

O sintoma e a clínica psicanalítica

Maria Cristina Ocariz

O que é o sintoma? E por que é tão difícil modificá-lo? Aqui, algumas respostas para esta questão, ilustradas por um comovente relato clínico.

O presente trabalho é produto da reflexão e pesquisa a respeito da questão do sintoma, suscitada por minha prática clínica. Apresento aqui o caso de uma paciente em análise, que me levou a interrogar, mais uma vez, a dimensão terapêutica da psicanálise, seus limites, e quais os critérios de condução de uma cura e de final de uma análise. Como analistas freqüentemente nos questionamos, nos indagamos a respeito das vicissitudes dos processos de análise que conduzimos e os caminhos que percorremos. Neste caso, a questão específica se refere *ao que fazer com os sintomas que o paciente apresenta ao final de uma análise.*

Trata-se de uma paciente que após nove anos de trabalho árduo à procura da verdade de seu desejo, de angústia pela existência de uma homossexualidade que colidia com seus valores morais, de elaboração de inúmeras situações traumáticas que atravessaram sua vida, de conseguir aprender a saber o que fazer com alguns movimentos pulsionais que insistiam em se satisfazer de maneira narcisista e anárquica e propôs a dar por finalizado o percurso de sua análise. Continuava, po-

rém, apresentando alguns sintomas que a acompanhavam desde a adolescência, que a incomodavam e não puderam ser removidos ou modificados durante o processo analítico.

As perguntas clássicas que todo analista se faz surgiam-me em borbotões. É a psicanálise uma psicoterapia? O que se pode fazer analiticamente com a satisfação compulsiva de um sintoma, e com a resistência do analisante que se nega a parar de repetir? Qual o destino dos sintomas ao final de uma análise?

Freud na carta 133 a Fliess, do dia 16 de abril de 1900, diz: "E. concluiu, por fim, sua carreira como meu paciente com um convite para jantar em minha casa. Seu enigma está quase totalmente resolvido; sente-se perfeitamente bem e seu modo de ser tem mudado por completo; *dos sintomas subsiste ainda um resto.* Começo a compreender que *o caráter em aparência intermi-*

Maria Cristina Ocariz é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e professora do Curso de Psicanálise do mesmo Instituto, mestranda na Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP. Este trabalho foi apresentado no Espaço Aberto sobre as Inquietações da Clínica Cotidiana do Sedes, em novembro de 1998.

nável da cura é algo de acordo com a lei e depende da transferência. Espero que esse resto não prejudique o êxito prático. Estava em minhas mãos continuar a cura, mas vislumbrei que esse é um compromisso entre saúde e doença, compromisso que os próprios enfermos desejam, e por isso mesmo o médico não deve entrar nele. A conclusão assintótica da cura decepciona aos profanos; a mim me resulta em essência indiferente. Em todo caso manterei um olho atento sobre este homem (...)"¹.

A psicanálise é um método terapêutico, um método de investigação e uma teoria. Essas três dimensões são solidárias, e uma não pode existir sem a outra. Não se investiga sem prática clínica; a própria cura é um modo de investigar "a fábrica interna da vida da alma"², o mecanismo dos sintomas, com o objetivo de poder avançar no fazer terapêutico.

Porém o que é terapêutico para a psicanálise não coincide, em geral, com algumas convenções sociais e culturais padronizadas. Os critérios de normalidade e patologia foram subvertidos pela psicanálise. Para a psiquiatria existia o normal e o degenerado. Freud postulou e verificou que os mecanismos de funcionamento do psiquismo são os mesmos tanto nas pessoas sadias, como nas doentes. O normal e o patológico se situam numa linha de continuidade; "*o eu normal, assim como a normalidade em geral, é uma ficção ideal (...). Cada pessoa normal o é só em média; seu eu se aproxima ao do psicótico neste ou naquele aspecto, em grau maior ou menos.*"¹ O único critério de saúde seria a capacidade de ter prazer e de produzir. O neurótico perde parte de sua capacidade de gozar e de produzir em função das defesas inadequadas que se utiliza para lidar com os conflitos e dos sintomas que consegue estruturar, que consomem um *quantum* exagerado de energia psíquica, desviada das atividades

produtivas, que levariam ao prazer. Não existe nenhuma diversidade qualitativa entre as condições de saúde e da neurose; "as pessoas sadias enfrentam a mesma luta para dominar a libido, apenas obtém maior êxito"².

O sintoma no começo da análise

Desde o momento em que Freud começou a trabalhar com as histéricas, o sintoma se colocou como um enigma. A psicanálise se propõe a decifrar este enigma, teó-

obturar sua divisão, e fazê-la suportável. Para que um sintoma leve à análise é necessário que esteja descompensado. Um sintoma estabilizado satisfaz o sujeito; é uma mensagem congelada, não se dirige ao Outro, não pede nada a ninguém, não leva ao analista, se satisfaz em sua própria repetição. O sintoma da entrada em análise é um sintoma com perda de gozo, que está predisposto a buscar um complemento, isto é, a se dirigir a um outro. Esse movimento se manifesta sob a forma de uma queixa e de um pedido ao analista para que faça

A psicanálise é um método terapêutico, um método de investigação e uma teoria. Estas três dimensões são solidárias, e uma não pode existir sem a outra.

rica e clinicamente, a fim de possibilitar as pessoas viverem em melhores condições, com maior liberdade em seus atos e menor sofrimento. O sintoma é aquilo que incomoda, provoca desprazer e dor para o sujeito. É aquilo que o sujeito reconhece como tal. Para que seja possível a entrada em análise é necessário que o ele tenha suas próprias razões: algum tipo de quebra de sua harmonia, dos pontos de equilíbrio que organizam o sentido de sua vida, alguma ruptura que o angustia. O sujeito em perfeita homeostase é aquele que consegue

algo com este sofrimento. As pessoas só procuram um analista se tiverem algo a demandar numa análise, e essa demanda sempre se refere a uma queixa, a um mal-estar e, portanto, é sempre uma demanda de cura. *É uma aberração da prática psicanalítica pensar que os fins terapêuticos estejam fora dela.*

Nem sempre se pode afirmar que exista um sintoma na entrada em análise. Mas é preciso que nesta entrada esteja presente a divisão do sujeito que faz transferência. Desde as primeiras entrevistas o sintoma vai se constituindo e busca por

uma interpretação. O trabalho da análise se inicia com um sujeito que se pergunta sobre sua implicação no que está acontecendo, e procura um saber, uma teoria para que possa entender e poder mudar. Essa demanda não se dirige a um outro qualquer: se dirige, a um outro, ao qual supõe ter o que lhe falta; um saber de como solucionar aquilo pelo qual sofre. A demanda cria o Outro-analista, o inventa, e nele deposita a chave da felicidade.

Lacan fala de uma “purificação do sintoma”³. O sintoma vai tomando forma, consistência, prescinde cada vez mais de elementos secundários e aparece com mais nitidez. É um fenômeno que acontece no percurso da cura, não necessariamente na entrada. O sintoma se constrói em análise; é criado pela análise. Não basta a queixa, o pedido: para que uma análise aconteça, há que se constituir a causa. Para tanto é preciso que se estabeleça um suposto saber. “Não sei qual é o significado, mas meu mal-estar, minha dor tem uma causa, tem um sentido que eu desconheço”. Para o pensamento lacaniano, esta frase não é uma leitura, uma interpretação do sintoma, é o próprio sintoma, no sentido psicanalítico do termo, o sintoma que se constrói na análise e que caminha no sentido da cura.

O desejo é fundamental para que o tratamento psicanalítico possa acontecer. É indispensável que o paciente deseje parar de sofrer, mas que saiba que é um trabalho que vai exigir de sua parte uma posição ativa, um compromisso, uma responsabilidade perante seus atos. Este é um dos princípios éticos da psicanálise.

Existe uma dimensão terapêutica na psicanálise que se indaga sobre como a psicanálise resolve, soluciona os sintomas. Na maioria das análises surgem dificuldades em removê-los; os pacientes resistem a abandoná-los ou transformá-los, pois devido a função de satisfação

paradoxal que cumprem no psiquismo humano, podem ficar ancorados na subjetividade, que por sua vez deles necessita a fim de permanecer estruturada.

Em função deste fenômeno, o problema ético que enfrentamos na condução das análises não é pequeno, pois *o que ocorre quando,*

O sintoma se
constrói em análise,
é criado pela
análise. Não basta a
queixa, o pedido,
para que uma análise
aconteça: é
necessário o desejo de
parar de sofrer.

dissolvido um sintoma, o sujeito não encontra nada para colocar em seu lugar?

O sintoma como mensagem. A interpretação decifradora

O sintoma é um fenômeno subjetivo que se constitui não como sinal de doença, mas como efeito, produto de um conflito inconsciente. É uma formação do inconsciente, assim como o sonho e o ato falho, que expressam um sentido mascarado. O sintoma não é con-

tingente; possui um motivo e um propósito. Tem causa, direção, finalidade e função na vida psíquica; é sobredeterminado, e sua raiz se encontra na história do sujeito. É portador de um saber do inconsciente recalcado; é uma mensagem cifrada, um hieróglifo a ser interpretado; um retorno do recalcado, mais ou menos travestido e disfarçado, a ser decifrado.

Desde Freud predomina a idéia de que o sintoma é a expressão deformada de uma verdade escrita em algum lugar, e o trabalho analítico consistiria em decifrá-la. Para Lacan em sua primeira fase, o sintoma estaria estruturado como uma linguagem; uma palavra congelada a ser liberada; o inconsciente seria o capítulo censurado da história do sujeito, e a verdade poderia ser encontrada porque está escrita. “O sintoma é aqui o significante de um significado reprimido da consciência do sujeito. Símbolo escrito sobre a areia da carne... Mas é uma palavra de pleno direito, porque inclui o discurso do outro no segredo de sua cifra”⁴. A meta da análise é o advir de uma palavra verdadeira: “(...) a verdade está escrita nos monumentos que residem em meu corpo, de onde o sintoma histérico mostra a estrutura da linguagem, se decifra como uma inscrição, que uma vez traduzida pode ser destruída sem perda grave (...)”⁵.

Desta perspectiva, se o desejo inconsciente fosse formulado na análise, se, durante o processo, o sujeito descobrisse sua verdade, tornasse consciente o desejo censurado, recalcado, se o reconhecesse como próprio, poderia traduzi-lo, colocá-lo em palavras, verbalizá-lo, e o sintoma deixaria de ter eficácia, sua função desapareceria, se dissolveria, se resolveria.

Isabel de R., a famosa paciente de Freud, não podia caminhar, tinha uma paralisia histérica em uma perna. A análise revelou que seu desejo proibido era amar seu cunhado; sua irmã era, portanto, um em-

pecilho. Ora, desejar o cunhado, desejar a morte da irmã, são idéias intoleráveis e se expressam através de uma paralisia na perna que a faz mancar. *É o desejo de dar um mau passo.* E esse mau passo fica encarnado na perna. O mau passo estaria no lugar de seus pensamentos referentes à sua vida amorosa e à rivalidade com a irmã.

Esta concepção pode levar à idéia de que se trata de descobrir uma verdade que já estaria pronta, e que ficou fixada em algum ponto do passado. Porém, a verdade do sintoma não é algo que já esteja feito, que pertence ao passado, sepultado, e tem que ser descoberto, desenterrado. Trata-se do futuro; algo a se gerar, a se construir. A verdade não é algo que se descobre; é algo que se constrói. O curso de uma análise consiste na re-escritura de uma história⁶. Existem muitos mal-entendidos imaginários na vida de um neurótico, pelos quais ele recalca, sem necessidade, aspectos de seu desejo; não realiza fantasias movidas por pulsões que poderiam se satisfazer sem ultrapassar as limitações de seu corpo nem transgredir as interdições da cultura. O neurótico sofre, padece de inibições de funções egóicas, ou estrutura sintomas pouco eficazes por estar amarrado a uma história fantasmática-mítica, que na análise poderá ser reconstruída ou construída, possibilitando que o sujeito mude de lugar e consiga, assim, “liberar-se de seus bloqueios, inibições, sintomas e anormalidades de caráter”.⁷

O sintoma como satisfação pulsional. A resistência a curar-se

Nem sempre depois do trabalho de retificação da história imaginária do paciente e da tomada de consciência do sentido dos sintomas, eles se dissolvem ou modificam. O sintoma é uma formação do inconsciente diferenciada. O lapso, o chiste, o sonho são fugazes,

instantâneos; o sintoma tem uma certa inércia, persistência, durabilidade. Esta inércia provém da pulsão, que, com sua exigência o alimenta de forma constante. O sintoma é uma das formas pelas quais a pulsão se satisfaz. A modalidade de satisfação do sintoma é estranha. Reconhecer este modo de satisfação libidinal, não é fácil para o paciente. Ele sente apenas sofrimento e dele se queixa; não reconhece nenhuma satisfação, porque o sujeito desta satisfação nada sabe.

Todas as promessas de conforto fracassam porque o ser humano não se satisfaz na “vida mansa”; a compulsão a repetir subsiste na formação sintomática.

“Não posso parar de lavar minhas mãos”, diz um paciente com as mãos feridas. Existe um pensamento, algo censurado, que foi recalçado e que não pode ser reconhecido. A compulsão a repetir está na representação que foi reprimida e subsiste na formação sintomática substitutiva. A estrutura da obsessão não é a do desejo insatisfeito;

o sintoma obsessivo produz uma satisfação insuportável, que inunda o sujeito de auto-acusações e críticas. A lavagem compulsiva das mãos é uma forma de resolver, por exemplo, a culpa pela masturbação. Mas a pulsão se infiltra no sintoma, e lavar as mãos acaba por produzir tanta satisfação quanto a masturbação.

Esta é a particularidade da satisfação que a psicanálise observa, não tem a ver apenas com o prazer. A psicanálise mostra que o sujeito se satisfaz também naquilo que o fere, que o faz sofrer. É o que acontece na vida amorosa, quando o fator que faz sofrer é eliminado, e a satisfação também: resta uma homeostase entediante, e o sujeito anseia por aquele sofrimento que, enquanto existia, era insuportável. A homeostase não é o estado em que o sujeito quer viver. Todas as promessas de conforto fracassam porque o ser humano não se satisfaz na “vida mansa”, sem movimento. É algo que não pode ser entendido a partir da lógica da autoconservação e do bem-estar.

Freud começou a detectar este fenômeno na clínica quando os pacientes reagiam de maneira negativa aos progressos da cura. Toda solução parcial ou melhora, lhes provocava um reforço momentâneo de seu padecer. “Pioram no curso do tratamento em lugar de melhorar. Apresentam uma reação terapêutica negativa”⁸. Algo se opunha à cura; a necessidade de estarem doentes prevalecia sobre a vontade de melhorar. Este comportamento estaria ligado a um fator “moral” superregóico: um sentimento inconsciente de culpa que encontra sua satisfação na doença e não quer renunciar ao castigo de padecer. Este sentimento de culpa é mudo; o paciente não se sente culpado, apenas se sente doente. A reação terapêutica negativa é uma manifestação clínica que acusa com eloqüência a presença mortífera do supereu: “o que reina no supereu é um cultivo puro

da pulsão de morte (...). Eros e pulsão de morte lutam no isso (...)”⁹. A pulsão de morte é muda, mas é poderosa; com seu poder tenta levar Eros para o repouso. Eros, regido pelo princípio do prazer, é perturbador da paz.

Para Freud, a irredutibilidade do sintoma tem a ver com a pulsão de morte, o masoquismo, o sentimento inconsciente de culpa, a resistência do supereu, a necessidade de castigo. Na segunda parte de sua obra, depois de 1920, enfatiza a relação entre o padecimento, o sintoma e o masoquismo primário.

Lacan dá o nome de gozo a este processo: “(...) o que eu chamo gozo no sentido em que o corpo se experimenta, é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, inclusive da façanha. Incontestavelmente, existe gozo no nível onde começa a aparecer a dor, e sabemos que é só neste nível da dor que se pode experimentar toda uma dimensão do organismo que de outro modo permanece velada.”¹⁰

Há sintomas que são tão perigosos quanto as pulsões recalçadas. Esses sintomas, que se teriam se organizado primariamente como defesas, exigem satisfações que constroem o sujeito, provocam desprazer e conduzem a organização de uma luta defensiva secundária contra eles. Tudo isso consome muito tempo e energia psíquica. “Para obter esse tipo de satisfação os pacientes se dão muito trabalho. Até certo ponto esse trabalho em excesso é a única justificativa de nossa intervenção. Nós, analistas, sabemos um pouco mais que os outros sobre o que é normal e anormal. Sabemos que as formas de acordo existentes entre o que funciona bem e o que funciona mal constituem uma série contínua. O que temos à frente na análise, é um sistema em que tudo se acomoda, e que alcança seu próprio tipo de satisfação. Se nos permitimos intervir nisso, é porque pensamos existirem outras vias, mais curtas, por

exem-plo...Ao nível da pulsão o estado de satisfação deve ser retificado”¹¹.

O sintoma como solução. A resistência a abandoná-lo

Seguindo a herança do saber médico, a psicanálise considerou, em princípio, o sintoma como uma formação desagradável, intrusiva, que rompia a harmonia da vida da

aprendem a obter de seus padecimentos. Isso complica os projetos terapêuticos.

Quando, como psicanalistas, pensamos o sintoma e sua vinculação com a pulsão de morte e com o gozo, a teoria do levantamento do recalque se mostra insuficiente, e as dificuldades na perspectiva de dissolução ou modificação dos sintomas aumentam. Quando se levanta o recalque, o desejo se dá a conhecer, e o sintoma deixaria de ser

A prática clínica psicanalítica mostrou que o sintoma é uma saída na saúde, precária, mas que garante uma certa ordem no sujeito. E isto apesar de as soluções encontradas pelo neurótico serem pouco eficazes.

pessoa. Para a medicina, o sintoma é sinal de que algo não funciona no organismo; e tem que desaparecer para que o corpo volte a seu funcionamento normal.

A prática clínica psicanalítica mostrou, rapidamente, que o sintoma é uma saída que o ser humano encontra; é uma saída na saúde, precária, mas que garante uma certa ordem no sujeito. As soluções que o neurótico arranja são pouco eficazes e lhe provocam sofrimento. O esperado é que esse acordo seja melhorado no processo de análise. Mas os pacientes têm uma relação especial com seus sintomas; existem ganhos primários e secundários nas vantagens que as pessoas

necessário. No entanto, na medida em que a pulsão infiltra o sintoma, este acrescenta uma satisfação por si próprio e se fortalece. *O sujeito deverá encontrar outros destinos para essa pulsão.* O ser humano não é naturalmente predisposto à restrição do gozo que as regras da civilização estipulam.

Lacan chamava gozo aquilo que se torna intolerável para o organismo. A vida humana teria a finalidade de regular o gozo. Nascemos com o gozo no corpo, com uma excitação ou um bombardeio excessivo de estímulos do que o organismo deve se livrar. Com o desenvolvimento, este excesso é drenado do corpo: o desmame, a educação, as

regras e normas do mundo social, a castração enquanto submissão do sujeito ao significante. O grande Outro, enquanto código simbólico, determina que cada sujeito situe seu corpo em um sistema que regula o que se pode fazer e quando. O ser humano, porém, não abandona a ilusão narcísica de ter acesso ao gozo ilimitado, a possibilidade imaginária de ter acesso a um suposto gozo que está fora da castração. Este gozo é real e está fora do registro da imagem e do simbólico.

Para Lacan o sintoma é uma solução¹². O sintoma é uma maneira do sujeito se defender; é uma maneira de substituir um gozo inconsciente, perigoso e irredutível, por um sofrimento consciente, suportável, e, em última instância redutível. O sintoma em si é uma metabolização do gozo; como processamento é menos perigoso do que o gozo anárquico, sem limites nem represamentos.

A neurose é uma maneira pela qual o sujeito responde de maneira sempre atualizada a essa falha da estrutura psíquica humana. O modo como o sujeito se posiciona frente ao gozo determina de que maneira vai construir seus sintomas. As duas neuroses clássicas podem ser diagnosticadas de acordo com o modo pelo qual o eu se defende do gozo, e as soluções singulares que o sujeito constrói para lidar com ele. *A condição humana é sintomática*: essa característica exige um trabalho permanente; pois o sintoma não é algo estável, é *Syntombuilding*, uma formação constante, inacabada.

O sintoma é a prática sexual dos neuróticos. Quanto mais neurótica é uma pessoa, mais se satisfaz em seus sintomas, e menos na relação com o outro. A histeria padece do corpo e a obsessão padece dos pensamentos. É simplesmente isso: o corpo para a histeria e os pensamentos para o obsessivo, costumam ser práticas sexuais. Os neuróticos se satisfazem com isso; embora às vezes seja torturante, é mais do que

com seus parceiros sexuais.

O sintoma permite uma solução ao desejo, oferece uma solução à pulsão, comporta uma solução ao desencontro entre os homens e as mulheres. Esta função é o que dificulta seu abandono. Na medida que aporta uma solução e não apenas um estorvo, o sintoma resiste. Resiste nessa dimensão de que algo se resolve graças a ele.

O problema da finalização das análises

A psicanálise não é uma clínica centrada no sintoma, não visa a sua supressão. Mas é expectativa do analista atingir o sintoma mediante a interpretação, ato analítico, ou qual-

No caso clínico em que procurei ilustrar estas considerações, em um determinado momento da análise eu me perguntava: até quando continuaremos trabalhando? Se a análise está terminando, deveria existir uma cura. Mas que tipo de cura? Por que alguns sintomas continuam ainda insistindo depois de tantos anos de análise? Seria possível criar algo novo, que não fosse da ordem do sintoma? O que aconteceria com o gozo do sintoma no final da análise? Os caminhos da sublimação seriam distintos das soluções que alguns sintomas oferecem?

Pouco a pouco fui descobrindo que não era a única analista que passava por estas dificuldades. Existe uma certa idealização sobre o que seja o fim de uma análise. O fato de

Quanto mais neurótica é uma pessoa,
menos se satisfaz na relação com outro.

O sintoma é a prática sexual dos neuróticos.
Ele permite uma solução para o desejo e para a
pulsão, e é isto que dificulta o seu abandono.

quer outro tipo de intervenção, a fim de transformá-lo, deslocá-lo, torná-lo mais suportável.

O objetivo é moderar o sofrimento neurótico; passar da miséria neurótica aos sofrimentos da vida. Desde seus primeiros atendimentos, Freud tinha essa clareza: “Você irá se convencer de que é grande o ganho se conseguirmos mudar sua miséria histérica em infelicidade comum. Com uma vida anímica restabelecida você poderá se defender melhor dela”¹³.

que uma análise tenha terminado não quer dizer que todo sintoma tenha desaparecido; permanecem restos não resolvidos, ou resolvidos de maneiras que não coincidem com crenças orientadas por um ideal de existência assintomática.

O problema de manter uma análise, de sustentá-la infinita e interminavelmente, poderá caminhar na direção contrária aos fins terapêuticos. A própria relação transferencial pode se transformar em um sintoma patológico, quando

paciente e analista acomodam-se numa relação familiar, íntima, e as análises não avançam, não progredem, perdem movimento. O analista procura sentidos para seus sintomas; em entanto acrescentar mais e mais sentidos pode até forta-lescer. Nestes casos, o analista se torna aliado da resistência a mudar e aliado da resistência à dissolução e/ou transformação dos sintomas.

Nos trabalhos sobre técnica psicanalítica, Freud desenvolve a questão da neurose de transferência. Quando uma pessoa procura um analista está padecendo de sintomas cujo significado pretende decifrar. É inevitável que nesse tipo de relação se produza o fenômeno da transferência; toda a produção nova da doença se concentra na relação imaginária com o analista onde se repetem as modalidades pulsionais, desejantes e de vínculo intersubjetivo mais genuínas e primárias do analisando. Esta neurose de transferência que se cria e recria durante o tratamento analítico é a doença atualizada, colocada em ato no encontro analítico. Os sintomas neuróticos se transformam em sintomas analíticos dirigidos ao analista. A estratégia terapêutica freudiana consiste em se utilizar desta nova neurose artificial, criada pelo dispositivo analítico. No percurso de uma análise os sintomas se transformam, mudam de significado, adotam um significado transferencial no qual o analista é objeto e centro do sintoma. Assim, se organiza um novo problema: "o doente busca uma satisfação substitutiva, sobretudo na própria cura, na relação de transferência com o médico e até pode querer se ressarcir por esta via de todas as renúncias que se impõem em outros campos de sua vida"¹⁴. Coloca-se um impasse na clínica: curamos através da transferência, mas como curar da transferência?

Na neurose de transferência, o sujeito repete situações sintomáticas que o fazem padecer; repete na transferência as situações dolorosas

da vida. O sujeito não consegue elaborar, não pára de repetir. É inútil o analista continuar se esforçando por encontrar o sentido destas repetições. Lacan chega ao mesmo impasse que Freud, e na segunda metade de sua obra, modifica suas técnicas de intervenção como analista. Como "o sintoma em si não busca a interpretação", a procura de

res pessoais do analista podem interferir nas concepções de quais as metas que se propõe uma cura e, conseqüentemente, do fim de uma análise.

O dispositivo analítico trabalha, fundamentalmente, com a palavra, com mecanismos que são próprios da estrutura significante, com efeitos de significado, metafóricos. O

É importante que pensemos como os valores pessoais do analista podem interferir nas concepções de quais metas se propõe uma cura e, conseqüentemente, do fim de uma análise.

significados para o sintoma constitui um problema: dar oxigênio para o sintoma na análise é um obstáculo. O ato analítico como intervenção do analista ganha força.

Existe um gozo na cura. A cura em si pode se transformar em compulsão, pelo próprio gozo do dispositivo; a interpretação ao infinito pode estar ao serviço do gozo da palavra. Existe uma resistência à cura, por amor ao vínculo, que pode eternizar os processos. A relação com o analista pode se transformar em um sintoma.

A ética que rege a operação analítica não é conseqüência automática do dispositivo analítico. O processo analítico está fundado na associação livre e na interpretação, mas existem éticas diferentes que podem sustentar práticas diversas com o mesmo dispositivo. É importante que pensemos como os valo-

gozo é real, algo que está fora da simbolização; a direção é constante, volta sempre ao mesmo lugar e provoca sofrimento. O trabalho da análise consiste em questionar, desconstruir, provocar deslizamentos que coloquem em movimento as modalidades defensivas que o analisante dispõe, a fim de abrir caminhos na luta contra a estereotipia do gozo. A psicanálise não opera diretamente com o gozo; mas a experiência analítica demonstra que estas táticas produzem resultados. O analista no lugar do sujeito suposto saber, a repetição na transferência, a rememoração, a interpretação, são os operadores com que se constroem significados. A elaboração de um saber sobre a fascinação e sobre o horror que provocam os sintomas tem efeitos sobre o real. A psicanálise opera com o simbólico e produz efeitos no real. É uma

cura pela palavra, mas que tem efeitos no corpo. Lacan fala de um metabolismo do gozo: durante uma análise o gozo sofre uma transformação. O que o processo psicanalítico propõe é *neutralizar a repetição*, conhecer o passado para ir além dele, apontando para o futuro. O sujeito consegue um novo acordo com o gozo; mas a experiência analítica mostra que os sintomas não desaparecem.

O sintoma neurótico é uma maneira que o ser humano tem de se defender das vicissitudes e perigos da vida, mas também é doença quando se opõe à transformação. O neurótico é aquele que faz sempre a mesma obra, pinta sempre o mesmo quadro, se repete no mesmo ponto, no mesmo fracasso, na mesma dificuldade, no mesmo obstáculo. Isso é um sintoma empobrecedor, que incomoda. Analisar-se significa reconhecer o sintoma, se angustiar, seguir os labirintos do desejo, com o intuito de sair do aprisionamento nas redes imaginárias do fantasma, e viver em outro estado, menos passivo, mais atuante, criativo e transformador.

O ser humano não pode viver sem sintomas, mas ideal seria estruturar sintomas em movimento, em mutação. A meu ver, a proposta do tratamento seria a de aprender a construir novos equilíbrios pulsionais, novos sintomas que produzam o menor sofrimento possível. O objetivo de uma análise seria, assim, um trabalho sobre a autonomia com a qual o sujeito possa vir a se relacionar com seus sintomas.

O trabalho é árduo, pois para o paciente é difícil, e mesmo perigoso abandonar seu companheiro, o sintoma, pois teria que construir uma nova economia libidinal, renunciando aos ganhos que ele confere e encontrando algum outro objeto para colocar em seu lugar. Freud sabia das limitações deste trabalho; apesar da perspectiva ser inquietante, é suficientemente atual, verificável no dia-a-dia da clínica e

na vida cotidiana. Lacan afirma que tem aspectos do sintoma que são incuráveis. Existe um núcleo de gozo não elaborável no sintoma. O que resta de inércia sintomática ao final de uma análise, tem a ver com o fato de que esse é o modo de gozo central, reduzido, único e privilegiado do sujeito.

Há um ponto de impossível onde chega toda análise. Esse ponto obriga um sujeito a intentar uma solução para seu próprio incurável.

Em seus últimos seminários, Lacan fala de algumas possibilidades do sintoma no final da análise, que passo a comentar como simples enunciação, e que poderemos desenvolver em outra oportunidade.

1) *Levantamento, remoção do sintoma*: quando o sintoma pode perder sua eficácia e ser substituído por outro.

2) *Identificação com o sintoma*: fórmula de Lacan para se referir ao estado em que fica o sintoma, ou a relação sujeito-sintoma no final de uma análise, já que ele não caminha no sentido da destruição. O sintoma se transforma, muda, se modifica, em algum sentido desa-

parece e aparece outro, mas não há nada mais do que transformação do sintoma que vai assumindo formas diversas, diferentes formas significantes.

3) *Saber-fazer (savoir-faire) com o sintoma*: é tão difícil eliminar o sintoma, porque ele é o melhor que se tem, é a melhor solução que se pode encontrar e o que resta é viver em bons termos com ele. A análise pode chegar até o ponto de conhecer o núcleo não reduzido, incurável, do próprio sintoma, saber manipulá-lo, lidar com ele, não se deixar enredar por ele.

Há um ponto de impossível aonde chega toda a análise. Esse ponto obriga um sujeito a inventar uma solução para seu próprio incurável: o incurável próprio de cada um. É uma solução que não é codificada, que não responde a nenhum padrão de saúde ou de doença. É uma solução que só pode se procurar se se encontrar um impossível. Se não existir encontro com o impossível, não se coloca a questão de procurar uma solução.

Caso clínico

Ao iniciar sua análise, Helena tinha 31 anos. Era casada e tinha uma filha de 3 anos. Seu casamento estava em crise. O nascimento da filha tinha sido muito traumático. "Não estava preparada para ser mãe"¹⁵. Sente falta de cuidados maternos e de alguém que a proteja de seus medos. No primeiro ano de análise engravidou de sua segunda filha.

Apresentava extensa sintomatologia fóbica (medo de sair da casa, medo de se relacionar com os estranhos) que lhe trazia dificuldades de se desenvolver profissionalmente. Sentia-se pouco ativa, paralisada em relação a seu trabalho. Queixava-se de se sentir deprimida, com sensação e sentimentos de vazio e fragilidade. Está cansada de suas dúvidas, angústias e confusões. Se-

gundo ela, sofreu a depressão mais violenta quando nasceu sua filha: “estava catatônica, não queria fazer nada, nada tinha sentido”.

Mudou de cidade para estudar. A saída da casa dos pais “foi horrível, reconheço que saí empurrada; os primeiros seis meses foram terríveis, vomitando, vomitando, vomitando. Sentia falta de ar, a respiração ofegante”.

sações no palco da transferência que permitiram ir alinhavando os diversos sentidos destes sintomas. Com vômitos e náuseas seu corpo falava onde a palavra faltava; fomos encontrando e construindo histórias e lembranças para seus medos, inibições e dores.

Suas lembranças infantis aparecem rapidamente. Lembra-se como uma menina muito carente, com

sua voz dizendo: ‘não volte tarde’. Meu pai não queria pagar nada. Mas quando o gastroenterologista me encaminhou para o analista, ele assumiu o pagamento para que sua filhinha sarasse.” (Refere-se a uma análise de 3 anos, que fez na adolescência). “Consegui parar de vomitar. Meu pai me fazia sentir culpada; mas eu saí da casa de meus pais apesar dele. Embora fosse complicado, nunca neguei algo que eu quisesse para crescer. Me autorizou a sair para estudar na universidade.”

“Como eu reagia com meu pai? Quando ele começava a gritar, eu saía da mesa, ia chorar ou vomitar; ou ficava calada, recebendo uma torrente de agressões. Me sentia impotente em relação a ele. O amor de meu pai nunca era da forma que eu queria; ou era agressivo, repressivo, ou levava as coisas para o lado sexual”.

A relação com o marido é carinhosa, companheira, fraterna, mas sexualmente insatisfatória. O nascimento da filha foi muito complicado, ficou muito desorganizada. “Quando nasceu minha primeira filha não queria que ninguém da minha família viesse. Foi um gesto raivoso, desafiante”. Primeiramente foi ajudada por uma enfermeira, e depois por uma senhora de meia idade que se dedicava a cuidar de crianças. Esta mulher a cuidou com o carinho que ela desejava. Helena se vinculou a ela com um amor compulsivo e erotizado. Estabeleceu uma relação homossexual, com ingredientes de proibição, transgressão, amor primitivo, que a angustiava muito. A intensidade pulsional que vive nesta relação é difícil de ser administrada por seu eu, que abandona quase todas suas outras funções. Helena descreve sua relação com ela como uma relação cancércera, que a devora por dentro. Mas ao mesmo tempo, esta relação é um excelente sintoma que lhe serve como proteção para evitar que saia para o mundo.

“Meu pai vomitava sua raiva quando a gente não fazia o que ele queria, explodia, botava fogo pela boca. Ele me fazia sentir culpada, mas saí da casa de meus pais apesar dele.”

Seus sintomas começaram na adolescência. Terminou o colegial; entrou na universidade. Sentia-se muito feliz e com vontade de exprimir sua liberdade. Mas começou a vomitar, a ter náuseas e tonturas. Tratava-se de um sintoma clássico de repugnância, apoiado numa típica fantasia infantil de sedução por um adulto. “Quando entrei na universidade eu era muito feliz. Me sentia muito solta no mundo. Ia poder conhecer outros amigos, de outros círculos culturais. Era muito querida. Guardo minha imagem na frente de uma sala de 150 alunos. Me sentia feliz com a minha liberdade”. Outra imagem: “eu andando no campus universitário; tinha medo de andar de saia, que me olhassem, que me violassem”.

No percurso de oito anos de análise foram se desenrolando palavras, imagens, sentimentos, sen-

medo da violência do pai e da fragilidade da mãe. “Misturam-se em mim a frustração de meu pai e a impotência de minha mãe. Meu pai vomitava sua raiva quando a gente não fazia o que ele queria, explodia, botava fogo pela boca. Eu via minha mãe impotente, violentada. Meu pai forte, agressivo, desejando o que lhe dava na telha, queria que todo mundo fizesse o que ele queria. Enfrentar meu pai era perdê-lo; então melhor não enfrentá-lo. Eu tinha nojo, asco, de meu pai. Pensava nele violentando minha mãe, deixando ela grávida. Eu sou produto disso. É como se eu não tivesse um modelo amoroso de ter filhos”.

A relação com o pai sempre foi muito angustiante. “Quando comecei a somatizar, meu pai me dava conselhos sobre o que fazer. Ficava com tanto ódio dele que não saía para lugar nenhum. Até hoje escuto

Diz: “Tenho pavor de ir naquele aniversário; não posso dizer para ela que eu vou, sei que ela vai se incomodar. Desejaria tirar essa parte de mim. Essa parte que não sabe viver. É como um tumor que desejaria extirpar. Tomar remédio para que esse tumor vá embora. Esse tumor faz parte de meu corpo, eu o criei. Preciso de um bisturi, preciso ser hipnotizada”.

Mas imediatamente surge a ambivalência, o apego doentio a

era fonte de satisfação em suas relações amorosas. Uma maneira que Helena e sua amada tinham de se relacionar era através de uma janela. As cenas de olhos nos olhos através da janela, tinham todas as características de um sintoma neurótico, mas fundamentalmente, a de ser um modo intenso de satisfação pulsional, e ao mesmo tempo uma forte fonte de padecimento

Helena sofria de intensas fantasias paranóicas; temores obsessi-

ço que pague pelo “não limite” seja caro. A intensa satisfação sexual que Helena sentia a fazia defender com tenacidade a idéia de que o prazer pode não ter limites.

Nessa época sua filha desenvolveu um sintoma no qual se negava a deixar a chupeta na hora de comer. Helena insistia em não reprimir sua filha como ela havia sido. Foi difícil trabalhar a questão da castração, a impossibilidade do prazer absoluto. Foi difícil que ela registrasse nos interstícios de sua alma o que já sabia racionalmente: que uma criança não pode só comer a ilusão proporcionada pela chupeta, que se não comesse um alimento que a nutrisse, morreria.

Existia em Helena uma perversão infantil, um não querer saber sobre a castração, sobre a diferença dos sexos, sobre a relação sexual, o que implicava não querer saber a verdade sobre a mãe como desejante, isto é, castrada.

Em um determinado momento da análise surgiu claramente a consciência de que era necessário que ela fizesse um esforço psíquico, se quisesse transformar aspectos de sua vida que a incomodavam. Deixou de esperar que as mudanças “caíssem do céu”, que fossem proporcionadas por mim-analista.

“Sinto que estou viciada. Quero me esforçar para perder esse vício. Antes que ela aparecesse na minha vida eu tinha projetos. Ela me quis trancada, sem trabalhar, sem amigos. Quando meu pai morreu, eu tomei consciência do mal que o cigarro podia me fazer, parei de fumar... Agora eu sei que esta relação me faz muito mal. Mas, que posso fazer quando me dá esse vício?”.

Em outras sessões dizia: “Acho que é possível me desligar dela. O que não tenho certeza é se quero. Me desligar da dependência, da angústia, do prazer, do pouco prazer, mas prazer, dos malabarismos, das suspeitas das outras pessoas. É como que parar um jogo. Mas, eu tenho valor por esse jogo. É o que me tor-

Existia em Helena uma perversão infantil, um "não querer saber" sobre a castração, sobre a diferença dos sexos, sobre a relação sexual: não queria saber a mãe como desejante, castrada.

esse amor obsessivo, a esse amor que se impõe: “Não, não, não... não é assim. Se eu extirpar, vou sofrer do mesmo jeito. Não sei se é um tumor benigno ou maligno”. Existia uma forte dor em Helena por não poder estar com sua amada, raiva de seu marido e da filha; e ao mesmo tempo ódio por ela vigiar continuamente seus passos.

Uma das lembranças infantis mais marcantes, e muito explorada em sua análise, dizia: “Eu em meu quarto, olhando pela janela. Além do jardim, uma casa em reforma. No segundo andar um homem se masturbando, e eu-menina observando”.

O olhar, a mirada, faziam dos olhos uma zona erógena fortemente libidinizada. A pulsão escópica

vos de ser batida, machucada, assassinada; temor pelos perigos, riscos de violência a que suas filhas estavam expostas. Em suas fantasias-delírios, Helena achava que se não fizesse tudo o que seu amor esperava dela, ficaria muito brava, furiosa, poderia até matá-la. Dizia: “Não quero estar mais com uma pessoa de quem tenho tanto medo”.

Em vários momentos da análise e de diferentes maneiras relacionou esse medo com os ataques de fúria do pai. Aqui, são observadas claramente as tendências masoquistas, o sentimento de culpa e a necessidade de castigo que o sintoma traz consigo. Em termos lacanianos, isto estaria relacionado a esse gozo que não quer limites, embora o pre-

na a vida interessante”.

“Que posso mudar do que sou, qual é meu desejo de mudar? Tenho vontade de dizer não a meu lado acomodado. Na análise trabalhei mi-nha agressividade na vida. Fui aprendendo a me colocar como responsável por meus atos, a poder produzir o que sei fazer. Na época em que eu comecei a análise, ia na empresa e não fazia nada, não produzia nada. Mas também não posso me cobrar a melhor das *performances* em cada situação. A sessão passada estava eufórica, agora... Estou com tontura... É a mesma tontura que me levou há 20 anos deixar de fazer algo que eu gostava tanto”.

O gozo de Helena-menina era o de ser e prover o objeto de interesse, de desejo, de gozo da mãe. Helena: o bebê feio, a caçula que chegou por acaso, a menina gorda, que não era bonita, que fazia tudo pelos pais, que sofria porque a mãe preferia o irmão.”Eu me sentia um cocô. O que mais me desespera em relação a minha mãe? Que ela não perceba o quanto me caga... Não suporto minha mãe com suas obsessões, com suas voltas ao redor de um mesmo assunto. Ela pensa mais nela do que em mim. É o que aconteceu com a Dora. Me saturou com seus problemas”.

“Eu sou um cocô”: objeto pequeno a. “Minha mãe me cagou”: o orifício anal como lugar de nascimento. Ela é o falo denegrado da mãe: a merda da mãe.

Este lugar imaginário no desejo da mãe está na base de vários de seus sintomas. Por exemplo: “Tive um sentimento que durou anos, anos e anos. Me sentia inferior. A comparação com os outros era terrível, me sentia burra, um zero a esquerda. Nas conversas cotidianas não entendia nada. Pensava que não tinha experiência de vida. Na escola era boa aluna, mas se o professor fosse violento, injusto, eu me atrofiava”.

“Minha mãe dizia que eu não

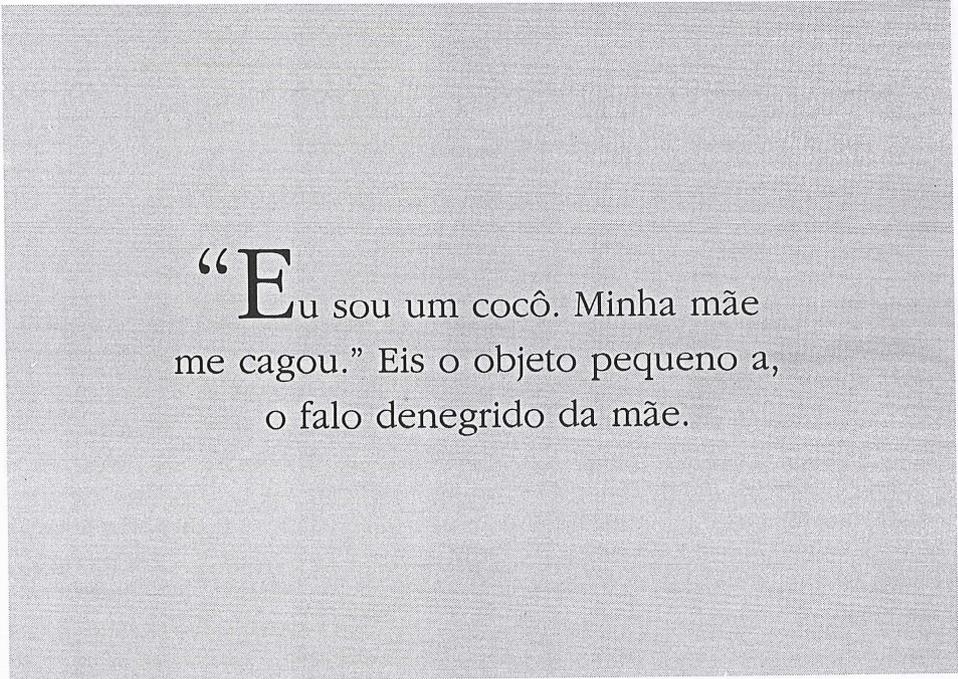
me comportava bem. Não comia tudo. Eu falhava. Eu, pequena, sentada no cadeirão: ela me arrastava, trancava no banheiro. Dizia: ‘fica aí que eu vou embora’. Era um lugar pequeno, escuro, tenebroso. Me dava medo. Parecia uma corrente de escravo. Tinham só três buraquinhos por onde passava luz. Muita impotência. Tinha que esperar a hora que minha mãe voltasse. Me sentia injustiçada. Não tinha feito nada errado. Minha mãe me arrastava.”

Houve momentos em sua vida que se sentia muito impotente. Para que sua mãe a amasse, continuasse a amá-la, tinha que ficar trancada em casa. Esta relação fantasmática com sua mãe se repete com seus

irmão sentiu que sua mãe a rejeitou, deixou de amá-la. “Minha mãe sem meu irmão me amava”.

A pergunta neurótica “Você me ama? Você está sendo sincero?”, se repete insistentemente. Vive em permanente dúvida, insegurança, sobre o amor que o outro diz ter por ela. É motor de vários de seus sintomas como fazer para ser amada, o que fazer para não perder o amor do outro.

Durante seis anos de análise essa foi a relação que ela tinha com a imago materna, com a mãe que seu imaginário infantil construiu. De-pois começaram a aparecer lembranças de uma mãe mais carinhosa, da qual ela podia aprender algumas coisas. “Ainda me falta con-



“Eu sou um cocô. Minha mãe me cagou.” Eis o objeto pequeno a, o falo denegrado da mãe.

parceiros/parceiras sexuais: não pode viver sem eles, mas se sente sufocada, trancada por todos. Quando fica algum tempo sozinha se sente muito desamparada, com medo da chuva e da solidão. Mas também tem momentos de êxtase na relação sexual os quais relaciona com toques, carinhos maternos altamente sexualizados: um toque na orelha, na face. Depois do nascimento do

seguir chorar quando a noite é pesada e cruel. Não consigo expressar minha tristeza. Tenho dificuldades de aceitar a tristeza. Transformo em angústia, medo, impotência, incapacidade, insegurança”. Nesse momento se lembra com ternura que sua mãe dizia quando ela era pequena. “Estou triste, estou triste. Olhava para ela e dizia ‘meus olhinhos azuis que são meu

consolo”.

Podemos interpretar, a partir desta lembrança, que Helena para se defender de uma magnitude excessiva de amor da mãe desenvolveu os sintomas de sentir repulsa por ela e de não poder ficar triste.

Em *Inibição, sintoma e angústia* (1925), Freud coloca o horror à castração como o motor dos processos neuróticos defensivos. O aumento da tensão pulsional coloca a criança frente ao perigo da castra-

a equação filho = pênis)¹⁶. Estas formulações de Freud estão na base do que Lacan irá chamar de primeiro tempo do Édipo.

A formação de sintomas a fim de se defender do desamparo primordial (Freud) aparece claramente nesta paciente; bem como os sintomas como forma de se defender de se oferecer como objeto de gozo do Outro (Lacan).

Segundo Lacan, o sujeito se estrutura numa operação de defesa.

tender ser o mestre. A castração, ao mesmo tempo em que separa o falo do corpo transforma-o em objeto do desejo. A castração faz do objeto parcial, cuja perda, no quadro da relação mãe-filho, jamais é definitiva, um objeto definitivamente perdido, o objeto a. Este “efeito da castração”, que é o objeto a, instala o fantasma, e, por isso, sustenta o desejo. Ele é a causa do desejo, sendo seu objeto o falo. A castração é, como diz ironicamente Lacan, o milagre que faz do parceiro um objeto fálico.

Lacan diferencia o *temor à castração* da *assunção da castração*. O temor à castração é normalizante, pois proíbe o incesto; no entanto fixa o sujeito em uma posição de obediência ao pai, testemunha de que o Édipo não foi ultrapassado. Assumir a castração é a aceitação da “falta que cria o desejo”, um desejo que deixa de ser submetido ao ideal paterno, um desejo que recupera os significantes paternos, mas que sabe que não existe Outro sem falha. A castração regula as modalidades do gozo.

Para Freud a psique seria uma rede de representações na qual atuariam constantemente uma soma de excitações. A psique deveria encontrar a maneira de descarregar o excesso de sensações no corpo, sobretudo encontrando um caminho para ele e abrindo caminhos através da rede de representações. Um dos objetivos de uma análise é fazer com que o paciente possa colocar em palavras, simbolizar, dizer o que sempre calou; e deste modo poder verificar na experiência o fato de que muitas das fantasias que lhe produziam aflição e tormento quando postas em palavras se tornam menos perigosas.

Este foi o processo analítico de Helena. O tema da insaciabilidade, voracidade, desejo de devorar o outro, atravessaram toda sua análise, bem como uma enorme fome arcaica de um outro que a ame. Helena é uma mulher que sofre de

A castração faz do objeto parcial um objeto definitivamente perdido, o objeto.

No quadro da relação mãe-filho, a sua perda jamais é definitiva.

ção; neste sentido, os sintomas seriam criados a fim de retirar o sujeito de uma situação de perigo. O recalque seria uma defesa frente a uma intensidade pulsional perigosa. Freud se pergunta: o que acontece com as mulheres? A concepção freudiana de castração, entendida como ausência de pênis, não basta para dar conta do problema, já que a castração imaginária nas mulheres já está consumada. Assim, qual seria o perigo do qual se defende uma mulher? Para Freud, a angústia é uma reação frente ao perigo de perder o objeto primário de amor, o perigo do desamparo frente à separação da mãe. A primeira vivência de angústia no ser humano é a do nascimento, que significa a separação da mãe e a castração da mãe fálica (de acordo com

De defesa contra quê? Contra o que seria seu destino se ele não se defendesse se estruturando como sujeito: ficaria reduzido a um corpo, a um objeto da demanda imaginária do Outro. A castração é a operação de separação, de saída da alienação no desejo do outro. É um processo complicado e doloroso, que nunca se realiza por completo. O sintoma tem a função de organizar os restos que não passaram pela castração.

Do ponto de vista lacaniano, a castração é uma operação simbólica, que corresponde à proibição do incesto (segundo tempo do Édipo), que desaloja a criança da posição ideal de falo da mãe. A castração implica a renúncia de ser falo imaginário da mãe, mas, ainda, implica em renunciar a tê-lo, isto é, a pre-

excessos: ama excessivamente, quer ser amada incondicionalmente, come excessivamente e depois vomita os excessos. “Quando eu somatizava, quando tinha náuseas e vomitava, minha luta era para sobreviver, não morrer. E agora me vejo assim: sobreviver ou viver”.

Quando se separou de sua amante-mãe, sofreu uma dor lancinante. Foi preenchendo as fendas da alma com cigarro, comida e vômitos. “Me sinto pesada. O vômito me alivia; mas me deixa fraca, com tontura. E isso só confirma que continuo mal, que vomitar não resolve nada. O próximo passo é respirar, me alimentar. É possível suportar a dor. Pouco a pouco vou vendo o que estou perdendo. Me afastar dela e suportar a dor”.

As frustrações eram vividas de forma muito dramática, quase impossíveis de serem suportadas. Cada frustração era vivida como morte. Essa relação frustração-morte vem sofrendo deslizamentos em seu imaginário, a partir da mudança de seu lugar subjetivo. Conseguiu construir outra modalidade de lidar com as faltas. “A análise me ensinou que os gritos não matam. Eu pude aceitar que sempre vou ter a metade das coisas”. Poder se dar conta da castração da mãe fálica e isso não matá-la. “Se perco Fulano é apenas um fato. Perdi Fulano e pronto! Mas não vou morrer”, ou: “Se ela tivesse ido embora depois daquela discussão, eu teria perdido o rumo. Mas não como antes, que eu pensava que ia morrer”.

A partir das dificuldades em uma das empresas em que trabalha, onde ocupa um cargo de gerência que é criticado por seus rivais, pudemos trabalhar sua relação com os homens. Durante quase um ano, os conflitos apareciam através de sonhos, medos e fantasias, que foram possibilitando pouco a pouco construir uma fantasia que parece ser, por suas características, o que Lacan chama de “fantasia fundamental”: “Existe um homem que me vi-

olenta e ninguém me defende”. É uma marca; um estigma.

A fantasia de incesto com o pai, a faz se sentir indefesa: não conta com mais ninguém que exerça a função paterna e a separe da mãe. A fantasia histérica de violação por parte do pai vai sempre na direção de destituir o pai de sua função paterna. Destituir o pai e tomá-lo como homem.

“Os gritos não matam. Eu pude aceitar que sempre vou ter a metade das coisas. Se perco fulano, não vou morrer.”

Este fantasma fundamental se desdobrou em inúmeras fantasias persecutórias durante toda a análise. Por exemplo: “Um menino ligou para minha filha. Me deu uma paranóia de achar que fosse um homem que, sabendo que ela não ia dormir em casa, viesse e me atacasse”.

Os vômitos perto do final da análise

No último ano chegou à sessão dizendo: “Hoje olhei para meus vômitos. Encarei”. E me pergunta: “Não teria que olhá-los, mas aqui, na análise?”. Eu-analista respondo que eu não precisava de seus vômitos para amá-la; nem ela precisa-

va vomitar para se liberar de excessos de amor. Além disso, não era necessário interpretar mais nada sobre eles. Ela já tinha descoberto muitos sentidos. Agora era preciso de um movimento vital para que se separe desse companheiro de tantos anos.

Esta intervenção provocou alguns efeitos. Apareceram novos conteúdos em relação aos vômitos. Helena divide em dois tipos: os vômitos de angústia, como as náuseas e tonturas; e os vômitos por excesso de comida. Os vômitos de angústia e os vômitos para não engravidar. (Como se fossem diferentes!). A comida para impedir a emergência da angústia e os vômitos para se liberar dos excessos. Os vômitos de angústia produziam náuseas paralisantes; “eu vomitava antes de sair de casa, para evitar que as náuseas me fizessem vomitar, para não ter nada no estômago. Eu levava no bolso uma bala com um gosto muito ruim, e quando as náuseas vinham eu chupava essa bala”.

Na adolescência comia um Halls impregnado de vômito. Quando passava mal e/ou sentia medo comia a bala, porque era ruim, para se castigar. Até hoje, às vezes aperta as costas em um ponto específico: “é uma mistura de dor e alívio”. “Chupar uma bala que não gosto e me apertar um ponto nas costas. Sentir uma dor ou um incômodo que seja pior, que me retire do foco de atenção”.

São estes os rituais que organizava fim de afastar as idéias que a perturbavam e angustiavam; a sensação e o sentimento nesses momentos era: “vou desmaiar, vou morrer, me perdi, acabaram comigo”.

Destino de outros sintomas

“Me chamaram para fazer um trabalho com os professores, para melhorar a qualidade das aulas. Vou trabalhar o vínculo professor-aluno: desinibição, confiança, criatividade;

a troca entre eles”.

“Estou tão feliz com meu trabalho! Sentir o prazer de pertencer a um grupo. Me sinto a anti-acadêmica. É um privilégio poder ter este tipo de trabalho. Me sinto uma pessoa que traz um pouco de alegria”.

Atualmente está orientando a montagem de um trabalho em que as crianças possam dar vazão a seus impulsos agressivos, sádicos, destrutivos, criando a personagem de um menino marginalizado, tido como bobo. Associa imediatamente com suas inibições e angústias, à época em que se sentia marginalizada e atacada.

Mas ficam restos não resolvidos de sintomas

Ainda tem medos e raivas não resolvidos...

Ainda tem algumas crises de desespero, de angústia. “Sinto que vou desmaiar; que não tenho para onde ir; sinto esse pânico... É como se tivesse fumaça na cabeça. Uma tontura. Na semana passada, numa reunião com um gerente na empresa, senti isso: medo de falar em outra língua, de me perder. Meu tom de voz se transforma. Calma – me digo – já vai passar”.

“Hoje na reunião na faculdade senti: queria ir embora dali; como é que eu saio dessa? Me deu aquela tontura, fiquei mareada, como se estivesse enjôo de mar. Não quero me submeter a uma situação da qual não possa sair. Me sinto prisioneira, amarrada. Mas tem situações das quais a gente não pode sair... Não posso sair no meio de uma aula, ou de uma reunião de trabalho”.

Refere-se a esses momentos como estados de claustrofobia social, angústia de estar em grupos ou reuniões sociais ou de trabalho. “É um resto, um resquício de quando eu vomitava, de quando eu queria ficar dentro de minha casa. Mas não tinha exatamente medo das pessoas, porque podia receber na mi-

nha casa. Não, não é verdade. Teve uma época, depois de casada que a fobia era das pessoas. Eu estava esperando visitas, me dava angústia de que as pessoas chegassem; e me perguntava: quanto vai durar a reunião?; quanto vai durar a tortura?”.

“Fui numa reunião com aquele velhinho. Sai muito bem de lá. Encontrei outro senhor muito envolvido com o projeto, muito idealista. Ele vai conseguir alguma empresa que financie o projeto. Este senhor tem uns setenta anos. Me abraçou. Me incomodou que ele quisesse se encostar em mim... Eu mesma me perguntei: o que eu faço para que ele faça isso?”.

Outro dia no shopping: “Entrei nas Lojas Americanas. Me encantei com os chocolates. Me dá aquela vontade de comprar, estocar... De repente comecei a passar mal. Por isso não gosto de ir no shopping; por que é isso que acontece! Se parece com aquilo que me dava há vinte anos.”

“Tenho medo de morrer. Gosto de viajar; gosto de andar de carro. Tudo me traz fantasias, medo de morte. Sempre a morte! Que boba! Porque não aproveito mais a vida? Minha filha falou: “Se acontecer alguma coisa com você eu me suicido”. E eu disse: “Se acontecer algo comigo, a vida é muito maior”.

Sobre seu processo de análise “Fui me construindo pouco a pouco na análise”.

“Estou perplexa em me ver diferente. Não ter mais aquela compulsão de ter prazer permanente. Poder ter uma relação sem simbiose, ter conseguido me livrar daquele grude; não ter a paranóia sobre o que o outro vai estar pensando de mim; se vão deixar de me amar por qualquer coisa que eu fizer fora do controle do outro”.

“Mas isso continua em mim; o que eu faço com isso? Que eu faço com minhas intensidades?”

O que faço com essa forma de amar que sei que resta em mim? É

como um carrapato. Algo que te prende e não te solta.

Esse impulso de não poder viver sem. Eu gostaria de renunciar, mas como digerir essa renúncia... Será que eu aprendi mesmo?

Será que vou conseguir sustentar isto que hoje consegui mais ou menos?...

Ter a autonomia de ser livre e me proteger do que me atrai... Ser livre e me entregar ao que me atrai”.

NOTAS

1. S. Freud, “Los orígenes del psicoanálisis. Cartas a Fliess”. in: *Obras Completas*, Editora Biblioteca Nueva, Madrid, 1968, v. 3, p. 861.
2. S. Freud, “Conferencias de Introducción al psicoanálisis” (1916-1917). in: *Obras completas*, Amorrortou Editores, (AE), v. 16, p. 233.
3. S. Freud, “Análisis terminable y interminable” (1937). in AE, v. 23, p. 237.
4. S. Freud, “Sobre los tipos de contracción de neurose” (1912). in AE, v. 12, p. 244.
5. R. Mazzuca, *El síntoma*. Publicação do Círculo de Estudios Psicoanalíticos de Neuquen y Rio Negro, República Argentina, 1995.
6. J. Lacan, “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” (1953). in *Escritos*, México, Siglo Veintiuno Editores SA, 1976, p. 100.
7. J. Lacan, *op.cit.*, p. 80.
8. J. Lacan, “O seminário: Livro 1: Os escritos técnicos de Freud” (1953). Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1979, p. 23.
9. S. Freud, “Análisis terminable y interminable” (1937). in AE, v. 23, p. 219.
10. S. Freud, “El yo y el ello” (1923). in AE, v. 19, p. 50.
11. S. Freud, *op.cit.*, p. 59.
12. J. Lacan, “Psicoanálisis y Medicina”, in *Intervenciones y Textos*, Manantial, Buenos Aires, 1985, p. 95.
13. J. Lacan, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964), Barral Editores, Barcelona, 1977, p. 172.
14. G. Brodsky, *La solución del síntoma.. Dossier de la Cátedra La Dirección de la Cura*, 1998. JVE Ediciones, Buenos Aires, 1999.
15. S. Freud, “Sobre la psicoterapia de la histeria”. in *Estudios sobre la Histeria* (1895). in AE, v. 2, p. 309.
16. S. Freud, “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” (5o Congreso Psicanalítico Internacional, Budapest, 1918). in: AE, v. 17, p. 159.
17. A partir deste momento, todas as frases entre aspas pertencem ao discurso da paciente.
18. S. Freud, “Inhibición, síntoma e angustia”. in AE, v. 20, p. 123.