em suspense (LACAN apud GONÇALVES, 2006, p. 40).

1.7 O Nome-do-Pai como possibilidade de amarração

Para Lacan, os fenômenos psicossomáticos ocorrem por existir uma forclusão do Nome-do-Pai, não como na formação das psicoses, mas como uma possibilidade de dar união às instâncias do Real, Simbólico e Imaginário. Nos casos psicossomáticos o corpo assume a posição de nome próprio, ele funciona se ofertando na ausência de um dos Nomes-do-Pai, assim ele tomaria status de suplência paterna (NASIO, 1993). A esta ação de amarração psicossomática, damos o nome de *sinthoma*.

Compreendemos em Lacan (2007), que o *sinthoma*, conjugado de forma completamente diferente do tradicional sintoma (visto até então, especialmente junto às fantasias) inicia-se na ausência do Nome-do-Pai e tem a função de reordenar o Real, Simbólico e Imaginário. Neste mesmo sentido, o Nome-do-Pai se tornaria um quarto nó.

Figura 3: O quarto nó.



Fonte: ERICK, 1998, p. 154, 159.

Para Nasio (1993, p. 22-23):

(o sintoma) [...] aparece apenas no momento em que o significante excluído, o significante do Nome-do-Pai, não se produz [...]. O sintoma implica um corte. O sintoma é o corte. A perda do objeto é a separação que resulta do corte[...]. O Nome-do-pai – que dava consistência ao conjunto significante – é excluído, é foracluído, não veio.

Sendo assim, na psicossomática a lesão do órgão surge devido a ausência deste Nome-do-Pai. Clareando ainda mais a questão, apresenta-se no Dicionário de Psicanálise (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 542) o termo como sendo a “encarnação do significante, por chamar seu filho por seu nome, o pai intervém junto a este como privador da mãe, dando origem ao ideal de eu na criança”. Desta intervenção surge o Nome-do-Pai no imaginário do sujeito.

Um importante conceito apresentado por Lacan é a possibilidade do sintoma tornar-se um falasser, onde o corpo reassume o lugar de escape inconsciente das questões não compreendidas no corpo físico, mas na instância do Imaginário. Para Lacan (2007, p. 64): "O falasser adora seu corpo, porque crê que o tem. Na realidade, ele não o tem, mas seu corpo é a única consistência, consistência mental, é claro, pois seu corpo sai fora a todo instante".

2 VINHETA CLÍNICA

Na psicanálise um caso clínico é compreendido de algumas formas incomuns as ciências positivistas. Na medicina um caso está, geralmente, relacionado a uma doença e não a um sujeito: um caso de hipertensão arterial em gestante, e procura a generalização do conhecimento. Para a psicanálise, o sentido é exatamente oposto. Procura-se compreender aquele quadro como único diante da singularidade do sujeito, do ser que sofre e permite a compreensão pela fala ou pela linguagem corporal. O caso clínico ou a vinheta corresponde a um texto que apresenta o quadro clínico, seus sintomas, as complexidades envolvidas e as interpretações dadas pelo analista, em sua elaboração teórica e prática. Uma de suas possibilidades é a compreensão didática e o intercâmbio entre seus colegas, supervisores, grupos de estudos clínicos, dentre outros. Freud e tantos outros autores iniciam seus estudos por casos atendidos, refletindo ou extraindo deles, a teoria que dará suporte à ação clínica no consultório. Sua descrição deixa que se estude a teoria de forma palpável e ilustrada, possibilitando a compreensão que se torna mais clara e precisa (NASIO, 2001).

Todo caso é uma ficção, é uma compreensão de um relato e futuramente descrito diante das relações feitas pelo autor. Nunca é um retrato fiel de uma realidade ou de um fato concreto, mas uma reconstituição fictícia e reflexiva. “O exemplo nunca é um acontecimento puro, mas sempre uma história reformulada” (NASIO, 2001, p. 17). Assim o caso é sempre um recontar de uma história ouvida e interpretada, mas nem por isso menos real que uma descrição factual. “A fantasia primordial do paciente, reconstruída intelectualmente pelo analista, transforma-se, no aqui e agora da sessão e graças a um incidente transferencial, numa fantasia percebida”, assim, podemos generalizar dizendo que um caso clínico é uma fantasia do analista diante dos relatos das fantasias de seu paciente (NASIO, 2001, p. 21).

Eu mesmo me surpreendo ao constatar que minhas observações dos pacientes podem ser lidas como romances e não trazem, por assim dizer, a chancela de seriedade que é própria dos escritos científicos. Consolo-me disso dizendo a mim mesmo que essa situação é atribuível, evidentemente, à própria natureza do assunto tratado, e não à minha escolha pessoal (FREUD apud NASIO, 2001, p. 11).

O caso descrito neste capítulo foi atendido no Centro de Formação de psicólogos (CENFOR) do UniCEUB, no 1º semestre de 2011. Localizado no Setor Comercial Sul, o Centro tem a finalidade de formar e aprimorar as competências e habilidades desenvolvidas durante o curso, em relação seus aspectos teóricos-clínicos. Além de formar psicólogos, presta-se ao atendimento da população em geral, a uma clientela que muitas vezes não possui um plano de saúde e não consegue atendimento da rede pública de saúde. O atendimento é

realizado por um aluno (estagiário) e supervisionado por um(a) professor(a) que acompanha o caso, reflete as possibilidades clínicas e orienta a atuação prática do novo profissional (UNICEUB, 2011).

Por conta de questões éticas o verdadeiro, nome da paciente e dados que poderiam identificá-la, foram trocados. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisas do UniCEUB e todas as solicitações foram atendidas. Constam como anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) padrão do CENFOR e o TCLE utilizado especificamente nesta pesquisa. Ambos estão em branco para não conter os dados da paciente, os que foram assinados e contem sua identificação estão em seu prontuário no CENFOR. A carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) também foi anexada.

Para descrição ao longo deste capítulo foi escolhido o nome fictício de Camilla para referenciá-la. Camilla é uma palavra derivada do latim (Camillus - masculino) e significa jovem criada, atendente de cerimonial, uma pessoa que procura sucesso e reconhecimento. O nome foi escolhido por conta de seu significado se encaixar com muitas das questões vivenciadas pela paciente.

2.1 Caracterização da paciente atendida

Camilla possui 46 anos, é natural de uma cidade pequena do interior de Minas Gerais. Veio para Brasília ainda criança, mas acredita que seus pais a criaram nos costumes da cidade de origem. Ela é a filha mais velha deste casamento, possui uma irmã com 5 anos de diferença. As duas são muito diferentes e nunca possuíram uma boa relação. Acredita que a mãe sempre protegeu a irmã. Deixou de falar com os pais há aproximadamente um ano e meio, não suporta a ideia de nem mesmo ir visitá-los, não conseguiria fazer “nem uma visita de médico”. Sente muita mágoa diante da vida, acredita que não fez nada de bom, não tem do que sentir saudades.

Relação com seu pai: Seu pai sempre foi muito rígido e ausente, duro nas palavras e não apresentava emoções. Não tinham o costume de comemorar aniversário, nem Natal, recordando a frase do pai: “isso tem todo ano”. Conheceu uma irmã por parte de pai, mas ela não é assumida como tal. Acredita que o pai teve outros filhos fora do casamento, nenhum reconhecido oficialmente, embora várias pessoas saberiam das relações extraconjugais do pai. Sempre fez tudo pelo progenitor, mas só recebeu ofensas em troca, pois ele a humilhava e maltratava, além de se sentir muito cobrada. Ele dizia: “você será uma fracassada, mesmo que faça uma faculdade, não será nada na vida”.

Relação com sua mãe: Sempre se sentiu preterida diante da irmã nas relações maternas. Aprendeu a cozinhar aos 7 anos para chamar atenção, para ser elogiada e “garantir o seu lugar” na família, mas nunca foi reconhecida. A mãe sempre ficava ao lado da irmã, comprava roupas para irmã e não comprava pra ela, combinava de dizer que aquela roupa era de uma amiga. Sua mãe é alcoolista, fato que só foi narrado na 5ª sessão, sendo que já tentou suicídio tomando veneno (pesticida de plantação), depois de uma briga com o marido. Passou por um prolongado tratamento para deixar o álcool, mas mesmo tomando medicamentos, não deixou de beber, o que a levou a apresentar efeitos colaterais. Diz que sempre fez tudo pela mãe e nunca recebeu nada em troca. Camilla sempre cita uma frase da mãe que foi muito marcante para ela: “você é ruim igual ao seu pai”. Diz não ter razão de ouvir isso em decorrência, construir a fantasia: “eu devo ser muito ruim mesmo, porque pra ser igual ao meu pai, só sendo uma pessoa horrível”.

Relação com a irmã: Sempre foi muito conturbada, nunca foram amigas, relata que a mãe criou as duas para serem competitivas. Tem em sua fala certa admiração pelas ações da irmã: “ela sempre desafiou meu pai, apanhava, mas voltava a desafiar”. “Ela tinha um corpo muito bonito, se vestia pra se mostrar, usava uma calça tão colada que parecia ter entrado a vácuo nela”. Isso porque a irmã era muito namoradeira, e hoje tem o que contar da adolescência, diferente dela, que nunca fez nada e só obedecia às ordens do pai. “Um dia minha irmã estava na minha casa com minhas filhas no sofá, ela contava todas as peripécias da adolescência, as três riam muito. Eu não tenho nada para contar, nada com que me orgulhar do meu passado”. Sua irmã teve dois filhos, o mais velho é muito admirado por todos, foi criado como filho do avô, é o único que tem um bom trânsito com todos. Não fala muito do outro sobrinho. “Por muitas vezes fui escrava da minha irmã, ela me ligava dizendo que estava com saudade de alguma comida que sei fazer, mas nunca sentiu saudades de mim, antes eu ia lá e fazia a comida pra ela, hoje eu não faço mais”. Camilla diz que sua irmã está gorda, feia e em depressão, “passa o dia deitada em um sofá da sala, minha mãe deitada no outro, as duas não fazem nem o almoço, estão deprimidas, mas não fazem nada para sair disso”. “Minha irmã sempre fez tudo que queira, não sei por que sente tanta inveja de mim”.

Relação com as filhas: Camilla teve duas meninas em seu casamento, a mais velha nasceu dois anos após o enlace matrimonial. “Foi uma grande felicidade”. A segunda filha é quatro anos mais nova. “Criei elas bem diferente da criação que recebi da minha mãe, sempre incentivei a amizade entre as duas. Acho que deu certo, hoje elas saem juntas e se divertem muito. Não gosto quando elas passam o fim de semana em casa, quero que elas aproveitem muito a juventude, sejam diferentes de mim”. Reclama que as duas não sabem fazer nada em

casa e ela acaba tendo que fazer tudo. “Me levanto às 5h da manhã para fazer o café, se eu não fizer isso elas não comem, não sabem cozinhar nada, não fazem um macarrão sequer”. Camilla não se sente cuidada por elas, relata que em seu aniversário teve que fazer o almoço, “as meninas levantaram na hora de comer, almoçaram, deram os parabéns e saíram à tarde, quando voltaram a noite eu chamei as duas para comermos um lanche fora, já seria um abuso fazer a janta também”. “No dia das mães disse a elas que não faria o almoço, elas foram comer na casa da avó, fiquei o dia no quarto, quando elas voltaram eu fechei a porta e fingi estar dormindo”. Afirma que na época da separação “as meninas não conseguiam entender as coisas, elas estavam na fase de achar o pai um herói, demoraram uns cinco anos para entender que eu não era a megera da história, perceberam que o pai não era tão bom quanto elas pensavam”.

Relação com outros familiares: Hoje Camilla não se sente muito ligada a nenhum parente, praticamente não se relaciona com eles. “Há uma festa em julho onde se reúnem todos os familiares, é sempre em uma fazenda porque são muitas pessoas, mas não tenho nenhuma vontade de ir e ver as mesmas pessoas, falando as mesmas coisas. Prefiro ficar em casa e não ver ninguém (entonação da letra i na fala da paciente)”.

Casamento e separação: “Me casei para sair do inferno que era a casa do meu pai, acabei entrando em outro inferno”. Camilla tinha 19 anos, estava namorando outro rapaz quando conheceu seu ex-marido. Ela saiu com amigos e a irmã e foram a um bar. Ele ficou olhando interessado, mas a irmã de Camilla não dava espaço para ele se aproximar. Quando conversaram não houve um grande interesse, ele pediu o telefone, mas ela não deu. Ele conseguiu o número por intermédio de um amigo comum. Depois de algumas ligações ela pediu um tempo ao namorado e resolveu dar uma chance para o pretendente. “Ele era mais velho, estava fazendo faculdade e trabalhando, acho que me encantei por não acreditar que um homem com as características dele, poderia gostar de mim”. Os pais não apoiaram o casamento, mas não fizeram nada para impedir. A mãe não ajudou a escolher o vestido e o pai disse que não iria de terno. “Para não ficar feio meu pai não se vestir bem, decidi fazer o casamento pela manhã”. Relata que no dia do casamento houve uma discussão com o pai: “ele tentou me bater, eu impedi, foi a primeira vez que fiz isso na vida, disse a ele que nunca mais ele mandaria na minha vida. Enfrentei, e pela primeira vez fiz algo que queria ter feito há muito tempo e não tinha coragem”. Admira muito a união da família do ex-marido, especialmente seus pais. “Aprendi a ser mãe com minha sogra, ela sim é uma mãe de verdade. Minha mãe me deixava com qualquer um para ir atrás do meu pai, ela nunca foi mãe.” Fez várias referências ao sogro comparando-o ao pai: “Meu sogro passava 15 dias fora para

trabalhar, mas nunca traiu sua esposa, voltava e ambos se apoiavam, era um pai presente mesmo passando metade do mês fora. O meu pai ia sempre pra fazenda ou qualquer outro lugar para não ficar conosco, chegou a comprar um caminhão e ir para a Transamazônica, pois sua única prioridade na vida era ganhar dinheiro”.

Em muitas sessões Camilla fala do pai e do ex-marido ao mesmo tempo, faz muitas relações entre os dois, comparando e criticando ao mesmo tempo. “Meu ex achou que eu seria igual a minha mãe e que ele poderia me trair como meu pai. Ele se enganou, no dia que eu descobri que estava sendo traída, terminei o casamento, pois eu não sou como minha mãe, seria mais fácil eu ser como meu pai”.

Mora no mesmo prédio em que se mudou depois de casar. O apartamento está no nome do pai, que prometeu passar para as filhas dela (suas netas), mas não fez formalmente. Seu ex-marido mora bem próximo dela, dois prédios de distância, e com isso, acabam se encontrando algumas vezes (padaria, estacionamento, dentre outros) e ela se sente vigiada.

Trabalho: Nunca trabalhou fora de casa, o pai não deixava. No casamento também nunca exerceu nenhuma profissão, além de cuidar da casa. Não conseguiu fazer nenhuma faculdade, o que é outra frustração em sua vida.

Histórico médico e medicamentos: Tomava remédio para algum problema neurológico até os 15 anos, mas não sabe dizer a razão ou os medicamentos. Tomava Fluoxetina para depressão (receitado por médico do HPAP – segundo a cliente), mas ela teve efeito perturbador, não conseguia ficar quieta dentro de casa. Os pais pagam todos os tratamentos de saúde da irmã, mas os dela não, sendo que precisa pegar as filas de hospitais públicos.

Queixas apresentadas na triagem: Muitos sentimentos de injustiça, a irmã sempre teve tudo e ela nunca teve nada. Tem pensamentos de vingança contra toda família. Não vê mais sentido em continuar vivendo. Relata ter sido diagnosticada com câncer de mama há alguns meses e não tem certeza de que queira tratar. Sente desânimo com a vida, acha que só viver o dia de amanhã já é uma grande conquista. Cansou de sempre viver só para os outros e resolveu viver sozinha, mas gostaria de ter amigos e alguém com quem conversar. Tem muita dificuldade para dormir. Sente-se em depressão, ansiedade, com problemas de relacionamento, insatisfação com a vida, isolamento, insônia e solidão. Deseja ter alguém com quem falar: “tem coisas que não dá pra falar com as filhas”.

2.2 Desenvolvimento teórico da histeria

Camilla demonstra um quadro de histeria com alguns traços obsessivos. Sente-se menos amada e demonstra insatisfação com vários aspectos da própria vida: “Meu pai não cuidava de mim, meu marido nunca cuidou, eu queria ter um filho homem que pudesse me proteger”.

Sente-se muito insatisfeita e em busca de novas possibilidades de satisfação: “Me casei querendo ser amada, reconhecida e respeitada, mas o meu casamento foi tão ruim quanto à casa do meu pai”.

Possui uma teatralidade típica das histéricas, sua entonação de voz, postura e relatos apresentados: “aprendi a cozinhar para chamar atenção dos meus pais, mas não funcionou”, “eu estava muito mal neste fim de semana, fiz uma torta de limão que sempre fica boa, minhas filhas elogiaram, mas eu peguei e joguei no lixo, não estava tão boa”. “Já torci para o meu pai morrer, hoje eu quero que ele viva muito (entonação da paciente na letra u), que é pra ele sofrer bastante, ter muito (entonação da paciente na letra u) tempo para se arrepender de tudo que fez”. “No dia das mães as minhas filhas não fizeram o almoço, passei o dia no quarto, quando elas voltaram eu fechei a porta e fingi estar dormindo”.

Camilla apresenta conversão, onde seu corpo se apresenta prontamente junto a sua psique: “quando eu vi o nome do meu marido na latinha, passei o fim de semana com dor de estômago e me sentindo muito fraca”.

Seu corpo apresenta um claro exibicionismo, reforçando a imagem corporal, que no quadro histórico é investido, no sentido de compensar seu sentimento de menos valia: “a atual mulher do meu ex-marido se veste muito mal, sempre parece estar indo ou vindo da academia”. “Eu dizia pra ele que uma coisa que nunca aconteceria é de chegar em casa e me encontrar de bobs ou vestida de qualquer jeito”.

Seu eixo psicológico está voltado para o EU, buscando expressar uma demanda de amor e reconhecimento, mesmo quando tem atitudes teoricamente voltadas para os outros, mas logo demonstra que faz para os outros com intuito de ganhar algo em troca, de ser reconhecida e sentir-se amada, sendo que usa muito o cozinhar para a família.

Possui alguns traços obsessivos como a fixação de muitos pensamentos que não consegue controlar e por conta deles acaba não dormindo. Suas ideias são, em relação a ela mesma e suas possibilidades, muito pessimistas, pois não acredita nas possibilidades de futuro: “já tenho 46 anos, não tem mais o que fazer”. Compreende-se que a visão de futuro da

paciente esteja comprometida pela possibilidade do diagnóstico de câncer de mama, o que traduz para paciente um futuro em que só se percebe a morte.

2.3 Desenvolvimento da análise

Na primeira sessão, assim que teve espaço, Camilla disparou a falar sobre seus sofrimentos, nunca sentiu afeto por parte dos pais, sua mãe criou as filhas como inimigas, aprendeu a cozinhar para chamar atenção, mas nunca deu certo, nada em sua vida deu certo. Sempre foi tratada como uma empregada, além do fato de que seu pai e ex-marido nunca permitiram que trabalhasse fora do lar. Relatou odiar seu pai por nunca tê-la apoiado em nada. “No dia do meu casamento tive mais um desentendimento com meu pai, mas eu perdi o medo, ele disse que me daria uma surra, eu enfrentei. Acho que o único sentimento que eu tinha por ele era medo e isso acabou naquele dia”. Disse ter uma vida solitária, pois “meu pai não me apoiava, no meu casamento eu também não tinha apoio pra nada”. Nesta sessão Camilla não falou nada sobre o câncer relatado na triagem.

Ficou claro em seu discurso a necessidade de sair da casa dos pais e a possibilidade de conseguir este feito pelo casamento. Relaciona o pai ao ex-marido em diversos momentos, sempre focando nas semelhanças e no sofrimento que os dois lhe causaram.

Durante a segunda sessão Camilla relatou que havia um grande vaso de planta em frente a sua porta, a planta morreu e como o vaso era pesado acabou ficando lá. No fim de semana decidiu cavar para retirar a terra e jogar tudo fora aos poucos. Enquanto cavava encontrou uma pequena lata com o nome do ex-marido escrito três vezes. Relacionou o fato a sua vizinha de baixo que é cartomante, lembrou-se de ter visto o porteiro do prédio onde mora o ex-marido com a atual esposa e relacionou as questões: “Ela mandou o porteiro vir aqui e a cartomante fez macumba contra mim, ela é uma pessoa que não presta, apanha toda semana do marido, espero que ela sofra muito nesta vida”.

Disse ter passado o fim de semana com dor de cabeça, corpo pesado e dor no estômago, mas não acredita ter relação entre as vivências e as dores.

Para a psicanálise, o sintoma é um fenômeno subjetivo que constitui não o sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente [...]. Uma pessoa procura um psicanalista porque os seus sintomas já não tem eficácia [...]. No sintoma, existe algo que se assemelha a uma satisfação. Assim como o sonho, o sintoma é uma satisfação de desejo. Trata-se de uma satisfação paradoxal, que produz sofrimento (OCARIZ, 2003, p. 16 – 20).

Ocariz deixa clara a possibilidade de um sofrimento físico como uma fuga da própria realidade, a dor pode ser uma saída psíquica para um momento em que não está conseguindo

lidar com a realidade. O Sintoma surge como uma expressão de sua modalização de gozo, o que remete a uma expressão de sua singularidade.

Camilla afirmou que se separou assim que soube que seu marido a estava traindo, mas que toda a vizinhança já sabia disso. Seu marido estava sendo acobertado por uma irmã. Ele era da polícia militar e conheceu uma colega durante um treinamento na academia. “Eu, meu marido e minhas duas filhas dávamos carona para ela. Os dois iam juntos para academia, eu estava sendo feita de palhaça por eles e por todas as outras pessoas que já sabiam, a vizinhança já sabia, eu preferia ser invisível. Mas ela foi a mais errada, via nossas filhas, deveria ter rejeitado qualquer tentativa dele”.

Quando decidiu terminar o casamento o marido pediu um tempo, disse que estava apaixonado, mas que tudo poderia mudar. Ela deu a ele três meses, mas ao final deste período ele ainda não sabia o que fazer. “Fui ao escritório de um advogado que era nosso amigo, ele ainda tentou me convencer a não fazer isso, mas não tinha jeito. Ligou para meu ex dizendo que daria início na papelada”. Depois de assinar a separação nunca mais pisou na casa da família dele. Camilla tornou-se amante de seu ex-marido: “erámos muito bons na cama, dizem que quando o casamento acaba o sexo é a primeira coisa que vai embora, no meu caso foi o contrário, as coisas ficaram melhores. Ele chegou a propor uma volta, mas eu não queria mais”. Camilla fez várias críticas a atual esposa de seu ex-marido, disse que ela se veste mal, não é educada, é feia e gorda. Hoje se sente sozinha, desamparada, insegura e sem ninguém ao seu lado, mas não se dá conta da relação entre seu desejo de “ser invisível” e a realidade construída ao seu redor.

Após seu período linguístico, a psicanálise precisa decifrar a dramaturgia das pulsões para além da significação da linguagem em que se traveste o sentido pulsional. O analista deve considerar a polifonia para escutar o discurso que lhe é endereçado em diversos níveis – linguístico e translinguístico (voz, gestos, etc...) e observar qual deles faz sentido na transferência (KRISTEVA apud FONTES, 2002, p. 162).

Durante algumas sessões enquanto Camilla falava sobre seu casamento ou o quanto se sente sozinha, mexia em um anel, colocando-o e retirando-o compulsivamente do dedo, como se colocasse e retirasse uma aliança que representaria um compromisso com o outro, compromisso que foi rompido.

Na terceira e quarta sessão falou muito sobre seus pais, sobre a situação do alcoolismo de sua mãe e da tentativa de suicídio dela. Quanto ao pai o desqualifica o tempo todo, as referências são sempre de ausência: “no meu aniversário de 15 anos ele estava pra fazenda, não se dignou a ligar para dar os parabéns, nunca comemoramos Natal ou aniversários, ele

dizia que tinha todo ano, não precisávamos comemorar... Sempre me senti abandonada”. Ao falar sobre a casa dos pais disse: “na casa do meu pai não se pode levantar algo e não colocar de volta no mesmo lugar”. Nesta afirmação Camilla está falando mais do que os objetos físicos da casa, mas de toda configuração estabelecida no local. Seu pai manda e os demais obedecem ou desqualificam, como no caso da paciente.

A paciente procura “livrar-se do pai”, não liga e nem visita. “Já desejei que ele morresse, hoje eu quero que ele viva muito (entonação na letra u), tempo suficiente para se arrepende de tudo que fez, que ele sofra bastante, que ele se de conta de que foi um péssimo pai e um marido muito ruim, mas tudo longe de mim, não serei mais sua empregada”.

A paciente desautoriza as figuras masculinas que surgem em sua vida. Seu avô, pai e ex-marido traíram sua confiança, declara: “nenhum homem é confiável” (deitada no divã e com a pontuação de seu analista: nenhum homem...), a paciente reafirma sem se dar conta de estar diante um homem: “nenhum homem é de confiança”. Chega a fazer ironia ao narrar o quanto as filhas estão esperando um príncipe encantado.

Seu relato faz sentido quando seu sintomas, ou seja, o Nome-do-Pai não foi constituído. Camilla relata uma mãe omissa, sem voz e subjugada pelo marido. Um pai que atormentava com o medo, mas também desinvestido de afeto, respeito e relevância emocional. Camilla acredita não ter tido um pai de verdade quando o compara com seu sogro. Sua fala apresenta a necessidade de um sintoma que faça o corte não realizado pelo pai, que se apresente como uma possibilidade de enlaçar o Real, Simbólico e Imaginário. Um sintoma que a permita se tornar um falasser, “a noção de um inconsciente que é um saber falado [...] É um saber inscrito a partir do corpo” (SOLER, 2010, p. 16).

Mesmo desqualificando as figuras masculinas, a paciente sempre faz o que eles “mandam”, uma forma submissa de seduzir e frustrar, mantendo sempre o seu desejo insatisfeito, característica marcante nas histéricas. Sua insatisfação está ligada a fantasia inconsciente da menos amada, onde procura satisfazer a si mesma, mas sem considerar-se como bem sucedida, mantendo o seu esquema inconsciente de busca por prazer através da insatisfação. Outra característica marcante em sua condição histérica é a “competição” com a figura feminina da irmã. A cliente questiona a razão de a irmã ser, diante da sua compreensão, mais feminina do que ela, como se questionasse o que faz dela a mulher que eu não sou, o que contribui para o afastamento das duas.

Em todos os relatos Camilla demonstra gozar por dever, onde obtém “prazer” (no sentido Freudiano de alívio de tensão) ao obedecer e satisfazer o outro, mas é um prazer frustrante, por não conseguir contentar a si mesma.

A vida na casa de seus pais foi como “empregada doméstica”, sem perceber que entrou em um casamento em que repetiu a casa de seus pais. Relata que seu marido não a levava ao cinema, teatro ou qualquer outra saída que lhe desse prazer, sendo que mesmo assim, ela sempre fez de tudo para lhe agradar.

Para Laureano e Chatelard (2009, p. 57):

O conceito de Outro será usado por Lacan a cada vez para quando o autor assinala que o sujeito não é sua própria origem (ou seja, que ele não se origina em si mesmo), assim, o Outro para Lacan designa negativamente a alteridade, pois nem tudo pode ser reduzido à identidade. Em 1958, o Outro assume o papel daquele que dá ao sujeito seu primeiro significante, ou seja, assume o lugar da fala inscrevendo-se como tesouro dos significantes (tese que não será abandonada).

Assim só existimos quando reconhecemos o Outro e nos sentimos reconhecido nesta dialética. O Outro está relacionado diretamente com a nossa fala, com nossos desejos ou com o entregar dos nossos desejos a esse outro ser.

A paciente não consegue satisfazer os próprios desejos, relata se sentir carente e sem cuidados: “as pessoas acham que eu sou forte, que eu sempre cuidei de todo mundo, mas não sou tão forte assim, também preciso de cuidado”. Porém Camilla não consegue perceber a necessidade de cuidar de si mesma, seu gozo está sempre voltado para o Outro. Fala que gostaria de fazer dança de salão, aprender a andar de patins, fazer cursos de culinária, mas coloca desculpas a toda e qualquer ação que possa ser prazerosa. Laureano e Chatelard (2009, p. 59) esclarecem que: “O Outro provê ao sujeito os significantes que ele precisa para inscrever-se enquanto desejante [...] falamos também para atender a essa demanda do Outro”. É necessário que a paciente compreenda a força com que foi constituído esse Outro em sua vida e o quanto ela está entregue a estes desejos.

Na quinta e sexta sessão a paciente realizou algumas relações entre sua vida e o seu casamento. Disse que talvez tenha se casado não com seu marido, mas com a família dele, com o projeto de família que poderia constituir e diferenciar-se dos pais. Conversou com uma concunhada que também é divorciada e as duas chegaram a esta conclusão, que ambas admiram muito a família de seus ex-maridos e que isso teria sido uma forte razão para se casar com eles.

Somente nas últimas sessões (7^a, 8^a e 9^a) Camilla foi mais clara em relação aos seus sintomas e a questão do câncer de mama, apresentado na triagem, construindo um relato muito rico: “quando eu tinha uns 5 anos estava no quintal com meu pai, só me lembro de ouvir minha mãe dizendo a ele que eu estava desmaiando, depois disso, não me lembro de mais nada. Minha mãe disse que eu tinha problemas neurológicos, tive que tomar remédios

até os 15 anos. Nesta época fomos ao médico e ele disse que eu não precisava mais dos remédios, eu não tinha mais nada. Chegamos em casa e minha mãe me disse que eu não tinha mais o direito de ficar doente. Dos 15 anos até o casamento eu não fiquei mais doente, não tive mais nada, eu não tinha esse direito”.

Camilla faz uma clara relação entre este fato vivido, a fala de sua mãe (crença que fica nela cristalizada) e a importância disso em sua vida e na possibilidade de ter o câncer de mama. Relata que no final de 2010 em um exame de rotina com sua ginecologista, foram encontradas algumas alterações. A profissional solicitou que os exames fossem refeitos, o que ocorreu no início de 2011. A questão marcante é que depois disso, a paciente não foi buscar os resultados, afirmando em sua triagem estar com câncer de mama, mas sem a certeza dos exames. Afirma que se estiver com a doença não tem sentido tratá-la, já que depende da rede pública de saúde.

Assim, o câncer pode ser uma realidade em sua vida, continuar crescendo durante o período em que não é feito nada para combatê-lo. Sendo o câncer de mama a neoplasia que mais mata mulheres no Distrito Federal, a atitude de não investigar, pode levar, a médio ou longo prazo, a prejuízos irreparáveis, caso ele venha a ser confirmado.

Uma questão que surge é a possibilidade deste câncer estar atrelado a suas fantasias inconscientes, um sintoma que não tomou forma (somática) no corpo da paciente, mas que ela afirma ser portadora. “Em geral, o sujeito que fantasia é um neurótico que sonha em ser perverso [...] na fantasia há uma ação” (NASIO, 1993, p. 48).

Para Nasio (1993, p. 32):

O desmaio histérico é o exemplo mesmo de algo que é profundamente fantasístico, é a fantasia inconsciente e, ao mesmo tempo, de fato, há um corpo no chão, desmaiado. Isto quer dizer que estamos aí diante de uma fantasia inconsciente materializada num corpo que está deitado, inerte, no chão. A fantasia não é uma imagem na cabeça, mas é algo material, que se manifesta por uma atividade motora, uma paralisia, por alguma coisa no corpo.

É importante reforçar as questões ligadas à fantasia, resgatando o texto Freudiano que lemos em Nasio (1993, p. 11, grifo nosso):

Nunca se deixem levar a introduzir o padrão de realidade nas formações psíquicas recalçadas. Arriscar-se-ia, aí, a subestimar o valor das fantasias na formação dos sintomas, ao invocar, justamente, que não são realidades, ou fazer derivar de uma outra origem um sentimento de culpa neurótico; porque não se pode provar a existência de um crime realmente cometido. **Em outras palavras, não usem o padrão da realidade para medir as fantasias psíquicas.**

Por fim, chama atenção o fato de Camilla não ter dito a possibilidade do câncer a ninguém. Suas filhas, ex-marido, pai, mãe, irmã, dentre outros, ninguém foi participada da possibilidade do câncer de mama: “eu não vou dizer a ninguém, eu não posso adoecer”. Voltando a repetir o que sua mãe afirmou quando ela tinha 15 anos, e que ainda tem tanto peso em sua vida. Assim sendo, é importante ressaltar que nem a questão do câncer e nem alguns pensamentos suicidas, são compartilhados com as pessoas à sua volta.

CONCLUSÃO

Uma consideração muito importante neste caso analisado foi a forma com que a paciente chegou até o seu psicólogo. Camilla foi encaminhada inicialmente para outra estagiária do CENFOR, nesta sessão ela falou sobre todas as suas queixas, afirmou estar com câncer na mama e relatou sobre as dificuldades de sua vida. Ao perceber que o caso se adaptava a monografia proposta pelo colega de turma, a primeira psicóloga abriu mão da paciente em prol desta monografia, ação que foi autorizada pela professora supervisora. Quando a paciente chegou na segunda sessão, ela se deparou com um psicólogo diferente. Afirmo ter ocorrido a troca por conta de uma incompatibilidade com o horário da estagiária anterior. A sessão aconteceu sem maiores problemas, mas ao final, Camilla afirmou ter gostado da troca dizendo: “é bom que a terapia seja com você, a outra estagiária era novinha, eu falei muitos problemas pra ela, acho que ela não aguentou”. Reafirmei que a troca só ocorreu por conta de incompatibilidade de horários.

Em duas outras sessões a paciente voltou a afirmar que a estagiária anterior era muito “novinha” para atendê-la. A sensação passada foi que Camilla, em suas fantasias, acredita que seus problemas são muito pesados para serem trabalhados junto ao seu psicólogo. As questões colocadas por ela em sua primeira sessão voltaram a ser faladas de forma muito singela, como se ela tivesse medo de ser novamente “abandonada” pelo profissional. O câncer só foi apresentado novamente na quarta sessão, de forma singela, quase trivial. Ao ser pontuada a questão, Camilla preferiu se esquivar, voltando ao tema com o passar do tempo, dando a entender que a paciente continuou fantasiando que ela não poderia entregar todos os seus “problemas” de uma única vez, pois isso poderia levar o psicólogo a desistir do caso. Mesmo sendo esclarecidas todas as questões, a fantasia permaneceu por parte do processo terapêutico trazendo dificuldades para o desenvolvimento do mesmo.

O abandono foi um tema muito presente no processo. Na décima sessão (no divã), Camilla relata ter feito terapia por algum tempo em um hospital da rede pública de saúde. Disse que gostava, mas o psicólogo teve que “abandoná-la” por ser nomeado como diretor do hospital. Em instantes, ela questionou até quando iria a terapia no CENFOR, quando entraria em recesso e se eu a atenderia no próximo semestre ou a abandonaria. Esclareci as questões ligadas à data de atendimento. Ao final da sessão, disse que não atenderia na clínica escola no próximo semestre, mas que atenderia em particular depois de diplomado. Afirmo a ela que poderia continuar atendendo, mas seria em outra clínica. Camilla demonstrou interesse e afirmo que poderemos conversar sobre isso ao final do semestre.

O Código de Ética profissional do psicólogo é claro ao afirmar que neste caso seria necessário continuar cobrando o mesmo valor da sessão (R\$5,00). Este preceito ético será seguido caso a paciente tenha interesse em continuar com o mesmo psicólogo.

Outra importante questão a ser levantada refere-se ao tempo destinado aos atendimentos clínicos. As sessões só foram iniciadas em maio o que seria muito pouco para escrever sobre o caso. A professora supervisora autorizou o atendimento em duas vezes por semana, depois de solicitado pela cliente. Com isso foi possível chegarmos a 11 sessões de atendimento antes da finalização desta monografia. Ainda assim, não devemos qualificar como um estudo de caso, mas como um recorte, ou vinheta clínica, pelas poucas sessões de atendimento. Até a apresentação da monografia chegaremos a 16 atendimentos, o que permitirá a inclusão de algumas novas questões.

Para a psicanálise, 11 sessões representam o início do atendimento clínico, mas como o tempo é lógico e não como lógica, isso não significa que a prática requeira uma infinidade de tempo para que se apresentem resultados. Nestes atendimentos, já foi possível perceber reflexões por parte da cliente que nunca haviam sido feitas antes, seus pensamentos se mostram mais claros e organizados, com o sujeito entrando em cena, buscando construir uma mudança subjetiva composta de significação da vida e dos seus relacionamentos. Esta vinheta clínica proporciona mostrar que embora a análise seja um processo longo, já é possível notar criações renovadoras do sujeito em lidar com a sua falta-a-ser e modalização de gozo.

O curso de psicologia está estruturado em cinco anos de formação acadêmica. Passamos por um bom aporte teórico para chegarmos aos atendimentos, que foi de extrema relevância. Mas o trabalho clínico, mostrando através do caso Camilla, foi fundamental para a construção teórico-clínica, pautada numa base segura, nos pressupostos psicanalíticos. A união da teoria com a prática, a supervisão em grupo, a escrita do caso e orientação da monografia, foram essenciais para formação profissional. Além disso, o estudo e atendimento de Camilla permite uma amarração teórica, fundamentada na ação prática, levando a uma reflexão sobre as possibilidades clínicas contemporâneas.

O trabalho de um psicanalista deve estar calcado no acolhimento e escuta do discurso da linguagem corporal do paciente, dentro das possibilidades de sua abordagem teórica. A psicanálise parte da lógica de que se o corpo adoece, ele também é capaz de se recuperar, pode se resignificar e com isso, eliminar a doença. Quando pensamos em questões psicossomáticas, encaramos ainda mais esta ação, não como simples discurso, mas como atuação verdadeira na busca pela reconstituição do sujeito cindido.

Na pós-modernidade é muito comum à fala: “não tenho tempo pra mim”; “não gosto da profissão que escolhi”; “não entendo o que está acontecendo a minha volta”; dentre outras. Acreditamos na possibilidade das pessoas, em seus processos terapêuticos se darem conta do que estão fazendo com a própria vida, que atos praticados a seu favor ou contra, percebendo os seus desejos, articulados com suas fantasias e necessidades, além da sua modalização de gozo, buscando compreender o seu adoecer.

Percebe-se claramente uma alienação do sujeito diante de seus desejos. As pessoas não têm tempo para conhecerem e reconhecerem suas modalizações de gozo diante do cotidiano, nas ações consumistas da vida contemporânea, nos projetos grandiosos apresentados pela mídia, se deixando levar pelo desconhecido da sua própria existência. Os desejos se confundem com as necessidades, invertendo a lógica da vida para uma lógica comercial, onde o sujeito conhece o desejo de seus filhos, mas desconhece o próprio desejo e com isso, acaba por se alienar ao desejo do grande Outro.

No presente caso, é possível referir que o corpo vitrine da paciente é uma forma de expressão de alimentação de seus desejos na busca do amor, na ideia de suprir suas carências afetivas dando a ela uma possibilidade de sedução, o que permite dar suporte as suas fantasias inconscientes. É papel do analista trabalhar esta ideia de corpo vitrine, não apenas na questão estética, mas através das suas insatisfações e negações. Trazer a tona sua teatralidade para que tenha acesso de seus atos psicológicos e suas possíveis consequências. Permitir que seu desejo não seja tão recalcados ao ponto de tornar-se desconhecido. Também é importante que o analista esteja atento as questões da sexualidade expostas pela histérica, para entender o que ela trás no discurso e na linguagem corporal. Neste relato de caso é importante compreender como se dá a competição entre a paciente e sua irmã, em que contexto as duas se rivalizam diante da questão do feminino, do questionamento sobre o porquê de “minha irmã sentir inveja de mim”. Deve ser observada atentamente a imagem que constrói em torno de si mesma e quais as dificuldades em diferenciar-se ou igualar-se ao feminino, exposto pela irmã.

Camilla está assujeita a esse contexto de pós-modernidade, sabe o desejo de seus pais, ex-marido, filhas, mas não compreende os próprios. Aliena-se no discurso do Outro, faz-se como empregada, cozinheira, enfermeira, mas não como uma mulher autônoma e de direitos. Reconhece-se como desiludida diante de todos os fatos relacionados a figuras masculinas, mas não percebe o que fez, e o que continua fazendo e o que poderia mudar em relação a isso.

Tem dificuldade de falar claramente sobre sua solidão, esconde-se em suas tarefas diárias, para justificar a inoperância pela busca da felicidade. Refere-se ao próprio isolamento como uma ironia do destino e não como um reflexo de suas práticas de auto-sabotagem.

Camilla encontra-se numa posição existencial passiva diante da vida e com muita dificuldade em encarar suas questões pessoais, repetindo essa mesma atitude com sua possível neoplasia. Prefere a estratégia de esconder-se do pai do que procurá-lo e expor suas questões de vida. Seu apartamento está no nome de seu pai, o qual lhe disse que passara o mesmo para as netas (suas filhas). Ela deseja mudar-se de Taguatinga, das proximidades do ex-marido, onde se sente vigiada, mas não consegue buscar alternativas viáveis para sua satisfação. Continua morando no mesmo lugar, continua se sentindo vigiada, continua se sentindo exposta a uma vizinhança que, segundo ela, sabe de toda traição de seu marido e do novo relacionamento dele, mas ainda não consegue encontrar a mudança satisfatória para a sua vida.

Ao não se dar conta da realidade continua, alimentando a insatisfação, como uma possibilidade histórica de manter sua lógica de menos amada. Tem dificuldade de encarar um novo relacionamento em sua vida, frustra-se com ele antes mesmo de começar, elenca banalidades como grandes dificuldades na vida a dois e, assim, permanece em seu isolamento geográfico e social.

Apesar da dificuldade para encarar o futuro, pois para Camilla ele já está traçado, no sentido do encontrar a morte. Não busca seus exames como uma chance de continuar uma morta-viva em sua posição de submissão e de falta de esperanças. Acredita ter câncer de mama, mas não vai atrás do diagnóstico, que pode ser negativo ou positivo e, muito menos, vai em busca da cura, o que poderia dar a ela um futuro, onde poderia se engajar em um projeto menos destrutivo e passivo. Apresenta também insônia, pois muitos pensamentos a povoam, pois diante da ambivalência, não sabe como lidar com a morte, mas também não tem estratégias para lidar com a própria vida.

Neste contexto, negar as possibilidades de tratamento na rede pública de saúde nada mais é do que uma forma de continuar garantindo sua posição historicamente passiva e frustrada diante da realidade.

A difícil relação com o futuro está baseada em sua incapacidade de lidar com o Real, com seu corpo, com seus desejos e necessidades, o que contribui para a formação de restos psíquicos que vão se acumulando em sua cadeia de significantes, deformando seus verdadeiros desejos em incógnitas indecifráveis, fato este que pode estar ampliando ainda mais a sua insatisfação e até mesmo a ação diante de tudo.

O desconhecimento sobre si mesmo leva a uma incrível fragilidade psíquica, e como consequência, também orgânica. Seus sintomas como gastrite, insônia, fraquezas corporais e dores de cabeça se relacionam com sua estratégia de entregar-se diante da vida. Seus

sinthomas buscam encontrar amarração a sua cadeia de significantes, tentam gerar possibilidades de cortes não feitos pelo Nome-do-pai, que foi desautorizado pela paciente.

O caminho percorrido nesta monografia se constitui em uma possibilidade de abordar um tema contemporâneo voltado para o estudo da psicossomática. Entende-se que existam outras formas de compreensão, mas no sentido psicanalítico abordado, os sintomas fazem sentido no consultório clínico, no trabalho terapêutico e na escuta flutuante (entre a teoria e a narração do paciente). Essa escuta permite a verdadeira compreensão dos desejos, demandas e necessidades do sujeito. Dessa forma é possível entender o motivo da cadeia de significantes do sujeito, buscando aproximar-se do objeto *a*. É necessário desvelar os nós da história de vida do sujeito, através da investigação clínica de seu passado para que ele possa desfazer estes “nós” e ter um novo olhar e dar novos sentidos para o seu existir. No caso específico de Camilla, é fundamental que ela possa voltar a ressignificar a fala cristalizada de sua mãe: “você não tem o direito de adoecer”. Ela precisa construir um novo significado para que possa dar continuidade a sua vida, percebendo que tem o direito de adoecer e com isso, lidar com seu corpo de forma mais satisfatória.

A psicanálise é capaz de trabalhar este fenômeno junto a seus pacientes, dando a eles as possibilidades de se reestruturar como sujeito, numa posição ativa diante dos próprios desejos, um sujeito capaz de lidar com todas as transformações da pós-modernidade e manter-se saudável e íntegro enquanto ser humano autônomo e de direitos.

REFERÊNCIAS

- BUCCI, E; KHEL, M. R. *Videologias: ensaios sobre televisão*. São Paulo: Boitempo, 2004.
- CABRAL, A. *Dicionário técnico de psicologia*. 14 ed. São Paulo: Cultrix, 2006.
- CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da História. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, Abr, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em ago, 2010.
- DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.
- ERIK, P. *Os nomes do pai em Lacan: pontuações e problemáticas*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- FERNANDES, M. H. *Corpo*. Casa do psicólogo, 3 edição, São Paulo, 2008.
- FONTES, I. As novas doenças da alma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, ano 5, n 4, p. 161-163, dez, 2002.
- FERRAZ, F. C. Das neuroses atuais à psicossomática. In: Ferraz FERRAZ, F. C. VOLICH, R. M. (org.) *Psicossoma: Psicanálise e Psicossomática*; 2 ed. S. Paulo, Casa do Psicólogo, v. 1, 2005, p. 25 - 40.
- FREUD, S. *A sexualidade na etiologia das neuroses*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v.3.
- _____. *As pulsões e seus destinos*. Tradução de Verlaine Freitas In: *Gesammelte Werke*, vol. 10. Frankfurt am Main: Fischer, 1999, p. 209-232.
- _____. *Fantasia histéricas e sua relação com a bissexualidade*. v. 9. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- _____. *O Mal-Estar na Civilização*. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*, Edição Standard Brasileira, versão eletrônica, v. 21. Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- _____. *Pulsões e seus destinos*. V. 14 In: Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

GONÇALVES, D. M. F. A fantasia precursora dos sintomas. *Revista de psicanálise*. p. 37-41, ano 19, n. 186, jun, 2006.

INCA. *Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2011. [home page] <http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=piramide.asp&ID=3> Acesso em: 18 de maio, 2011.

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan*. 5 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LACAN, J. A transferência e a pulsão. Em: *Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. Do uso lógico do sintoma ou Freud com Joyce. Em: *Seminário, livro 23: o sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. *O sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LAUREANO, M. M. & CHATELARD, D. S. Sobre o sujeito não-UM: a heterogeneidade discursiva e a presença da lalíngua. *STYLUS: Revista de psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 19, out. 2009.

MULLER, M. C; ANDRADE, T. M. R; CASTRO, A. G. Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 39-43, jan./abr. 2006.

NASIO, J. –D. *A fantasia: o prazer de ler Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. *Psicossomática: as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

_____. *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

_____. *O prazer de ler Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

OCARIZ, M. C. *O sintoma e a clínica psicanalítica*. O curável e o que não tem cura. São Paulo, Via Lettera Editora, 2003.

- ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SCHILLER, P. Organismo, corpo e linguagem. *Viver Mente & Cérebro*, São Paulo, Edição Especial, n. 4, p. 82-91, [2005]. Coleção Memória da Psicanálise.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Relatório das DANT no DF e do plano distrital de promoção à saúde 2009. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/300/373/00000269.pdf> Acesso em maio, 2010.
- SOLER, C. O corpo falante. Caderno de *Stylus*. Edição bilíngue. Rio de Janeiro: IF-EPFCL-Brasil, Ed. 01, maio, 2010.
- TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, v. 1, p. 21-42, maio, 2006.
- UniCEUB. Centro de Formação de psicologia, CENFOR. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.uniceub.br/Curso/Graduacao/cur010_psicologiacenfor.aspx. Acessada em maio, 2011.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro(a) Senhor(a)

A pesquisadora professora Doutora Marcella Marjory Massolini Laureano, psicóloga, cujo e-mail: mammlaureano@gmail.com, juntamente com seu pesquisador auxiliar, estudante do 9º semestre de psicologia, Leonardo Eustáquio Sant'Anna da Silva, cujo telefone de contato é: 9223-6162 e e-mail de contato: leoeustaquio@gmail.com, pretendem desenvolver a pesquisa intitulada como: Corpo câncer: Uma reflexão psicanalítica.

O objetivo deste estudo é de investigar a concepção de corpo e psicossomática na clínica psicanalítica em pacientes com câncer, a partir de um estudo de caso; investigar o conceito de corpo para psicanálise; compreender o funcionamento da psicossomática para psicanálise; procurar relações entre a psicossomática e a compreensão do câncer.

Para o andamento desta pesquisa, solicitamos a sua autorização em participar da pesquisa junto ao CENFOR do UniCEUB.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto, além daqueles previstos em qualquer ação terapêutica de psicologia. A coleta de dados será restrita ao período de terapia a qual ele será submetido.

Caso precise continuar em processo terapêutico depois da pesquisa, seu tratamento psicoterápico continuará ocorrendo no CENFOR, sem nenhum prejuízo.

Sua participação terá como benefício direto o tratamento terapêutico no CENFOR, mas caso não deseje participar ou desista da pesquisa, você poderá continuar seu tratamento sem nenhum transtorno ou prejuízo. Além deste benefício direto, a pesquisa poderá obter conclusões que possam colaborar com a ação terapêutica de pacientes com câncer.

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso, que não seja pela coleta de dados durante a sua terapia.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UniCEUB, pelo telefone 3966-1511 ou no e-mail: comite.bioetica@uniceub.br ou com os pesquisadores.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ou punição.

Nenhum dado encontrado será divulgado com suas identificações e todos os preceitos éticos serão resguardados. Todos os dados referentes à pesquisa poderão ser informados, bastando que sejam solicitados.

Não existirão despesas durante a pesquisa. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos, congressos e monografia de fim de curso, sem nunca tornar possível sua identificação.

Só assine este termo depois de ler e tirar qualquer dúvida que possa existir quanto a esta pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Corpo com câncer: Uma reflexão psicanalítica.

Eu discuti com a equipe de pesquisa sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data ____/____/____

Assinatura do participante da pesquisa

Nome:

Endereço:

RG.

Fone: ()

_____ Data ____/____/____

Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – CENFOR

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro estar ciente que:

1. Serei atendido no processo de _____, que será conduzido por um aluno / estagiário do último ano do curso de Psicologia do UniCEUB, que será orientado por um professor devidamente qualificado e inscrito no CRP – Conselho Regional de Psicologia.
2. Os atendimentos poderão ser observados através de uma sala destinada a este fim, para que o estagiário possa ser orientado pelo professor – supervisor e para que outros alunos possam também aprender com o acompanhamento do caso.
3. De acordo com os objetivos do Projeto de Estágio, os atendimentos poderão ser filmados ou gravados, para fins de acompanhamento da evolução do caso e/ou pesquisa.
4. O estagiário guardará segredo (sigilo profissional) em relação ao que for tratado nas sessões, exceto na supervisão.
5. Nos casos em que o cliente for inscrito no CENFOR por Instituições/ Empresas, o professor-supervisor poderá encaminhar laudos psicológicos a um outro profissional da mesma área, a critério da Instituição / Empresa e / ou a critério do próprio CENFOR.
6. Os casos atendidos no CENFOR, para serem divulgados publicamente, seja como relatório, artigo, monografia ou em simpósios, congressos, etc., deverão submeter-se à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____.

Aluno

Professor Orientador

Assinatura

Assinatura

Cliente: _____

Assinatura

Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB –

SCS – Quadra 1 - Conj. A - 3º andar - Edifício União - Brasília-DF – Fone: (61) 3966-1626

www.uniceub.br – cenfor@uniceub.br



ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



1

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Brasília, 03 de junho de 2011.

Parecer 242/11.
Do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UniCEUB
Para: Marcella Marjory M. Laureano
Leonardo Eustáquio Sant'Anna da Silva

Assunto: Encaminhamento do Parecer Nº CAAE 0189/10 TCC 278/10.

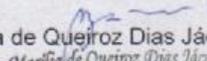
Prezados Pesquisadores,

Informamos que foi aceita a Emenda ao referente ao projeto de título **“Corpo com câncer: Uma reflexão psicanalítica”** e de **CAAE 0189/10 TCC 278/10** referente a mudança do sujeito de pesquisa. O mesmo continua aprovado nos termos do memorando 535/10 de 29 de outubro de 2010.

Reiteramos a necessidade de atenção aos Incisos IX.1 e IX.2 da Resolução 196/96 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto.

Solicitamos o envio do relatório, conforme anexo.

Cordialmente,


 Marília de Queiroz Dias Jácome
 Comitê de Ética em Pesquisa – UniCEUB
 Coordenadora

SEPN 707/907, Campus do UniCEUB, Bloco IX, 70790-075, Brasília – Fone: (61) 3966.1511
 Educação e Cidadania
www.uniceub.br – comite.bioetica@uniceub.br
 Parecer CEP/UniCEUB Nº 242/11.

Na carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa consta um nome diferente do título desta monografia. Esta discrepância se deu por uma sugestão de alteração dada pela banca examinadora e acatados pela professora orientadora e pelo autor.