

Um laço de amor entre a poltrona e o divã¹

Ariane de Freitas Severo²

“O que não me faz estremecer, suar, desatinar. O que não me faz meus olhos brilharem, meu coração bater mais forte, não precisa fazer parte da minha vida”.³

Resumo: O presente trabalho fala sobre a relação analítica, a intersubjetividade. Trata do *insight* através da interpretação e também da intervenção como um processo relacional central na experiência de análise, em que o paciente sente-se compreendido. Trata também de um psiquismo aberto, em constante construção; de uma técnica psicanalítica resultado do interjogo entre psicopatologia e paradas do desenvolvimento ou de uma abordagem mais clássica e uma contemporânea.

Palavras-chaves: clínica psicanalítica; intersubjetividade; interpretação; processo analítico; trauma; luto.

Abstract: This study talks about the analytic relationship and intersubjectivity. It demonstrates the insight through the interpretation and intervention acting as a relational process in the central experience of analysis, in which the patient feels understood. A mind open, in constant construction. A psychoanalytic technique that results from the interplay between psychopathology and stops the development or an approach more classical and contemporary.

Keywords: psychoanalytical clinic; intersubjectivity; interpretation; process psychoanalytical; trauma; lute.

¹ O título é inspirado num artigo do psicanalista Roberto Graña, também uma homenagem .

² Psicanalista, professora, supervisora e Diretora Científica do Contemporâneo Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade (Porto Alegre).

³ Afirmação de um paciente.

Como reagiu Juliane à perda real de objetos amados? Juliane perdeu a mãe ainda criança. Não foi uma perda real, mas estranhos sintomas e sentimentos de desesperança, de incompreensão, de dor a fizeram, muitas vezes, se isolar em um mundo particular e desejar a morte. Como Juliane significou este distanciamento afetivo da mãe? O pai ocupou, desde sempre, um lugar marcante, devido às características e impossibilidades da esposa. Juliane, com vinte e poucos anos, teve um de seus sonhos premonitórios, mas nada pôde fazer para evitar a tragédia. Perdeu o pai de forma repentina, um infarto fulminante.

Ivo, que era seu patrão, chegou para ocupar o lugar de pai. Homem bem mais velho, protetor, muito bonito, apaixonado. Diante dos olhos de Ivo, Juliane era a mais linda, a mulher perfeita.

Juliane nunca esteve tão doente, afirma que os médicos não sabem o que ela tem, como *ajudá-la*. Diz que prefere as dores constantes as quais já aprendeu a suportar, a lidar. Se tiver que permanecer assim, ela prefere morrer. Aos poucos, vai contando o que vem acontecendo e comunica, sem muito afeto e nenhuma conexão com o agravamento de seus sintomas e com sua desesperança, a morte recente do homem de sua vida, o pai de sua filha. Ela não perdeu apenas Ivo, o seu amor, perdeu tudo. Ivo tinha por ela uma admiração incondicional e *ajudava* a ela e a sua família em tudo que necessitavam.

Juliane sente-se insegura, indefesa, impotente. Não sente mais dor física. Não consegue chorar a dor pela falta de Ivo. Sabe que é difícil. As pessoas dizem que ela deve estar sofrendo, os familiares acham que ela adoeceu por causa dele. Porém, ela mesma não sabe nem como se sente, nem as consequências e as relações dessa perda com seu estado atual de saúde e de ânimo. Não consegue falar de como se sente por ter perdido Ivo, que condensava tantas funções em seu cotidiano e em sua mente. Frente ao estado doloroso que não pode ser elaborado, entram em marcha diversos processos defensivos que são, ao mesmo tempo, reação e tentativas de sair do sofrimento. Recrimina, critica e castiga a si mesma. Sente-se culpada por não ter ajudado mais a Ivo face às dificuldades financeiras. Acha que todos desistiram dela, que não a suportam. Experimenta a sensação de estar incomodando, de que os outros querem se livrar dela.

Retorna ao tratamento psicanalítico, depois de anos, com sintomas de anorexia, preocupações hipocondríacas, pânico, sensação de engasgo, sufocamento, angústia intensa, baixa autoestima, desvalimento. Percebe-se cada vez mais assustada e desiludida. Os familiares impotentes e com medo a culpam de não aderência ao tratamento, de não se

esforçar para melhorar. Sua pele está extremamente sensível. Juliane já acorda irritada, cansada e desanimada. Tem dificuldade de concentração e, pela intensificação da depressão, apresenta um pensamento ruminativo e paranoide.

Há vários meses, prolonga-se este sofrimento, depressão cronicada, desestimação. Para abolir o sofrimento, Juliane termina por abolir o pensar e a afetividade. Está desvitalizada. O mundo é tido como perigoso. Sente-se incapaz frente a esse mundo ameaçador e sem propósito.

Como ajudá-la? As pessoas dizem que ela sente-se culpada pela morte do Ivo, no entanto não encontra um elo entre um fato e outro. Um laço se desfez. Nada faz sentido. O que os médicos e parentes afirmam só a faz sentir-se, cada vez mais distante e incompreendida.

Associo a anorexia nervosa de Juliane à tentativa de compensar determinada imagem corporal com sentimentos de não ser querido, algo narcísico de base. Sei que crises de pânico estão ligadas à angústia de separação e desamparo. Lembro dos ensinamentos de Granã: pessoas com pânico sentem falta de equilíbrio. Um pavor de cair para sempre. A ausência é para sempre, não há solução de continuidade. Para Kohut, o primário é a falha empática do objeto, o que se repete na transferência. Ela ataca constantemente seu próprio corpo, há um sadismo do superego. A autocrítica deteriora sua imagem e estima, exercendo um impacto terrível em seu *self*.

Pergunto-me qual o tipo de angústia predominante em Juliane?

O antigo sintoma da fibromialgia desapareceu. Antes sentia dor por todo o corpo. Agora não mais a experimenta. Parece estar desarticulada, desconectada. Não sente dor, entretanto tem muita falta de ar, sufocamento, dificuldade para engolir, medo de engolir, de se alimentar. Por se engasgar, teve que ir, várias vezes, à emergência hospitalar. Juliane está definhando.

Ela pede para ser hospitalizada, cuidada de maneira intensa, constante. Deseja que encontrem seu diagnóstico, que não a tomem por louca. Na emergência hospitalar, a 'viram do avesso' e não encontram nada. Não aparece o objeto que provocou o engasgo e, mesmo com oxigênio em níveis normais, sente falta de ar e sensação de morte. Os profissionais que a atendem dizem que ela está com crise de pânico e que deve retornar ao psiquiatra.

Juliane decide, por insistência da filha, me procurar. Como já teve câncer de mama, preocupo-me com a reincidência já que passou muito da data de avaliação. Entro em contato com o mastologista que solicita uma bateria completa de exames e internação para

recuperação do peso e realização dos exames. Este mastologista e eu trabalhávamos juntos numa clínica, na época do diagnóstico de câncer, portanto conheço a história de Juliane.

Faço seu acompanhamento dentro do hospital. Nada de grave aparece nos exames. É indicada a Juliane reavaliação psiquiátrica e medicamentosa, permanência da psicoterapia com aumento da frequência das sessões. É transmitida orientação para a família e feita a combinação de que fique apenas com a psiquiatra e psicanalista e um médico responsável que poderia ser o reumatologista.

Juliane consultou vários especialistas, ao longo dos últimos meses. Cada um lhe prescreveu um remédio e adotou uma conduta diversa. Muitas vezes, algum discordou ou desfez o tratamento do outro. Juliane não deu continuidade a nenhum dos tratamentos.

Ela precisa se vincular ao tratamento psicanalítico e parar de perambular por diversos especialistas. Sua busca é uma não desistência. Um pedido de ajuda, um desejo de valorização, de reconhecimento da sua doença, da sua dor. Juliane quer saber o que tem, quer um alívio para seu sofrimento, uma explicação para seus sintomas. A peregrinação é em vão. Os médicos não sabem o que acontece com ela. Receitam remédios que nada resolvem.

Juliane, ao recuperar-se fisicamente, recebeu alta hospitalar. Ela esteve numa ala destinada a pacientes com risco de suicídio, pois, na avaliação psiquiátrica do hospital, mencionou sua vontade de morrer. Depois de sair, toma lanzoprazol, néxium, amitriptilina e uma medicação para o refluxo.

A morte de Ivo, que ativou várias perdas, representa um ataque e a destruição de um objeto valioso. Como consequência, nada mais lhe é apetitoso, nada a retira desse sentimento de apatia. A agressividade volta-se contra seu próprio corpo, como um dos caminhos pelo qual desemboca a depressão, devido ao sentimento de desesperança e impotência de realização do desejo. A preocupação e o trabalho conjunto de uma equipe multidisciplinar e com a família proporcionam o tipo de ajuda e sustentação da qual necessita.

Durante a hospitalização, Juliane teve problemas com o plano de saúde. Se Ivo fosse vivo, ele resolveria a situação como sempre o fez. Era um homem poderoso na cidade. Deu emprego a todos os familiares. Protegia Juliane de tudo e de todos, especialmente quando ela estava doente. Foi pela constatação de que, se Ivo estivesse vivo, ela não teria essas dificuldades com o plano de saúde, que Juliane compreendeu, um pouco, a respeito do significado da perda de Ivo, do desamparo causado pela morte deste homem que significava tanto, até mesmo tudo em sua vida.

Por que, no entanto, a dificuldade de engolir, por que o engasgo? Ela se faz esta pergunta. Juliane lembra-se da vez que o viu no hospital. Descreve de forma viva o horror da cena. Ele no corredor da UTI numa maca. Ela quer desviar da cena. Eu insisto para que permaneça, peço mais detalhes, rastreio a cena traumática. Como um homem que já foi tão importante nesta cidade pode ficar jogado num corredor de hospital? É uma cena humilhante. Juliane diz que não aguentou vê-lo daquela maneira. Descreve que ele estava inconsciente. Um lençol deixava a descoberto partes do corpo. Era uma situação degradante para um homem como ele. Juliane fala então da traqueotomia. Nunca a havia mencionado antes. Descreve o procedimento com horror e leva a mão ao pescoço. Olha para mim com pavor e depois com ar de surpresa. Pergunta então se pode haver ligação com seu sintoma. Digo-lhe que é muito importante ela se perguntar e pensar sobre isso. Insisto no que ela sentiu ao presenciar esta cena. Imaginei que ela falaria do sufocamento. Ela diz: *Fiquei com pena, o Ivo adorava comer.* Fico surpresa com a associação. Pergunto o que ela pensa sobre o que acabou de falar. Percebo que a única coisa que posso fazer é o que aprendi com Faimberg - nos ajudar (a paciente e a mim) a formular interrogações – ou, como aprendi com Freud, construir uma interpretação interrogativa. Ela percebe que o que estava solto e desconexo toma algum sentido ali, comigo, e faz a ligação com a sua dificuldade para comer.

Nas semanas seguintes, Juliane aproveita intensamente seu tratamento psicanalítico. Associa, faz descobertas, produz muito. Os sintomas, porém, persistem e se intensificam. O refluxo resiste a todos os tratamentos medicamentosos e acentua e perpetua a rinite. Juliane retorna ao reumatologista, mas não sente firmeza, acolhimento. Decide consultar outro especialista que lhe havia sido indicado e que ela desistira de procurar. Este profissional investiga com interesse, devolve o conhecimento de que necessita, escuta e confia em suas explicações. Ela me diz: *Há um entupimento de um lado do nariz e a inervação manda mensagem para que todo o trajeto volte a funcionar, produzindo constantemente um muco que escorre pelo outro lado. O pneumologista diz ser o resultado da má postura, já que foram descartados problemas neurológicos. A má postura e inclinação para a esquerda sustentam o diagnóstico, o aumento da secreção do lado esquerdo (no lado esquerdo do peito...) O grande perigo é uma bronquiectasia que vai alargando a artéria que vai para o pulmão. Ele prescreveu um tratamento para a rinite que serve de atrativo para bactérias pelo aumento de secreção. Médicos anteriores descartaram o diagnóstico de rinite. Este pneumologista conversa, explica e entende de fibromialgia. É quase como falar contigo.* Juliane consegue permanecer em tratamento com o psiquiatra, a psicóloga e este pneumologista. Vai iniciar

tratamento com a fonoaudióloga para exercitar a musculatura flácida, sintoma da fibromialgia, que provoca a disfagia.

O tratamento psicanalítico prossegue. Juliane conta a história de um vestido de crochê da mãe, no dia em que a analista usa um vestido parecido com o de sua mãe. Juliane sente falta dela. Aos poucos, vai concluindo que a mãe sofria do mesmo mal que a aflige: fibromialgia. Só que nunca foi diagnosticada. As pessoas achavam que ela inventava os sintomas. Juliane sente pena da mãe que nunca teve um tratamento que a ajudasse. Compreende, identifica-se com ela. Sente-se culpada pelo abandono da mãe, na doença. Por seu abandono no final da vida de Ivo e pelo abandono dele nesta doença. Vê o quanto adquiriu para si o sentimento de maldade, o quanto odiou a mãe e depois a si mesma pelo abandono. E, mais tarde, o quanto se sentiu culpada por não poder impedir a morte do pai, a raiva pelo pai tê-la abandonado. Identificou-se com a mãe, com a imagem de desvalia do final da vida de Ivo, com sua imagem traquitomizada, na UTI do hospital. Emergiu ódio negado pela falência financeira e afetiva de Ivo no fim da vida.

Juliane teme pela filha. A fibromialgia é hereditária. A filha sente cansaço, dores pelo corpo. Ela própria considera-se um peso para a filha. Agora, através do que sentia em relação à mãe, compreende (por identificação) como a filha sente-se. Ela me pergunta como aguento tantas pessoas se queixando no consultório. Pergunta meu signo. Sou do mesmo signo chinês de sua mãe. Somos parecidas na elegância e no gosto pelos detalhes. Desistirei dela? A mãe era uma costureira muito requisitada para roupas finas. Sempre lhe ofereço água, pois Juliane precisa tomar líquido o tempo todo por causa da xerostomia. Um dia ofereço-lhe café, para que ela se alimente. Lembra-se então da cafeteria do pai, a única da cidade, *muito chique esse cafezinho Ariane*.

Nesta etapa do tratamento, ela revive, na transferência, a necessidade do objeto grandioso, uma imagem parental idealizada. Eu incremento o café que lhe traz lembranças. Conjuntamente com interpretações transferenciais, que surgiram pelo acolhimento, faço intervenções empáticas. Afetos brotam por todos os lados: de dor pela perda dos pais, perda do pai da filha, perda do substituto dos pais. Ela fala do desejo da filha de sair de casa e pensa no agravamento de sua doença como um impedimento para a realização dos desejos de crescimento da filha. Falamos do medo de morar sem a filha e dos fantasmas que assombram outras gerações.

Essas perdas foram afetos insuportáveis e Juliane não teve um contexto intersubjetivo que a possibilitasse elaborar o trauma. Seus cuidadores não estavam afinados com seu

sofrimento até a chegada de Ivo. Depois, os médicos não estavam afinados com seu sofrimento, até a chegada da analista. Os familiares achavam que ela não comia para chamar atenção. Depois foram, progressivamente, se afastando, cansando e não mais conseguiam cuidar e sustentar a angústia. Nem a dor física, que costumava acalmar a angústia existia mais. A morte de Ivo ativou situações traumáticas: cirurgia, câncer, tantas perdas, mutilações, despedaçamento, fantasia de sacrifício, situações terríveis, catastróficas, sem nome como a doença da mãe, e seus sintomas.

Juliane não vive, sobrevive. Arrasta-se, vence um dia depois do outro. O que foi estratégia defensiva pode se converter em busca ativa de satisfação narcisista. A amitriptilina indicada para a fibromialgia foi a única medicação que amenizou a dor e a fez dormir e não recordar sonhos premonitórios. A única medicação que funcionou, provocou como efeito secundário, xerostomia, que pode levar ao glaucoma e careia os dentes, deixa a pele ressecada e extremamente sensível. Seus olhos estão secos, não há lágrimas, ela precisa usar uma lágrima artificial. Não há salivagem, contribuindo para a disfasia, dificuldade para engolir provocada por musculatura flácida e falta de salivagem (característica da fibromialgia com a junção da xerostomia). Pequenos pedaços de alimento alojam-se em saliências e curvas, provocando sensação de asfixia. Seu corpo está desidratado, flácido. Laringite posterior crônica por refluxo esofágico, associado a edema de glote (inchaço na musculatura) é o que revela o resultado do exame, solicitado pelo pneumologista que Juliane escolheu. O laudo realizado pela fonoaudióloga, por solicitação do novo especialista, sugere lentidão no trânsito esofágico.

Aparece também aumento da rinite, característica da fibromialgia. Esta rinite não é alérgica, mas produz uma contração da musculatura do nariz, causando irritação, produzindo secreção e sensação de queimação. Essa secreção, pela xerostomia, fica retida na garganta e provoca falta de ar, sufocamento. O psiquiatra sugere retirar a amitriptilina, armitasapina e substituir por Menelati, para abrir o apetite e recuperar peso, e ‘Alentos’, um comprimido ao meio dia e outro ao deitar. O pneumologista concorda com esta indicação. Pede a continuidade do tratamento fonoaudiológico para recuperar a musculatura flácida que contribui para a disfagia e enfatiza a importância da psicoterapia. Juliane está vinculada com esses dois médicos e com a analista. Ela sente que, depois de anos, poderá tentar a substituição da medicação.

A origem de todos os sintomas é a fibromialgia que se origina num sono que não é reparador. Desde pequena, tenho problemas com o sono e necessidade de um quarto com

nenhum ruído externo. Não existe o sono REM e todas as funções do corpo são afetadas. Tenho bruxismo e a síndrome das pernas inquietas. A fibromialgia começa após um evento traumático, a nível emocional ou físico. Eu complemento que a origem de todos os sintomas é o desamparo, a falta de um ambiente que a ajudasse a dar conta de tanto sofrimento.

Um evento traumático ocorreu em certo momento da vida desta paciente e fixou o uso de determinados mecanismos de defesa, dando notícia da data do evento. Há uma zona insaturada, uma falta, já que a mãe estava ocupada demais com sua dor. São elementos operando juntos, dando consistência ao sujeito, marcando pela intensidade e repetição. Seu corpo carrega pesadas lembranças, o peso dos mortos. A mãe, traumatizada por uma doença incapacitante, incompreendida, funciona como um depositário narcisista. A filha se utiliza das mesmas defesas da forma. Ela fixou as defesas, o que impõe, potencialmente, uma subjetivação (contrato narcisista) e limita (ligado ao pacto denegativo). A defesa dominante usada pela família se transmite de uma geração à outra. Esta família fabrica mulheres com dores.⁴

Juliane precisa, desesperadamente, dar sentido ao que sente e sofre, ao que tem vivido ou deixado de viver. O que dói muito é a incompreensão, o desconhecimento, a banalização de seu sofrimento. Até bem pouco tempo, sentia-se isolada, sentia-se uma estranha. Não tinha vontade de nenhuma atividade social. Ficava constrangida por preferir a solidão. Percebia uma sensação de estranhamento, de não pertencer a este mundo, vontade de morrer. A realidade externa produz um sentimento de impotência, mesmo mediada pela realidade interna. Sentia-se defeituosa, inferior e invadida por um sentimento de vergonha por ter um corpo doente. Juliane revive o trauma que despedaçou todo sentimento de continuidade. Sente a dor no corpo, na forma de sintomas, cada vez mais regressivos e incapacitantes.

Como o plano de saúde tinha contratado por Ivo, todos os exames eram autorizados na cidade dele e ele mesmo se encarregava desta aprovação. Sem Ivo, o plano tornou-se inviável, pelo valor e pela burocracia. Juliane faz o primeiro movimento de autonomia, de elaboração da morte do Ivo. Procura e faz outro plano de saúde. Compreende um pouco mais de sua dor.

Completa-se um ano da morte de Ivo. Juliane retorna à cidade, presta sua homenagem, fala dos comentários dos amigos, dos familiares, do povo. Muitas pessoas confirmam o quanto ele a amava. Fala da desilusão e das dívidas por causa da política. Juliane reconhece o quanto ela o ajudou em retribuição e que não fez mais, visando proteger o patrimônio da filha e não falir junto.

⁴ Juliano Fontanari em comunicação particular.

Juliane lembra tanto de cenas queridas, vividas na infância, como de cenas maravilhosas com Ivo. Reconhece o quanto tem lutado e o quanto tem sofrido. Sente-se corajosa. Pesquisa muito na internet sobre fibromialgia. Reafirma a importância do tratamento, do espaço que construiu comigo. Passei a entender que Juliane precisava uma abordagem muito mais focada no déficit, por não se tratar de uma patologia de conflito.

O tratamento evolui. Ela se sente acolhida. Aparece um projeto de vida para o futuro: a compra de um apartamento perto da irmã e de onde a filha pretende morar. É um apartamento menor, ensolarado, com garagem. Conversamos sobre o significado desse movimento, desse investimento. Eu funciono como um *self*-objeto, como um instrumento que lhe outorga valor narcísico, sem o qual não poderia existir. Um enlace com a vida. Trabalhamos em cima da legitimação, reforçando os aspectos positivos, com as duas linhas: na culpa clássica pelos impulsos destrutivos e na impotência pelos desejos inalcançáveis.

Decorram meses de tratamento. Juliane está muito envolvida com um sobrinho que precisa de sua ajuda para vencer o ano letivo. Outro sobrinho, por motivos profissionais, vem morar em seu apartamento, o que a faz se sentir invadida. Não consegue falar sobre isso com a irmã. O que era para ser provisório prolonga-se. Juliane sente que não conseguirá resolver esta situação que a sufoca. A família considera natural um sobrinho morar na casa da tia. Sua filha teve que permanecer na casa dessa irmã, mãe do sobrinho/inquilino, por seis meses, quando pequena, num período de depressão intensa de Juliane. Ela sente como se estivesse pagando uma dívida. Ela a paga com o próprio corpo. Insurgir-se pode significar um rompimento com a irmã, um esfacelamento da família. Lembro de Winnicott e Roberto Graña⁵: não comer pode ser uma questão de sobrevivência, um “não” à violência que o imperativo do outro impõe.

Vou desvelando a efetiva problemática da paciente que não é apenas física ou psicopatológica. Juliane deve se submeter, retornar à complacência ou se rebelar, da forma que pode, não engolindo o que lhe enfiam *goela a baixo*? Os médicos que frequenta exigem que ela se conforme com seu sofrimento, que espere um avanço da ciência. Ela deve desistir de viver? Conformar-se? Todo seu lado místico já fora ativado. Soluções mágicas tentadas. Formar sintomas ainda é um ruído de vida.

Juliane recorda o momento em que a filha foi morar em outra cidade do interior com a irmã mais velha. *Em 93 eu estava desesperada. Fiz aquela cirurgia que tu sabes e o médico*

⁵ Grupo de estudos no Contemporâneo sobre a obra de Winnicott, coordenado por Roberto Graña, e em comunicação particular.

fez uma lesão no nervo e eu não conseguia cobrir aquela área do corpo. Não conseguia me vestir, sentia muita dor. O analgésico era injetado por um tubo que ficava na coxa. A equipe da dor diagnosticou lesão do fêmur cutâneo, originando causalgia. Mas foi meu psiquiatra que diagnosticou a fibromialgia e me aposentou. O Ivo levou nossa filha para a cidade dele. Nessa época, minha filha estava com 7 anos e essa irmã mais próxima, que morou comigo para seguir estudando, tinha um bebê. Por isso, decidimos que o pai assumiria. Mas, como ele era casado, Carolina ficou com minha irmã mais velha por seis meses. Eu pensei que ia morrer. Resisti a tudo para trazer minha filha de volta. Tu vês é uma situação completamente diferente do meu sobrinho, agora. Se minha filha sair de casa, vem a namorada dele pra cá. Aí sim que eles tomam conta. Eu não vou conseguir me defender sem a Carolina. A ela, eles ainda respeitam. Eu não consigo me impor. Não consigo. Sempre fui assim. Eles tomam conta. Só me resta o encerramento no quarto.

Qual o legítimo sentido de sua vida? Juliane, por vontade própria, decide que desse jeito não quer mais viver. Mas o que significa isso? Não quer mais viver de maneira inautêntica. Não mais se submeter, alienar, devassar. Como, porém, encontrar outra forma de viver se seu ambiente sempre foi assim?

A análise tem prosseguimento. Juliane pesquisa muito na internet, segue perseguindo um diagnóstico, a cura. Diz ela: *glossodínea, acontece com quem tem fibromialgia. É uma queimação e dor numa área isolada da língua. Ocorre em pessoas com anemia, distúrbios digestivos, cherostomia. A maioria dos casos acontece em mulheres pós-menopausa. O tratamento é empírico, já que não conseguem detectar o fator desencadeante. Seguem as pesquisas... Essa dor de cabeça tem origem na base da língua, neuralgia do glossofaríngeo, a dor é unilateral e incapacitante, diz no site, ando zozona, com náuseas. À noite, durante o sono, diminuía a secreção, mas agora não, deve ser por causa do calor, o ventilador piora (...). Tenho a síndrome do intestino irritável e uma disfunção mandibular.*

Ela retrocede no tempo. Juliane conta que foi visitar o 'seu' Emílio, o motorista do caminhão de leite que a levava para o interior do município, quando começou a lecionar. *Ele já não tem mais o estômago. Ele está com câncer. Está com 80 anos. Ariane, eu me emocionei tanto com esta visita. Ele dizia: agora eu já posso morrer. Tu não podes imaginar como aquele convívio contigo me fez bem. Foi o período mais alegre da minha vida. Esses anos todos, eu lembrava disso (começou a chorar). O homem chorava e dizia, agora eu já posso morrer. Tu eras muito alegre, Juliane. Ela chora e fala...Querido, amado. Quatro e meia da manhã, eu estava sentada ao lado dele e o ajudante pegando os tarros de leite. Com*

meu pai era assim como com o 'seu' Emílio. Lembro do enterro dele como se fosse hoje. Foi muito duro eu ter sonhado com a morte do meu pai e não ter podido impedir, avisar.

Falamos do sentimento de impotência e da sensação de que os médicos e a família não a escutam e não percebem os sinais de que ela sente que não pode continuar vivendo dessa maneira. Eu interpreto o sentimento de impotência, não apenas em relação à morte de Ivo ou à doença, mas como algo que vai mais além de um objeto particular e aponto para uma mudança de representação. O que ficou inscrito no psiquismo de Juliane é que ela não poderia fazer outra coisa se não pensar pela perda do objeto. Aqui me refiro à saída da filha também.

*A dificuldade de deglutição pode estar associada à formação de secreção. Achei isso no setor gastrointestinal e o gastro diz que o que tenho não é mais com ele. Ivo? Pensei eu, hoje o agravamento de alguns sintomas e a sensação de ser um peso estão muito mais ligados à filha que cumpre um papel indispensável para a manutenção do equilíbrio psíquico da mãe em vários níveis: no balanço narcisista, vitalidade, sentimentos de segurança e proteção. O desaparecimento de objetos com importante função faz emergir angústia. A filha e eu, na transferência, exercemos funções que complementam o déficit. Funcionamos como self-objeto. Quando explico para a paciente que a saída da filha pode significar esse desequilíbrio emocional, pois vai faltar algo primordial. Pergunto-lhe o que seria e qual a relação que pode ter com a solicitação de internação neste momento, ela responde: *É que eu só olho e a Carolina sabe o que eu estou sentindo. Numa clínica tu não precisas falar nada.* Eu complemento. Então tu estás dizendo que ela te entende, acredita em ti e que tu vais ficar sem isso? *É. Quando eu fiz a cirurgia as pessoas entendiam. Agora não.**

Falamos na relação alegre e bem humorada que ficou preservada com a filha e, mais recentemente, em alguns momentos, comigo e, principalmente, com o sobrinho menor, filho de outra irmã, que mora no mesmo bairro, e que ela leva e busca na escola, na aula de inglês. Ele a acompanha em algumas tardes e a motiva a ir para o fogão, cozinhar alguma gostosura favorita do menino. *Recordo agora, Ariane, que nem sempre foi penoso conviver comigo, uma professora no ano de 77 escreveu para mim na dedicatória de um livro: 'Tu me deste alegria, e eu, com asas de pássaro, reinventei sonhos. Foste a estrela guia e eu me beneficieei da tua bondade. Juliane, obrigada!'* São momentos em que não se sente tão pesada,

Juliane consulta o pneumologista. A falta de ar se intensificou. Retorna com exames. Na ressonância, aparece um desvio de septo e o líquido escorre para a esquerda. O rosto está inchado de tanta secreção. Está com infecção nas vias respiratórias. Suspeita que a prótese

mamária comprima o estômago e contribua para o refluxo. *Eu falo da prótese e o mastologista diz que não. Muito obeso tem refluxo por causa da pressão. Eu sou magra mas formo uma barriga pela má postura. Eu não sei... Eu acho que essa prótese é num bloco mais para baixo do que a mama original. Pesa mais para o abdome. O mastologista diz que o refluxo é pressão intra-abdominal e que a prótese está colocada na costela e que não pode estar pressionando o abdome. Mas eu acho que o cérebro faz uma interpretação errada da prótese mamária. Não pode ter sido tão simples assim perder um símbolo da feminilidade.* Concordo com suas ligações, comento o quanto Ivo a valorizava. Sem ele, não há mais feminilidade, razão para um corpo de mulher.

A perda do pai/Ivo implicou uma alteração profunda de sua identidade representacional. Houve a perda de um vínculo organizador, que sustenta o narcisismo. Ela fica numa situação precária, já que o objeto cumpria funções vitais.

O corpo é suporte de uma identidade escolhida e sempre revogável. O corpo de Juliane é a apresentação de si, a imagem que pretende dar aos outros e por essa imagem é julgada e classificada.

Peço sempre que Juliane pense sobre o que falamos. Ela diz que, desde pequena, sente-se sem energia e sabe que precisa de uma atividade física. A irmã mais próxima sempre insiste para que se exercitem juntas. Juliane acha que seria mais fácil e até bom, mas não consegue iniciar.

Em outra sessão, ela disse: Lembra que te falei que a fibromialgia começa após um evento traumático, a nível emocional, mas principalmente ligado ao trauma físico? Estávamos falando da cirurgia, em 79, para a retirada do culote. Momento em que se apaixonou por Ivo. Nunca aceitei meu corpo. Fiz essa cirurgia com o pioneiro na época e deu tudo errado. Se tu visses a cicatriz que ficou... era daqui até aqui. Nunca mais botei um maiô. Fui em todos os cirurgiões plásticos e disseram que não podiam resolver. Em 92, voltei ao local do crime. Ele refez, levantou a cicatriz. Quando passou o efeito da anestesia foi um inferno. Ele me estragou de vez, lesionou o nervo, o desgraçado.

Na sessão seguinte, Juliane trouxe uma pasta e começou a falar dos exames. *A ecografia da cervical mostrou linfonodos aumentados no pescoço do lado esquerdo. Conforme vai para a biópsia. Com esse resultado ele me mandou para o otorrino. É como se um corpo estranho estivesse invadindo meu pescoço. Esse defeito postural está intensificando a sinusite e a rinite.*

O refluxo persiste, penso que pode estar relacionado a uma forma de se insurgir contra a violência externa. A agressividade voltada contra seu próprio corpo diz da falência do outro, da inconsistência. Qual é o investimento transferencial no momento? Seus sintomas... Procuo escutá-la, como necessita, ajudá-la no desvelamento. Ao mesmo tempo, sei que a questão é outra, não posso deixar que a paciente fique pensando apenas na doença. O sintoma não é o mais importante, ele é uma cortina de fumaça. Os médicos tratam os sintomas de forma pragmática, exigem a volta à complacência. A questão é mais complexa.

Juliane sentiu-se muito mal ao acordar. Passou uma noite terrível, tendo que abrir a boca e puxar o ar com todas as suas forças e sobreviver a engasgos. Chegou bem cedo ao consultório, porém sem ânimo. Comentou que pediu à filha para ser internada. A filha foi trabalhar. Juliane melhorou, durante a manhã e saiu para um passeio com a cachorrinha. Acabou passando na frente do local onde a filha trabalha. O porteiro a viu e cumprimentou e conversaram animadamente sobre cachorros. Acontece que a filha havia comentado de sua preocupação com a mãe enferma. O porteiro, ao rever Carolina, comentou que não podiam estar falando da mesma pessoa. A filha ficou furiosa. Disse que Juliane a fez passar por louca, que ficou com raiva. Saiu arrasada para trabalhar e depois a mãe passou bem bela, rindo pela clínica. Como a paciente arma uma cena dessas? Os familiares a tomam por alguém que quer chamar atenção. A vontade de atingir o outro está, muitas vezes, presente no exagero da encenação. O espectador sente-se tocado e participa, por procuração, do sofrimento do outro.

A fibromialgia é assim, Ariane, vai melhorando ao longo do dia. A gente sofre de fadiga, insônia, tristeza, rigidez nas articulações, flacidez na musculatura, dor. Para cada um dos sintomas uma medicação específica. O alentos que eu tomo é para a tristeza. Tenho a síndrome das pernas inquietas e a síndrome do intestino irritado, tudo associado com a fibromialgia que é a origem de tudo.

Retomo o que ela me ensinou sobre a origem da fibromialgia, o evento emocional traumático. Falamos da mudança e da intensificação de seus sintomas relacionados com a morte de Ivo, o afastamento da família, a saída da filha e outros acontecimentos. O tratamento parece não evoluir. Penso na circularidade existente entre Ivo e a desconfiança com o mundo externo que a faz regressar para o vínculo com o morto. Essa idealização a impede de pensar que possa haver outra relação gratificante. A fidelidade ao morto está ligada a sentimentos de culpa e, muitas vezes, Juliane resiste a tentativas do analista que poderiam reduzir o sofrimento. Tristeza e dor funcionam como testemunhos de seu amor. No luto normal, há uma saudade. No luto que não pode ser elaborado, escutam-se lamúrias, lamentos, a tentativa de

aplar o superego. Como Juliane vai dar conta da morte de Ivo sem que isto seja vivenciado como uma falta de lealdade, traição?

Lembro do que estudei com Abraham e Torok sobre falhas significativas na simbolização que se oporiam ao luto e, ao mesmo tempo, sobre a elaboração do luto como um processo que depende do contexto. A meta e o desenvolvimento da vida psíquica baseadas no processo de introjeção aproximam-se da noção freudiana de elaboração psíquica.⁶ Procuo, como analista, facilitar a aceitação e a superação de perdas. A elaboração do luto se dá na intersubjetividade.

Juliane consultou um neurologista. Como há queixa de muita falta de ar à noite, o médico a mandou para o laboratório do sono para verificar se não sofre de apneia. É investigada a dor de cabeça que se intensificou. Juliane acha que a dor de cabeça atual é esse sobrinho ter se instalado em sua casa e a decisão da filha de morar com o namorado, em outro apartamento. Nas sessões que seguem, Juliane fala muito do medo que sempre teve quando a filha saía de casa, ia a festas. Não sabe como vai conseguir dormir, das preocupações com a filha e do medo que sente. Fala do quanto tem medo da solidão. O sistema narcisista determina a emergência de emoções e a mobilização de determinadas defesas. Essas defesas chegam a perturbar o funcionamento psíquico e a relação com a realidade e determinam o aparecimento de sintomas.

Os exames indicam microdespertares, bruxismo e síndrome das pernas inquietas. O neurologista disse que a qualidade do sono é péssima, mas ela não tem apneia. Ele a encaminha para um bucofacial para reavaliar bruxismo e a possível relação com a dor de cabeça lateral.

Ariane, eu estou com 48 quilos, não consigo comer nada. Que graça tem a vida se a gente não consegue comer? Tem sentido viver sem comer, se comer é o que tem de mais prazeroso? Eu parecia a estar escutando falar do Ivo. Comento isso e digo-lhe que, na última sessão, ela chorou muito ao escutar, na sala de espera, a música deles. Lembro de outro paciente que me disse: *e da minha boca fechada nasceram sussurros e palavras mudas que te dediquei*. Tive vontade de chorar. Falo da importância dessas conexões e a ligação com os sintomas. Ela pergunta: *como pode a cabeça de uma pessoa gerar tudo isso?* Tomo o cuidado de não banalizar o que sente. Na transferência, minha voz, meu olhar são vividos como fonte de segurança, apego do tipo mais regressivo.

⁶ Lembrei das conversas com a colega Viviane Thomazi.

Sei que tenho que conter a ansiedade existencial, a incerteza, o desconhecimento. Ela transforma emoções desconectadas, desligadas, sem sentido, em sintomas corporais. É o processo sintomato-simbólico. Eu tento encontrar palavras e atitudes emocionais que a tranquilizem, neste momento de tanta angústia e solidão.

Na sessão seguinte, embora com muita dor de estômago, Juliane conta que saiu com a filha, que caminharam juntas até o salão, fizeram unhas, pintaram os cabelos e depois foram almoçar. Ela teve vontade de fazer um prato bem colorido e descreveu em detalhes o que serviu, camada por camada. Comento do prazer dela em comer por estar acompanhada. Comer sozinha não tem graça. Outro dia comeu pizza para homenagear, comemorar a formatura do sobrinho amado.

Quando Juliane descobre um diagnóstico, diminui a ansiedade e o medo. Quando faz algumas ligações comigo, a angústia livre liga-se a algo. Na formatura do sobrinho, a quem ajudou a estudar no período de provas, para o espanto e alegria geral, conseguiu comer pizza. Todos sabem que o sobrinho não se formaria se não fosse seu cuidado, insistência e afeto.

A transferência circula nos bordos da história e do sintoma. A escuta e a interpretação, que passa pela transferência, possibilitam a desidentificação. Na relação comigo, abre-se a dimensão intersubjetiva. Muitas intervenções se dão a partir do que construímos juntas. A paciente diz: *Apesar de ter uma doença que só quem tem sabe, nunca me sentia só. A minha sobrevida estava no coração pulsante do Ivo e da Carolina. Contigo, Ariane, falo de futuro, de uma aspiração de cura, de esperança. A palavra mais linda da nossa língua é esperança.*

Quando a realidade invade nossos consultórios, somos nós, os analistas artesãos, que nos lançamos à frente, desbravando novos territórios da sensibilidade e da imaginação, para que algo novo se crie, na intersubjetividade, *um enlace entre a poltrona e o divã.*

Referências

BLEICHMAR, H. Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular- transformacional. Aperturas psicoanalíticas. **Revista internacional de psicoanálisis**, n. 001,1-15, 2010

BLEICHMAR, H. **Avances em psicoterapia psicoanalítica -Hacia una técnica de intervenciones específicas.** Buenos Aires, Paidós, 2005.

GRANÃ, R. B. O diálogo transicional na psicanálise de crianças: indicação lúdica e testemunho presencial. **Revista Brasileira de Psicanálise**, vol. 44, n. 2, 55-66, 2010.

KILLINGMO, B. Conflito e déficit: Implicações para a técnica. **The International Journal of Psycho-analysis**, vol 70 – Part 1.,1989.

WINNICOTT, D. (1979) **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

FAINBERG, H. A telescopagem das gerações e propósito da genealogia de certas identificações, 71-94, cap.2 in: **Transmissão da vida psíquica entre gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

FONTANARI, J. A construção do sujeito e da subjetividade sujeitada à estrutura: os mecanismos de defesa e as fôrmas, moldes de transmissão psíquica, 57-96, Cap.2. In: PIVA, A. e colaboradores. **Transmissão transgeracional e a clínica vincular**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

SEVERO, A. Transmissão psíquica e identificações alienantes, 265, 284, Cap.11. In: PIVA, A. e colaboradores. **Transmissão transgeracional e a clínica vincular**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006

STOROLOU, R. Mundos de experiência: Combinando dimensões filosóficas e clínicas na psicanálise (comunicação oral). Conferência proferida na VI Jornada Bianual do Contemporâneo: A Psicanálise do Século XXI. Porto Alegre, 19, 20 e 21 de agosto de 2010.

STOROLOU, R. Horizontes do Mundo: Uma alternativa para o inconsciente freudiano (comunicação oral). Conferência proferida na VI Jornada Bianual do Contemporâneo: A Psicanálise do Século XXI. Porto Alegre, 19, 20 e 21 de agosto de 2010.