



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

**MARCELLA ORTIGA FRADE DE ARAGÃO**

**CORPO, SINTOMA E FANTASIA:  
Um estudo de caso sobre pacientes cardíacos na clínica psicanalítica.**

Brasília  
2011

**MARCELLA ORTIGA FRADE DE ARAGÃO**

**CORPO, SINTOMA E FANTASIA:  
Um estudo de caso sobre pacientes cardíacos na clínica psicanalítica.**

Monografia apresentada como requisito básico para obtenção do título de psicólogo da Faculdade de Ciências de Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. **Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis.**

Brasília,  
2011

**MARCELLA ORTIGA FRADE DE ARAGÃO**

**CORPO, SINTOMA E FANTASIA:  
Um estudo de caso sobre pacientes cardíacos na clínica psicanalítica.**

Monografia apresentada como requisito básico para obtenção do título de psicólogo da Faculdade de Ciências de Educação e Saúde do Centro Universitário de Brasília.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. **Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis.**

Brasília, julho de 2011

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Marcella Marjory Massolini Laureano Prottis  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Msc. Leonor Bicalho

---

Prof<sup>a</sup> Cínthia Ciarallo

*Agradeço a Deus por me ajudar a concluir esta etapa importante e desafiadora da minha vida, me fortalecendo com sua proteção divina e me dando sabedoria.*

*Dedico este trabalho à minha família que sempre apoiou e incentivou os meus estudos, se orgulhando de mim por esse momento de superação e felicidade.*

*Aos meus amigos de curso que tiveram uma participação fundamental e especial para essa conclusão, com muito companheirismo, dedicação e amizade.*

*E ao meu namorado que vivenciou essa trajetória comigo, me apoiando, respeitando e me vendo amadurecer. Quase se graduou em meio a tantas conversas sobre psicologia.*

## **AGRADECIMENTO**

A todos os professores que fizeram parte da minha graduação, me formaram e contribuíram com suas experiências para o meu crescimento.

Fica o meu agradecimento especial para as professoras Cláudia Feres, Leonor Bicalho, Marcella Laureano, Morgana Queiroz e Sandra Baccara, que me apresentaram e me encantaram com a Psicanálise.

Muito obrigada às professoras Leonor e Marcella, que estiveram ao meu lado desde o início deste trabalho, me acolhendo, incentivando, orientando e se dedicando com tanto carinho e profissionalismo para o meu sucesso.

Agradeço a banca examinadora por ler e corrigir meu trabalho, participando desse momento tão importante comigo.

Por fim, agradeço a “Cecília” por enriquecer a minha monografia, ter contribuído para o meu aprendizado e me dado a oportunidade de conhecer o desconhecido por ela, permitindo-se ser analisada.

## RESUMO

Esta pesquisa qualitativa partiu de um interesse em avançar os estudos em relação à dinâmica do psiquismo de pacientes cardíacos através da psicoterapia, sob a ótica da clínica psicanalítica. Com base na complexidade dos fenômenos psicossomáticos e a sua influência na sociedade pós-moderna, será apresentado um breve histórico da psicossomática, ressaltando sua influência nas teorias psicanalíticas e sua contribuição para a contemporaneidade. Além disso, será apresentada uma visão complexa da teoria psicanalítica no que diz respeito à relação entre o corpo e o psíquico desde Freud a Lacan, em que os sint(h)oma(s) entram em cena e tomam espaço no vazio do corpo, que serve de palco não só para a dor e o sofrimento, mas também como objeto de investimento das pulsões e desejos. Também será importante ressaltar a influência das fantasias no psiquismo do sujeito frente ao seu processo de adoecimento e como ele lida com elas na presença dos sint(h)oma(s). Diante disso, considera-se fundamental e cada vez mais urgente que esses pacientes tenham um acompanhamento psicológico para lidarem com suas queixas e sofrimentos em relação ao corpo. Tal sofrimento é insuportável para o sujeito que busca a qualquer preço alívio para a sua dor, adoecimento e mal-estar. Esse processo será ilustrado, por meio de vinhetas clínicas, a partir do atendimento que foi realizado com uma paciente com queixa de problemas cardíacos. É importante destacar que, tradicionalmente, o coração é um órgão que traz todo um significado e simbolismo intimamente ligado as emoções que compõem o existir, e como sede de sentidos e significados para o sujeito. Pretende-se que este trabalho contribua para o avanço dos estudos deste tema, desperte o interesse e ofereça um consistente aparato teórico e clínico para a compreensão do corpo que adoece, para os profissionais de diversas áreas interessados no assunto.

**Palavras-Chave: Psicossomática, Cardíacos, Corpo, Sintomas e Fantasias.**

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1 – Real, Simbólico e Imaginario com o Quarto nó .....</b>	<b>20</b>
--	-----------

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>CAPÍTULO 1 – CORPO, SINT(H)OMA(S) E FANTASIAS</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 2 – PSICOTERAPIA E ILUSTRAÇÃO DO CASO CLÍNICO</b> .....	21
<b>2.1 Psicoterapia</b> .....	21
<b>2.2 Ilustração do Caso Clínico</b> .....	25
<b>2.2.1 Identificação da paciente</b> .....	25
<b>2.2.2 Histórico de Saúde</b> .....	26
<b>2.2.3 Desenvolvimento das sessões</b> .....	29
<b>2.2.4 Análise do caso</b> .....	33
<b>CONCLUSÃO</b> .....	37
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>ANEXO A: TCLE</b> .....	45



## INTRODUÇÃO

Historicamente a psicossomática tem contribuído para o avanço da clínica psicanalítica através da articulação entre o psíquico e o somático e também da compreensão do sintoma na sua complexidade, considerando fatores físicos, emocionais, psíquicos, relacionais, históricos, sociais, familiares, entre outros. Considera-se relevante essa contribuição para aprofundar o estudo com pacientes cardíacos.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, constatou-se que as doenças do coração como o infarto, são a principal causa de morte no Brasil. Os estudos mostram que o país registra uma média anual de 70 mil mortes por infarto. Essas doenças mataram cerca de 300 mil pessoas em 2006, quase 30% do total de óbitos registrados. Entre 1990 e 2006, houve queda de 20,5% no número de mortes de doenças do coração e AVC no Brasil. No mundo, elas também são as principais causadoras de morte, em 2005 foram responsáveis por 30% dos óbitos, o que significa a morte de 17,4 milhões de pessoas por ano (BRASIL; 2010).

Além disso, a ocorrência de óbitos de origem cardíaca é maior entre mulheres, visto que, em 2000, isso representou 31,30% do total de mortes, ao passo que este percentual para homens foi de 24,88% (BRASIL; 2003).

Estudos a respeito da prevalência de doença coronária indicam que as taxas mais elevadas de mortalidade feminina estão associadas à presença de fatores hormonais, transmissão genética, diferenças de estrutura e funcionamento cerebral, assim como fatores psicossociais, tais como funcionamento psicológico, papel familiar e social (PEREZ; NICOLAU; ROMANO; LARANJEIRA; 2005).

Diante desses dados, e considerando a importância do estudo da psicossomática e sua influência na pós-modernidade, sugere-se com este trabalho falar sobre as relações existentes entre o psíquico e o corpo, assim como do sintoma e as fantasias. A partir do relato de uma paciente cardíaca, em uma ilustração clínica sob a luz da psicanálise, será possível compreender o sujeito na sua singularidade e subjetividade ao considerar que o processo de saúde e doença é único para cada um.

Para tanto, propõe-se no CAPÍTULO 1 – CORPO, SINT(H)OMA(S) E FANTASIAS apresentar um breve histórico da psicossomática, ressaltando sua influência nas teorias psicanalíticas e sua contribuição na pós-modernidade. Além disso, será apresentada uma visão

complexa da teoria psicanalítica no que diz respeito à relação entre o corpo e o psíquico desde Freud a Lacan, em que os sint(h)oma(s) entram em cena e tomam espaço no vazio do corpo que serve de palco não só para a dor e o sofrimento, mas também como objeto de investimento das pulsões e dos desejos. Também será importante ressaltar a influência das fantasias no psiquismo do sujeito frente ao seu processo de adoecimento e como ele lida com elas na presença dos sint(h)oma(s).

E no CAPÍTULO 2 – PSICOTERAPIA E ILUSTRAÇÃO DO CASO CLÍNICO, primeiramente será apresentado à postura do analista e do cliente no *setting* terapêutico e essencialmente como ocorre o processo analítico na clínica psicanalista. A posteriori serão apresentadas vinhetas clínicas para ilustrar o caso de uma paciente com queixa de problemas cardíacos, que foi atendida pela terapeuta em formação no CENFOR - UniCEUB, sob supervisão, e como seu relato será utilizado para análise do caso.

Na CONCLUSÃO, pretende-se retomar o percurso teórico dos autores psicanalistas, falando sobre a influência da psicossomática e da sociedade pós-moderna na clínica contemporânea. Também será feito um fechamento do caso com os posicionamentos e experiências adquiridas pela autora da monografia, durante essa pesquisa e resultados do trabalho desenvolvido na clínica.

## CAPÍTULO 1 – CORPO, SINT(H)OMA(S) E FANTASIAS

“A aflição que não encontra saída através das lágrimas  
faz com que outros órgãos chorem”.  
(MAUDSLEY, apud MC DOUGALL; 2000)

Segundo Mello Filho (1992), a evolução da psicossomática ocorreu em três fases distintas. A primeira foi denominada de fase inicial ou psicanalítica, sob a influência das teorias psicanalíticas, contribuiu para os estudos da origem inconsciente das doenças, das teorias da regressão e dos ganhos secundários da doença. A segunda, denominada fase intermediária, foi influenciada pelo Behaviorismo, e valorizou as pesquisas em homens e animais, deixando uma contribuição importante para os estudos do stress. E por fim, a terceira fase foi chamada de atual ou multidisciplinar, a qual valorizou não só o social e a interação com outro, como também a interconexão entre os profissionais das diversas áreas da saúde. Assim, a concepção psicossomática atual, procura abranger todo o conjunto de fenômenos relacionados com o processo de adoecer (MELLO FILHO; 2002).

Para Volich (2000), a psicossomática promove um renascimento das ideias de Hipócrates ao compreender que o sofrimento do paciente deve ser tratado amplamente, abordando todos os aspectos de seu modo de vida, suas relações sociais, sua relação com o passado e suas expectativas com o futuro, para assim contribuir na elucidação do processo da doença, auxiliar no tratamento e no reconhecimento das manifestações orgânicas. Segundo o autor, as emoções, os comportamentos e a vida psíquica em geral, incluindo os sonhos, também são elementos preciosos nesse processo.

Perestrello (1974, apud MELLO FILHO; 2002) corrobora com essas ideias e afirma que a tendência atual é encarar os conceitos de doença de maneira sempre global, gestáltica e em função da *pessoa* que a apresenta, em sua forma especial de *viver em e com o mundo*<sup>1</sup>.

Esse trabalho abordará a influência tanto da fase inicial da psicossomática, principalmente com a influência do inconsciente no estudo das doenças, quanto da fase atual em que os autores Mello Filho, Perestrello e Volich, tem se preocupado com a construção da subjetividade do sujeito e com a visão multidisciplinar, não tratando o sintoma apenas como causa da doença, mas preocupando-se com os aspectos históricos, sociais, individuais,

---

<sup>1</sup> Grifos do autor.

emocionais, psíquicos, entre outros, respeitando a singularidade no processo de saúde-doença de cada um.

Para Birman (2009), não existe o sujeito e seu corpo, numa dualidade e polaridade insuperáveis, mas um corpo-sujeito propriamente dito.

Em relação ao corpo, Fernandes (2003) afirma que na clínica contemporânea tem ocorrido um aumento de demandas que passam pelas questões corporais, sendo o corpo o palco das relações entre o psíquico e o somático. Para a autora, o corpo toma a frente da cena, constituindo-se como fonte de sofrimento, frustração, insatisfação e de impedimento à potência fálico-narcísica. O corpo além de servir de meio da satisfação pulsional, passa a ser também veículo de expressão da dor e do sofrimento. Este sofrimento que parece encontrar dificuldades para se manifestar em termos psíquicos.

Como enfatiza Mc Dougall (1989, apud FERNANDES; 2003), “é possível que a manutenção do equilíbrio psíquico se realize, na maior parte das situações de vida, pela produção de sintomas somáticos, muito mais do que pela produção de sintomas psíquicos” (p. 13).

Sendo assim, observa-se um movimento crescente de ordem somática devido à dificuldade do sujeito se expressar e manifestar em termos psíquicos.

Pensar o corpo para a teoria psicanalítica implica em trazer à tona o conceito de pulsão. Freud (1915/2004) introduz o conceito de pulsão como limiar entre a psique e o corpo e a define:

“A pulsão nos aparecerá como um conceito limite entre o psíquico e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que provém do estímulo do corpo e alcançam ao psíquico, como uma medida da exigência de trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo” (p. 148).

O corpo é fundamentalmente pulsional e construído pela alteridade, resultante do encontro essencial com o outro (FERNANDES; 2003).

Ainda em relação à pulsão, é importante salientar que a sua meta é sempre a satisfação e embora a meta final de toda pulsão seja sempre a mesma, são diversos os caminhos que podem conduzir a esta (FREUD; 1915/2004).

Como a finalidade da pulsão é a satisfação, outras características desta são importantes para o entendimento do corpo, como o objeto e a fonte. O objeto é caracterizado como um elemento inespecífico, devido à capacidade ilimitada da vida psíquica de alcançar a satisfação. E o mesmo objeto pode servir de satisfação a várias pulsões. Sendo assim, o corpo caracteriza-se como um objeto externo, que é um dos possíveis destinos da pulsão. E finalmente, por fonte da pulsão, se compreende um processo somático que ocorre em um órgão ou em uma parte do corpo (FREUD; 1915/2004).

O corpo, sob a forma de excitações internas, faz trabalhar a alma, de onde nasce a pulsão. E o inconsciente ocupa um lugar de passagem, ao mesmo tempo necessário e misterioso, em que se torna indeterminável a relação da alma com o corpo (ASSOUN; 1995). Como afirma Fernandes (2003):

“Admitindo a possibilidade de que nem sempre o corpo biológico está vinculado a um sistema significante, abre-se igualmente a possibilidade de pensarmos o sintoma corporal como uma descarga, como um excesso, que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação. Explorar as relações entre o corpo e o inconsciente implica, então, em não restringir nossas reflexões ao registro da representação, ampliando nossas possibilidades de reflexão para além da lógica do recalque” (p. 111).

Como dito por Fernandes, o sintoma corporal bem como todos os fenômenos de formação de sintomas podem ser entendidos como “retorno do recalque”, sendo o recalque um dos locais de defesa para proteger o eu contra as exigências pulsionais. Quando as representações são recalçadas, elas se tornam inconscientes ao sujeito, mas continuam produzindo seus efeitos, um dos quais o sintoma (FREUD; 1915/2004). Além disso, Freud também relaciona a pulsão com a constituição dos sintomas, quando esta se fixa em um único objeto e impede sua mobilidade, gerando a patologia.

Assim, o sintoma é para psicanálise uma formação do inconsciente, produzido devido a uma descarga do desejo recalqueado, realizando esse desejo de maneira deformada sem a mesma força pulsional de origem. Porém, é preciso lembrar que o desejo é insaciável, o que nos leva a continuar sempre em busca daquela satisfação movida pela força pulsional de origem. Ainda, há a possibilidade de a pulsão se fixar em um determinado objeto ou órgão do corpo o que acaba por produzir um sintoma.

A pulsão se infiltra no sintoma e assim se satisfaz, entretanto essa satisfação nunca é suficiente, porque a pulsão sempre demanda mais do sujeito. Assim, a pulsão comporta uma

dupla impossibilidade, a saber, a de alcançar a satisfação e a de deixar de buscá-la (OCARIZ; 2007).

Freud (1920, p. 42) complementa:

“A pulsão recalçada nunca cessa de aspirar à sua satisfação plena, que consistiria em uma repetição de uma experiência primária de satisfação. Todas as formações substitutivas e reativas, e todas as sublimações são insuficientes para cancelar sua tensão instigante; e a diferença entre o prazer encontrado e o pretendido engendra o fator pulsionante, que não admite se aferrar a nenhuma das situações estabelecidas (...)”.

A satisfação é uma busca de encontrar o objeto perdido, e esse encontro é sempre faltante, pois a pulsão contorna o objeto e não o atinge. Com isso, essa defasagem que é gerada entre a satisfação obtida e a esperada produz a repetição e o desejo. Para Lacan, essa repetição é gerada pela cadeia de significantes, ou seja, é a insistência pela repetição (OCARIZ; 2007). Lacan diz que o inconsciente é uma cadeia de significantes, é a trama tecida pelo trabalho da repetição significativa.

Assim como Freud, Lacan (1964/2008) também enfatiza que a pulsão não alcança a satisfação desejada. Lacan afirma que o objeto possui sua função na satisfação da pulsão, que ocorre como se a pulsão contornasse esse objeto denominado de objeto *a*, para Lacan, que é a causa do desejo.

Segundo Lacan (1964/2008), o objeto é um vazio que conhecemos como objeto perdido. Assim, o objeto *a* não pode ser capaz de satisfazer a pulsão, pois ele não é o objeto primordial, fonte das satisfações iniciais. Portanto, o que resta ao objeto *a* é contornar o objeto eternamente vazio.

O objeto *a* está representado no elo feito entre os três registros da dinâmica do psiquismo: Real, Simbólico e Imaginário. No Real, encontram-se as necessidades do sujeito, o corpo e o gozo. No Simbólico estão os desejos e a linguagem e por fim, no Imaginário estão as demandas e fantasias.

Lacan, ao reler Freud, coloca o conceito de desejo como central e define o sintoma como gozo.

Para Lacan, o desejo nasce da distância ou separação entre a necessidade e a demanda. Na medida em que o desejo habita a linguagem, é o momento em que o inconsciente está

repleto de desejos inacessíveis, assim o inconsciente transborda desejos que foram incorporados pelo sujeito através da relação com o Outro (OCARIZ; 2007). Além disso, o que move o desejo é a insatisfação provocada pela falta-a-ser, que é impossível de se satisfazer.

O gozo é a suposição da satisfação absoluta do desejo. É um dos primeiros conceitos lacanianos, que parte da noção de pulsão de morte freudiana. Como pulsão é aquilo que move o psiquismo para Freud, assim é o desejo para Lacan.

Lacan subdivide o gozo em três tipos: Gozo do Outro, Gozo fálico e o Mais Gozar. O Gozo do Outro é a satisfação supostamente absoluta do desejo. O Outro é um lugar vazio a quem é atribuída a demanda da completude. Esse vazio pode ser preenchido por fantasias ou sintomas, na tentativa de o sujeito responder a essa demanda. E a castração corresponde à incapacidade do sujeito de obter no Outro a garantia de gozo absoluto. O Gozo fálico é aquele em que o sujeito se contenta parcialmente, é um gozo possível de ser atingido. E por fim o Mais Gozar, definido como o excesso de gozo, em que o sintoma é a forma como o sujeito sofre com este *plus* de gozo.

Na repetição de seus sintomas, o sujeito procura incessantemente o gozo perdido (o mais-gozar), embora queira atingir o gozo pleno (o gozo do Outro), ele termina por conseguir somente o gozo possível (o gozo fálico). (BRAUNSTEIN; 2007).

O local do gozo por excelência é o corpo, sem este não há como o gozo existir. Sendo assim, o inconsciente goza no corpo e ele serve à conversão do gozo em discurso (OCARIZ; 2007). E acrescenta Soler (2010), o sintoma é uma forma de gozar de um inconsciente de alguma forma passado no real, sendo o inconsciente uma forma do significante que afeta não o sujeito, mas seu gozo.

A questão do corpo se impôs na psicanálise desde o início pelo sintoma, que não é um fenômeno psíquico, mas sempre um fenômeno do corpo, do corpo de gozo. Desde Freud, o sintoma é um modo de gozar como substituto sexual. Entretanto, Lacan não partiu do mesmo lugar. Originalmente, ele insistiu que o sintoma é uma formação da linguagem. Isso é de fato assegurado, pois o sintoma se decifra e esse deciframento pertence ao registro da linguagem (SOLER; 2010).

Para a autora, “a articulação entre linguagem e gozo se reelabora em todo o decorrer do ensino de Lacan e é pontuado por fórmulas sucessivas, que remanejam ao mesmo tempo a

concepção do inconsciente, do inconsciente-linguagem e daquilo que é o corpo” (SOLER; 2010; p. 13).

Lacan (1953; p. 270; apud OCARIZ; 2007; p. 112) acredita que “o sintoma se resolve por inteiro em uma análise da linguagem, porque ele mesmo está estruturado como uma linguagem, cuja palavra deve ser liberada”.

Portanto, o sintoma é uma forma de gozar, uma mensagem, linguagem, palavra que deve ser liberada e é um significante relacionado com o inconsciente. “O sintoma é um significante porque o sujeito diz sua verdade sem saber que a está dizendo, mas, sobretudo, porque o sujeito diz no momento justo, em um momento preciso para que o sintoma o questione” (OCARIZ; 2007; p. 113).

Não se pode falar de linguagem sem trazer a tona o papel do Outro na fala do sujeito.

Lacan em seu seminário 16, sobre o Outro “é esse campo da verdade que defini para ser o lugar no qual o discurso do sujeito tomaria consciência, e onde ele se coloca e se oferece para ser ou não refutado”<sup>2</sup> (1968-1969; 2006; p. 24; apud LAUREANO; 2008).

Segundo Laureano (2008; p. 110), “o lugar do Outro para Lacan, será aquele onde reside a fala, um lugar de origem do significante. Isto é, o Outro é visto como anterior ao objeto como aquilo que já está lá, antes de qualquer coisa”. Ainda para a autora, o significante é aquilo que “caracteriza o conteúdo inconsciente” e seu significado dependerá da pessoa que o interpreta e construa mudanças subjetivas.

Outro conceito importante que está intimamente ligado a linguagem para Lacan, é a fantasia. Para Lacan, a fantasia é situada como uma organização capturada na linguagem, sendo assim ela é uma imagem cristalizada, mecanismo de defesa contra a castração e está inscrita no âmbito de uma estrutura significante. A fantasia é a interpretação do sujeito frente ao enigma do desejo do Outro (OCARIZ; 2007).

Bucher (1989) afirma que elas são o nosso foro mais íntimo, nossas zonas conflitantes que tentamos esconder ou velar até de nós mesmos. Nasio (2007) complementa que ela é destinada a satisfazer um desejo incestuoso que não pode se realizar, então, sua função é

---

<sup>2</sup> Tradução da autora. (LAUREANO; 2008).



substituir uma satisfação real impossível por uma satisfação fantasiada possível. Nesse sentido, para o autor, o desejo será parcialmente saciado por intermédio de uma fantasia que, no inconsciente, reproduz a realidade. Lacan corrobora com essas ideias quando diz que a fantasia é uma encenação do gozo como possível.

Lacan em seu seminário 14, *A lógica do fantasma (1966-1967)*, afirma que a função da fantasia é articular dois elementos heterogêneos, de um lado no simbólico o Outro e o desejo e do outro lado no real, a busca da satisfação pulsional e o gozo. Para o autor a fantasia inconsciente está vinculada ao gozo e nela se produz a identificação do sujeito com o objeto *a*. A fantasia é composta por quatro elementos: sujeito, objeto, significante e imagens. Sendo que o mecanismo principal que organiza a estrutura fantasiástica é a identificação do sujeito transformado em objeto. A relação desejante que o sujeito mantém com o objeto perdido é da ordem da fantasia (OCARIZ; 2007). Ainda, é preciso que se compreenda como se dá, nesse processo, a questão da dialética do desejo e o surgimento do Nome-do-Pai.

No seminário 4, *A relação de objeto (1956-1957)*, Lacan realiza a passagem entre a dialética do desejo, como reconhecimento e a necessidade de que apareça o nome do Pai, isto é, de que apareça o simbólico de outra maneira.

Na forclusão, há a rejeição de um significante fundamental para fora do registro simbólico do sujeito. O conteúdo forcluído encontra-se no registro do Real, ou seja, no sem sentido e não simbolizado (ROUDINESCO; PLON; 1998). É importante dizer que esse significante fundamental forcluído refere-se ao Nome-do-Pai, conceito elaborado por Lacan.

Nasio considera que a forclusão é um mecanismo presente na psicossomática. Para Nasio (1993), os fenômenos psicossomáticos são decorrentes de uma forclusão local do Nome-do-Pai, sendo, portanto, colocados ao lado das passagens ao ato e das alucinações como formações do objeto *a*. Salienta-se que, quando Nasio diz que a forclusão na psicossomática é local, ele não exclui a possibilidade do sujeito se utilizar de outros mecanismos de defesa. Sendo assim, o sintoma somático seria uma realidade possível dentre várias outras possibilidades existentes para o sujeito.

Jean Guir faz a mesma relação entre os fenômenos psicossomáticos ao mecanismo da forclusão, comum às psicoses. Guir (2003), conforme Nasio, também considera que na psicossomática há uma forclusão local, o que quer dizer que a metáfora paterna funcionaria

em certos aspectos do discurso e em outros não. O autor considera que o distúrbio corporal possui uma função parecida com a do delírio e da alucinação, pois assim como estes últimos, a lesão de órgão surge para suprir a falha do Nome-do-Pai. Especificamente na psicossomática, Guir sublinha a possibilidade do distúrbio corporal atuar como um dos Nomes-do-Pai.

Um dos Nomes-do-Pai porque na teoria lacaniana não existe só um Nome-do-Pai, existem vários significantes diferentes para dar suporte à essa função. Assim, fica mais compreensível a ideia de Nasio e Guir de uma forclusão local, pois a forclusão se daria em um desses Nomes-do-Pai e não em todos.

Segundo Nasio (1993), apesar dele e Guir falarem em forclusão para explicar os fenômenos psicossomáticos, Lacan não utiliza este termo. Lacan por sua vez refere-se a uma imobilização entre o significante S1 e S2 da cadeia de significantes com ausência do processo de separação. Nessa separação ocorre uma liberação do sujeito do efeito do discurso do Outro e um posicionamento do sujeito sob a forma de objeto *a* (Valas, 2003). Isso significa dizer, conforme Moraes (2008) que como os significantes S1 e S2 estão gelificados, o significante não assume sua função como representante do sujeito e causa um prejuízo ao registro simbólico.

Esse prejuízo no simbólico é observado pelos autores que teorizam sobre a psicossomática e é principalmente por isso que os fenômenos psicossomáticos trazem aspectos semelhantes à psicose.

Conforme McDougall (1996), na psicossomática ocorre um movimento semelhante ao da psicose com relação ao discurso. Em ambos os casos, as palavras são esvaziadas de seu conteúdo afetivo e perdem seu valor simbólico, tornando-se coisas. Com isso, o sintoma somático apareceria devido a uma dissociação entre as representações da palavra e da coisa. Ao desprever a experiência de significação simbólica, essa experiência é tomada como uma representação de coisa, que é expressa através do corpo.

Apesar de haver semelhanças entre a psicossomática e a psicose, tais como o discurso sem significação simbólica, alguns mecanismos de defesa relacionados ao corpo, e a forclusão do Nome-do-Pai, é importante frisar que são duas formas diferentes do sujeito se posicionar.

Tanto McDougall quanto Nasio, ao compararem a psicose à psicossomática, enfatizam que ambas são diferentes. McDougall (1996) diz que os analisandos com sintomas somáticos não são psicóticos e Nasio (1993) afirma que mesmo utilizando o termo forclusão para se referir ao fenômeno psicossomático, não considera que o paciente com lesão de órgão seja um sujeito psicótico.

Além disso, Nasio (1993) também enfatiza outras diferenças que existem entre a psicose e a psicossomática. Para ele, a diferença principal estaria relacionada ao gozo. Enquanto na psicose o gozo é do Outro, na psicossomática o gozo é local no órgão, no espaço vazio.

De acordo com Laurent (2003; p. 30):

“Efetivamente um sujeito pode ser perfeitamente estruturado como neurótico, estruturado como psicótico ou estruturado como perverso, e sofrer de uma doença. Pois não há, propriamente falando, uma estrutura do sujeito psicossomático, mas um gozo, que é um fenômeno de borda – quanto àquilo que, no sujeito propriamente dito, é afetado pela estrutura”.

A lesão no corpo agiria como um dos Nomes-do-Pai e ofereceria uma suplência paterna, isto é uma forma de compensação pela ausência do Nome-do-Pai ao sujeito. Laurent (2003) diz que esta hipótese é levantada quando Lacan escreve sobre o *sinthoma*, no seminário 23. Nesse momento, abre-se a possibilidade de se pensar em um nome próprio feito sem o Nome-do-Pai.

Para Lacan (1975-1976/2007), o *sinthoma* é um conceito que se diferencia de sintoma, pois surge na ausência do Nome-do-Pai e funciona para reordenar os três registros do psiquismo: Real, Simbólico e Imaginário. Ao invés de três nós, haveria um quarto nó que sustentaria e ligaria os três registros. Além disso, para o autor esse quarto nó amarra e corrige a estrutura falha. Conforme figura abaixo:

**FIGURA 1 – Real, Simbólico e Imaginário com o Quarto nó**



Fonte: Retirado de *Ágora* v.11 n.2 Jul/Dez. 2008.

O sinthoma como o quarto nó, permite explicar tanto sua função estrutural, quanto sua função de sublimação criativa, e assim relativizar a importância da metáfora paterna e do Nome-do Pai correspondente (OCARIZ; 2007).

Conforme Lacan (1975-1976/2007), o sinthoma atua como o Nome-do-Pai e supre a ausência desse significante. Assim, através do sinthoma, torna-se possível fazer um nome próprio sem o Nome-do-Pai, isto é, o Pai do Nome.

Segundo Nasio (1993), “no lugar do Nome-do-Pai, aparece à lesão”, o que quer dizer que na psicossomática a lesão do órgão aparece devido à falha do significante do Nome-do-Pai.

Por fim, conclui-se que o sintoma “é o mais real que as pessoas têm”; “o sintoma é real em dobro, por causa do gozo que não é simbólico, e por causa da estrutura da letra, no entanto a letra não é significante, é idêntica a si mesma, é um significante fora do simbólico, realizado” (SOLER; 1993; p. 76).

Considera-se fundamental abordar a problemática do corpo, os sintomas e as fantasias na clínica psicanalítica, em um processo de psicoterapia ilustrado com um estudo de caso, como será descrito a seguir.

## CAPÍTULO 2 – PSICOTERAPIA E ILUSTRAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Tecer. É isso que as mulheres fariam se fossem entregues à sua solidão. As mulheres gostam de tecer. Tecer fios e ficções. Só que nunca inventaram uma tecelagem para enviar às mulheres quando elas começam a não querer comer, ficam paráliticas, mudas, apaixonadas ou cegas.

Holck (2008; apud GAZIRE; 2009)

### 2.1 Psicoterapia

Observa-se que a problemática do corpo representa um ponto fundamental na sociedade pós-moderna, que vive o mal-estar da atualidade pela busca incessante pela satisfação. Nesse contexto nos deparamos com um sujeito instável, inseguro, tentando construir certezas ou ilusões para apaziguar o seu vazio e as suas incertezas. Nesse lugar vazio, as sintomatologias tomam espaço e adoecem o sujeito. Mc Dougall (2000; p. 27), corrobora com essas ideias através das suas experiências na clínica em que os “analisandos se queixavam frequentemente de um sentimento de vazio, de uma ausência de contato com outras pessoas ou achavam que a vida não tinha sentido”.

Complementando essa ideia, Lipovestsky (2007) afirma que se instalam novos hábitos que levam os indivíduos a passarem da busca do prazer à evitação do sofrimento. Para o autor, o homem contemporâneo vive em um estado constante de desamparo, suscetível a medos, frustrações, ansiedades e produzindo novas necessidades de consumo, que perpassa as aquisições materiais e chega ao domínio das subjetividades, tornando-se o único responsável por atingir seu êxito.

Ainda para o autor, à medida que aumentam os desejos de aquisição, mais se aprofundam os descontentamentos individuais. “Desorientação, desapontamento, desilusão, desencanto, tédio, nova pobreza: o universo mercantilizado agrava metodicamente o mal do homem, deixando-o em estado de insatisfação irreduzível” Lipovestsky (2007; p. 158).

Para a compreensão desse mal estar e do processo de saúde e doença, os sujeitos muitas vezes buscam a psicoterapia ou são indicados para ela, com a motivação de que irão entender a causa de seu sofrimento ou que irão se curar.

À luz da psicanálise, na análise trabalha-se com o conflito e com suas dimensões inconscientes, exigindo do analista uma sintonia com os lugares do corpo, experimentações e

vivências que se manifestam na concretude corpórea do sofrimento do paciente (TEIXEIRA; 2006).

Sobre o acolhimento do corpo do paciente, Teixeira (2006) diz:

“Acolher o corpo doente organizado fora dos esquemas de simbolização significa percorrer um árduo caminho no qual, inicialmente, não há espaços de interrogação sobre a relação da vida com o mal-estar-corporal. A construção do *setting* terapêutico se dá sobre o reconhecimento que há algo que fala pelo corpo ator e paciente que se relaciona a um saber próprio do sujeito que se irrompe, rompendo o corpo e seu equilíbrio psicossomático, um saber que se inscreve no corpo que resiste a ser confrontado com a dúvida, com o contraditório e o afetivo do discurso” (p. 35).

O papel do analista é escutar e acolher as queixas e demandas do paciente, atentando-se principalmente para os não-ditos, numa busca dos conteúdos latentes na sua história de vida. Colocando-os a pensar no seu próprio sofrimento, estabelecendo o vínculo através da empatia e adquirindo confiança por parte dele. Nesse processo, o paciente se sente acolhido pelo terapeuta e ocorre a transferência, que é fundamental para a análise.

Segundo Freud (1901-1905/1996), as transferências “são reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico”. (p. 74). Para Cordioli (1998), o padrão de relacionamentos do paciente, estabelecidos ao longo de seu desenvolvimento, tenderá a se repetir com o terapeuta, na relação transferencial.

Contudo, é importante que o analista perceba em qual o lugar o paciente o está colocando e fazer o devido manejo da transferência, transformando o que é repetição em possibilidades de recordação.

Complementa Mc Dougall (2000, p. 4), “o psicanalista espera que o aprofundamento do conhecimento de si mesmo permita ao analisando reduzir a tendência à repetição e ao desencadeamento dos sintomas e o conduza a vias mais criativas para o investimento da energia psíquica”. Assim, o que é uma mera repetição do paciente, torna-se uma recordação e possível ressignificação.

Nasio (2007) afirma que a fantasia aparecerá não somente no relato do paciente, como também em seus comportamentos, atos que se repetem independentemente da sua vontade, sintomas, sonhos e convêm destacar o afeto para entender o seu significante.

Segundo Mc Dougall (2000; p. 12):

“na tentativa de abordar a percepção de determinados pensamentos, fantasias ou de situações conflituosas capazes de despertar sentimentos fortes (de dor ou de superexcitação), um paciente pode, por exemplo, desencadear uma explosão somática ao invés de dar à luz um pensamento, uma fantasia ou um sonho”.

E assim, segundo Ruschel e Hoffman, é importante que os pacientes cardíacos tenham a compreensão do significado de suas fantasias, para influenciar não só no processo de preparação para a cirurgia como também no período pós-operatório. Nesse momento é quando o paciente deve participar como sujeito do processo, ativamente na sua recuperação, colaborando com a equipe e tendo consciência de seu papel como agente de mudança (1989; apud FIGHERA; POLI; 2006).

É importante destacar que tradicionalmente o coração é um órgão que traz todo um significado e simbolismo intimamente ligado ao processo de vida e morte, e como sede dos afetos e sentidos de todo o sujeito.

Segundo Guillaumont (1950; p. 42), “o coração não é somente o órgão indispensável para a vida do corpo: ele é também o centro de toda vida psicológica e moral, da vida interior”. Complementa o autor, “o coração é também o receptáculo do qual se alimenta o pensamento: ele concebe os pensamentos, forma as ideias, conserva as lembranças; a lembrança ‘sobe’ do coração...” (GUILLAUMONT; 1950; p. 47).

Diante disso, o objetivo da terapia é procurar ir além das expectativas de alívio do paciente e se aproximar da análise, abrindo o seu inconsciente e fazendo-o se distanciar do seu sofrimento em torno dos sintomas, que até o momento é a sua forma de se expressar. Dessa forma, o paciente passará a entender o que acontece com seu corpo e como lida consigo mesmo, segundo a lógica da autoreferência adotada por Lacan.

O analista ocupa um lugar vazio durante a análise, objeto *a*, pois para Lacan na relação terapêutica só é possível um sujeito, em que será construído pelo paciente. No início, o analista ocupa a posição de sujeito do suposto saber e no final esse lugar é do paciente. Durante a análise, o paciente sairá de uma posição inicial de sem sentido, em que está num estado de alienação e passividade, com expectativas em relação aos outros e fala pouco de si. Passa pelo sentido, que é quando ele quer saber sobre si e o sujeito entra em cena, até chegar ao significado, onde se responsabiliza pelos seus atos, sabe e faz pelo seu próprio desejo, ocorrendo, assim, à mudança subjetiva.

Portanto, o analista deve respeitar o tempo lógico do paciente, levando-o a produção de saber sobre si, a partir dos silêncios, das pontuações (fase do sem sentido e observações), das interpretações (fase do sentido e compreensões) e por fim, das construções (fase do significado e conclusões).

Outro conceito importante é o do discurso, que corresponde a posição que o sujeito adota pela linguagem, pelo corpo, e até mesmo, diante da realidade. Ele vai se posicionando durante a análise e de acordo com o seu tempo lógico, vai se movimentando pelos discursos. O primeiro é o discurso do mestre (sem sentido), em que o sujeito está alienado e sua queixa está atrelada aos outros e ele não percebe ou não entende o que acontece consigo. Através das pontuações e interpretações, o paciente percebe seus sintomas, angústias e repetições. Então passa para o segundo discurso, que é o universitário (busca do sentido) e está intimamente ligado ao saber. O paciente se dá conta da sua problemática e está presente o paradoxo de que ele sabe que sofre, mas não sabe o porquê sofre. Depois vem o discurso da histérica (busca do sentido) em que o sujeito entra em cena e traz a emoção. O sujeito começa a falar de si e os outros saem de cena, relatando as suas crenças e meias-verdades, e aos poucos se aproxima dos “nós”, para serem desconstruídos e ressignificados. E no final da terapia passará para o discurso do analista (significado), que impulsiona o ato analítico, ou seja, a mudança subjetiva do sujeito diante do existir. Essa mudança é possível, a partir das construções e do ordenamento da linguagem do sujeito, chegando ao saber-fazer. Assim será possível encontrar a forma mais satisfatória de modalização de gozo, conseguindo enfim, se desvencilhar do dever para adentrar ao prazer.

Parte desse processo será ilustrado a seguir, com uma vinheta clínica, a partir do atendimento terapêutico que foi realizado com uma paciente no CENFOR- UniCEUB com queixa de problemas cardíacos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do UniCEUB e no início do atendimento, a paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, que prevê o sigilo dos dados e a ética profissional, autorizando que o seu caso fosse utilizado no trabalho de conclusão de curso. Dessa forma, para manter a confidencialidade dos dados, a paciente será chamada de Cecília, nome que se associa a falta de visão, de origem etrusca “cega, ceguinha”. A escolha desse nome veio de encontro com o momento que a paciente vive: não querendo enxergar a sua vida.



Essa é uma pesquisa qualitativa e não estabeleceu metas para o tratamento da paciente. Em contraponto, possibilitou uma reflexão sobre a compreensão do seu processo de saúde e doença sob a luz da psicanálise. A escuta clínica e o acolhimento aconteceu durante todo o processo terapêutico, não gerando dano ou desconforto que não seja próprio do processo para a paciente. Dessa forma, a escuta foi o instrumento fundamental da pesquisa, permitindo que a paciente fosse ouvida e acolhida enquanto sujeito único e agente de mudança no seu processo.

Durante a atividade, os objetivos foram atingidos paulatinamente, ao escutar a sistemática criada no enfrentamento da doença pela paciente cardíaca, por intermédio do seu relato sobre o processo de adoecimento e as manifestações sintomáticas em seu corpo. Buscou nos pressupostos psicanalíticos, subsídios para o tratamento terapêutico.

Optou-se por utilizar vinheta clínica ao invés de estudo de caso, por terem sido realizadas apenas 10 sessões, o que é considerado um número reduzido para se fazer um estudo de caso. A atividade de estágio ocorreu no Centro de Formação do UniCEUB - CENFOR, localizado no Setor Comercial Sul.

A paciente foi submetida ao tratamento psicológico por uma terapeuta estagiária, orientada por uma professora supervisora, que acompanhou o caso semanalmente, durante as supervisões, após os atendimentos. De acordo com Nasio (2003), todo caso é definido como o relato de uma experiência singular pelo paciente, escrito por um terapeuta e respaldado por um avanço teórico, após ser lido e discutido. O autor complementa que por intermédio do estudo de caso, o jovem clínico aprende a psicanálise de maneira ativa e concreta.

Esse enlaçamento entre a teoria e a prática foi possível durante os atendimentos e supervisões, e será apresentado no momento da Conclusão.

## **2.2 Ilustração do Caso Clínico**

Cecília se você pudesse ver seu coração, cuidaria melhor dele?

### **2.2.1 Identificação da paciente**

Cecília tem 24 anos, sexo feminino, formada em Relações Internacionais. Mora com os pais, que são primos, com seu irmão e irmã, que são mais velhos, e sua cunhada e sobrinha. Foi encaminhada ao CENFOR por indicação de um amigo.

### **2.2.2 Histórico de Saúde**

Cecília é cardiopata desde que nasceu. Na primeira infância teve que se submeter a duas intervenções cirúrgicas. A primeira foi no olho, quando tinha apenas 01 ano, onde tirou uma pele do olho e a outra aos 04 anos no coração.

Cecília fez uma cirurgia no olho com 01 ano de idade, mas não se lembra do que foi, sabe que perdeu 20% da visão do olho direito. Sua mãe já disse o motivo, mas ela bloqueou da memória. Conta que sua mãe fez um álbum de infância com as fotos dos três filhos, mas não tem muitas fotos dela. Como ela fez a cirurgia na época do aniversário, o olho dela ainda estava muito roxo e a mãe achou muito feia a foto para colocar no álbum.

Relata que aos dois anos de idade sua mãe percebeu que ela ficava muito cansada ao brincar com os irmãos e primos e que, por conta disso, levou-a para fazer exames. Com os resultados, o médico afirmou que Cecília tinha uma pele no átrio esquerdo do coração e que uma cirurgia deveria ter sido feita quando ela nasceu, para que essa pele fosse retirada. Entretanto, na época, essa cirurgia não era realizada em Brasília, o que fez com que Cecília não fosse submetida a tal procedimento. Quando Cecília estava completando 04 anos de idade, os médicos alertaram que se ela não operasse, poderia correr risco de vida. Dessa forma, a cirurgia de risco foi realizada, mas a pele não pôde ser retirada totalmente, pois havia a preocupação dos médicos de que Cecília ficasse com sequelas. Nessa época, ela disse que se aproximou mais da mãe, porque elas ficaram mais tempo juntas. “Minha mãe não saía de perto de mim”.

Cecília conta que poderia ter tido este acompanhamento psicológico quando era criança, pois não entendia o que acontecia com ela. Os médicos explicavam tudo sobre a doença para sua mãe, e ela diz que até hoje, não sabe dizer muitos detalhes sobre sua saúde e os médicos continuam falando sobre isso com sua mãe.

Cecília lembra que tomava muitos remédios quando era criança, de 15 a 20 comprimidos por dia, e que em sua casa havia uma mesa só com seus remédios em cima. Cecília relata com ênfase de que isso foi muito marcante. Conta que sua mãe sempre deu os

remédios para ela na infância, e que em relação às brincadeiras, a mãe brigava para ela parar de correr e pular ou proibia certas brincadeiras, sem explicar o porquê. Cecília conta que seu pai tinha o cuidado de sentar ao seu lado, e lhe explicava que ela não poderia ficar muito cansada e, por isso, não poderia brincar de algumas brincadeiras. Falou do pai demonstrando carinho, e contou que eles brincavam juntos e que os dois sempre foram muito próximos. “Não esqueço o dia que cheguei do médico, e fiquei esperando até tarde meu pai chegar em casa para a gente brincar, e quando minha mãe viu a gente correndo pela casa, brigou muito! Essas brigas da minha mãe foram mais marcantes do que as lembranças das brincadeiras”. Hoje sabe que quando se agitava demais, tinha arritmia e, por isso, sua mãe se preocupava tanto com ela.

Durante as sessões Cecília contou que há 09 meses não tem sentido mais arritmia, mas que quando sente é pela manhã, ao acordar e quando se levantar muito rápido. Lembrou que na adolescência, quando se levantava rápido para ir para a escola, acabava caindo no chão. “No início ficava assustada, mas acabei me acostumando com isso. Sou bem realista em relação a minha doença e a tudo na minha vida. Meu pai disse que fiquei ainda mais assim depois da graduação. Nesse ponto eu sou bem diferente da minha mãe, ela é muito preocupada com minha saúde!”.

Relatou se incomodar com o tamanho da sua cicatriz, que vai do centro do corpo até as costas, principalmente quando as pessoas ficam olhando ou perguntando, mas no final de sua fala acaba se conformando e diz: “Ah, mas isso é normal, tranquilo e é a minha realidade”.

Cecília conta que é a única doente da família e em diversos momentos se coloca como a diferente. Diz que seus irmãos não têm nada e ela que é a doente da casa. Cecília contou que nas fotos que aparecem seus irmãos e primos, ela é a menor de todos e a mais magrinha. Cecília relatou que tem problema de memória e não consegue se lembrar de momentos da sua infância, mesmo seus primos contando como aconteceu. Além do problema no coração, Cecília tem gastrite e já teve úlcera, devido à quantidade de remédios que tomava. Conta que hoje não precisa mais de medicação e evita tomar remédio para qualquer coisa. Também tem insônia e não consegue dormir antes das três ou quatro horas da madrugada.

Nas últimas sessões, contou que sempre teve dificuldade para comer e que não gosta de feijão e verduras, mas adora refrigerante. Não sente fome durante o dia, o que segundo a nutricionista agrava a sua gastrite. Não toma café da manhã, porque acorda muito tarde. E tem

vezes que nem almoça e passa o dia sem comer, como aconteceu nesse dia de relato. Confessa: “Quando chego a noite em casa como tudo que vejo pela frente, até à hora de dormir! Ontem mesmo fui dormir passando mal, porque comi hambúrguer, macarrão e fiquei comendo morango até a hora de deitar”. Disse que na sua adolescência tomou remédio durante quatro anos para engordar. Os médicos diziam que ela era muito magra e tinha que engordar por causa do coração. “Hoje eu não emagreço! Já fui à nutricionista, mas não consigo seguir a dieta, porque não sinto fome durante o dia e acho chato comer toda hora!”. Isso chama a atenção da sua mãe, que fica falando para Cecília comer e ela diz que isso é chato.

Há quatro anos Cecília precisava refazer os exames, mas só estava postergando isso porque na última consulta, o cardiologista disse que essa cirurgia é de risco pela sua idade. Mas ela disse que tomou coragem e marcou a consulta, depois de sua mãe dizer que ia marcar se ela não ligasse. Depois da consulta, Cecília contou que o médico disse que dependendo do resultado dos exames, ela realmente poderá operar para retirar a pele e também poderá voltar a tomar medicação. Como essa cirurgia pode por a vida dela em risco ou gerar sequelas, estava com medo de refazer os exames. Comentou sobre o medo de ficar cega após a cirurgia e como deve ser ruim não poder enxergar nunca mais. No final de sua fala diz: “Ah, mas é normal, tem que fazer, tranquilo”. Esse mesmo médico foi contra ao que já haviam dito para ela: “Você pode morrer de tudo, mas não de arritmia” e disse: “A arritmia é a doença que mais mata hoje, você pode morrer sim”. E quando foi perguntado como ela se sente com isso, Cecília respondeu: “Não me preocupo, está nas mãos de Deus e irei morrer na hora certa, como todo mundo”.

Ao refazer os exames, um deles foi o Holter, Cecília contou ter sentido muita dor e pontadas no coração. Disse que dormiu muito mal durante essa noite, só conseguindo cochilar, por causa do aparelho. Comeu mal e, no dia seguinte, a gastrite “atacou” e também teve arritmia. Durante a sessão confessou: “Fazia uns dez meses que eu estava sentindo pontadas no coração, sempre à noite, mas achei que fosse normal e não falei nada, para a minha mãe não ficar preocupada!” Após duas semanas, Cecília continuou tendo arritmia e relatou estar sentindo fraqueza, cansaço e muita sonolência, estranhando por nunca ter sentido tanto sono assim. “É normal a arritmia durar duas semanas, e eu ficar mais cansada e com o corpo mole, mas estou estranhando esse sono, nunca tive essa sonolência toda!” E contou que

não pôde fazer o exame de sangue, por causa da arritmia. “O coração fica tão acelerado, que as pessoas percebem, mesmo eu estando de blusa”.

Na sessão seguinte Cecília contou não ter conseguido fazer direito o teste de esforço físico, porque estava gripada, e talvez o médico peça para que refaça esse exame. Conseguiu fazer o exame de sangue, e sua irmã que é fisioterapeuta, analisou e disse que as taxas estão normais. Fez também o ecocardiograma, demonstrou dificuldade de lembrar o nome do exame, e o médico disse para sua mãe que o átrio está inchado, mas está menor que da última vez que ela fez esse exame, o que provavelmente não será necessário operar. Seu retorno ao cardiologista será dia 24 de junho, para ela saber se será ou não operada, e só com a análise dele ela ficará despreocupada.

### **2.2.3 Desenvolvimento das sessões**

Na primeira sessão foi feito o contrato terapêutico onde foi explicado que o caso seria utilizado na monografia de conclusão de curso. Ela concordou e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido.

Durante as sessões Cecília falou bastante sobre seus familiares, demonstrando dar muito valor e importância à família. Disse que foi criada com seus primos e até hoje eles saem juntos. Sua casa sempre foi aquela que todos iam aos finais de semana fazer churrasco, até o dia que aconteceu uma fofoca de família. Contou que se parece fisicamente com a família paterna, mas não se parece muito com o pai. E o seu gênio é da família materna: “Aquele povo ruim, nervoso, estressado”. Disse que se dá bem com a mãe, mas elas acabam discutindo muito, porque são parecidas. Demonstra não gostar dos familiares maternos, e em relação a sua avó materna disse: “O único jeito da minha avó é a morte mesmo. A única coisa que eu posso fazer por ela é enterrar! Com ela eu sou ruim mesmo! Ela é ruim com todo mundo e todos lá da cidade dela falam isso, não é frieza minha não. Oh velha ruim! Ela não gosta de nenhum filho e se puder vai viver para ver os quatro morrerem”. A única pessoa da família que Cecília demonstrou carinho foi o avô, que já é falecido, e contou que eles passavam a tarde juntos, depois que ela chegava da escola.

Entretanto, percebeu-se que ao longo das sessões Cecília acabava contando muitos casos de membros da família e não falando de si mesma. Ao final de uma das sessões foi pontuado o fato de não falar de si mesma, o que a fez refletir e concordar, afirmando com

certa timidez que tem dificuldades de falar sobre si e, que na verdade, nem sabe falar sobre ela. Contou que as amigas e familiares sempre falam isso, e sua mãe já cobrou muito isso dela. Cecília não acha que é importante falar de si e diz que não tem essa necessidade de falar como algumas pessoas têm. Além disso, contou que se começar a falar dela, vai abrir espaço para as pessoas a criticarem. Relatou ter saído em um final de semana com suas amigas, que lhes questionaram como está fazendo terapia se ela não fala de si, e Cecília nem soube responder. Contou que durante as conversas com as amigas, algumas vezes se sentiu constrangida e pressionada, quando elas perguntam sobre o fato de não ter namorado. Relatou não gostar de falar dessas coisas e percebe que é como se existisse uma barreira em relação a sua intimidade. E no final da sessão desabafou: “Meus três conflitos são a minha saúde, namoro e sexo”.

Não gosta de falar sobre sua doença para as pessoas não tratem ela como coitadinha e conta que não vive em função da saúde, se preocupando com tudo que pode ou não fazer. Quando suas amigas ficaram sabendo que é cardíaca deixaram de ir ao bar com Cecília, e quando vão, pedem água, o que gera incômodo para ela. Falou que não quer namorar agora, pois não quer perder sua liberdade, dar satisfação da sua vida e viver em função do outro, comparando com o namoro que sua irmã tem. Disse que namorou na época da faculdade, mas não foi nada muito sério, e nunca teve relação sexual.

Cecília em diversos momentos fala sobre sua liberdade e que não quer perdê-la. Diz que seus pais agem de forma diferente com ela, comparada aos seus irmãos. Eles ligam para saber onde eles estão quando saem, e com ela não fazem isso, fruto da confiança e da liberdade que conquistou. Hoje se sente incomodada pelo fato de não estar trabalhando e poder fazer o que quiser com seu salário. “Sinto falta de poder ir ao shopping comprar uma roupa, ir aos shows e sair todo final de semana, como fazia quando ganhava melhor”. Ela ajuda seu pai no negócio dele, mas diz que não é como antes, pois ganha pouco e não é a mesma quantia todo mês. Aguarda ser chamada para trabalhar com o tio, que irá ocupar um cargo de confiança e enquanto isso tem estudado e feito provas para concurso. Toda vez que precisa sair pede dinheiro para a mãe, o que acaba tirando a sua liberdade, pois ela tem que dar satisfação para onde e com quem vai e isso a incomoda muito. Além do dinheiro, Cecília quer trabalhar para voltar a ter uma rotina e conseguir dormir a noite. Hoje só trabalha à tarde com o pai, então acaba dormindo de madrugada por causa da insônia e acordando quase meio-dia. Acredita que com o trabalho, vai ser obrigada a levantar cedo e, com o tempo, seu

organismo vai se acostumar e ela vai conseguir dormir no horário, como era na época da escola.

Conta que lê muitos livros, especialmente de madrugada. “Ultimamente eu tenho lido para dar ânimo! Principalmente depois da última prova de concurso que fiz, e não tive o desempenho que esperava”. Conta que sua mãe uma vez deu o livro: “Por que as pessoas deixam de ir à igreja?”, em virtude de a mãe ser muito católica e Cecília ter deixado de ir à igreja, após diversas decepções que teve. Esse livro a ajudou a se afastar ainda mais e mostrar a realidade da Igreja Católica, contrariando o objetivo da mãe, ao achar que ela poderia mudar de ideia. Relatou que seus irmãos fazem a vontade da mãe, mas ela não, e disse: “Sou a ovelha negra da família! Só vou à missa em épocas festivas, que a minha mãe faz questão de levar toda a família, para não contrariar ela”. E conta que lê a Bíblia todos os dias, que é uma forma de estar mais perto de Deus, e não consegue dormir sem rezar. Em relação à religião, Cecília demonstra ser uma pessoa aberta a novas ideias e posicionamentos, e disse ter ido a um pastor com seu padrinho que lhe falou ser a sua doença fruto de inveja de uma pessoa da família. Falou que essa pessoa fez um trabalho para família e por isso, Cecília tem a saúde fraca e nasceu com problema cardíaco.

Na décima sessão a analista disse para Cecília que estavam entrando em uma nova etapa do processo e propôs uma forma de trabalho diferente para ela, convidando-a para o divã. Explicou-se que a sessão ocorreria normalmente, com a diferença de que a analista ficaria atrás dela. Ela aceitou, mas demonstrou resistência em deitar, dizendo que sentiria muito sono. Entretanto a analista disse que o objetivo do divã é propiciar esse relaxamento e que não teria problema ela se sentir assim.

A sessão iniciou normalmente e Cecília contou que sua semana foi tranquila e, ao mesmo tempo, conturbada. Disse que trabalhou muito no final de semana e ficou muito cansada. Contou que quase provocou um acidente no sábado à noite, por causa do cansaço, sono e a falta dos óculos. Ela passou o dia na frente do computador sem os óculos, o que deixou suas vistas bem cansadas. Além disso, a claridade dos faróis dos carros incomoda sua visão, e ela tem mania de coçar o olho enquanto dirige. Nesse dia ela abaixou a cabeça enquanto coçava o olho, o que a fez se distrair e não ver o carro da sua frente freando. “Foi por pouco que não bati o carro, fiquei muito nervosa na hora, tremendo e preocupada de ter batido em um carro importado, e meu pai brigar comigo. Sempre dirijo de óculos, mas nesse dia esqueci em casa. Estou usando ele desde novembro do ano passado, e sinto muita

diferença, enxergo bem melhor com os óculos. Antes eu passava em todos os buracos e subia nos meios fios da rua. Mas mesmo assim, sou a melhor motorista lá de casa. Meu pai diz: Mesmo cega confio mais em você”.

Ainda em relação a sua visão, Cecília disse que tira os óculos para estudar. E isso foi interpretado para ela, o fato de enxergar melhor com os óculos e tirá-lo para estudar. E ela disse que tira porque incomoda e ainda não se adaptou a ele.

Cecília falou de que tem medo do que é para sempre e eterno, como a morte por exemplo. “Meu medo não é de morrer, é de matar alguém e ficar com esse remorso para sempre. Eu sou paranóica com essa ideia de matar alguém, e não tenho objetos cortantes no meu quarto. O povo lá de casa já sabe, não briga comigo na cozinha! No descontrole, não sei o que posso fazer. Já tive uma briga feia com meu irmão, que ameaçou de bater na minha cara. Eu o afrontei e disse que se ele batesse ia ser a última coisa que ele ia fazer na vida dele. Eu ia acabar com ele!” Falando isso com bastante ênfase e emoção. Contou que tem um tio que é policial, e às vezes ele precisa viajar e acaba guardando a arma na casa dela. Mas ela já pediu para nem saber quando essa arma tiver lá. Contou que tem necessidade de ter o controle da sua vida, entretanto não sabe do que pode fazer no momento de descontrole. Disse que tem vestido uma armadura, para encarar a vida.

Falou também que suas tias contam com ela para conversar com os primos da sua idade ou mais novos, quando estão com algum problema. Ela tem facilidade de fazer isso e gosta de mostrar para eles os dois caminhos, o certo e o errado. Ao mesmo tempo, só fala uma vez, se eles não ouvirem ela deixa eles se “estrepem”. Não tem paciência de passar a mão na cabeça, nesse ponto ela é ruim. “Não é frieza minha, é realismo”.

Outro medo são as mudanças. Cecília disse ser muito resistente a mudanças e perder a normalidade e o controle da situação. “Isso acontece em relação ao casamento, que é uma mudança na sua vida para sempre! Não quero namorar para correr o risco de mudar a minha forma de agir e pensar, e com isso, me tornar uma pessoa estranha para os outros, como minha irmã se tornou”. Todas as pessoas que eu conheço acontecem isso, mudam tanto que os outros começam a perceber e criticar. “Com minha irmã, minha prima e meu irmão foi assim! Hoje meu irmão vive um casamento de “merda” e não faz nada para mudar isso! Minha irmã não sai mais de casa sem o namorado. E para piorar ele ainda é bem mais velho que ela, já aprontou tudo que podia na vida e hoje é mais caseiro. Eu nunca mais saí com a minha irmã!



E ela ainda está “bancando” ele! Meus pais não sabem mais o que fazer. Minha mãe está muito nervosa por causa dessa situação, e meu pai já desistiu! Sábado meu pai bebeu e ficou lá chorando por causa disso”. Nessa fala, Cecília se exaltou como nunca tinha acontecido durante as sessões.

No final perguntei se ela gostou da experiência do divã e ela disse que sim. “No início eu me mostro calma e tranquila para as pessoas, mas na verdade eu sou essa pessoa nervosa, estressada e impaciente. Só assim que as pessoas me conhecem de verdade”. Esse momento foi pontuado pela analista: “Hoje eu te conheci de verdade”. E ela confirmou. Finalizou dizendo: “Foi tranquilo, tranquilo. Sempre falo isso né? Tranquilo?”.

#### **2.2.4 Análise do caso**

Diante das 10 sessões realizadas, percebeu-se que a paciente não tem consciência sobre sua doença e não se posiciona diante dela, demonstrando não saber falar maiores detalhes e nem tendo interesse em entendê-los melhor. Isso acontece com seu corpo, olhos e coração. Nesse cenário, o que transparece são os medos e as fantasias, pela gravidade do seu caso e por todo o simbolismo que o coração traz, sendo representado pela emoção que compõe o existir.

Seu coração produziu uma pele que tenta tamponá-lo, assim como ela “não quer saber” da doença, desenvolvendo mecanismos psíquicos onde está presente a negação e a sua submissão ao desejo do Outro. Cecília demonstrou medo de operar e a sequela ser a cegueira, entretanto o que se percebe é que ela não quer enxergar sua doença e a vida. A todo momento ela coloca e tira os óculos, como se fosse o véu para Lacan, para enxergar o que quiser e quando quiser. Nos momentos que fala de si, Cecília tira os óculos.

Diante disso, parece que através das suas fantasias se manifesta a sua modalização de gozo. E nesse processo, verifica-se que o motor de suas fantasias parece ser a busca pela independência, o que para Lacan representa uma meia-verdade. Na realidade, verifica-se que ela se deixa levar pelo Outro, que é a sua mãe (com papel de cuidadora e superprotetora), e também pelos outros que são os médicos e familiares. Em seu relato sobre a mãe, sempre transparece o incômodo, as cobranças e as discussões, mas Cecília ainda não percebeu que ela se incomoda porque se identifica com ela. E são as suas atitudes que têm chamado a atenção da mãe e levado a agir assim. Ela demonstra mais carinho quando fala do pai, entretanto diz

que ele não se posiciona dentro de casa e desiste diante dos problemas. “Quem manda em casa é a minha mãe”. Percebe-se que a demanda de amor e reconhecimento são fundamentais para Cecília, que vive nessa ambivalência de ser amada e de não querer amar, mas ela ainda não se deu conta disso.

Acredita-se que Cecília ainda não conseguiu “entrar em cena”, ou seja, se transformando em vítima e se sentindo diferente diante dos membros da família, intitulado-se de ovelha negra. Além disso, também demonstrou se sentir excluída ao relatar que não tem muitas fotos suas no álbum de infância da família. Nesse cenário, Cecília tem a necessidade de controlar a sua vida e a sua família, ter previsibilidade das situações, mostrando ser muito resistente a mudanças, por temer o descontrole e não saber como pode agir. A família é a base para Cecília e o lugar de apoio e segurança para ela. Relatou ter dificuldade de confiar no outro, por não saber como ele irá agir. “Sempre fui assim desde pequena, desconfiada com o outro”. Seus problemas sempre perpassaram pelo Outro, e ela não consegue se sentir segura fora do ambiente familiar.

Algumas questões retratam isso, como a sua saúde, sua recolocação profissional que está dependendo do tio, e os concursos públicos, que ela não tem conseguido se dedicar aos estudos. E ainda não enxerga claramente, pois retira os óculos para estudar.

Dessa forma, Cecília apresentou durante as sessões uma fala contraditória, afirmando em alguns momentos ser tão realista diante da vida e independente e, ao mesmo tempo, ainda não se dá conta da sua alienação e posição passiva. Tem um lado bom, que é o que conversa e orienta os primos, mostrando os caminhos a seguir, e o lado ruim, que ela é nervosa, perde o controle e é capaz de matar alguém. Nesse cenário, começa a perceber que a imagem corporal de Cecília está parcialmente constituída, o que gera muita insegurança e medos para ela. Além disso, o lugar de sujeito ainda não está constituído, levando-a a se submeter constantemente pelo desejo do Outro ou então pela doença manifesta.

Diante da sua estrutura psíquica, percebe-se um movimento psíquico que circula entre o Real e o Imaginário, com dificuldades para Simbolizar. Demonstra resistência não só de falar da doença, como também de falar de si, acreditando “existir uma barreira que a impede de falar sobre sua intimidade, evitando ser criticada”. Questiona-se até que ponto essa intimidade pode ser um conflito, que ela tenta velar de si mesma. E com certa dificuldade e timidez, após algumas sessões, Cecília consegue dizer que seus conflitos são a sua saúde,

namoro e sexo. Percebe-se também a falta de feminilidade em Cecília, pois ela se identifica com uma mãe fálica, independente (fantasia de Cecília), que provê tudo e tem atitude frente às situações. Que figura de mulher que ela fez na sua vida?

Durante a sessão do divã, Cecília se mostrou como nunca havia aparecido nas sessões. Ali certamente ela foi a Cecília de verdade, como ela mesma disse no final da sessão. No início a mudança gerou resistência, como era de se esperar, mas depois ela conseguiu se soltar e abrir seu inconsciente, demonstrando emoções e se posicionando diante da vida. Naquele momento ela conseguiu conversar consigo mesma, o que era uma queixa dela.

Seu corpo está sendo palco de sintomas somáticos devido a sua dificuldade de se manifestar e expressar em termos psíquicos, e conseqüentemente, a fonte da satisfação pulsional (Freud) ou a modalização de gozo (Lacan), está se dando através dos órgãos e do seu corpo, com a produção de insônia, gastrite e úlcera. Além disso, a sua cicatriz corporal se constitui em uma marca psíquica que precisa ser ressignificada.

Nas últimas sessões, segundo a teoria Lacaniana, percebe-se em sua movimentação psíquica, que Cecília está conseguindo sair do discurso do mestre <sup>3</sup>, onde ficou presa durante várias sessões, para o discurso universitário, onde o saber entra em cena no lugar do sujeito, começando a querer falar de si e se movimentando do sem sentido para o sentido. Em relação ao tempo lógico <sup>4</sup>, a paciente está saindo da posição de mera observadora, para buscar compreender o que acontece com ela, aonde o sujeito aos poucos vai entrando em cena.

No capítulo 1 vimos que “no lugar da falha do Nome-do-Pai, aparece a lesão” <sup>5</sup>, isto é, na psicossomática a lesão do órgão aparece devido a falha de um dos Nomes-do-Pai. Diante disso, pode-se afirmar que a insônia, a gastrite e a úlcera, surgiram para suprir a falha de um dos Nomes-do-pai? E que são esses, os sinthomas que surgiram expressos no corpo de Cecília?

O sinthoma é o que garante a existência de um Nome-do-Pai que não se concretizou, fazendo o quarto nó na estrutura do psiquismo, através dos arranjos somáticos, formando o sujeito frágil, que apresenta doenças psicossomáticas.

---

<sup>3</sup> Os conceitos dos discursos de Lacan foram citados na pág. 24

<sup>4</sup> O tempo lógico também foi conceituado na pág. 24

<sup>5</sup> Pág. 18.



## CONCLUSÃO

“Onde você vê a morte, alguém vê o fim. E o outro vê o começo de uma nova etapa...  
Cada qual vê o que quer, pode ou consegue enxergar”.

Fernando Pessoa

Durante este percurso entre os CAPÍTULOS 1 e 2, observou-se que a psicossomática desafia a clínica contemporânea: em que a clínica do corpo deveria incorporar este desafio de restituir a complexidade que constitui o corpo?

Algumas questões colocadas por Leclaire (1992) nos remetem à clínica do corpo, quando ele afirma que muito do que é apreendido corporalmente não é compreendido simbolicamente.

Lacan corrobora com essa ideia, pelo fato do sujeito demonstrar dificuldades para Simbolizar, quando o seu movimento psíquico circula entre o Real e o Imaginário. Essa incompreensão simbólica foi ilustrada no caso clínico, em que se percebeu a dificuldade de Cecília em se dar conta da complexidade do seu corpo.

E ainda para Leclaire (1992), com isso conseqüentemente o corpo transborda, vai além do limite, quando este apreende além da lógica do recalçamento.

Portanto, temos na pós-modernidade um corpo em evidência, transbordado, sem limites e “hipnotizado” pela lógica do consumo e pelo mito do prazer, o qual se configura na contemporaneidade destituído de singularidade.

Sobre isso, Le Breton (2006) afirma:

“O homem faz de sua criação a evidência de sua indignidade. Lógica absurda, mas que lembra que a condição do homem é tramada na dimensão simbólica e que pertence ao homem decretar que é pouca coisa, e até mesmo nada, diante de outras instâncias cuja superioridade é confirmada. O mesmo ocorre com o corpo humano, rebaixado ao modelo de máquina, destituído do valor da encarnação, da presença do homem, visto como um objeto entre outros” (p. 90).

Segundo Breton (op.cit.) quanto mais o sujeito tende a se auto-referenciar, procurando em si os sentidos e valores da vida, mais se empobrece em questões existenciais.

Nesse sentido, a psicanálise diz que o sujeito está alienado de seu desejo frente a sua subjetividade, realidade, emoções e crenças, se autossabotando e criando tramas, sem perceber, em meio a tantos dramas da sua vida.

Como dizia Assoun (1995), o sujeito mente a si mesmo e logo, o sintoma faz seu papel de capturar o corpo pelo endereçamento do desejo ao outro. Nesse cruzamento de demandas, os “mitos” da contemporaneidade que pretendem expurgar o sofrimento psíquico do sujeito, perdem sua força pela lógica além do recalque, no qual o inconsciente não pode ser capturado pelo corpo. E Teixeira (2006), complementa:

“A corporeidade ocupa lugares teóricos e clínicos plurais e as políticas do corpo nos atentam para as relações de poder/saber constituintes das configurações dos campos de experiência subjetiva, em que o exercício clínico precisa constituir dimensões da vida, morte, saúde e doença” (p. 35).

A clínica do corpo é perpassada pelo desvendar os sentidos obscuros dos sintomas. Esses sintomas expressam não só a dificuldade do sujeito de lidar com a realidade, como também do psiquismo de expressar diante da singularidade. É uma forma de gozar e satisfazer parcialmente os seus desejos.

Mas e para o sujeito contemporâneo, que é individualista e está entrelaçado pela lógica do consumo e o mito do prazer? Ele pretende se libertar a todo custo desses sintomas e sofrimentos, custe o que custar, buscando a qualquer preço um preenchimento para esse vazio que toma conta e invade o seu corpo.

E se o desejo é insaciável, qual será o destino dos sujeitos insatisfeitos da nossa sociedade? Nesse momento quando o sujeito procura a psicoterapia, ele espera alívio ou análise? Certamente busca alívio para o seu sofrimento, uma solução mágica para os seus problemas e a pílula da felicidade!

Mas à medida que o sujeito entra em cena no processo terapêutico, ele passa querer saber de si, buscando sentidos para a compreensão das suas crenças, repetições, incompletudes e vazios. Após constituir as dimensões da sua vida e encontrar o significado dessa trama feita por ele, ocorre uma mudança subjetiva no sujeito e uma forma melhor de lidar com a sua modalização de gozo e com a falta-a-ser.

Na ilustração do caso clínico, demonstrou-se que Cecília está no início do processo terapêutico, começando a falar de si, apresentando não só dificuldades e resistências para falar de emoções, mas também de se dar conta da sua realidade e complexidade do seu corpo.

Questiono nesse caso, por que o coração?

O coração é o órgão que representa as emoções que compõem o existir e, nesse caso significou para mim, que o coração de Cecília simbolizou a sua dificuldade de lidar com o seu vazio. Cecília demonstra não querer enxergar a sua doença e, paradoxalmente, temer a cegueira. Diante disso, temos duas situações que se entrelaçam e simbolizam a sua realidade, de um lado o não querer enxergar – problema no olho – e de outro o não querer sentir – problema no coração. Nesse entrelaçamento Cecília não consegue olhar para o coração e não está “dando conta” de encarar a vida, precisando vestir uma armadura para enfrentá-la.

Como esse sujeito pós-moderno consegue enxergar somente o que quer? Seria uma autossabotagem do seu psiquismo? E o preenchimento desse vazio no corpo, se dá através de sua fantasia de independência e de ser a diferente da família? Até que ponto esse drama de ser a menos amada e de ser vítima, se transformou em uma trama que nem ela consegue se dar conta?

Quantos paradoxos! E como a nossa mente age ao nosso favor ou contra a gente, sem nos darmos conta.

Dessa maneira, isso me demonstra que o corpo de Cecília está sendo palco de arranjos somáticos e sinthomas, como a insônia, gastrite e úlcera, não só devido a sua dificuldade de se manifestar e expressar em termos psíquicos, como também de não querer saber, enxergar e nem lidar com sua saúde.

Além disso, Cecília relata ter problemas de memória e não se recordar de momentos vividos na sua infância. Isso leva à interpretação de que foi justamente na infância, onde as marcas psíquicas se constituíram, gerando impasses e posteriormente ela, para se defender, bloqueou os conflitos da sua mente.

Um de seus anseios no início do processo é que ela tivesse tido esse acompanhamento psicológico desde a infância, para entender o que realmente acontecia com seu corpo.

Será que se isso tivesse acontecido, sua história seria diferente? E teria evitado ser bombardeada com excesso de remédios em seu corpo? Hoje apostamos no atendimento multidisciplinar para o benefício do paciente e obtemos êxito, mas infelizmente não foi o que aconteceu no caso de Cecília.

Na primeira infância Cecília fez duas cirurgias. Uma cirurgia no olho, quando tinha 01 ano, em que perdeu parte da visão e outra aos 04 anos, no coração. Desde então os remédios não pararam na sua infância. E foi preciso até remédio para engordar durante a adolescência, sendo que uma de suas queixas sempre foi a dificuldade de comer.

Desde quando Cecília passou a enxergar parcialmente a sua vida? E até que ponto ela prefere enxergar dessa forma? Com os óculos, Cecília disse que enxerga perfeitamente e sente diferença sem ele. Mas na hora dos estudos, qual é a sua atitude? A de tirar os óculos! Disse que é porque gera incômodo e ela ainda não se adaptou. Será mesmo um incômodo ou uma autossabotagem? Percebeu-se que durante todas as sessões Cecília coloca e tira os óculos de tempos em tempos, rememorando Lacan, seria um véu utilizado por ela para enfrentar a sua realidade? Quando o assunto se trata dela, ela tira os óculos.

Percebe-se que o significante *olhar* sempre circulou na cadeia de Cecília. Diante disso, vem ocorrendo esse movimento de se esconder da sua realidade, bloquear os conteúdos da sua singularidade e se deixar levar pelo desejo do Outro.

O que fazer Cecília em meio a inseguranças, medos, conflitos, fantasias, incômodos e cobranças? Que papel tem essa mãe cuidadora e superprotetora na sua vida? E esse pai que não se posiciona e desiste dos problemas? Será que o papel deles tem contribuído para sua independência ou tem sido facilitadores para sua dependência?

Mesmo diante de apenas 10 sessões, percebe-se que o caso de Cecília é típico da pós-modernidade. Ela demonstrou ter sua imagem corporal parcialmente constituída, o que gera muita insegurança e necessidade de ter controle de tudo. No primeiro momento diz se apresentar como calma e tranquila para as pessoas, mas na verdade ela é ruim, nervosa e impaciente. Teme mudanças e o desconhecido, que geram em Cecília o descontrole e o medo do que pode fazer, sendo capaz de acabar com a vida do outro. Seus medos giram em torno do que é para sempre, como a morte e o casamento. Em relação à morte seu medo não é o de morrer, mas sim o de matar alguém. E com o casamento, ela teme mudar sua forma de agir e



de pensar, tornando-se uma pessoa estranha. Nesse sentido, ela entra em seu conflito do que é certo e errado, bom e ruim nas suas atitudes e de que ela precisa de uma armadura, para encarar a sua vida.

Diante desses fatos, configuraria Cecília como uma “*borderline*”, que apresenta traços da neurose (obsessiva e histeria), psicose e perversão. Acredita-se que o pai tem contribuído para a montagem “*borderline*” da filha, na falha da função paterna. E a mãe com sua superproteção, deixando a filha frágil psicologicamente e gerando dependência nas suas relações. Cecília tem dificuldade de entrar em contato com si mesmo, e precisa se diferenciar do Outro, mas necessita dele para existir, mantendo essa relação de dependência e apoio com os objetos. Possui tanto o medo do abandono quanto o do desamparo. Teme a perda do Outro, vivendo esta demanda de reconhecimento e amor e que, ao mesmo tempo, tem uma atitude paradoxal não querendo ter uma relação afetiva estável.

Para dar continuidade ao caso e obter riqueza de dados, optou-se por Cecília continuar no divã, onde foi a sua abertura do inconsciente, conseguindo fazer suas primeiras construções e foi o momento onde obteve ganho no processo terapêutico.

Observou-se a importância de um embasamento teórico para compreender a queixa, os sintomas, as fantasias e demandas da paciente durante o caso. Esse contorno científico foi à base para a pesquisa e a prática na clínica.

Em relação à prática foi surpreendente os avanços que a paciente teve no divã, parecia outra pessoa! Foi incrível perceber o fio da transferência e a abertura do inconsciente, ali na minha frente, e ver a Cecília trazer emoções com tanta intensidade e riquezas de detalhes, que até o momento não tinha acontecido.

Durante esse período de estágio, tive a oportunidade de vencer os meus próprios desafios a cada sessão e supervisão! Considero extremamente importante para a minha atuação profissional, ter passado pelo processo de construção da escuta clínica e saber esperar o tempo lógico do paciente. Sem dúvida, essa experiência de aliar a teoria com a prática no estágio supervisionado será a base para a minha atuação como Psicóloga.

Portanto, experienciei na prática a importância do analista atuar como um espelho onde o sujeito pudesse se revelar durante as sessões terapêuticas, pontuando, interpretando e preparando-o para as construções e observando o sujeito passar de um discurso para outro,

buscado se movimentar na sua cadeia de significantes, na perspectiva de ressignificar sua história de vida.

## REFERÊNCIAS

- ASSOUN, P-L. **Metapsicologia freudiana: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatísticas vitais: mortalidade e nascidos vivos**, 2003. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>>. Acesso em 07 maio de 2011.
- BRASIL. Portal da Saúde [homepage na internet]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11061](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11061)>. Acesso em: 05 out. de 2010.
- BRAUNSTEIN, N. **Gozo**. São Paulo: Escuta, 2007.
- BUCHER, R. **A Psicoterapia pela Fala: Fundamentos, princípios, questionamentos**. São Paulo: EPU, 1989.
- CORDIOLI, A.V. **Psicoterapias: Abordagens atuais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- FERNANDES, M. H. **Corpo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- FIGHERA, J; POLI, M. C. **Corpo, Angústia e Fantasias: Um olhar da psicanálise sobre o Paciente cardíaco cirúrgico**, 2006. Disponível em: <[http://tede.pucrs.br/tde\\_busca/processaArquivo.php?codArquivo=250#page=47](http://tede.pucrs.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=250#page=47)>. Acesso em: 10 set. de 2010.
- FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. (v 18), 1989.
- \_\_\_\_\_. **Um caso de histeria Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. (v 7), 1996. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1901-1905).
- \_\_\_\_\_. **Pulsões e Destinos da Pulsão**. In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente: obras psicológicas de Sigmund Freud (v 1), 2004. Rio de Janeiro: Imago (Original publicado em 1915).
- GAZIRE, P. C. **Violência do feminino e destinos da feminilidade em uma paciente borderline**. São Paulo: Jornal de Psicanálise, 2009.
- GUILLAUMONT, A. **Le sens des noms du coeur dans l'Antiquité**. In: AA. VV., Le Coeur: Études Carmelitaines (p. 41-81). Paris: Desclée de Brouwer, 1950.
- GUIR, J. **Fenômenos psicossomáticos e função paterna**. In: Psicossomática e psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

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

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

LAUREANO, M.M.M. **A interpretação (revelar e esconder sentidos):** articulações entre análise do discurso e psicanálise lacaniana. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Educação. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, 2008.

LAURENT, E. **Os nomes do sujeito.** In: Psicossomática e psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo.** Petrópolis: Vozes, 2006.

LECLAIRE, S. **O corpo erógeno.** São Paulo: Escuta, 1992.

LIPOVETSKY, G. **A felicidade paradoxal:** ensaios sobre a sociedade de hiperconsumo. Trad. Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

MC DOUGALL, J. **Teatros do Corpo: O Psicossoma em Psicanálise.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MELLO FILHO, J. de. **Psicossomática Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

\_\_\_\_\_. **Concepção psicossomática:** visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MORAIS, et al. **Os fenômenos psicossomáticos:** um substituto para a neurose?, 2008. Disponível em: <[www.fundamentalpsychopathology.org](http://www.fundamentalpsychopathology.org)>. Acesso em: 22 de abr. de 2010.

NASIO, J. -D. **Psicossomática:** as formações do objeto a com intervenções de Pierre Benoît e Jean Guir. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

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

\_\_\_\_\_. **Fantasia:** O prazer de ler Lacan. Rio de Janeiro; Jorge Zahar, 2007.

OCARIZ, M. C. **O Sintoma e a Clínica Psicanalítica:** O curável e o que não tem cura. São Paulo: Via Lettera, 2007.

PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa.** Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1974.

PEREZ, G. H.; NICOLAU, J. C.; ROMANO, B. W.; LARANJEIRA, R. **Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis:** diferenças entre homens e mulheres. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 85, p. 319-326, 2005.

SOLER, C. **O “corpo falante”**. Edição bilíngue. Rio de Janeiro: Caderno de Stylus, 2010.

TEIXEIRA, L. C. **Um corpo que dói**: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology online*. 7, 1, Mai, p. 21-42, 2006.

VALAS, P. **Horizontes da Psicossomática**. In: *Psicossomática e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

VOLICH, R. M. **Psicossomática**: de Hipócrates à Psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

## ANEXO A: TCLE

Caro (a) Senhor (a),

A pesquisadora professora Doutora Marcella Marjory Massolini Laureano, psicóloga, cujo e-mail: mammlaureano@gmail.com, juntamente com sua pesquisadora auxiliar, estudante do 10º semestre de psicologia, Marcella Ortiga Frade de Aragão, cujo e-mail: marcellaortiga@gmail.com pretendem desenvolver a pesquisa intitulada como: CORPO, SINTOMA E FANTASIA: Um estudo de caso sobre pacientes cardíacos na clínica psicanalítica.

O objetivo dessa pesquisa é relacionar os conceitos de corpo, sintoma e fantasia sob a luz da psicanálise a partir de relatos de pacientes cardíacos, a partir de um estudo de caso; analisar as representações simbólicas desses pacientes sobre corpo e sintoma; identificar as fantasias adquiridas a partir dos sintomas no relato desses pacientes; apresentar a visão psicanalítica acerca do processo de saúde e doença; apontar os avanços da clínica psicanalítica na atualidade a partir do estudo sobre psicossomática.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esse documento foi elaborado em duas vias, sendo que uma será entregue ao participante e a outra, será mantida pelas pesquisadoras.

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

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Acredito ter sido suficiente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo CORPO, SINTOMA E FANTASIA: Um estudo de caso sobre pacientes cardíacos na clínica psicanalítica.

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

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

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa

Nome:

Endereço:

RG:

Fone: ( )

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável