



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Gizelle Mendes Borges Cunha

**A CLÍNICA PSICANALÍTICA JUNTO A PACIENTES COM CÂNCER:
TRANSFERÊNCIA E TRAUMA**

Uberlândia

2015



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



Gizelle Mendes Borges Cunha

**A CLÍNICA PSICANALÍTICA JUNTO A PACIENTES COM CÂNCER:
TRANSFERÊNCIA E TRAUMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade
Federal de Uberlândia como pré-requisito para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Linha de pesquisa: Psicanálise e Cultura

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

Uberlândia

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

C972c Cunha, Gizelle Mendes Borges, 1983-
2015 A clínica psicanalítica junto a pacientes com câncer : transferência e
trauma / Gizelle Mendes Borges Cunha. - 2015.
97 f.

Orientador: João Luiz Leitão Paravidini.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Psicanálise e cultura - Teses. 3. Psicanálise -
Estudo de casos. - Teses. 4. Câncer - Pacientes - Psicologia - Teses. I.
Paravidini, João Luiz Leitão. II. Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Gizelle Mendes Borges Cunha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Aplicada, sob a orientação do Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini.

Linha de pesquisa: Psicanálise e Cultura

Orientador: Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

Banca Examinadora

Prof. Dr. João Luiz Leitão Paravidini

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia/MG

Profa. Dra. Emilse Terezinha Naves

Universidade Federal de Goiás – Catalão/GO

Profa. Dra. Elzilaine Domingues Mendes

Universidade Federal de Goiás – Catalão/GO

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, João Luiz Leitão Paravidini, o meu respeito e sincero agradecimento por me incitar no caminho da busca, por me fazer entender que para vencer é preciso lutar, e que não há luta sem dor.

À minha família, pelo apoio e amor.

À minha mãe, pelo carinho sempre pronto, por me ensinar a amar e cuidar do outro com zelo.

Ao meu pai, por acreditar em mim e me impulsionar para nunca desistir dos meus sonhos.

Ao meu amado marido, Pablo Vinicius, por compartilhar comigo aflições, desafios e alegrias na nossa caminhada juntos.

Aos meus irmãos, que mesmo de longe, cada ao seu modo me apoiaram e manifestaram em algum momento admiração por mim e pelo meu trabalho.

À minhas tias, Elizabeth e Maria Lina, por me fazerem sentir especial e viverem com alegria e emoção as minhas conquistas.

À minha querida supervisora, Mara Guimarães, inspiração para mim. Agradeço pela acolhida e pelo incentivo nas minhas descobertas.

À minha analista, Rosemeire Aparecida, por acreditar e me auxiliar no resgate de mim mesma em momentos difíceis, mostrando-me sempre o quanto vale a pena apostar na vida.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, componentes da equipe do Setor de Atendimento Psicológico (Seaps) da Divisão de Assistência ao Estudante (Diase), por me receberem com tanto carinho e logo me fazerem sentir pertencente a esse grupo tão especial. Obrigada Mariana, Michele, Daniela, Leiliane e Ilma pela solidariedade, compreensão e paciência durante esta minha trajetória.

Aos meus colegas de turma e grupo de pesquisa, aos professores, em especial Rodrigo Sanches Peres e Silvia Maria Cintra da Silva, e aos funcionários e à coordenação do Curso de

Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Às pacientes que participaram da pesquisa e generosamente compartilharam suas histórias e muito me ensinaram.

*É bom olhar pra trás
E admirar a vida que soubemos fazer
É bom olhar pra frente
É bom, nunca é igual
Olhar, beijar e ouvir cantar um novo dia nascendo
É bom e é tão diferente...*
(Dessa vez - Nando Reis, 2000)

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo, por meio de estudos de caso, realizar uma análise sobre a prática clínica psicanalítica junto ao paciente com câncer. Valorizou-se a relação transferencial como possibilidade de novas formas de subjetivações desse paciente que apresenta risco real de vida, anunciada pela ocorrência da doença e reafirmada com o tratamento médico. Para isso foram realizados atendimentos clínicos a duas pacientes com câncer, em diferentes fases de tratamento da doença, para discussão da teoria posta em questão pela prática clínica. Tal discussão se deu a partir de apontamentos teóricos a respeito do funcionamento psíquico do sujeito adoecido em relação ao conceito de trauma. As proposições de Freud e Ferenczi subsidiaram as discussões teóricas, além de textos de autores contemporâneos que me auxiliaram a elucidar o tema. As pacientes entraram em contato com a dor proveniente da situação de adoecimento e com a sua própria história de vida, na busca de simbolização e algum alívio para os seus sofrimentos, sejam eles decorrentes ou despertados pelo adoecimento. Verificou-se que o câncer, como evento traumático, trouxe singulares respostas das pacientes quanto aos seus efeitos no psiquismo, tendo como saída não só o desenvolvimento de uma neurose traumática. Observou-se a importância do espaço de escuta clínica oferecido às pacientes, no sentido de contribuir para que elas construam sentidos dos sintomas apresentados e, a partir daí, edifiquem ou não um novo caminho de vida. Importa acentuar que a condução dessa prática clínica trouxe desafios que me mobilizaram na minha formação profissional.

Palavras-chave: clínica psicanalítica; câncer; transferência; trauma; estudo de caso.

ABSTRACT

This research aimed, through case studies, to carry out an analysis of the psychoanalytic clinical practice with the cancer patient. The transference relationship was valued as a possibility of new forms of subjectivity on this patient, who is under real life threat, announced by the occurrence of the disease and reaffirmed with the medical treatment. For that purpose, clinical care of two cancer patients at different stages of disease treatment was performed, in order to discuss the theory questioned by clinical practice. Such discussion took place from theoretical approaches on the psychic functioning of the ill subject in relation to the concept of trauma. Freud and Ferenczi's propositions subsidized theoretical discussions, as well as texts from contemporary authors, which helped elucidate the theme. The patients were able to get in touch with the pain from the situation of illness and with their own life stories, in search of symbolization and of some relief from their suffering, whether adoudes or awakened by the illness. It was found that the cancer, as a traumatic event, brought natural responses from the patients as to its effects on the psyche, having not only the development of a traumatic neurosis as an output. The importance of the clinical listening space offered to patients was noted, in the sense of contributing for the building of meaning of the symptoms presented by the patients and, from there, the building of a new way of life. It is important to highlight that the conduct of this clinical practice has brought challenges that mobilized me in my professional training.

Keywords: psychoanalytic clinic; cancer; transference; trauma; case study.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 TRANSFERÊNCIA, TRAUMA E TRATAMENTO.....	15
2.1 Freud.....	15
2.2 Ferenczi.....	19
2.3 Aspectos psíquicos do sujeito adoecido pelo câncer.....	23
2.4 Conceito de trauma.....	27
2.4.1 Teoria freudiana.....	27
2.4.2 Teoria ferencziana.....	31
2.5 A clínica do traumático: limitação e especificação do trabalho terapêutico?.....	33
3 AS MULHERES DA PESQUISA.....	39
4 O PERCURSO.....	42
4.1 O caso Margarida.....	42
4.1.1 História de Margarida.....	43
4.1.2 Os atendimentos com Margarida.....	48
4.1.3 As possíveis costuras da vida.....	59
4.2 O caso Azaleia.....	63
4.2.1 História de Azaleia.....	64
4.2.2 Os atendimentos com Azaleia.....	69
4.2.3 “O que não mata, fortalece?”.....	78
4.3 A escuta do que ouvi.....	80
5 OS EFEITOS DO TRAUMA E A TRANSFERÊNCIA.....	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	92

1 INTRODUÇÃO

Diante da minha trajetória profissional na assistência psicológica aos pacientes com câncer, dentro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Oncologia pela Universidade Federal de Uberlândia, de 2010 a 2012, vários questionamentos foram feitos quanto à condução dos casos. Eles se referiam, principalmente, à construção do vínculo terapêutico com pacientes em intenso estado de sofrimento psíquico e físico. Tais interrogações se ampliam quando se tem como ferramenta teórica e técnica a Psicanálise.

Como psicóloga residente, no contexto hospitalar, atendi diversos casos em que o desfecho dos atendimentos e a evolução clínica variaram significativamente, o mesmo ocorrendo com minha condição em conduzi-los. Chamou-me atenção, inicialmente, a maneira como os pacientes lidavam com a doença. Alguns, diante do diagnóstico, encararam como uma sentença de morte, outros como um despertar para a vida na possibilidade de se reinventar, e outros ainda como algo que era esperado e que por isso não causou muito alarde.

Fiquei mais instigada com os casos em que a morte parecia estar anunciada, mediante a gravidade do caso. Foi com esses pacientes que mais me envolvi no decorrer da residência. Interrogava-me sobre como eles eram afetados pelo cenário de morte e como era possível a construção de vínculo para realização de um trabalho analítico. Foram dessas situações que percebi emergir meu interesse em pesquisar a prática clínica, de orientação psicanalítica, com esses pacientes.

Nos casos mencionados, as regras fundamentais da Psicanálise — associação livre e atenção flutuante — pareciam impedidas ou difíceis de se estabelecerem. O paciente expressava dificuldades em nomear sentimentos e emoções, não encontrava palavras, o discurso era permeado por obstáculos e longas pausas. Do outro lado da dupla que se formava, eu fazia tentativas de conter os meus sentimentos e incômodos despertados pelo

ambiente hospitalar e aqueles mobilizados pela história do adoecimento, pelos procedimentos relatados ou até mesmo pelas marcas estampadas no corpo do paciente. Impactada pela possibilidade de morte anunciada, percebia a minha mente saturada para a escuta do sujeito.

Frente a isso, o trabalho se tornava árduo e angustiante, esbarrava nas minhas impotências e limitações diante um câncer fora de controle e da nossa condição humana de vida, mortal. Assim, para lidar com as inquietações que o contexto da oncologia me suscitou, ou seja, pelo conhecimento de questões delicadas, procurei o programa de mestrado para melhor compreender os limites e possibilidades da minha experiência clínica-hospitalar.

O objetivo da pesquisa foi sendo articulado para compreender como se opera a prática clínica psicanalítica com pacientes com câncer em um cenário em que, supostamente, a morte está anunciada pela doença e reafirmada com o tratamento médico, trazendo com isso implicações subjetivas ao se considerar as repercussões psíquicas que o adoecimento poderá acarretar em cada sujeito.

A discussão da teoria posta em questão pela prática clínica se deu a partir de apontamentos teóricos a respeito do funcionamento psíquico do sujeito adoecido em relação ao conceito de trauma. As proposições de Sigmund Freud e Sándor Ferenczi subsidiaram as discussões teóricas, assim como textos de autores contemporâneos que me auxiliaram a elucidar o tema.

O conceito de trauma foi considerado frente à hipótese de que o câncer tem valor traumático para o sujeito, seguida da pergunta: o que lhe dá esse valor? Posteriormente, a discussão caminhou para se pensar a ocorrência de especificidades e limites dessa prática clínica, dando ênfase ao manejo da transferência. Para ilustrar a discussão proposta e sinalizar respostas aos meus questionamentos, dois casos clínicos compuseram a pesquisa.

Participaram do estudo duas mulheres que estão em tratamento contra o câncer de mama. Dei-lhes o nome de Margarida e Azaleia para manter suas identidades preservadas.

Ambas já realizaram o tratamento médico e estão em acompanhamento ambulatorial em um período do tratamento denominado “manutenção” pela equipe médica Nele, exames periódicos são realizados para checagem da ausência de células cancerígenas no corpo, a possibilidade de ocorrência de metástases ou o retorno da doença. Ressalto que Margarida ainda realiza tratamento hormonal, visto que o tumor apresentado evolui por causa de desordens hormonais.

Na análise dos casos, verifiquei que o câncer trouxe singulares respostas das pacientes quanto aos seus efeitos no psiquismo, tendo para Azaleia o desenvolvimento de uma neurose traumática, mas não para Margarida. Constatei a importância de se promover espaços de escuta clínica dos sentidos construídos pelas mulheres dos sintomas, sejam eles decorrentes da história de vida ou da experiência do câncer.

Destaco os desafios enfrentados na condução dos casos clínicos que repercutiram na minha formação profissional. Foi necessário ampliar o meu olhar e a minha escuta em relação ao paciente com câncer, o que me possibilitou situar as questões cruciais do tratamento nas relações transferenciais e contratransferenciais, como marca da singularidade do que se descobre e do que se pode criar. Saliento a minha mobilização frente aos casos, diante do que vi e ouvi. Só a partir da melhor compreensão do vivido pude abrir espaço para que o sujeito aparecesse com suas questões a fim de possibilitar a entrada das pacientes em análise, o que se deu para além do diagnóstico médico de um câncer.

Nessa perspectiva, a pesquisa, sendo de orientação psicanalítica, tentou priorizar o estilo e o traço singular do psicanalista/pesquisador ao lidar com a imprevisibilidade do inconsciente, sem a exigência da completa sistematização do trabalho. Confesso ter me sentido angustiada ao ter que suportar, em vários momentos, o caos de ideias, afetos e pensamentos que precisaram de tempo e elaboração para se organizarem.

Ao mesmo tempo em que isso pode parecer a principal limitação da pesquisa em psicanálise, tornou-se a sua ferramenta básica, já que, ao me colocar de maneira ativa na construção do estudo, nos momentos que pude me ver sem minha rigidez e “vício” pela sistematização, deixei-me levar pelo fluxo das ideias. Percebi que foi nesse movimento que consegui caminhar no alcance de novas compreensões, seguindo o que Freud experimentou na construção teórica. Freud foi guiado pelas suas inclinações pessoais diante dos dados de sua pesquisa, mas sem fazer disso o seu único crivo, como salientam Coelho e Santos (2012).

Foram preservadas na pesquisa as regras fundamentais que regem a Psicanálise: a associação livre como pilar da fala e a atenção flutuante no processo de escuta, balizadas pela relação transferencial. É preciso que o sujeito fale indiscriminadamente tudo que vier à sua mente e o analista, em contrapartida, exerça a escuta atenta a tudo que é dito, contendo a influência consciente da sua capacidade de atenção. Assim, o objeto guia a pesquisa, tendo também papel ativo no processo (Coelho & Santos, 2012).

Na caminhada rumo à edificação desse trabalho investigativo, fizeram-se necessários, no segundo capítulo, intitulado “Transferência, trauma e tratamento”, a elucidação e o levantamento de aspectos importantes na construção dos conceitos psicanalíticos de transferência e trauma, que são apresentados a partir da teoria de Freud, seguida das contribuições de Ferenczi.

A escolha por Ferenczi se fundamentou no fato de sua teoria auxiliar psicanalistas contemporâneos a lidar com impasses clínicos surgidos em casos tidos como limites, ou seja, aqueles que parecem não se enquadrar na organização neurótica descrita por Freud. Além de apresentar contribuições importantes no percurso de construção da temática do trauma na Psicanálise, Ferenczi destacou a dimensão afetiva ao abordar a relação analista/paciente e trouxe a elasticidade da técnica. Esta indica métodos mais flexíveis no cuidado do paciente,

dando destaque à empatia, mas tendo sido ressaltada pelo autor a condição de não se desconsiderar a manutenção do rigor do fazer psicanalítico.

É importante demarcar que esse segundo capítulo se abre com a apresentação do conceito de transferência em Psicanálise, ferramenta principal para operação da prática clínica, seguida de uma prévia referente aos aspectos do funcionamento psíquico do sujeito adoecido pelo câncer, pontos ou particularidades que são levantados pela literatura para reflexão dessa situação de adoecimento. Depois vem o pensar na construção e relevância do conceito de trauma para a pesquisa, frente à hipótese de o câncer adquirir valor traumático para o sujeito, o que, por fim, leva à investigação e ao posterior questionamento acerca da ocorrência de especificidades e limites da clínica do traumático, a partir de autores contemporâneos que se dedicam ao assunto.

No terceiro capítulo, descrevo o trajeto percorrido no encontro das duas pacientes que participaram da pesquisa, dando destaque as dificuldades encontradas, afetos suscitados e desdobramentos. Ressalto que são pacientes em tratamento contra o câncer de mama, adoecimento tão frequente, ao se considerarem as estatísticas, quanto temido pelas mulheres. Revelo também questões pelas quais fui afetada como pesquisadora, analista e mulher.

Nesse capítulo ainda discorro a respeito da metodologia de pesquisa escolhida — estudo de caso, modalidade vigente desde a sua construção por Freud —, com o uso de relato de casos como maneira de registrar a experiência clínica. Esse procedimento permitiu o compartilhamento de dados e, posteriormente, a tecitura de ligações entre teoria e prática, como uma possibilidade de questionar as teorias construídas para que elas pudessem ser reformuladas ou até mesmo refutadas.

No quarto capítulo, narro o percurso das participantes da pesquisa: história de vida delas, bem como o recorte feito do nosso encontro, atendimentos realizados ao longo de seis meses, o processo de análise de cada uma. A primeira paciente, Margarida, apresentou-se

graciosa e sedutora, com um discurso marcado pela desconfiança e que teve como desfecho, frente ao adoecimento e outras circunstâncias da vida, o ressaltar do seu movimento histérico ao ter a sua sexualidade despertada. A segunda paciente, Azaleia, apresentou-se valente no enfrentamento do adoecimento para sobreviver ao câncer, mas mortificada diante da vida, acreditando estar em atraso para começar a viver e se reconhecer, num movimento de maior coerência com os seus desejos e sentimentos. Os casos clínicos ganharam forma, elaborações foram feitas e o que se mostrou fundamental, em cada caso, apareceu, num processo que marcou a construção de uma seletiva, em acordo também com a escuta daquilo que se apresentou sem palavras ou voz, mas que pela escrita pode ser contado.

No quinto capítulo, exponho a discussão da questão levantada na pesquisa: transferência e trauma. Elaborações puderam ser feitas a partir da experiência clínica que trouxe uma dupla vertente do trauma: evento traumático e o seu efeito *a posteriori* no psiquismo do sujeito. A partir daí penso a dinâmica e o manejo da transferência, com suas exigências, tirando a especificidade da prática clínica psicanalítica com pacientes adoecidos pelo câncer ou de uma clínica dita do traumático. Considero as possibilidades de trabalho mediante construção de novas formas de subjetivações frente à ocorrência de um trauma, não perdendo de vista o encontro com um limite: não se pode silenciar o que não encontra representação no cessar do sofrimento.

Finalizo este trabalho, no sexto capítulo, compreendendo que o adoecimento pelo câncer diz de alguém que teve a vida invadida pela doença, mas não diz, por si só, do sujeito que é afetado por esse atravessamento.

A prática clínica psicanalítica afirmou o encontro com pessoas “vivas”, possuidoras também de uma mente, para além de um corpo adoecido, o que possibilitou acesso ao sujeito do inconsciente, via pela qual a Psicanálise pode ser operada.

2 TRANSFERÊNCIA, TRAUMA E TRATAMENTO

Ao se considerar a importância da abertura de escuta do sujeito em processo psicoterapêutico, na qual a palavra pode ser usada em favor da elaboração, há de se atentar ao fenômeno da transferência como fio condutor dessa operação. Dessa forma, faz-se necessário que o conceito de transferência em Psicanálise, bem como a sua construção e seus aspectos, sejam levantados.

A transferência se tornou o fenômeno central da Psicanálise a partir de Freud, tendo nos desdobramentos da teoria a definição quanto ao lugar do analista e o aparecimento do sujeito do inconsciente no processo de análise.

2.1 Freud

Desde os seus primeiros escritos sobre a histeria, Freud descreveu o fenômeno da transferência. A noção de transferência foi mencionada por ele na sua busca por compreender os motivos de resistência do paciente ao tratamento. No decorrer da sua obra, formulações teóricas sobre esse tema foram elaboradas, sobretudo nos seus escritos sobre a técnica psicanalítica, nas publicações feitas entre 1911 e 1915, em especial com os artigos “A dinâmica da transferência” (1912/1996a) e “Observações sobre o amor transferencial” (1915/1996b).

Em suas considerações a respeito do caso Dora, quando tratou do fenômeno da transferência, Freud (1912/1996c) indicou que, na relação do paciente com o médico, uma série de experiências prévias é revivida nesse vínculo, não como algo do passado, mas com

uma força atualizada, tendo no estabelecimento da transferência não apenas ideias conscientes, mas também ideias que foram retidas ou que são inconscientes.

Essa noção de transferência mencionada por Freud, na sua busca por compreender os motivos de resistência do paciente ao tratamento, deu-se ao observar que, quando o paciente era invadido por pensamentos relacionados à figura do analista, ele parava de fazer associações livres. Esse movimento, por sua vez, é a regra fundamental no processo de análise, segundo a qual o paciente fala livremente o que vem à sua mente (Quinodoz, 2007).

Desse modo, a transferência apareceu, a princípio, relacionada com a resistência do paciente ao tratamento, que precisava ser transposta via relação transferencial. O analista, ao reconhecer os sentimentos despertados na relação, por vezes expressos em ações ou atuações do paciente, precisa levá-lo a considerações intelectuais para alcance de uma compreensão que tenha valor psíquico (Freud, 1912/1996c).

Freud também apontou o processo de deslocamento de afetos que se dá de uma representação para outra, pensada como uma ligação real, na qual se tem a representação do analista como atual, mas o afeto como passado (Mezan, 1991).

No artigo “A dinâmica da transferência”, Freud (1912/1996a) distinguiu dois tipos de transferência: positiva e negativa. A diferença entre elas reside nos sentimentos que são suscitados no paciente em relação ao seu analista. Na primeira surgirão sentimentos amistosos ou afetuosos, enquanto na segunda, sentimentos hostis. Ainda na transferência positiva poderão ser despertados sentimentos que remontam a fontes eróticas. Assim, a transferência negativa ou a transferência positiva de impulsivos eróticos reprimidos, o amor, caracterizam-se como grande desafio para o analista em termos de manejo da transferência. Ambas podem paralisar as associações e consequentemente o processo de análise.

Freud (1912/1996a) destacou a transferência negativa, acreditando que o analista precisa ficar muito atento à sua ocorrência, uma vez que a sua presença abre caminho para as

atuações do paciente no lugar de recordar. O paciente se defende com armas do passado contra o progresso do tratamento, trazendo à tona condições da resistência.

A transferência positiva é o que mais move o paciente para o trabalho de análise. Mas, frente à experiência de um caso clínico, relatado no artigo “Análise terminável e interminável”, Freud (1937/1996d) comentou que, após um de seus pacientes tornar-se analista, este considerou a possibilidade de que a relação transferencial não poderia ser puramente positiva. A transferência negativa também estaria presente, por isso precisa ser constantemente ponderada. Além disso, nem toda boa relação entre o analista e o seu paciente deve ser vista como transferência, como as relações amistosas que podem se basear na realidade e que provam ser viáveis.

Na transferência, uma luta será travada entre o analista e o paciente, entre o intelecto e a vida pulsional, entre a compreensão e a procura da ação, para o alcance de uma conciliação entre as exigências da resistência e as do trabalho de investigação (Freud, 1912/1996a).

Toda essa mobilização de sentimentos na relação terapêutica será em nível tão complexo e importante para a evolução do tratamento que Freud também salientou a ocorrência da contratransferência. Esse movimento seria o resultado das influências da relação com o paciente sobre o analista e que também precisará ser considerado e cuidado no desenrolar do trabalho analítico (Quinodoz, 2007).

Freud tratou a contratransferência essencialmente como reações inconscientes que o analista sente “contra” a transferência do paciente, reações que vão depender da personalidade do analista e podem colocar em risco a elaboração da transferência se não forem superadas. É por isso que ele frisou a importância de o analista conhecer e dominar a contratransferência, o que poderá ser feito por meio da sua própria análise e a autoanálise (Quinodoz, 2007).

Ao fazer novas recomendações sobre a técnica da psicanálise, no artigo “Observações sobre o amor transferencial”, Freud (1915/1996b) apontou para a manutenção da neutralidade

para com o paciente, que estará vinculada ao controle da contratransferência. Alertou para os perigos que corre o processo de análise quando o analista se deixa levar por sentimentos afetuosos em relação ao paciente. Mas não deixou de considerar que o analista pode, em algum momento, ir além do pretendido por não ter completo controle sobre si mesmo.

Outra recomendação dada por Freud se refere ao fato de que o tratamento analítico deve se basear na sinceridade para a construção de um vínculo de confiança e instauração do amor transferencial, lembrando ainda aos analistas do efeito educativo do tratamento e do seu valor ético. Inclusive chegou a advertir sobre o perigo disso, como a perda da autoridade do analista quando ocorre desvio da verdade (Freud, 1915/1996b).

Portanto, com o avanço da teoria psicanalítica, foi reconhecida a importância da transferência, que ganhou estatuto de função terapêutica ao ser evidenciada pela experiência nos casos de histeria, comprovando que, aquilo que não pode ser dito, pode ser mostrado. O que parecia sinalizar para um fracasso no tratamento passou a ser um caminho, uma via de acesso aos conteúdos relacionados à patologia a ser combatida, sendo eles da ordem de um funcionamento inconsciente (Palhares, 2008).

Dessa forma, no processo analítico, o analista ocupa o lugar de substituto das figuras parentais do paciente, depositário de seu investimento libidinal, permitindo e desejando, via relação transferencial, essa reedição das fases anteriores (Brito & Basset, 2008). Frente a isso, Freud afirmou que o paciente em tratamento não pode fugir da compulsão à repetição, o que é a maneira de ele recordar. Uma relação entre essa compulsão com a transferência e a resistência recebeu destaque na teoria (Freud, 1914b/1996e).

A repetição está ligada à transferência e à resistência. A primeira ocorre na medida em que a repetição de um passado em atos acontece com a pessoa do analista: “transferência é apenas um fragmento da repetição” (Freud, 1914a/1996e, p. 109). Essa repetição está atrelada

à resistência, a tal ponto que, “quanto maior for a resistência, mais a perpetração em atos (a repetição) substituirá a lembrança” (Freud, 1914a/1996e, p. 109).

Assim, o conceito de transferência em Freud tem um registro econômico-dinâmico ao considerar o manejo da transferência associado a fatores quantitativos: a intensidade das forças que são mobilizadas no tratamento e contra ele, a magnitude das fixações aos objetos infantis e a capacidade de mudança ou rigidez das defesas (Mezan, 1991).

Esse movimento via transferência, caminho entre o passado e o presente, entre obstáculo e função terapêutica, encontra no manejo clínico os seus direcionamentos, configurando-se em dificuldades e desafios singulares de cada encontro com cada paciente (Palhares, 2008). Esse manejo é o que possibilita reprimir a compulsão à repetição. Dessa forma, por meio dessa relação transferencial, o que se acha oculto na mente do paciente surgirá e um novo significado transferencial poderá ser dado aos sintomas (Freud, 1914a/1996e).

De acordo com Pinheiro (2002), se o trabalho psicanalítico visa encontrar maneiras para que o sujeito do inconsciente possa se expressar, para além das manifestações transferenciais, o profissional deve trabalhar em transferência. Para isso, deve-se deixar levar para os lugares definidos pelos movimentos transferenciais inconscientes do paciente e, a partir daí, permitir que o próprio paciente aflore em sua verdade, o que, por sua vez, direcionará o trabalho analítico no sentido de assegurar a singularidade de cada sujeito e a possibilidade de elaboração do conflito psíquico.

2.2 Ferenczi

Ferenczi afirmou que todos aqueles que se propõem a trabalhar com a Psicanálise precisam admitir a observação de Freud quanto à ocorrência da transferência. Segundo ele, as principais dificuldades de análise estão nesse movimento de “transferir seus sentimentos reforçados por afetos inconscientes para a pessoa do médico, furtando-se assim ao conhecimento de seu próprio inconsciente” (Ferenczi, 1909/2011a, p.87).

O autor destacou que ocorre um exagero na intensidade afetiva dos afetos resultantes da transferência, sejam eles de ódio, amor ou compaixão. Fantasias inconscientes fazem ponte entre o evento atual, acontecimento e pessoa, e eventos psíquicos esquecidos. Ao fazer essa ligação, a energia afetiva dos complexos de representações inconscientes se atualizará, com um exagero na sua intensidade (Ferenczi, 1909/2011a).

O conceito de deslocamento, ao se referir à transferência, é tratado como um caso particular da ocorrência dela. Assim, na tentativa de se escapar de complexos penosos, recalados, afetos a eles ligados são deslocados para pessoas e coisas do mundo externo. A figura do médico é um catalisador provisório desses afetos, e acontece, na análise bem administrada, o caminhar desse interesse do paciente para as suas fontes primitivas escondidas. Qualquer motivo, por mais exíguo ou insignificante que possa parecer, é suficiente para desencadear a transferência, seja uma única palavra, um gesto, ou ainda semelhanças físicas irrisórias (Ferenczi, 1909/2011a).

No processo de transferência ainda se dá a interferência do complexo de Édipo recalado, referindo-se ao amor e ao ódio pelos pais. Na relação com o analista são levantadas simpatias conscientes e fantasias eróticas inconscientes que têm os pais como os primeiros objetos. Desse modo, a relação com o analista sempre traz o ressuscitar de figuras desaparecidas da infância do paciente (Ferenczi, 1909/2011a).

Ferenczi (1909/2011a) também salientou a importância de se reconhecer as emoções positivas e negativas suscitadas na transferência para que assim se tenha o desvendar mais efetivo dos complexos a que elas fazem menção. É a partir da maneira como essas emoções serão conduzidas no trabalho analítico que poderão ocorrer progressos na direção das camadas psíquicas mais profundas, o paciente irá dissociar suas emoções desproporcionais dos motivos atuais para projetá-las em personagens mais significativos.

Outro conceito que o autor destacou na sua discussão a respeito da transferência é o de introjeção. Ele esclareceu de onde vem essa quantidade de excitação que é lançada para a ocorrência da transferência e conduziu a sua explicação, centrando-se no funcionamento da neurose. Segundo Ferenczi, a retirada de libido psíquica de certos complexos de representações — o que provoca ansiedade permanente no paciente —, fará com que ele tente apaziguar e, assim, encontrará alguns caminhos como possibilidades, como conversão em um sintoma orgânico ou ideia de caráter compulsivo. Mas fará isso sempre de forma não total, parcial. E será, então, essa excitação livremente flutuante que ficará à disposição da transferência, na ligação com os objetos do mundo externo; no caso do tratamento analítico, com a pessoa do médico (Ferenczi, 1909/2011a).

No processo de lançar essa energia ao mundo externo, o neurótico o faz pela busca de objetos de identificação, atrai tudo o que possa lhe interessar e os introjeta. Na maior parte das vezes, recalca as introjeções, liberta-as em fantasias inconscientes e só as revela, indiretamente, de forma simbólica (Ferenczi, 1909/2011a).

Ferenczi alertou que a transferência erótica e a de afetos negativos não devem ser desconsideradas, porque elas desempenham papel importante na análise. O manejo da transferência, a partir dos afetos que tiverem sido despertados, é o caminho que o analista tem para cuidar do seu paciente, o que poderá resultar em uma melhora, uma atenuação pelo menos temporária do estado de adoecimento (Ferenczi, 1909/2011a).

Em relação à transferência negativa, o autor afirmou ser preciso que ela seja anunciada ao longo do processo analítico e que o analista não deve evitar ouvir o que há de hostil por parte do analisando em relação ao seu analista, pois será por esse acesso que se caminhará para o estabelecimento de uma relação transferencial mais saudável, com a transferência positiva. Além disso, destacou a condição de continência que o analista precisa desenvolver para suportar a agressividade/hostilidade do paciente de modo que o recalcado possa surgir (Avelar, 2011).

O autor também considerou e fez alertas importantes quanto à ocorrência e ao domínio da contratransferência. Assinalou ser necessário ao analista atentar para sua simpatia, uma vez que, ao ser domado pelos seus afetos, constituirá um terreno pouco favorável à recepção e assimilação dos dados analíticos. Mas é importante que ele jamais, mesmo que interiormente, abandone seus afetos, pois será frente a essa sensibilidade humana que o analista poderá compreender as lutas psíquicas do paciente (Ferenczi, 1909/2011a).

Nesse sentido, a clínica proposta por Ferenczi valoriza a dimensão afetiva e a coloca como elemento fundamental para o sucesso do tratamento (Avelar, 2011). Ele reconheceu que o analista, na relação com seus pacientes, vai experimentar diversos sentimentos, e sugeriu a expressão deles de forma aberta, em momentos oportunos do processo analítico.

Portanto, a tarefa do analista não será simples, pois ele terá que examinar a fala do seu paciente, observá-lo, construir o seu inconsciente via suas proposições e seu comportamento e, ao mesmo tempo, controlar a sua atitude diante do paciente, mantendo domínio sobre a contratransferência. Para o sucesso desse trabalho, Ferenczi afirmou, tal como Freud, que é a sua própria análise que oferece ao analista condição para isso.

O autor marcou a importância do processo de análise como possibilidade de o analista conhecer e conseguir controlar suas inevitáveis fraquezas e particularidades de caráter. Isso lhe oferece medidas técnicas e táticas que contribuem, sobremaneira, para a condução do seu

trabalho. A partir daí, ele propôs o desenvolvimento, por parte do analista, do tato psicológico, que se dá pelo saber do analista que, por sua vez, será formado pela sua experiência com diferentes pacientes e o conhecimento de si mesmo (Ferenczi, 1928/2011b).

Ferenczi (1928/2011b) também acentuou que, nesse arriscado processo de análise pautado pela relação transferencial, será preciso que haja confiança, mas sem a promessa de não ocorrência de decepções, para que o trabalho caminhe de maneira produtiva. O alcance desse objetivo consiste na possibilidade de o sujeito conhecer mais de si mesmo para melhor lidar com as dificuldades inerentes à vida, e com a distribuição mais justa de energia.

2.3 Aspectos do funcionamento psíquico do sujeito adoecido pelo câncer

O termo “câncer” surgiu na Grécia Antiga ao se observar que algumas feridas penetravam profundamente na pele, o que foi comparado ao comportamento de um caranguejo agarrado à superfície (Ferrari & Herzberg, 1997). A palavra câncer, originária do latim *câncer cancri*, remete ao caranguejo — animal que vive em fossas profundas, esconde-se, desloca-se pouco coordenadamente e de maneira imprevisível, assim como apresenta comportamento agressivo na sua caça, pois primeiro domina a presa para depois torturá-la até a morte (Torres, 2002).

Assim, o câncer carrega conotações sociais negativas, como ser visto como sinônimo de morte; algo que ataca do externo e não há como controlá-lo; e o tratamento, seja ele qual for, sendo considerado drástico e negativo com numerosos e desagradáveis efeitos colaterais (Creighton, Matthews-Simonton, & Simonton, 1987).

O câncer ainda traz a ideia de que a morte acontecerá, mesmo diante de todo o avanço da medicina com intervenções e medicamentos que buscam a cura. Diante disso, receber o diagnóstico de câncer e realizar o tratamento é vivido pelo paciente com muita angústia,

sofrimento e ansiedade. Segundo S.T. Moura (2013), receber o diagnóstico de câncer pode ser visto pelo paciente como uma tragédia, frente à proximidade da verdade de morte.

Com a doença e o tratamento, o paciente vive perdas reais como peso e cabelos, além de perdas de lugar social e da condição de exercer atividades laborais. No diagnóstico do câncer de mama, em específico, há de se considerar, como apontam os autores citados por Peres (2008, p. 20) — Almeida et al. (2002), Massie e Holland (1991), Muller, Hoffmann e Fleck (2006), Neme e Kato (2003), Rossi e Santos (2003) e Venâncio (2004) — que o adoecimento ainda recai sobre o principal símbolo corpóreo da feminilidade, sensualidade, sexualidade e maternidade. Trata-se de um adoecimento muito temido pela maior parte das mulheres com um impacto emocional avassalador.

Segundo Quintana (1999), o psiquismo do sujeito adoecido por um câncer é colocado em xeque frente à perda de sua identidade e dos seus objetos, aos quais está libidinalmente ligado. Ambos são indispensáveis à manutenção da vida psíquica do sujeito. No caso das mulheres adoecidas pelo câncer de mama, sua identidade feminina também é abalada, trazendo repercussões na vida amorosa, na intimidade com os seus parceiros. O medo da rejeição pode se fazer presente na relação.

Mas é preciso avaliar cada caso nas suas particularidades ao se pensar no comprometimento das relações e no impacto emocional deixado pelo câncer. Nesse movimento, a relação com o próprio corpo e com as marcas já nele existentes, frente à história de vida de cada uma, traçará o caminho de condução do processo de enfrentamento da doença.

Nesse percurso, na situação de adoecimento, a dor se faz presente na vida do paciente, na sua experiência de ter a sua integridade física ameaçada e comprometida, e também a sua autoimagem, um ideal ferido. Tudo isso lhe causará um “tumulto interno” (S. T. Moura, 2013, p. 204) e a queixa de dor desse paciente será para além da dor sentida no seu corpo biológico,

ao revelar dores que, num primeiro momento, poderão não ser reconhecidas pelo aparelho mental.

Medos e angústias surgem, por vezes não nomináveis, além de tantas mudanças decorrentes da doença que são ainda permeadas por incertezas, inclusive quanto à cura, com a possibilidade de ocorrência de metástases, “descontrole” quanto à evolução da doença, ou ainda recidivas, o retorno da doença em momentos em que o corpo não apresenta mais sinais da presença do câncer.

Igualmente, o diagnóstico do câncer parece ter um efeito devastador, por trazer a ideia de morte biológica, além do medo de mutilações e desfiguramento, dos tratamentos dolorosos e das sequelas provocadas pela doença (Carvalho, 2002). Importa ressaltar aqui a ocorrência tanto de sequelas físicas quanto emocionais pela possibilidade real de morte, que também vai ocorrer do ponto de vista das identificações. Nessa perspectiva, quando o paciente vivencia todas essas perdas, tem-se uma ameaça do universo de significações que dava sentido à sua vida, o passado e futuro passam a ser questionados (Quintana, 1999).

Mesmo sendo a morte inerente à condição humana, para o aparelho mental pensar na própria morte é algo da ordem do insuportável, do que nele não tem representação (Freud, 1915/1996). Não entramos em contato com a finitude, mas quando o real, como no desenvolvimento de uma doença como o câncer, impõe-se com toda sua força, o aparelho psíquico é abalado e construções imaginárias desabam, como a noção que por vezes alicerça a vida — a crença de que o ser humano é imortal (Quintana, 1999).

A doença, como objeto de ameaça à vida, traz uma situação em que o aparelho psíquico é invadido por uma profusão de estímulos contra os quais não consegue se defender, marcando o desafio do sujeito no seu processo de falar daquilo que lhe escapa (Avelar, 2011). Assim, a situação de adoecimento poderá trazer sentimento de angústia e sensação de desamparo, reações identificadas como estando presentes numa circunstância traumática.

Na constituição da situação traumática, o sujeito não consegue realizar a reconstrução de seu universo simbólico, já que essa nova experiência não tem possibilidade de ser integrada ao universo de sentido do sujeito frente à ausência de representantes, por meio dos quais tenha acesso ao psiquismo (Quintana, 1999).

Nessa perspectiva, o retomar da vida, após o tratamento, torna-se um desafio para o paciente que terá a sua vida transformada e invadida, seja pela avalanche de sentimentos despertados ou pelas mudanças reais na sua rotina de vida, e será nesse terreno delicado que o paciente se sentirá fragilizado, angustiado e vulnerável diante da constatação “do limite imposto pela presença indefectível da finitude” (Moura, 2013, p. 402).

Esse encontro com o limite da vida pode trazer à tona questões emocionais adormecidas que se reacendem como uma urgência a ser atendida. Relações podem ser revistas, projetos esquecidos serem retomados e sonhos despertados. Talvez não se pense ou não sejam possíveis grandes transformações desse sujeito que vive um abalo psíquico provocado pela doença, mas há que se considerar o surgimento de possibilidades de pensar a maneira de se posicionar perante a vida, e assim permanecer vivo.

Fleury (2008) traz a ideia de que a doença pode ser vista como uma oportunidade de reedição da castração e o encontro com a morte, um despertar, considerando que o movimento da vida está pautado na incessante busca para o alcance da completude. Quando há um “tropeço” no traumático, deparamo-nos com a dor da ordem do insuportável. Essa dor, ao ser constatada, aponta para a não possibilidade desse gozo pleno.

Dessa maneira, ao se considerar a ideia de um evento trazer ameaça à vida, ou ao menos se configurar como uma probabilidade pelo sujeito, ocorrerá a retomada da fragilidade da condição humana e de separação ou ainda divisão desse sujeito frente à experiência de castração e finitude. Isso acaba por abrir a possibilidade de caracterização de um trauma.

Nesse momento se instala um espaço possível para a subjetividade que precisará ser sustentado por outra pessoa (Moura, 2013), que poderá ser o psicanalista (via transferência) que, por meio do seu manejo em cada caso, poderá acompanhar a construção singular de sentido para o vivido pelo sujeito, com o aparecimento da sua história que foi atravessada pela doença. Nessa articulação, a vida psíquica se colocará em evidência o que tende a tornar possível o enfrentamento das situações impostas pela doença, além do cuidado das urgências que a doença pode despertar em cada um.

O analista, primeiramente, terá a função de acolher a dor inassimilável pelo paciente frente a conjuntura gerada pelo adoecimento para em seguida conseguir auxiliá-lo a transformar em dor simbolizada, passível de ser dita e ouvida. A partir disso, considerando uma ruptura que o momento pode impor, de descontinuidade, o analista pode abrir espaço para que ocorram construções e, por consequência, a continuidade (S.T. Moura, 2013).

2.4 Conceito psicanalítico de trauma

“Para a Psicanálise, o trauma faz referência àquilo que chega ao sujeito de fora dele, sem que consiga incorporar ao seu psiquismo tal acontecimento” (Favero, 2009, p. 10). A autora complementa que a depender da constituição subjetiva, bem como dos mecanismos de defesa que o sujeito possui de proteção do ego, para integração da experiência ocorrida ao psiquismo, é que haverá atribuição ou não do valor traumático ao evento ocorrido.

2.4.1 A teoria freudiana

Freud, no decorrer da construção de sua teoria, abordou a temática do trauma com diferentes ênfases e considerações. Ele percorreu, na construção teórica do trauma, da

sedução à fantasia, explorando também a noção econômica do trauma com o aparecimento da angústia e suas consequências para o psiquismo. Bokanowski (2002) propôs a seguinte organização do percurso feito por Freud na concepção de trauma:

- No período de 1898 e 1920, a partir dos estudos sobre a histeria, o trauma se referia ao sexual e estava ligado diretamente à produção de quadros de neurose. Houve destaque à questão do *a posteriori* e Freud deu ênfase, inicialmente, à cena de sedução sexual de valor traumático e, posteriormente, caminhou para a associação dessa cena às fantasias inconscientes e à realidade psíquica.
- Após 1920, o trauma adquiriu caráter econômico, ganhou novo sentido, diferente daquele atribuído essencialmente ao sexual. A angústia apareceu como sinalizador do trauma — energia que transborda pelo excesso e que o *eu* não conseguiu integrar e dele se proteger. A compulsão à repetição será uma saída para restabelecer a ligação dessa energia e possibilitar sua descarga.
- Por fim, o período de 1939, que coincide com o final da obra freudiana, na qual os efeitos retardados da experiência do traumático são apontados como presentes ao longo de várias gerações.

Para este estudo, destaco, de todo esse percurso de Freud, ao considerar a clínica do traumático, a marca dos efeitos *a posteriori* do trauma, resultado das fantasias inconscientes, bem como o seu valor econômico assumido após 1920 e que tem como ponto de partida o seu artigo “Para além do princípio do prazer” (Freud, 1920/1996f). Assim, dois tempos do trauma são considerados: no primeiro, a experiência que inicialmente não possui nenhum sentido, e no segundo, o sentido chega ao se produzirem as fantasias. E, em todo esse processo, a repetição tem a sua relevância na experiência traumática.

A partir de 1920, ao abordar o trauma, Freud enfatizou a dimensão econômica do funcionamento psíquico, o que vem como auxílio na compreensão da dinâmica que se opera na clínica do traumático. Nesse período teórico, Freud trouxe o trauma num sentido diferente daquele em que o trauma é essencialmente sexual. A abordagem do câncer como possibilidade de assumir o valor de um evento traumático demanda o entendimento do que seja o trauma nesse momento da teoria, a fim de que se possa discutir os desdobramentos possíveis desse adoecimento no psiquismo do sujeito.

Freud assinalou a ocorrência do trauma, caracterizando-o pelo susto diante da não identificação e nem preparação para lidar com o objeto ameaçador, com enfoque nas suas características de imprevisibilidade, disruptão e irrepresentabilidade. Esse objeto de ameaça traz uma situação na qual o aparelho psíquico é invadido por uma profusão de estímulos contra os quais o sujeito não consegue se defender (Avelar, 2011).

A situação traumática, ao envolver uma ameaça à vida, produz sintomas motores semelhantes aos do quadro da histeria, como também indisposição subjetiva, que se assemelha aos quadros de hipocondria ou melancolia. Dessa maneira, todo o funcionamento do organismo é perturbado, tendo-se prejuízos, inclusive, das capacidades mentais (Freud, 1920/1996f), ressaltando-se a memória, que parece não conseguir fazer o registro do evento traumático.

Gerson (2009) auxilia na compreensão de Freud quanto a tais prejuízos. Ele salientou que os pacientes traumatizados apresentam lacunas que significam a presença permanente de uma ausência e não de uma perda específica de memória. As resistências manifestadas por esses pacientes são compreendidas como “aversão” a enfrentar uma dor incontrolável e não como repressão de um “desejo” inaceitável.

Freud inseriu o trauma no aspecto econômico dos processos mentais, destacando um acréscimo de estímulo excessivamente poderoso, em curto período de tempo, para ser

manejado ou elaborado de maneira habitual, o que resulta em perturbações permanentes no modo pelo qual a energia opera. Marques (2006) esclarece que um traumatismo pode determinar o conteúdo dos sintomas, o que só, nesta última situação, caracteriza uma neurose traumática. Esta será, então, deliberada pela produção de um excesso frente a uma experiência que exigirá do psiquismo mais do que ele consegue lidar.

A respeito disso, Freud afirmou que a ocorrência do trauma provoca uma alteração no funcionamento de energia psíquica, o que mobilizará medidas defensivas na tentativa de dominar essa invasão de estímulos. O objetivo do sistema deverá ser de vinculá-las no sentido psíquico para que só assim sejam liquidadas (Freud, 1920/1996f).

Atrelados ao conceito de trauma, outros construtos teóricos — compulsão à repetição, pulsão de morte, angústia e desamparo — surgiram e se fizeram importantes, marcando a ênfase dada por Freud à dimensão da intensidade da energia pulsional. Todas essas construções distinguiram a fase de maturidade da teoria freudiana e o seu avanço para a ampliação do campo de atuação da Psicanálise, para além dos quadros de neurose.

A compulsão à repetição parece promover a busca por expressar o que não encontrou representação no psiquismo, uma reação posterior ao trauma na tentativa de dominar retroativamente o fenômeno traumático. Tais características evidenciam “o trauma como uma experiência cuja elaboração se impõe como um desafio ao psiquismo” (Avelar, 2011, p. 30). Ao se tratar de lacunas, sem registro simbólico, não se está mais no campo da recordação propriamente dita, mas no da repetição: “o que não se inscreve no aparelho psíquico, insiste em se reapresentar” (Kloczak, 2008, p. 101).

Com a valorização do eixo econômico na teoria freudiana, o conceito de pulsão ganhou destaque. As definições de inconsciente e de recalque foram reelaboradas, ligando-se à atividade pulsional. O fenômeno das neuroses traumáticas recebeu atenção, revelou não fazer referências ao princípio do prazer e pareceu não estar ancorado na oposição entre as

pulsões de autoconservação e pulsões sexuais, um “para além” que culmina na articulação do conceito de pulsão de morte (Avelar, 2011).

A hipótese freudiana de pulsão de morte caracteriza uma dinâmica marcada por forças que atuam e pressionam o psiquismo em busca de ausência de tensão, podendo esta ser considerada uma condição mortífera. O traumático remete a uma tendência “mortalista” ao zerar um movimento permanente no interior do psiquismo, que tem a sua satisfação alcançada apenas parcialmente, no contato com o mundo externo e na construção de laços com o outro, via pulsão de vida (Avelar, 2011).

Ainda segundo Freud (1920/1996f), a pulsão de morte apresenta um caráter conservador, ligado à vida orgânica, impulso que leva à restauração de um estado anterior das coisas, sendo invisível e silenciosa, e que tem na repetição uma “força demoníaca” capaz de ultrapassar o próprio princípio do prazer, sendo inconsciente e fundamental no funcionamento psíquico. Angústia como o afeto do real; real como tudo o que é inassimilável à realidade psíquica e que sinaliza o perigo evocado pelo trauma no aparelho psíquico. Esse perigo se dá, uma vez que a angústia reproduz o desamparo (Favero, 2009).

2.4.2 A teoria ferencziana

Ferenczi iniciou a sua teorização sobre o trauma em seus ensaios a partir de 1929, deu ênfase aos pressupostos de Freud quanto à sua teoria do trauma a partir de 1920, com as fantasias inconscientes e o trauma deixando de ser pensado como essencialmente de natureza sexual (Favero, 2009). Ele ampliou o conceito de trauma elaborado por Freud e fez questionamentos quanto à técnica na condução clínica.

A teoria ferenciana se apresenta em dois enfoques distintos: traumas que são estruturantes, necessários e inevitáveis à constituição do sujeito, a se considerar a castração e o aprendizado das normas de higiene pela criança; situações traumáticas que colocam em risco todo o projeto identificatório do sujeito ao não serem metabolizadas e, dessa forma, integradas ao psiquismo (Favero, 2009). Considero que, para este estudo, o segundo enfoque é fundamental.

Ferenczi (1934/2011c) pontuou, no seu artigo “Reflexões sobre o trauma”, que haverá uma comoção psíquica diante da não preparação para o evento traumático, que o “choque” trará a aniquilação do sentimento de si, como não capacidade de agir, pensar e resistir em defesa própria. Essa comoção psíquica advém de um sentimento de a pessoa sentir-se segura de si que gerou a ilusão de que determinado fato não poderia acontecer com ela. A ocorrência da doença, como o câncer, que ainda se caracteriza como um adoecimento tão estigmatizado, uma doença grave, acontece só com o outro, até o momento em que acontece com ela.

Nesse sentido, o trauma parece gerar um estado de anestesia diante da suspensão das atividades psíquicas. Um estado de passividade é instalado com a ausência de defesas, da percepção e até mesmo do pensamento. Com isso, nenhum traço mnêmico existirá dessas impressões, até mesmo no inconsciente, não sendo possível posteriormente o acesso às origens da comoção pela memória (Ferenczi, 1934/2011c).

Diante de toda essa repercussão no funcionamento do aparelho mental, a consequência imediata diante do trauma é a angústia. Ela corresponde ao sentimento de não ser possível se adaptar à situação de desprazer. Com isso, o desprazer toma grandes proporções, fazendo exigências de que uma válvula de escape seja encontrada. A autodestruição surge como uma possibilidade de libertação dessa angústia, e o que se tem de mais fácil a ser destruído é a consciência e a coesão das formações psíquicas; disso resulta a desorientação psíquica (Ferenczi, 1934/2011c).

O psicanalista, a partir do conceito de clivagem narcísica, indicou o que pode acontecer diante dessa ameaça de morte psíquica. Como estratégia de sobrevivência, pode-se fazer uma fragmentação do ego, que se divide em várias partes que não se comunicam entre si. O movimento terá como objetivo manter separados certos conteúdos psíquicos que não conseguem se vincular a uma cadeia representacional. Isso caracterizaria uma destruição não dos conteúdos, mas sim do elo que os liga. Quando o excesso de energia gerada pelo trauma atinge o aparelho psíquico, defesas mais arcaicas podem ser acionadas na tentativa desesperada de manter a vida (Cardoso & Madonado, 2009).

Ferenczi (1934/2011c) apontou o sonho como possibilidade de aspiração de uma solução para situações traumáticas não resolvidas. No decorrer do estado de sono, as pessoas tendem a repetir, em sonhos, tais situações em busca de resolutividade. Nesse sentido, o autor considerou os “restos de vida”, atribuídos ao excesso pulsional produzido pelo trauma e que não podem ser metabolizadas pelo psiquismo, na promoção de sintomas de repetição de traumas, o que seria uma tendência à repetição na neurose traumática como uma maneira de conduzir o trauma a uma resolução, definitiva ou não.

2.5 A clínica do traumático: limitação e especificação do trabalho terapêutico?

O processo de psicoterapia psicanalítica oferece ao paciente a possibilidade de encontro com saídas criativas e singulares para o seu sofrimento (Moura, 2013). Nessa prática, uma rede simbólica pode ser formada pelo corpo biológico, pelo trabalho psíquico e pela elaboração de sintomas psíquicos com o objetivo de construir uma história amparada pela transferência (Teixeira, 2006).

No entanto, o tratamento de um evento traumático dentro da relação transferencial parece ser ameaçado por diferentes movimentos da dupla analítica, além de uma realidade

externa que os pressiona a sair do campo simbólico e da realidade interna do sujeito em análise. Nessa perspectiva, o profissional, respaldado pelos conceitos teóricos e a técnica, precisa estar atento às especificidades e aos limites terapêuticos dessa clínica.

Quanto ao processo de análise, autores apontam limites na interpretação e no recordar, considerando que há algo da ordem da irrepresentabilidade presente no trauma. Nesse sentido, a palavra apresentará limites, podendo comprometer a associação livre. Além disso, a elaboração prevalecerá ao alcance de possíveis construções (Avelar, 2011).

Falhas das palavras diante da intensidade da experiência traumática ocorrem, mas, como afirmado por Ferenczi, para o trabalho analítico acontecer é preciso se dar a restauração do processo de livre associação. Para isso, o autor ressaltou a dimensão afetiva, um trabalho afetivo, com a “clínica dos afetos”, afirmando que o que é despertado no analista pode se tornar uma condição para o êxito da análise e não um possível obstáculo. Com essa proposta, justificou a técnica ativa, uma vez que parece terem se esgotado as possibilidades de associação (Avelar, 2011).

A técnica ativa foi adotada por Ferenczi ao perceber, em um atendimento com uma paciente histérica, que a livre associação de ideias se encontrava estagnada, o que abriu espaço para um esvaziamento marcado pelas repetições de conteúdos verbais. Então, o psicanalista usou a estratégia de emitir comandos que tinham a intenção de provocar nova distribuição de energia psíquica para inibir a via de descarga pulsional que se repetia e incentivar outra via. Nesse processo, as intervenções do tipo aconselhamento e sugestões eram feitas. Mas o psicanalista percebeu o perigo ao usar tal técnica e fez uma ressalva: que o analista fique atento para não colocar o analisante em uma atitude de submissão na qual ele poderia ficar aguardando direcionamento do analista (Ferenczi, 1928/2011b).

Green, em entrevista concedida a Urribarri (2012), também fez um alerta quanto ao uso da técnica ativa proposta por Ferenczi ao considerar a dimensão afetiva, para que ela não

se torne muito sacrificante para o analista, que parece ter que tudo suportar. É preciso ressaltar a manutenção da interpretação, quando possível, e a promoção da reflexividade, para que assim se torne acessível ao paciente a representação da destrutividade que descarrega contra si mesmo.

Nessa perspectiva, tomados os devidos cuidados, o campo afetivo da experiência analítica é apontado como um caminho para a simbolização na elaboração de um destino possível para os fenômenos de compulsão à repetição, tendo-se, na presença sensível do analista no tratamento dessas repetições, a oferta de condição para que algo possa surgir (Kupermann, 2008). Nesse processo de construção, a vertente da pulsão associada à destruição precisa ser constantemente considerada.

Esse novo dualismo — pulsão de vida e pulsão de morte — presente no fenômeno de repetição servirá como suporte para, como apontou Avelar (2011), o trabalho analítico ligar o excesso pulsional pela representação, tendo a dimensão criativa como saída nas situações traumáticas.

Sobre o alcance dessa criatividade, Ferenczi afirmou que parte do ego sobrevive no movimento de autodestruição, sendo capaz de oferecer novas chances ao sujeito, e levantou o conceito de clivagem ao se referir à ideia de que uma parte do ego, aquela que não foi soterrada pelo trauma, pode garantir a sobrevivência do sujeito. A pulsão de vida pode sobressair à pulsão de morte como uma força que criará novas possibilidades subjetivas (Avelar, 2011).

Freud destacou que as manifestações destrutivas e autodestrutivas da pulsão de morte vão prevalecer no *setting* terapêutico, sendo necessária a aposta na emergência da vida como potência de ligação e movimento, como alvo no manejo da transferência. O manejo da transferência precisa propiciar também a sustentação e circulação dos afetos hostis que se

manifestam como resistência ao trabalho analítico, para que assim haja a criação de outras possibilidades de elaboração da dor e do desamparo (Robert & Kupermann, 2012).

Dessa forma, na clínica do traumático é indicado que seja realizado, pelo analista, um trabalho de investigação somado a uma construção, uma vez que o fundamental dessa clínica está na criação de um cenário que possibilite a inscrição da pulsão. A construção é uma inovação da técnica frente ao irrepresentável, uma vez que nem tudo a ser alcançado esteve lá onde a memória alcança e o inconsciente não é todo da ordem da representação, indo além do recalcado (Avelar, 2011; Barbosa, 2008).

É essencial a construção de um espaço analítico que propicie o acolhimento da pulsão, até então sem lugar, para que ela possa se configurar, ser colocada em palavra, permitindo a construção de novos conteúdos. Seria construir aquilo que falta na história do sujeito sem perder de vista o que está envolvido nessa falta, o que pode remeter ao desamparo primordial ou provocar violentas resistências nos dois lados da dupla analítica (Silveira, 2008).

A análise oferece ao sujeito a possibilidade de reordenar as marcas deixadas pelo trauma, construindo uma nova narrativa para falar de si e do que lhe ocorreu. Trata-se de uma invenção ao que se impunha como o mesmo na repetição, como a abertura de novos caminhos para o circular dos elementos pulsionais desligados e disruptivos. É apropriado ressaltar que nem tudo poderá alcançar uma simbolização, sendo válida a construção possível (Barbosa, 2008).

Considerando os aspectos relacionados à dinâmica da transferência para o alcance das construções possíveis, Ferenczi ainda trouxe a concepção de “tato”, que corresponde ao “sentir com” e que permite aproximação entre analista e analisando, o primeiro mais próximo do sofrimento do segundo. Essa estratégia vai auxiliar o analista a se decidir quando e de que forma comunicar ao paciente um material fornecido por ele para alcance de conclusões; como

reagir a uma reação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se calar e quando a manutenção do silêncio não se torna torturante ao paciente e desnecessário para o avanço do trabalho analítico (Avelar, 2011). Mas é importante esclarecer que é necessária uma justa medida nessa aproximação entre o paciente e o analista, o que possibilita o sentir “com” sem ser “como” (Pinheiro, 1995).

É válido pontuar que Ferenczi destacou também a parceria do analista com o analisando no contato com a história traumática deste, reconhecendo seu trauma como um problema atualizado no presente. Isso daria ao analisando a possibilidade de viver na relação transferencial o que não foi vivido no trauma (Avelar, 2011).

O analista, numa posição de desconforto, precisa por vezes colocar à disposição do analisando a sua própria capacidade de representar psiquicamente. Seria um empréstimo da sua fantasia para auxiliar o analisando a construir uma versão para o que não tem memória e que, como já afirmado anteriormente, falta à palavra (Pinheiro, 1995).

É importante considerar que, nesse processo, o analista acaba sendo alvo de projeções e processos de identificação, funcionando como objeto de projeção de aspectos positivos e negativos. Sentimentos e contingências que surgem na relação, como já salientado, podem trazer riscos à construção do *setting* e ao andamento da análise. Diante disso, o analista precisa experimentar e suportar afetos despertados na relação transferencial e dar direção ao processo de análise do paciente, uma vez que, para que os objetivos de análise sejam alcançados, é preciso então que ocorra o manejo da transferência (Deifenthaler, 2003).

A experiência da escuta oferece, ao analista, desafios inéditos e, consequentemente, aprendizados a partir do pensar sobre a própria prática, o que pode também trazer incômodos. A concepção de trauma deixa rastros, registros aquém da representação, repercutindo, na clínica, possibilidades, mas também limites da análise (Barbosa, 2008).

É pertinente destacar os aspectos da contratransferência que, nesses atendimentos, no contato com o analista, acentuam sentimentos contratransferenciais intensos. Isso se dá diante do imenso sofrimento psíquico vivido pelo analisante e pelo fato de as situações traumáticas tornarem evidentes a fragilidade e a impotência dos profissionais como pessoas comuns (Eizirik et al., 2006).

Dessa forma, o analista deve ficar atento a todo o suporte necessário para a execução do seu trabalho: estudo, análise e supervisão. É importante que o profissional, ao lidar com o paciente, não se isole, mas sim esteja em contínua supervisão e discussão de casos com colegas. Também cabe reforço à própria análise como possibilidade de desenvolvimento com autoconhecimento, auto-observação, além de conforto e familiaridade com o seu mundo interno, fantasias e afetos. Tudo isso influenciará a sua capacidade de acesso e compreensão das respostas contratransferenciais, também decisivas no bom andamento do trabalho analítico (Pearlman & Saakvitne, 1995).

3 AS MULHERES DA PESQUISA

Este estudo tem como participantes três mulheres: duas pacientes em tratamento contra o câncer de mama e eu como pesquisadora e analista. Dei o nome Margarida à primeira paciente e Azaleia à segunda para manter suas identidades preservadas.

No início da pesquisa, as pacientes seriam triadas pela equipe técnica da Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, que apresenta uma lista de espera para atendimento psicológico. Entretanto, pacientes com câncer não foram encontrados nessa lista, sendo feito contato com a equipe de Psicologia do Hospital do Câncer para verificação de demanda para atendimento clínico.

Para a triagem das pacientes, mantive encontro pessoal com a psicóloga responsável pelo serviço de psicologia do Hospital do Câncer, apresentando a proposta de pesquisa. Ela se mostrou muito solícita a me ajudar, mas adiantou que poderia ter dificuldades para conseguir o número de três pacientes levantado inicialmente para a pesquisa. A triagem foi feita a partir de encaminhamentos para o serviço de psicologia para atendimento clínico pela equipe médica em ambulatório no hospital. Esse contato se dava uma vez por semana, às sextas-feiras. Ela esclareceu que acontecem com frequência encaminhamentos pela equipe, mas em número variado, tendo momentos em que não acontecem. Esses casos são inseridos em grupos coordenados por ela ou encaminhados para a rede de saúde.

É importante mencionar que a profissional responsável me informou que os encaminhamentos à rede pública de saúde para atendimento clínico foram feitos para a Clínica Psicológica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, mas não ocorreu efetivação, uma vez que nenhum paciente aguardava em fila de espera.

Foi só depois de pouco mais de um mês do contato com a psicóloga do hospital que se iniciaram os encaminhamentos. O intervalo entre um encaminhamento e outro foi de mais de

um mês. A demora e as dificuldades para encontrar as participantes da pesquisa geraram em mim muita ansiedade. Fiquei surpresa com o fato e questionei a não chegada desse paciente na clínica. Os contatos com todas as pacientes e os atendimentos foram feitos por mim. Os atendimentos aconteceram em caráter individual por um período de seis meses, de acordo com a proposta da pesquisa.

A demanda para atendimentos de suporte ou apoio no ambiente hospitalar é grande, conhecido por mim no período da residência, o que foi confirmado pela psicóloga do hospital. Mas por que essa demanda não chegava à clínica? É possível que, imerso no contexto hospitalar e na realização de procedimentos médicos, o paciente não seja despertado para explorar o que se passa na sua mente? Ou ainda não suporta fazer esse movimento de considerar a existência da dor psíquica? No contexto hospitalar me deparei com encaminhamentos da equipe e entrada em leitos para oferta do atendimento psicológico. Quase não ocorre a busca espontânea por esse atendimento. Aqui também é importante se considerarem questões institucionais envolvidas, como a predominância do saber médico no contexto hospitalar.

Nessa reflexão, retomo Freud (1920/1996f), que destacou que a ocorrência de lesões físicas, enquanto elas duram, exerce uma influência poderosa sobre a distribuição e alocação da libido do doente. Assim, quando ocorre um ferimento de ordem física simultaneamente, esse teria a capacidade de mobilizar um investimento narcísico sobre o órgão atingido. Isso parece ter ocorrido com as mulheres deste estudo.

As pacientes da pesquisa tiveram a oferta de atendimento psicológico no decorrer do tratamento no contexto hospitalar, quando iniciaram as intervenções médicas. Mas ambas recusaram por acreditarem não ser “necessário” no momento em que o serviço foi ofertado. Elas foram encaminhadas para atendimento psicológico após alta médica e direcionadas para acompanhamento em ambulatório. É válido esclarecer que Margarida fez o pedido para

atendimento e Azaleia por orientação da médica que a acompanha. Elas comentaram que, no momento em que estavam “envolvidas” no tratamento médico, não percebiam a presença de sofrimento psíquico. Azaleia falou: “precisava ficar forte e me concentrar no tratamento médico para não morrer”. Assim parece haver um intervalo de tempo entre o diagnóstico/tratamento médico e a busca pelo atendimento psicológico, necessário se passar a urgência do cuidado do corpo atingido pela doença, para ocorrência de novos investimentos que o processo analítico demanda.

O material de análise da pesquisa foi composto pelos registros das sessões, feitos após cada atendimento, considerando o que Freud utilizou na construção da sua teoria, ou seja, o relato de sessão feito após atender seus pacientes. Entretanto, os relatos de Freud não se tratavam apenas de uma mera descrição do caso atendido; iam além do descritivo, construindo assim a teoria a partir da análise e da interpretação da sua clínica. Freud considerava fragmentos de lembranças e associações aparentemente sem sentidos trazidos pelos pacientes para formular inferências sobre os “não ditos” (Bento & Guimarães, 2008). Na pesquisa também registrei as sessões para posteriores elaborações sobre o material, rumo às construções possíveis.

Segundo Bento e Guimarães (2008), o estudo de caso em Psicanálise remete a escrever a clínica, no sentido de registrar a respeito do tratamento de uma doença (*pathos*) ou de um doente. A escrita se constituirá por três momentos: o primeiro centrado na descrição da história da doença que envolve também a escrita do *pathos* — paixão, sofrimento; o segundo voltado para o relato da relação de transferência entre analista e paciente no tratamento analítico; e o terceiro com o foco na análise e interpretação das histórias da doença e da transferência que irão resultar na construção teórica em Psicanálise. Na pesquisa, o analista transforma os dados elencados dos seus relatos em texto para posterior análise, havendo elaboração do que foi registrado. Nesse caminho, o pesquisador busca os significantes que

poderão contribuir para a problemática da pesquisa, considerando apontamentos possíveis e tendo a teoria como tecido estruturante.

4 O PERCURSO

4.1 O caso Margarida

No momento do encaminhamento fui informada do interesse de Margarida em ser atendida. Foi mencionado pela psicóloga do Hospital do Câncer que ela trazia uma demanda importante, relativa “às emoções fragilizadas com o adoecimento e questões familiares”. Fiquei bem animada na ocasião, pois acreditei ter encontrado uma paciente que participaria da pesquisa, e enfim começaria com os atendimentos clínicos. Intuí que ela pudesse ter aceitado o convite como uma possibilidade de ajuda, considerando a presença de um sofrimento.

Nesse contato, intermediado pela profissional do hospital, percebi um elo entre nós, pelas expectativas que ambas pudéssemos ter a respeito do nosso encontro. Eu, na busca de uma participante para a pesquisa, frente às dificuldades que estava encontrando, e ela, na busca de alguém disposto a ajudá-la e que se interessasse por ela. Aqui então já se deu início à transferência com o despertar de sentimentos: ela, ao ter presente informações e referências a meu respeito e ao meu trabalho, e eu, uma prévia das suas queixas, somada ao meu interesse em começar os atendimentos.

Em contato telefônico para combinar o encontro, ela logo relatou ter aguardado com muita ansiedade pelo telefonema. Foi receptiva e agradável na conversa, mas mencionou ter ficado com medo de que eu não ligasse, mesmo tendo sido garantido pela psicóloga do hospital que eu faria o contato. Guardei esse dado para posterior entendimento, posto que já nesse momento fui interpelada pela sua desconfiança.

4.1.1 A história de Margarida

Na história de vida de Margarida, um duelo é marcado por ameaças que parecem estar em todos os lados, o que gera desconfiança, insegurança e conflitos com ela mesma. Esse movimento me fez lembrar uma brincadeira da infância, muito praticada pelas meninas — “bem-me-quer, mal-me-quer” — com as pétalas da flor margarida. A brincadeira acontecia quando a menina ficava em dúvida quanto ao apreço sentido pelo seu amado. Margarida parecia gostar muito de “brincar” com a possibilidade de ser ou não amada pelo outro, e isso, não podendo ser diferente, teve também destaque na nossa relação.

Ao receber Margarida para o primeiro atendimento, ela relatou o seu sentimento de angústia associado a extensas lesões na pele. Falou do diagnóstico de psoríase, acreditava estar passando por uma “crise”, com várias lesões pelo corpo, além do aparecimento de um herpes na região dorsal, que dizia doer muito.

Ela apresentava a pele descamada, em locais visíveis (braços – região dos cotovelos), com aparência bem avermelhada, e disse que as lesões a incomodavam muito e coçavam. Fez associação ao seu estado emocional e piora do quadro em períodos nos quais se sente mais angustiada. Essa irritação da pele, que já é bem conhecida dela, apareceu há vários anos. Mais recentemente, suspeitava que o marido a esteja tramando, tendo um novo caso amoroso. Essa era a principal questão daquele momento vivido com intensa angústia.

O câncer na mama esquerda foi descoberto cerca de três anos atrás, em uma consulta de rotina. O diagnóstico apontou câncer precoce com chance da “cura” e, depois, nenhuma evidência da presença do câncer no seu corpo após a realização do tratamento cirúrgico e quimioterápico. Durante o estudo, Margarida estava em tratamento hormonal para consolidação da “cura” e prevenção de recidiva. O adoecimento pelo câncer foi relatado pela

paciente sem manifestação de qualquer sentimento. O diagnóstico não lhe causou muita surpresa — talvez fosse esperado, e por isso não lhe trouxe revolta ou ressentimento.

A paciente estava com 58 anos, mas se sentia com mais idade, e sua aparência, quando chegou para o atendimento — semblante sofrido, cabelos brancos, roupas usadas sem nenhum requinte — passava essa impressão. Ela relatou que parou de pintar os cabelos por causa das lesões da psoríase também presentes no couro cabeludo e se queixou de ganho significativo de peso: “me sinto acabada”, lamentou.

Casada há mais de 30 anos, Margarida é mãe de três mulheres em fase adulta. Afirmou ter bom relacionamento com elas, mas falou que se sentia traída porque as filhas não seguiam os seus ensinamentos. No que diz respeito especificamente à sexualidade e à vida profissional, disse ter sonhado para as filhas que se casassem virgens e conseguissem sucesso profissional, fazendo referência à independência financeira. Trouxe, em vários momentos, sua preocupação com as escolhas amorosas das filhas e revelou o desejo de protegê-las de situações de decepção no casamento e dependência/submissão ao marido.

Em algumas sessões, concentrou o discurso na sua preocupação com a sua filha mais velha, por causa das suas desconfianças em relação ao genro; ela mantinha uma relação invasiva com o casal. Em outros momentos, falou da filha do meio, queixando-se, ora por ela não ter namorado, ora da escolha pelo namorado atual. Ressaltou o seu sofrimento ao perceber que as filhas estão fazendo suas próprias escolhas. Ainda falou do seu medo de ser esquecida pelas filhas quando percebe que elas não precisam mais dos seus cuidados.

Alegou querer proteger as filhas — motivação que a leva a investigar a vida dos genros e minar as relações na tentativa de que algo seja descoberto ou revelado para confirmação de que os homens não são confiáveis. Chegou a dizer em uma das sessões: “sei que a forma de lidar com as minhas filhas tem a ver com a minha história de vida”, fazendo

referência ao casamento da sua mãe, ao da sua irmã e ao seu próprio casamento como relações falidas diante homens que parecem não ter ofertado proteção e cuidados.

Referiu dificuldades em relação à sua sexualidade, para lidar com as suas próprias experiências. Discorreu com riqueza de detalhes a tentativa de estupro aos 20 anos de idade, no caminho para o trabalho, quando, por sugestão da amiga que a acompanhava, pegaram um atalho. Contou ter ficado paralisada na ocasião: “não consegui correr, não consegui fazer nada”. A amiga correu e buscou ajuda. Disse não se lembrar do que aconteceu para o agressor se assustar e soltá-la, escapando assim da situação. Teve a roupa rasgada e em seguida remendada por outra amiga, que morava próximo ao local de trabalho, o que permitiu a ela trabalhar “normalmente” nesse dia. Não contou a mais ninguém a respeito do ocorrido: “não quis preocupar a minha mãe”.

Relatou ainda outros episódios de abuso sexual, dois deles na infância, atribuídos por ela à ausência da mãe nos seus cuidados, ora deixando-a sozinha em casa, ora aos cuidados de pessoas estranhas.

O episódio de violência ocorrido na fase adulta desencadeou nela reações de medo “a tudo” e, depois disso, ficou com “cisma” relacionada à comida e à limpeza. Ficou com baixa tolerância à frustração, pois disse que se sentia mal diante de algum evento que gerava “contrariedade”. Isso lhe custou diversas visitas ao pronto socorro de hospitais com a sensação de formigamento e esfriamento do corpo, com perda da força do lado esquerdo do corpo.

Narrou traição do marido quando ela estava grávida da filha caçula. Associou esse fato à ocorrência do seu câncer, que supostamente teria como causa o fato da traição não ter sido superada: “acredito que a gente adoece quando guardamos as coisas dentro da gente”. Essa traição foi confidenciada pelo marido que, após a confissão, optou pela manutenção do

casamento e terminou o caso amoroso. No entanto, ela afirmou não ter conseguido restabelecer a confiança na relação após esse episódio.

Na sua família de origem é a caçula de três filhos, tendo uma irmã mais velha e um irmão entre elas. A mãe morreu há 28 anos, data próxima à descoberta da traição do marido. Contou que teve quadro de depressão, diagnosticado por um médico, nesse período em que ainda se encontrava gestante. Frisou que o seu adoecimento se deu diante da dor sentida pela perda da sua mãe. Acredita que passou a se sentir muito sozinha, pois ela lhe dava sensação de segurança. Vale aqui lembrar que, ao relatar episódios de abuso na infância, alegou não ter sido protegida por essa mãe.

Seu pai morreu quando ela tinha apenas quatro meses de vida, sofria de alcoolismo e promovia um ambiente familiar muito tenso e violento. Após ser ameaçada de morte pelo marido, a mãe de Margarida fugiu com os filhos para Uberlândia. Em seguida receberam a notícia do suicídio do pai. Ela então fez associação entre a saída deles e a ação do pai: “acho que ele não conseguiu ficar sem a gente”, e completou o relato, dizendo: “que triste”, mas sem demonstrar emoção.

Relatou ter tido uma infância difícil, marcada pelo adoecimento mental da irmã — diagnóstico de esquizofrenia. Disse que ela era muito rígida e com humor inconstante. Toda a família prestava cuidados a essa irmã, para não contrariá-la em nenhum momento, por ela ter o sentimento de perseguição sempre presente. Em diversas passagens, reclamou da sensação de não ser vista ou considerada pela mãe, sentindo-se a filha preterida. Nesse momento, mais uma vez ela pontuou a ausência de cuidados e proteção esperados de sua mãe.

Com diferença de sete anos de idade entre elas, disse que devia obediência à irmã. Trouxe lembranças que evidenciavam isso, com severas restrições para brincar ou fazer o que queria. A mãe solicitava continuamente que ela fosse paciente com a irmã e mantinha a postura de estar sempre pronta a prestar cuidados a essa filha, moldando a vida de acordo com

as necessidades dela. Esse movimento em torno da irmã acarretou várias mudanças de local de residência. Colocou dificuldades de estabelecer vínculos de amizade. A família tinha tempo para morar em cada casa que chegava até sua irmã “implicar” com as pessoas (vizinhança) e arrumar confusão.

Outro episódio marcante relatado, referente à sua relação com essa irmã, foi quando esta apresentou ciúmes de Margarida com o marido. Ela a acusou, diversas vezes, de ter um caso amoroso com ele, o que foi negado: “sempre vi o meu cunhado como um irmão”. Nessa época, a irmã e o marido tinham ido morar na casa da mãe dela. A mãe pediu à Margarida que não falasse com o cunhado e que usasse calças compridas para esconder as pernas. Afirmou sempre ter obedecido à sua mãe, sem questionamentos, e que só recentemente, em conversa com a irmã, contou a ela que um dia o cunhado elogiou suas pernas.

Quanto às suas atividades laborativas, foram interrompidas desde o início tratamento do câncer. Disse ter entrado com pedido judicial de aposentadoria, mas a advogada esclareceu ser difícil o ganho da causa por falta do laudo médico favorável à aposentadoria. Trabalhava com corte e costura, tem todas as ferramentas em casa, inclusive a possibilidade de retomar a clientela para voltar a executar o trabalho, mas quando chegou para o atendimento, afirmou não ter ânimo.

No ramo de costura, contou que gosta de criar modelos de roupa, sonha em ter a sua própria marca. Hoje faz roupas apenas para ela mesma, para as filhas e para a irmã. Relembrou a realização da atividade de costura como prestadora do serviço e disse que sempre teve clientela e o reconhecimento na execução de bons trabalhos. Já teve o seu próprio negócio, mas alegou má administração por parte do marido que resultou em falência. Outro momento, marcado por uma nova decepção e desconfianças a respeito de questões financeiras, apareceu atrelado à possibilidade de o marido manter outra família.

Cabe mencionar que quando Margarida chegou para os atendimentos, afirmou estar em uso de psicofármacos: fluoxetina 20mg e amitriptilina 25mg, além de já ter tido, em outros momentos, atendimento psicológico na rede pública de saúde, anterior ao adoecimento pelo câncer. As medicações, no decorrer dos nossos encontros, foram questionadas por ela, revistas pela equipe médica que a acompanha e por vezes suspensas por conta própria, em acordo com o seu estado emocional e possíveis efeitos colaterais que eram avaliados por ela como muito prejudiciais. Ao final da pesquisa, a paciente afirmou não fazer mais uso de medicações, avaliadas por ela como desnecessárias.

4.1.2 Os atendimentos com Margarida

Margarida compareceu ao primeiro atendimento e apresentou como queixa principal, dificuldades no casamento, na relação com o marido. Fez um panorama da história do casal a partir do momento em que a traição ocorreu. Desde então, disse não confiar no marido e vigiá-lo a todo o momento. Nesse encontro, relatou que suspeitava que ele estivesse mantendo um caso com a vizinha. Pediu ajuda para checar se a suspeita não era fruto da sua imaginação.

Ela temia julgar a vizinha, que inclusive é sua amiga e tem namorado. Contou que essa mulher passou uma temporada fora do Brasil e que, ao retomar, percebeu que ela se mostrava “assanhada”, “fogosa”; achou que ela voltou mais bonita. Acreditava que ela estava se insinuando para o seu marido e ele, correspondendo. Ao mesmo tempo se questionou se não foi ela quem mostrou a vizinha ao marido, ao considerar o quanto falou dela, além de ter levantado a suspeita da traição. Então a convidei a pensar as razões que a levaram a se interessar pela vizinha, uma vez que esta chamava a sua atenção e não a do marido.

Considerou a possibilidade de estar enlouquecendo, fazendo referência à sua irmã que apresenta quadro de esquizofrenia. Pontuou que ela cria situações que não existem e se sente

perseguida pelas pessoas. Disse ter medo de que possa estar fazendo como ela, “vendo coisas onde não tem”, isso em relação à sua desconfiança do marido. Em processo de identificação com a irmã esquizofrênica, via a possibilidade de apresentar delírios de ciúmes. Revelou ainda, posteriormente, que a irmã também apresenta quadro de psoríase. Abriu-se espaço para se pensar numa forma de pertencimento a essa família que Margarida encontrou ao se identificar com essa irmã por meio de adoecimentos.

Já no nosso primeiro encontro, a desconfiança que nela gera sentimento de grande desamparo apareceu, manifestada no receio de que lhe fosse negada ajuda, que ela pudesse ser rejeitada por mim e que eu a deixasse de fora do espaço oferecido. Ao chegar até o local do atendimento, alegou ter se enganado quanto ao número da sala e, quando chegou à sala que acreditava ser a que havíamos combinado, deparou com uma porta fechada. Disse ter batido algumas vezes e não ter tido resposta, e logo pensou: “será que desistiu de me atender e não vem mais?”. Resolveu então buscar anotações feitas por ela quanto às informações do local e reconheceu o seu engano: o atendimento era na porta aberta da sala ao lado e eu a aguardava.

Após esse encontro, fiquei a pensar na desconfiança apresentada no contato telefônico e nesse primeiro atendimento, o que passou a nortear a minha escuta. Além do engano e outras manifestações dela em encontros seguintes, como a declaração de que não vai até o fim no que se propõe a fazer, de não persistir no que começa, e sua insegurança quanto ao nosso trabalho, fizeram com que eu ficasse atenta ao seu movimento de resistência ao trabalho psicoterapêutico e perseguição. Percebi que a paciente começou o tratamento por uma repetição, o deslocamento, na transferência, do seu medo de não ser amada, não ser importante ou ainda de ficar no lugar de preterida, agora para mim também.

Chorou ao falar do sentimento de exclusão e do desfecho da sua vida: insatisfações no casamento, na vida profissional e social, sem me provocar, num primeiro momento, qualquer emoção. Diante de um choro histérico seguido pela ação de esfregar as lesões com as mãos

após a fala: “olha como eu estou”, permaneci, a princípio, paralisada, perdendo por alguns segundos a capacidade de pensar, tomada por um sentimento de repulsa pela aparência das feridas. Não conseguivê-la ou ouvi-la; apenas as feridas se mantinham presentes. Eu a colocava de fora, impactada pela aparência das lesões físicas. Sua intenção talvez fosse me chocar ou apenas se mostrar.

Nesse sentido, o desafio se deu na relação transferencial com a possibilidade de construção de um vínculo de confiança. Com a presença de uma realidade externa, as lesões no seu corpo, sentia-me pressionada a sair do campo simbólico e da realidade interna da paciente. Impactada pelo que estava vendo, via-me tentada a perguntar pelas sensações corporais que as lesões causavam e dar orientações quanto aos cuidados médicos. Portanto, por alguns instantes, eu me ausentava da escuta do que não estava sendo dito, mas estava sendo mostrado.

O contato com a paciente provocou em mim, especialmente nas primeiras sessões, muito cansaço. Sentia-me sem energia e indisposta ao final dos atendimentos e era tomada por sono. O sentimento de impotência surgiu em mim, em alguns momentos, frente a uma situação de adoecimento estampado no seu corpo que se mostrava tão devastador e diante do relato de situações de violência.

A paciente frisou a traição do marido como marca do início da sua desconfiança com as pessoas, o que parece, na sua história, ter se dado anteriormente a esse fato — principalmente com a morte (suicídio) do pai, a ausência da mãe na promoção de cuidados e proteção, violências vividas e a relação com a irmã —, mas atualizado com as filhas adultas, com o marido e também comigo.

Ao retomar a relação com o marido, declarou ter vivido grande decepção por confiar muito nele, mas ao tomar a decisão de seguir em frente com o casamento, fez o movimento de “colocar uma pedra em cima e esquecer”. Ao considerar esse movimento questionável, eu

indiquei para Margarida a contradição no seu discurso, porque a “pedra” parece não conseguir silenciar a dor e as fantasias decorrentes dessa situação.

Mesmo diante da não confiança no marido, reconheceu que ele é um bom pai para as filhas e cumpre de maneira satisfatória o seu papel de provedor do lar. Acentuou várias vezes no seu discurso que, depois de ter se casado, teve uma vida melhor, “mais tranquila”, diferente de outros períodos de grande dificuldade financeira vividos com a sua família de origem, em especial após a mudança para Uberlândia. Além disso, ponderou que o marido cuidou muito bem dela — “como um pai pra mim” — durante o tratamento quimioterápico contra o câncer. Chegou a dizer que ele foi o pai que nunca teve. Disse não ter conhecido o seu pai nem por foto e acreditar que lhe fez muita falta não ter tido um pai presente.

É válido ressaltar que mais uma vez um pai traidor apareceu. Ao escolher o marido em substituição ao pai, esse também a trai, não lhe oferece proteção, exclusividade e cuidados. Essa substituição pode ser observada quando ela contou que, ao se casar, o desejo de conhecer o pai desapareceu. Até o casamento, esperava que a imagem do rosto do seu pai viesse em sonho, o que nunca aconteceu. Margarida não tem lembranças do pai, memória do seu rosto.

Contou ainda que a sua chegada à vida dos seus pais foi marcada pela desconfiança; o pai suspeitava que ela pudesse ser fruto de uma traição. A mãe relatou que, gestante de Margarida, o pai tentou matá-la afogada no rio, o que a fez fugir da cidade. Margarida foi registrada em Uberlândia sem o nome do pai e se queixou de não ter tido contato nem mesmo com a família dele.

Quanto ao câncer, trouxe brevemente a história de sua ocorrência, sem muitos detalhes. Demonstrou mais urgência em falar do seu momento atual e das associações que fazia com fatos vividos no passado. O câncer talvez seja mais uma eclosão do que se mostrou impossível de ser silenciado: uma história marcada por traumas em busca de ressignificações,

além da sua sexualidade que foi reacendida após a ocorrência do adoecimento e representa ameaça.

O câncer foi mencionado pela paciente como disparador para reflexões feitas quanto à sua vida, não na configuração de uma neurose traumática, mas numa situação que a levou a resgatar sua vida sexual. Foi a maneira que ela encontrou para se manter viva e não se mortificar, como talvez fizesse antes do câncer.

Então passei a ouvir o que as suas feridas contavam, feridas que se apresentavam abertas, representadas pelas diversas lesões no seu corpo deixadas pelo câncer, pelo herpes ou pela psoríase. Permiti-me ouvir a paciente falar do que quisesse, deixando-me ser guiada por ela, indo para além do que, como pesquisadora, eu pressupunha: o câncer como vetor traumático.

A paciente falou muito durante todos os encontros e demonstrou dificuldades para encerrar a sessão e ir embora. Parecia se entristecer. Será que por medo de que eu me esquecesse dela? Para ela era ameaçador ficar longe do olhar do outro, o que se evidenciou também na sua recusa a se deitar no divã: “não vou querer me deitar, gosto de ficar olhando para a pessoa quando estou conversando”.

No primeiro encontro, alegou que precisava muito falar, estava se sentindo sufocada com a desconfiança atual e disse: “não aguento mais viver assim”. Nos demais, sempre havia um choro mobilizado por conteúdos que surgiam mais próximos do final da sessão, relacionados aos seus questionamentos por não conseguir fazer o que gostaria, por não se “organizar” para as tarefas laborativas, domésticas e até mesmo de lazer. Além de acreditar que não conseguia se posicionar de maneira mais ativa nas relações — dizia sempre fazer o que o outro quer ou o que o outro espera dela —, declarou ter “medo de que as pessoas desistam de mim se não disser sim”.

Nos três primeiros encontros ela se concentrou nas questões do casamento, preocupando-se em falar do marido, suas atitudes e comportamentos. Arriscou, em alguns momentos, a avaliar sua relação conjugal antes e depois da confirmação da traição e considerou que pode ter “estragado” o casamento pela sua dificuldade em lidar com a sexualidade. Disse ter se casado sem orientações quanto à vida sexual e considerado como verdades algumas falas que lhe foram dirigidas a respeito do assunto, mas não se lembrava de quem falou. Destaco o seu relato em não poder ter relação sexual após comer. Por causa disso, segundo ela, evitou muito o marido quando ele a procurava, quase sempre ao deitar à noite, depois do jantar.

Comentou que sente que o marido é distante e não a procura mais. Ela faz o movimento de procurá-lo, mas disse não ser correspondida. Chegou a dizer que, depois do câncer, houve aumento do seu apetite sexual. Questionou se não seria pelo tratamento hormonal, mas isso não é esperado como reação nesse tipo de terapia. Pelo contrário, pode trazer efeitos colaterais que interferem diretamente na qualidade da vida sexual da mulher, mas parece que não na vida sexual de Margarida.

Em todo esse processo, ela foi muito tomada pelo sentimento de persecutoriedade; todas as ações e recusas do marido foram interpretadas como ataques a ela. No caso específico do relacionamento sexual, o comportamento do companheiro era percebido como impotência sexual que se manifestava apenas com ela. Chegou a questionar a opção sexual dele, a considerar, em certa época, a possibilidade de o marido ser homossexual e a suspeitar que ele mantivesse um caso com um colega de trabalho.

Além disso, relatou que o marido emite comentários a respeito do comportamento sexual dela de maneira pejorativa e depreciativa, falando de cenas em que ele, ao recusar ter relação sexual, alegou que ela não tem mais idade para se manter ativa sexualmente.

Ressaltou diversas vezes no seu discurso que o casal nunca teve uma vida sexual satisfatória, mesmo antes do câncer, que ela não tem prazer nas relações sexuais e o sentimento de ser tratada como um objeto descartável.

Margarida inseriu a religião em suas falas e fez referência a Deus, em vários momentos, como “um pai” que parece não abandoná-la ou traí-la. Ao considerar a possibilidade de separação do marido, alegou que Deus não quer que ela faça isso. Afirmou ser católica, mas não tão participativa de atividades na igreja como gostaria. Enfatizou que gosta de orar, cantando músicas que são criadas por ela. Já participou do coral e da equipe de canto da igreja, mas teve medo quando surgiu a oportunidade de fazer uma apresentação para uma grande plateia: “fiquei muito nervosa, tive medo da minha pressão subir [ela é hipertensa] e passar mal; depois disso nunca mais voltei a cantar em público”. Durante o tempo em que nos encontramos, participava da pastoral da saúde, trabalho da igreja que oferece apoio a enfermos com visita domiciliar.

Como mencionado anteriormente, após o tratamento do câncer, Margarida fez a escolha de não retornar ao trabalho, mesmo tendo a liberação do médico que a acompanha e que avaliou sua aptidão para retomar o trabalho. Colocou que ficar sem trabalhar a deixa com mais tempo para tomar conta do marido — “ficar de marcação” —, o que a deixa cada vez mais desanimada para realizar qualquer atividade. Disse que o que a limita são as sequelas que o câncer deixou, não no seu corpo, mas na sua mente.

Ressaltou que tudo que havia dito até aquele momento não tinha sido falado com ninguém em outras oportunidades nas quais teve acesso ao serviço de psicologia. Nesses momentos parece que o foco do trabalho ficou na família e nos seus medos e desconfianças, que fizeram com ela que limitasse o seu convívio social. Salientou que, depois do câncer, queria rever a sua vida, entender o que a levava a “não sair do lugar”, “ficar parada”, planejar

ações e não conseguir colocá-las em prática. Acreditava que não conseguiria executar o que planejava diante da possibilidade de fracasso.

Questionou que “força” é essa que a impede de seguir em frente, força que a faz paralisar enquanto diz querer se movimentar. Nesse movimento, falou que se perdeu, esqueceu-se de si mesma, não se conhece e não se entende; disse “pensar só no outro”, em atender as expectativas e demandas do outro em relação a ela, atitude que lhe parece dar, ilusoriamente, a garantia de não ser abandonada.

Ao final de algumas sessões, mais uma vez, explicitou o medo de que eu me cansasse dela, considerando que falava muito. Inicialmente mostrou resistência para comparecer às sessões. Alegava que o estabelecimento do tempo para o desenvolvimento do trabalho, ou seja, os seis meses de atendimento previstos para a pesquisa, seria pouco. Assim, atualizava na nossa relação a possibilidade de abandono: eu me cansando dela ou ela deixando de ser importante para mim, após o período da pesquisa. Chegava à sessão dizendo: “hoje quase que eu não vim”, ou reclamava da sensação de boca seca, que revelava o quanto ela ainda não estava “à vontade” para falar comigo.

Margarida demonstrou, no seu discurso, o descontentamento em não conseguir manter o domínio sobre as pessoas como gostaria, nem mesmo ter comando sobre os seus próprios pensamentos, que parecem assombrá-la o tempo todo, ficando refém de um mundo fechado nas suas crenças, ideias e fantasias, além de um corpo também “fora de controle” que denuncia todo esse burburinho.

Assim, a pulsão de morte é vivenciada na maneira como sustenta seu casamento e demais relações: com ódio e muita hostilidade, sentimentos que também apareceram na nossa relação, notadamente no momento em que se encontrou com outra paciente na recepção do consultório e passou a querer garantias da sua importância para mim, também quando ela faltava às sessões. Uma das faltas aconteceu logo depois de sessão que precisei desmarcar e

outras duas quando, ao final da última sessão, eu busquei, seguindo recomendações de Ferenczi, utilizar intervenções do tipo aconselhamento e sugestões para inibir a via de descarga pulsional que se repetia, na tentativa de incentivar outra via. Nessa ocasião, procurava estimular a paciente a falar de si, do reconhecimento da força que existia dentro dela para encontrar direções, ao invés de apenas se lamentar, e a não ficar aguardando para ser direcionada pelo outro, como ela fazia ao não se responsabilizar pelas suas próprias escolhas.

Assim, ocorreram três faltas alternadas ao longo do período dos atendimentos. Margarida ligava no horário da sessão para avisar que não viria e se justificava. Duas vezes alegou envolvimento com a costura em casa, com encomendas (roupas para as filhas e para a irmã) que precisavam ser entregues. Ao retornar na sessão seguinte à falta, afirmou ter resolvido “aproveitado o tempo” para costurar roupas para ela também — apareceu vestindo um modelo produzido por ela — e para dar uma organizada no seu quarto de costura que estava uma “bagunça”, o que a impedia de ver o que havia de material ali para ser aproveitado, como tecidos novos ainda em embalagens. Nesse movimento, jogou muitos “restos” de tecidos, retalhos e linhas fora e, com os tecidos novos que estavam “escondidos”, costurou roupas para ela.

Nesse clima favorável, lentamente fomos consolidando um bom vínculo, que a fez se sentir menos perseguida, mais à vontade para falar de si, trazendo a sua história, e aos poucos deu oportunidades para que o seu sofrimento ganhasse voz. Ao vê-la para além das marcas do corpo e do câncer, passei a me comover com seu choro e abrir espaço, inclusive, para ser tomada como modelo. Precisei trocar as intervenções feitas na forma de perguntas ou questionamentos, que pareciam não surtir efeitos, para intervenções afirmativas. Foi necessário reconhecer o meu medo de que ela colasse em mim e não desgrudasse, ou ainda que ela me engolisse.

Sentia-me mais confortável com intervenções nas quais eu poderia aguardar a confirmação dela, mas isso não acontecia. Ela precisava que alguém, pelo menos a princípio, fizesse isso por ela. Pensei, em vários momentos, a respeito do que a paciente esperava de mim: uma terapeuta idealizada que dirá a ela o que fazer? O que a mãe não fez? Mais que isso, como fazer? E o que eu posso oferecer? Um espaço acolhedor e uma escuta atenta que possa encorajá-la a se olhar, reconhecer sentimentos e compartilhá-los para alcance da difícil tarefa de viver.

Aqui foi preciso também prestar atenção em mim para conseguir reconhecer o quanto o seu apego a mim, num processo de identificação e idealização, conseguiu produzir mudanças importantes, uma vez que, em vários momentos, tive a sensação de estagnação do trabalho, o que gerou em mim sentimentos de frustração e irritabilidade.

Foi importante prestar atenção a sentimentos amistosos mobilizados na relação que não diziam da transferência e consequentemente não tornavam possível o trabalho em transferência. Precisei ficar atenta à minha simpatia com a paciente e ao seu retorno a me ver, em alguns momentos, como uma amiga, para não ser tomada por esses afetos que tornavam desfavorável a recepção e assimilação dos dados analíticos.

A partir do quinto encontro que Margarida começou a fazer movimentos para retomar a costura, fazendo roupa para si mesma; percebeu que as roupas dispostas no seu guarda-roupa estavam velhas, rasgadas ou não serviam mais. Precisava de trajes novos para vir aos nossos encontros; escolheu tecidos estampados (flores) e coloridos. Copiou o modelo de uma blusa minha e teve outras ideias a partir das minhas roupas. As lesões, encobertas por blusas com mangas mais longas, mudaram de aparência e ela parecia tocá-las com menor frequência enquanto falava. Ela fazia o movimento de reconhecimento de melhora de humor e das lesões, mas às vezes colocava em dúvida o nosso trabalho e questionava se não seria pelo uso dos psicofármacos ou por sua dedicação às orações.

Disse querer parar de remoer as situações vividas e que precisava falar para buscar algum alívio. Usei a metáfora da costura com ela, fazendo referência ao momento em que decidiu fazer roupas novas e não mais reformá-las como antes. Afirmou que “é preciso saber quando uma roupa não suporta mais um remendo” e salientou: “prefiro costurar a fazer reformas”, não deixando de destacar ser necessária mais disposição para esse trabalho de criação.

A paciente fez o movimento de encobrir as feridas da vida, mas reconheceu que muitas delas precisavam de cuidados e que não bastava serem apenas disfarçadas. Assim, passou a costurar também durante o processo terapêutico, fazendo investimentos em si, tomando-me como testemunha.

A metáfora da costura foi retomada em outra ocasião, quando ela manifestou sua preocupação em fazer recortes da sua história de vida, num movimento de retomar o passado quando relatava situações atuais. Disse ficar num “vai e volta”. Argumentei que um novo molde é feito por cortes, partes que se juntam. Assim estávamos juntas, tentando costurar, passando a linha por entre as partes que se encaixam, como no movimento da máquina de costura no tecido. Ainda complementei, dizendo que quanto mais confiante ela ficasse para esse trabalho, mais chance teria de produzir uma colcha de retalhos com seu mundo emocional.

Possibilidades de ligação e chances à vida surgiram: voltar a costurar, criar roupas novas, comparecer aos nossos encontros bem vestida, usando acessórios no cabelo de maneira harmoniosa e reacender a sua sexualidade. Margarida passou a se olhar no espelho, o que, confidenciou, deixou de fazer por causa das lesões. Falou em deixar o cabelo crescer, fez um novo corte, mais feminino, e voltou a pintar os cabelos e as unhas, tudo isso exatamente no dia do seu aniversário, como um presente. Começou ainda a cuidar da pele do rosto.

Também apareceu a música. Em uma das sessões, a paciente cantou para mim diversas músicas que são de sua autoria (melodia e letras), revelando ter uma bela voz, o que foi destacado por mim. Ela se assustou quando a reconheci, para além dos adoecimentos e feridas no corpo, acredito que até mesmo pelo próprio desconhecimento que tinha de si mesma.

Nas últimas sessões, Margaria me escreveu uma carta, em tom de despedida, o que nos permitiu falar sobre o prazo que se aproximava para encerramento da pesquisa. Na carta ela afirmou estar se sentindo melhor, “voltando a ter energia”, o que lhe proporcionou mais disposição para “realizar tarefas e colocar a sua casa em ordem”, movimento que ressaltou ser feito “aos poucos”. A casa também representa o seu mundo interno, emocional, em processo de reconhecimento de si mesma: “desenvolvi força e coragem, está sendo uma libertação, estou conseguindo me ver”. No entanto, não deixou de mencionar, como dito em outros períodos do nosso trabalho, que tudo isso não é uma tarefa fácil, e que “nem tudo vai embora, mas a gente passa a viver melhor com o que fica”.

4.1.3 As possíveis costuras da vida

– Ô mãe, me explica, me ensina, me diz o que é feminina?
 – Não é no cabelo, no dengo ou no olhar, é ser menina por todo lugar.
 – Então me ilumina, me diz como é que termina?
 – Termina na hora de recomeçar, dobra uma esquina no mesmo lugar.
 Costura o fio da vida só pra poder cortar
 Depois se larga no mundo pra nunca mais voltar [...]
 E esse mistério estará sempre lá
 Feminina menina no mesmo lugar

(**Feminina** – Joyce, 1980)

Margarida se mantinha numa posição de desconfiança, marca da sua chegada ao mundo e a partir da qual parece se posicionar na vida. Ficava no lugar de preterida, o que era mantido por ataques promovidos constantemente contra si mesma em processos de somatização, inclusive os que estão estampados na sua pele — extensas e avermelhadas lesões da psoríase —, órgão escolhido não ao acaso: a pele como fronteira que delimita o contato com o outro e como elemento que define o contorno do seu corpo, delineando as curvas de um corpo feminino.

Vários episódios ilustraram esse lugar que ela ocupava, o de desprezada e não amada, que fortemente mobilizava seu sentimento de desamparo: a morte dos pais; o adoecimento da irmã; a traição do marido e das filhas; as dificuldades para lidar com a saída das filhas de casa; o trabalhar com costura em um cômodo da casa construído no quintal, aos fundos da casa, dizendo que ficava isolada, de fora; e o medo, vivido na transferência, de que eu me cansasse dela ou que ela deixasse de ser importante para mim com o final do período da pesquisa.

No entanto, os adoecimentos físicos pareciam ofertar a ela algum alívio para as dores da vida ao abrirem a possibilidade de ser reconhecida, de receber cuidados de uma equipe de saúde, por exemplo; pessoas que se propõem a cuidar dela e a ouvi-la. A minha entrada na sua vida também se deu como mais uma chance de que isso acontecesse, e de maneira importante, com a sua participação em uma pesquisa — “minha história daria para escrever um livro”, comentou —; diante a sua história poder ser contada e reconhecida na construção de um trabalho a ser publicado. Outra forma de consolo é dada pelos familiares, que ficam mais pacientes e atenciosos com ela em momentos de maior fragilidade diante de adoecimentos físicos, como no tratamento contra o câncer: “até a minha irmã mudou, ficou preocupada comigo”.

Margarida encontrou como via de manifestação da sua dor, ou atuação dela, o seu corpo. As lesões presentes no seu corpo revelaram o seu sofrimento, mas um sofrimento ainda não reconhecido pelo seu aparelho mental, caracterizado por um estado emocional primitivo, diante da dificuldade de elaboração de perdas e de alcance do simbólico.

Sentimentos de abandono, desamparo e de se sentir desprotegida marcaram a investigação dos temas feminilidade, sexualidade e maternidade, o que parece trazer à tona conflitos edípianos importantes, como episódios que demonstravam ausência de um pai e desencontros com a mãe, capazes de promoverem o processo de identificação dela com os aspectos desvalorativos e mortificadores dessas figuras.

Como desfecho, afirmou não saber como é ser mulher e, por isso, não soube ensinar as filhas. Ao relatar suas preocupações quanto à vida amorosa das filhas, culpava-se e ao mesmo tempo esperava que a herança familiar de casamentos fracassados se propague. Isso está pautado na maneira como as mulheres da sua família são tratadas e como ela afirma se apresentar nas relações: como um objeto, e mais, um objeto descartável — um movimento característico da histeria.

A compulsão à repetição do que não foi elaborado trouxe consigo a manifestação da pulsão de morte, pelo seu movimento sádico-masoquista, na busca de punição, o que parece estar presente também na sua relação com o marido e com as filhas ao se colocar em situações que geram sentimento de rejeição diante fantasias e idealizações. Em alguns momentos ela chegava a dizer: “parece que eu busco o sofrimento”. Mas, em atualizações na nossa relação, a compulsão à repetição ganhou significado transferencial, como possível via de subjetivação dos seus sintomas.

Margarida promovia ataques aos elementos que poderiam conectá-la à vida em um movimento de grande desvalorização de si mesma. A vida era vista como ameaçadora, marcada por traições e possibilidades de morte. Inclusive o que seria essencial para

manutenção da vida — comida e sexo —, para ela, “beira” a morte. A ideia de se ligar ao outro era encarada por ela como um perigo, já que pode acabar em tragédia.

Houve ainda uma repetição de responsabilizar o outro pelos seus medos e por tudo que acreditava não alcançar ou “não dar certo” na sua vida. O seu discurso foi pautado na alegação de que muito depende do outro — “preciso de alguém que me puxe” — por não ter sido a ela ensinado a cuidar de si mesma. Mas ao mesmo tempo isso se tornou uma grande ameaça, uma vez que esse outro não é confiável. E, nesse caso, os outros são o pai e a mãe que não a protegeram, o marido que também não lhe deu segurança, deixando-a a mercê de um lamentável destino: adoecer e/ou enlouquecer como as mulheres da sua família (a irmã e a mãe).

Retomando a metáfora da costura, penso na linha da vida da paciente que se apresentava cheia de embaraços. Mas ao final dos recortes dos atendimentos propostos pela pesquisa, ela percebeu a ocorrência de alguns “desembaraços”, com a tentativa de realizar investimentos narcísicos.

Diante do câncer e de outras circunstâncias da sua vida, como o retorno de viagem da vizinha que se mostrou revitalizada, a sexualidade de Margarida foi reativada e o seu impasse com o feminino se revelou. Houve o despertar de dores e conflitos internos, elementos edípianos que tiveram como manifestação uma mobilidade histérica, o não domínio de afetos eróticos.

Nessa perspectiva, Margarida não apresentou sintomas clássicos de uma neurose traumática diante do adoecimento pelo câncer, como talvez fosse esperado. A amarração psíquica encontrada foi a produção de sintoma histérico, sua erotização, segundo Mello Neto (2012), como um elemento vital, uma forma de neutralizar o trauma e abrir caminhos para efetuar ligações.

Margarida trouxe isso tão bem construído que o erótico parecia estar em tudo, inclusive nas tentativas de conquista e retenção de objetos de amor. Apresentou-se sedutora e no se deixar seduzir, como apareceu na relação transferencial. Evidenciou o seu apreço por agraciar os fatos da sua vida, inclusive a ocorrência do câncer. Ocasionalou também o seu tropeço na construção da sua identidade feminina, ao buscar por um modelo feminino a ser copiado, mas ao mesmo tempo desbancado, e na procura de respostas para as perguntas não passíveis de saturação.

Assim, ela fez dos cortes da vida a costura da histeria, como um arranjo frente ao que lhe escapa, produção que traz uma elaboração dita “superior” (Mello Neto, 2012), que talvez seja a elaboração que se pode alcançar com a via da produção de uma neurose traumática em outros casos.

4.2 Caso Azaleia

Quando o encaminhamento de Azaleia ocorreu, fiquei surpresa, pois já não aguardava mais a chegada de pacientes para a pesquisa. Então, tive dúvidas, num primeiro momento, em fazer contato com ela. O encaminhamento também foi feito pela profissional do hospital e mais uma vez foram dadas, à paciente, informações a meu respeito e ao trabalho de pesquisa, mas não me foi comunicada nenhuma prévia quanto ao interesse da paciente ou à queixa. A transferência ficou “morna”, reforçando minhas dúvidas quanto a fazer contato com a paciente.

Fazendo um cálculo do tempo estabelecido para o trabalho de pesquisa e prazos a serem cumpridos no programa de mestrado, decidi que seria possível. Além disso, acreditei que mais um caso poderia enriquecer o trabalho e as discussões, já que um único caso talvez

não desse conta de responder as questões levantadas pelo trabalho. Dali em diante já não seria mais possível iniciar com outro paciente.

No primeiro contato telefônico, Azaleia foi simpática e agradável e se mostrou disposta a participar dos atendimentos: “preciso muito de tratamento psicológico”, enfatizou. Mas na “ligação” havia muito ruído que me impedia de ouvi-la, o que a fez repetir algumas vezes a frase para que fosse entendida. Era uma voz ao longe, em meio ao barulho que interferiu nesse primeiro contato. A resistência ao encontro apareceu dos dois lados da dupla analítica que se formava, fazendo ressonância no decorrer do trabalho de análise.

A paciente não compareceu ao primeiro atendimento. No dia seguinte ela ligou, pediu desculpas pela falta e afirmou ter se esquecido. Surgiu aí um dado a ser guardado para posterior análise e que apontava uma contradição: ela queria muito ser atendida, mas não compareceu ao atendimento agendado.

Nesse segundo contato telefônico, a paciente me deu informações sobre um tratamento contra um câncer de mama — um aspecto não intencional na escolha das participantes da pesquisa. Ela tinha vínculo mais próximo com o Hospital do Câncer, onde fazia tratamento fisioterápico e estava em acompanhamento e avaliação médica. Na semana seguinte foi agendada uma nova sessão e dessa vez ela chegou, inclusive com antecedência ao horário combinado. Estava atrasada, mas adiantada.

4.2.1 A história de Azaleia

O nome escolhido remete à flor de nome azaleia que é comumente vista nos canteiros de lugares públicos, destaca-se por seu colorido e por ser muito durável. Apresenta uma resistência interessante e suporta com valentia condições bem adversas, conseguindo inclusive florescer no inverno, período em que a maioria das plantas fica em repouso. No

entanto, apesar de tanta bravura, é preciso destacar que, para manter-se viva e florida, necessita de cuidados adequados às suas necessidades e particularidades.

Ao ouvir a história de Azaleia, ficaram marcadas a sua valentia no enfrentamento do câncer e a sua luta em se manter viva diante de uma trajetória na qual estiveram presentes intensos tumultos. Mas, inicialmente, a presença de uma dor psíquica instalada não foi reconhecida. Ela estava muito ocupada, tentando sobreviver ao câncer e ao tratamento médico. Posteriormente apareceu o sentimento de “tristeza”, associado por ela, a princípio, ao retorno à sua rotina após a conclusão do tratamento contra o câncer, e a partir disso o reconhecimento de que precisava de cuidados, além da ausência da doença no seu corpo, no despertar para a vida.

A paciente tinha 36 anos de idade à época dos atendimentos, afirmou ser vaidosa, apresentou-se maquiada de maneira “carregada” e vestida com roupas bem coloridas e extravagantes. Casada há 20 anos com um homem 10 anos mais velho que ela, é mãe de dois filhos, um casal de adolescentes. Casou-se bem jovem, aos 16 anos de idade, após a descoberta de gravidez não planejada do seu filho mais velho. Afirmou ter bom relacionamento com os filhos, relação de muito cuidado e preocupação, e disse se considerar uma mãe “superprotetora”.

O marido apresenta quadro de alcoolismo e psoríase — esta surgiu logo após o casamento. Ao longo da pesquisa, fazia uso de psicofármaco para tratamento de um quadro depressivo. De acordo com os relatos de Azaleia, ele frequenta diariamente bares noturnos, interrompendo o uso do álcool apenas pontualmente, não conseguindo assim seguir com o tratamento médico proposto. O vício pelo álcool perdura tanto na família dele (pai e irmãos) quanto na dela, parecendo haver um “pacto” na manutenção de uma relação depressiva, tendo o álcool como uma saída.

A paciente trouxe a história do relacionamento com o marido. Iniciou o namoro muito jovem e afirmou que sempre foi uma relação permeada pelo álcool e tumultos gerados pelas duas famílias. A sua família temia que o namorado a levasse a iniciar a vida sexual muito jovem, o que realmente aconteceu. E a família dele (mãe e irmãs) sentia ciúmes. Seu marido é único filho num grupo que reúne seis filhas, e uma delas, movida por ciúme do irmão, chegou a dizer que Azaleia mereceu o câncer que teve.

A mãe temia que a gravidez de Azaleia acontecesse na adolescência, como se deu com a sua irmã. Por isso, inicialmente, não permitia que ela saísse com o namorado, não os deixava sozinhos nem mesmo quando ele frequentava a sua casa. O namoro acontecia na porta de casa, vigiado pela mãe. Relatou ter tido uma mãe muito rígida e indócil, que fazia “escândalos”, se fosse necessário, para impor o que acreditava ser o melhor para Azaleia.

Mas todo o tumulto que a sua mãe fez não impediu que a “sina” tivesse o seu desfecho. Ela engravidou e disse ter sido “obrigada” a se casar pela mãe, que alegou não querer mais uma filha em casa na condição de “mãe solteira”. Contou que inicialmente apreciou a ideia como possibilidade de sair de casa e se ver livre de uma mãe “enfurecida”, chegando a considerar a mãe uma “louca”.

Contou os episódios que colocavam a mãe à beira da loucura, como a obsessão dela por limpeza. Disse que teve uma infância de muitas privações quanto a poder brincar e receber pessoas em casa. Ela e os irmãos precisavam até mesmo fazer as refeições no quintal para não sujar ou desarrumar a casa. Afirmou nunca ter se sentado à mesa de jantar que tinham.

Azaleia falou que o pai dela morreu há quase três anos e fez associação do aparecimento do câncer com o sofrimento gerado por essa perda, pois tinha uma relação de muita afinidade com ele. Também pontuou que, logo depois do falecimento do pai, fez uso de

antidepressivo. O medicamente fez com que ela se sentisse bem, mas posteriormente veio a sensação de ter “guardado a dor” pela perda do pai dentro dela, ao ponto de fazer um câncer.

Seu pai sofria de alcoolismo e criou um ambiente familiar muito tenso e violento no período da sua infância. Realizou tratamento e abandonou o álcool por um longo período, mas pouco tempo antes de falecer havia retornado ao vício e manifestado o desejo de se divorciar da sua mãe. O primeiro problema os havia afastado, por isso o despertar do sentimento de culpa após a morte dele.

Desde o falecimento do seu pai, sua mãe mora sozinha, já tendo apresentado um quadro de câncer de mama e ter se curado. Ela tem dois irmãos e fica entre eles na ordem de nascimento. Mantém uma relação mais próxima com a irmã. O irmão reside em outra cidade, desde a adolescência, por causa de conflitos com os pais.

A mãe relatou que a sua chegada foi planejada, muito aguardada e comemorada pelo pai. Foi ele quem fez a escolha do seu nome. A mãe chegou a fazer “promessa” para conseguir engravidar dela, uma vez que sofria ataques do marido, que afirmava que ela “não prestava nem para lhe dar filhos”. A diferença de idade entre ela e a irmã mais velha é de seis anos.

Diante disso, a mãe depositou em Azaleia a possibilidade de resgate do pai e por isso ela foi a filha preferida e alvo de projeções de desejos da mãe. Além disso, a família acreditava que ela nasceu por milagre e, portanto, munida de poderes divinos, sendo solicitada pela mãe e suas amigas a fazer orações pelas famílias e casais, pedindo proteção e harmonia. Tem lembranças dessas cenas e do quanto se sentia empoderada desde os cinco anos de idade.

O câncer foi descoberto há dois anos, após perceber um inchaço (íngua) debaixo do braço; em seguida, ao fazer apalpação da mama, localizou um “caroço”. Buscou avaliação médica. Fez todos os exames para diagnóstico, que confirmou o câncer num momento da vida

em que ela estava muito envolvida em projetos profissionais: “muita correria que nem percebi nada na minha mama, só notei quando já estava grande o nódulo embaixo do meu braço”.

O médico esclareceu que o câncer era agressivo e de difícil resposta ao tratamento: “só 15% dos casos com o mesmo diagnóstico do câncer que eu tive respondem ao tratamento”, enfatizou Azaleia. Primeiro realizou cirurgia para remoção dos nódulos, depois fez quimioterapia; em seguida, outra intervenção cirúrgica com retirada das duas mamas e, por fim, radioterapia. Nos últimos exames realizados para avaliação geral não foram detectadas células cancerígenas no seu corpo, mas todos eles serão ainda repetidos para confirmação da “cura”. Ela falou que só poderá comemorar a cura após cinco anos sem a presença da doença no seu corpo e que teme a ocorrência de uma recidiva: “tenho muito medo que o câncer volte, tenho até pesadelos”.

Perguntou ao médico se o seu sofrimento em decorrência da perda do seu pai poderia ser causa do câncer. Ele respondeu que não, pelo fato de a morte (um ano antes do diagnóstico) provavelmente ter sido mais recente do que o aparecimento do câncer. No estágio em que ele foi descoberto, era um câncer que já estava presente no seu corpo há mais tempo. Mas ela não deixou de lamentar: “senti muito a perda do meu pai, foi muito difícil”. Destacou que a morte dele foi “repentina”, por afogamento, em uma ocasião em que saiu para pescar. Por um tempo considerou a possibilidade de suicídio, uma vez que o pai sabia nadar e conhecia bem o lugar onde o fato aconteceu, porém, disse ter escolhido acreditar que foi um acidente: “meu pai gostava muito de viver”.

Quanto às suas atividades laborativas, desde o tratamento do câncer foram interrompidas. Azaleia tem formação na área educacional. Pensou em dar entrada com pedido de aposentadoria, mas teve dúvidas quanto a parar de trabalhar ou apenas mudar o ritmo e o local de trabalho. Falou em trabalhar menos e com horários mais flexíveis e

considerou a viabilidade de dar aulas particulares em casa. Destacou que conseguiu terminar a sua formação no decorrer do seu tratamento médico contra o câncer.

Pontuou dificuldades em relação à sua sexualidade, principalmente depois do câncer e das sequelas nas mamas. Após a mastectomia, tentou colocar próteses provisórias, mas houve rejeição em uma delas. No período em já estava em atendimento psicológico fez outra intervenção cirúrgica, para uma nova tentativa de colocação de próteses definitivas, que teve sucesso, mas serão necessárias várias intervenções para reconstituição das mamas.

Ela estava em uso de psicofármaco no período da pesquisa. Relatou ter percebido melhorias depois que iniciou a medicação e disse acreditar que é preciso “conversar”, dando-se conta de que é importante falar com alguém, refletindo acerca de tudo que passou (adoecimento e tratamento) e das mudanças na sua vida após a doença: “acho que eu não sou mais a mesma”, declarou. E não é mesmo.

4.2.2 Os atendimentos com Azaleia

Quando Azaleia compareceu ao primeiro atendimento, disse estar se sentindo muito triste e desanimada em “retomar a vida”, num movimento de paralisação da vida. Falou que estava com medo e insegura, em especial para voltar a trabalhar, dada a proximidade do fim do seu afastamento pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Já no primeiro atendimento, esclareceu ter sido encaminhada para tratamento psicológico pela médica oncologista. Inicialmente alegou que ficou resistente, pensando se realmente era necessário buscar ajuda de um profissional.

Na tentativa de falar desse sentimento de tristeza que parece domá-la e chegar sem aviso, afirmou que por mais que tenha dias melhores, “parece que ela não acaba, não vai

embora essa tristeza”. Por isso teve a certeza de que precisava de ajuda ao perceber que não conseguiria sozinha, que precisava falar com alguém.

Nos primeiros encontros, o tema da morte prevaleceu. Falou do medo de morrer quando recebeu o diagnóstico do câncer e no decorrer do tratamento, e do desejo de morrer. Quando recebeu a notícia da doença “foi um choque”, mas afirmou ter ficado “forte”. Acentuou que se considera uma mulher de muita fé, por isso se dedicou ao tratamento e acreditou que “tudo daria certo”. Mas admitiu que, ao longo do tratamento, houve momentos em que considerou a possibilidade do fim da vida e que ainda tem pensamentos de morte persistentes.

Trouxe a história da ocorrência do câncer com detalhes, suas crenças e medos quanto à doença, vista como traiçoeira, que “deixa raiz”. Mostrou-se também interessada em falar do seu momento atual e dos sentimentos, angústias inomináveis, que parecem vir à tona após ter passado o tumulto maior do tratamento, que envolveu idas mais frequentes ao hospital e realização de procedimentos médicos. Ainda arriscou fazer associações do seu adoecimento com fatos vividos no passado e na sua relação conjugal, ambos marcados pela presença do alcoolismo.

Nesse aspecto, a paciente colocou que, no pós-diagnóstico imediato e no início do tratamento, sua atenção ficou toda voltada para o adoecimento do corpo. Buscava respostas objetivas e imediatas para suas sensações corporais: “me concentrei totalmente no meu tratamento médico”. Assim, a dor psíquica não era ouvida e por vezes era negada: “não parava para prestar atenção no que eu estava sentido, no meu sofrimento emocional”.

A paciente falou muito durante todos os encontros; os primeiros se estenderam além dos 50 minutos. No primeiro encontro, percebi que ela precisava muito falar, parecia confortável no encontro com alguém disponível e interessado em ouvi-la. Sentia-se compreendida, num lugar onde poderia falar dos seus sentimentos sem julgamentos.

Acreditava ser impedida pelo outro e por si mesma de falar dos seus sentimentos, por parecer estar sendo “ingrata” com a vida, diante de sua melhora e da recuperação do câncer. Esperava que o único sentimento permitido seria o de “felicidade” com o resultado do tratamento. Assim, culpava-se por se sentir triste.

Importa destacar que a paciente não se emocionou ao relatar situações difíceis, relacionadas à descoberta do câncer e ao tratamento com diversas perdas. A emoção, tendo o choro como manifestação, só apareceu em momentos pontuais, ao falar da morte do pai e quando se olhou pela primeira vez no espelho e viu a sua imagem sem os seios.

Trouxe choro mais contido ao falar da morte do pai e se emocionou muito ao discorrer sobre a sequela do seu adoecimento: a perda das mamas. Comentou do pensamento que tem — “seria melhor se eu tivesse morrido” — nos momentos em que se sente muito entristecida ao olhar para as mamas, ou melhor, para a falta delas. Revelou que por muito tempo não se olhou no espelho e nem permitiu que o outro, inclusive o seu marido, a visse nua.

Fez movimento de me mostrar essa sequela em seu corpo, o que me provocou comoção. Sua intenção talvez fosse encontrar um lugar seguro para mostrar e compartilhar suas dores. São marcas que encontram, como via de comunicação, o corpo e podem, no encontro com alguém que suporte olhar, ajudá-la a sentir e pensar essa dor que vai para além de um corpo mutilado.

Na apresentação de seus medos e inseguranças quanto à doença, Azaleia retomou a informação que teve com a psicóloga do Hospital do Câncer a respeito do meu curso de residência. Ela me pediu para sanar algumas dúvidas e relatar casos que já havia acompanhado ao considerar a possibilidade, ora de retorno da doença, ora de cura. Nesses momentos pude ofertar o acolhimento às suas preocupações, muito compreensíveis diante do vivido: adoecimento e tratamento. Esclareci que vários pacientes, não somente ela, relatavam

medos quanto à recidiva, mas que garantias de cura não há, sendo diferente o desfecho da história de cada um.

A paciente ainda trouxe discurso religioso, fazendo referência à sua fé em Deus como uma figura protetora. Falou em se sentir confortada com a religião e ao buscar diferentes doutrinas religiosas, como o catolicismo e o espiritismo, e mais recentemente a filosofia budista, na tentativa de que se completem e lhe tragam respostas que lhe deem algum alívio. Então a questionei sobre quais seriam as perguntas para as quais tanto busca respostas. Complementei dizendo que talvez muitas delas estivessem na possibilidade de ela mesma realizar a construção das respostas e outras, no seu fortalecimento para suportar a ausência delas.

Nos seus questionamentos a respeito do adoecimento, apareceu a busca pela causa do câncer. Mesmo diante de indícios assinalados pelo médico que diagnosticou o câncer e que se referiu a questões que seriam multifatoriais, ela se perguntava a razão de o adoecimento ter sido com ela e naquele momento da sua vida: “Por que eu? Por que agora?” Falou de vários focos de dor que não encontravam palavras para serem definidos, mas que ela acreditava estarem associados ao seu adoecimento: “acredito que o sofrimento faz a gente adoecer”. Mencionou diversas vezes que se sente presa e que busca “libertação”.

Emergiram de suas falas duas palavras frequentemente repetidas: privação e permissão. Ela relatou ter passado por muitas privações na vida, principalmente na adolescência, lembranças que se mostraram presentes quando fez referência aos cuidados de si e ao seu ingresso na vida profissional, por exemplo, sem permissão para experienciar novas situações ou escolhas mais coerentes com os seus desejos.

Azaleia carrega o “peso” de seu nascimento ter harmonizado a relação conjugal dos pais e por isso ter sido muito cobrada pela mãe para que fosse a filha que ela sempre esperou, “perfeita”, tendo a missão de ser “salvadora” e de tudo dar conta. Talvez isso seja

consequência de se encontrar como alvo de projeções, presa ao desejo do outro, lugar em que inicialmente foi colocada e onde ficou; ou ainda aprisionada a uma onipotência infantil que advém do seu enroscamento em uma trama edípica.

Apresentou um movimento de muito se cobrar, como se precisasse fazer tudo de forma “perfeita”, no trabalho, na faculdade, com os filhos e nos cuidados com a casa. Tudo isso se tornou muito sofrido, gerando um grande cansaço. Quando nem tudo não sai como planejado, ela se culpa.

Após o tratamento do câncer, não retomou o trabalho e chegava ao final o prazo do benefício de afastamento concedido pelo INSS, situação que exigia dela a decisão de entrar ou não com o pedido de aposentadoria. O médico a apoiou nessa tentativa, mas ela disse ter dúvidas. O que iria fazer se parasse de trabalhar? Viajar? Com quem? Destacou o não companheirismo do marido na realização de projetos de lazer. Pensava em apenas rever a sua rotina de trabalho e não deixar de trabalhar.

Ao final das quatro primeiras sessões, ressaltou que estava gostando dos nossos encontros e que confirmou sua expectativa de que alcançaria algum alívio ao falar. Acredito que isso se deveu à oferta de um lugar acolhedor que nela despertou esperanças. Esse clima favorável permitiu o contato com ela mesma e abriu espaço para que começasse a falar de assuntos mais íntimos e pessoais. Passou a trazer o casamento e os problemas enfrentados que estavam sendo minimizados por ela, inclusive questões relacionadas à sua feminilidade e aos seus desejos.

Depois do câncer, trouxe o movimento de querer rever a sua vida e questionar posições assumidas nas suas relações, em especial no contexto familiar. Disse que se sente perdida, como se tivesse se esquecido de si mesma; por vezes fica em dúvida sobre o que gosta ou quais são as suas preferências e prioridades. Falou da sua preocupação em promover

o bem-estar do outro (filhos e marido), dedicando-se a todo o momento em atender as expectativas e demandas do outro em relação a ela.

A paciente frisou em vários momentos o quanto se casou jovem, ainda na adolescência, em decorrência de uma gravidez não planejada. O marido foi o seu primeiro namorado: “quase não fiz nada para curtir a vida”. Falou em se perceber muito angustiada e ansiosa diante da vida, apresentando, em várias passagens, movimentos compulsivos: compras e comida.

Acredito que com o decorrer dos encontros, no estabelecimento de um vínculo, com menos barulho, pude melhor ouvi-la para uma escuta mais atenta, o que a deixou mais à vontade para falar de si, trazendo a sua história, dando voz ao seu sofrimento. A nossa relação surgiu como possibilidade de oferta de um encontro com elementos vivos. Percebi-me mais envolvida com a paciente, mais mobilizada, o que me fez redobrar a minha atenção quanto aos riscos presentes para sair do *setting* terapêutico.

Intervenções, ora afirmativas, ora interrogativas, surtiram efeitos. Azaleia parecia disposta à reflexão. Lentamente, na medida em que o nosso vínculo foi se consolidando, ela listou questões a serem cuidadas e arriscou anunciar o que acredita que precisa fazer diferente na busca por encontrar mais satisfação na vida.

Nessa lista, a paciente falou da sua vida sexual e de insatisfações, além dos desejos em se sentir desejada e atraída por alguém, o que não acontece na sua relação conjugal. Contou ter sofrido “humilhações” pelo marido, que se queixava do órgão genital dela, além de pouco tocá-la e não beijá-la durante a relação sexual, que sempre se deu rapidamente e apenas quando o marido estava alcoolizado.

Ao falar da vida íntima deles, relembrou que o marido, quando está embriagado, diz muita “bobagem” de conteúdo sexual, chama-a de “puta” e faz brincadeiras de conotação sexual com homens. Fez associação disso com o quadro depressivo que acredita que ele

tenha. Disse perceber que o marido tem uma “tristeza muito profunda” e que “parece insatisfeito com vida que tem”.

Azaleia foi reconhecendo que está em um casamento falido e se deu conta do quanto ela se esconde no alcoolismo do marido ou no quadro depressivo dele. A separação foi considerada e planejada, mas se mostra muito difícil de ser concretizada em razão da possibilidade de ter como final uma tragédia: pode acabar em morte, como talvez acredite ter acontecido na relação conjugal dos pais, quando houve movimento de pedido de separação por parte do pai. Ela afirmou temer o que o marido possa fazer contra si mesmo, contra ela e os filhos.

Mais reflexões e questionamentos importantes quanto ao casamento foram feitos pela paciente, que chegou a anunciar o seu desejo de separação ao marido e aos filhos. Nesse movimento reflexivo, falou muito da mãe, em processo de identificação, de aprisionamento em um casamento mergulhado no álcool, do adoecimento por causa do câncer de mama e do desfecho da história da mãe, que se tornou uma mulher “amarga e infeliz”. Passou a se dar conta da sua autonomia em fazer escolhas na vida, em produzir um ponto de abertura e não continuar em uma repetição tendente à saturação. Contudo, acentuou que precisa se preparar para o divórcio, no que diz respeito tanto à sua independência financeira quanto à proteção dos filhos.

Saliento aqui a separação se caracteriza, para Azaleia, falha na sua missão de salvadora, de conseguir manter uma família “harmonizada e unida”. Em um dos atendimentos, relembrou uma passagem bíblica que muito diz do seu propósito no casamento: “a mulher edifica o homem”. Disse que cresceu com essas palavras em mente e que sentiu raiva da mãe por ela não ter salvado o seu pai, o que demonstra o quanto a sua relação conjugal se aproxima da história dos pais.

Além da vida pessoal, a vida profissional também foi repensada. Retomou a escolha feita pela área da educação e reconheceu medos e inseguranças relacionados à sua atuação profissional, como “encarar uma sala de aula”. Lembrou-se da escolha pelo curso de formação e se questionou se realmente foi uma opção coerente com os seus desejos, suas potencialidades e seus interesses. Contou que foi uma sugestão de uma amiga e que, Azaleia no desespero para começar alguma coisa, seguiu o que lhe foi aconselhado: “um bom curso, que muita gente faz”.

Azaleia ainda fez movimento de novos investimentos. Conseguiu realizar uma cirurgia para reconstituição da mama, o que a fez se sentir mais confiante. Voltou a vestir roupas que foram guardadas no período do tratamento médico contra o câncer. Começou a fazer planos para retomar o trabalho, iniciou exercícios físicos e buscou atividades de lazer na companhia de familiares. Passou a não sair mais de casa na companhia do marido para festas e passeios nos quais ele costuma abusar do consumo de álcool.

A paciente relatou, em vários encontros, a ocorrência de sonhos, caracterizados por ela como pesadelos. Eles passaram a ser lembrados e relatados nas sessões, após a minha solicitação para que ela trouxesse os sonhos para conversarmos a respeito deles. Os primeiros sonhos contados foram aqueles nos quais ela se via recebendo a notícia do retorno do câncer, ora na mama, ora na cabeça. O último era muito considerado pela paciente diante da sensação de “peso” e dores que passou a sentir nessa região, o que depois foi interpretado como se talvez estivesse sendo assustador se deparar com a sua mente e os conteúdos dela.

Posteriormente, passou a relatar sonhos em que se percebia angustiada em cenas de perseguição, prestes a ser pega, ou ainda que tivesse morrido. Devagar, foi sendo considerada a sua mortificação diante da vida e o quanto a perseguição, que nos sonhos parecia estar fora dela, feita pelo outro: marido, cunhadas e nora, talvez estivesse sendo feita por ela mesma no seu movimento de se privar e não se permitir sentir, emocionar e arriscar se lançar na vida.

Os atrasos e faltas da paciente às sessões ocorreram várias vezes ao longo do tratamento. As faltas eram justificadas pelo seu esquecimento da sessão ou por estar quase sempre se sentindo muito cansada e com sono, o que a fez dormir e “perder a hora”. Passou a usar o despertador para lembrá-la da sessão ou para acordá-la a tempo de vir à sessão.

Esse movimento foi interpretado. Inicialmente a paciente se justificava com respostas “rationais”; depois se deu conta da sua dificuldade de vir às sessões e falar daquilo que parecia denunciar um atraso diante da vida. Assim, ela mantinha o seu movimento de adiamento, mantendo-se mortificada perante a vida ou talvez em processo de adormecer como medida protetiva.

Quando foi feita a interpretação, ela passou a falar da sua percepção quanto ao atraso na vida. Os atrasos e faltas à sessão cessaram. Azaleia afirmou estar atrasada para começar a viver e se reconhecer, num movimento de maior coerência com os seus desejos e sentimentos, o que veio ao encontro do estabelecimento de prazo para finalização dos atendimentos.

Os “pesadelos” também foram cessando. Azaleia passou a dormir melhor e foi suspendendo o uso do psicofármaco. Começou a fazer projetos de vida ao planejar a retomada do trabalho e considerar a sua formação profissional. Fez movimento de procurar um lugar para morar com os filhos e pensar em como organizar o seu lar; iniciou colocando em ordem a sua vida financeira. Disse, em uma sessão, que o câncer lhe deu uma nova oportunidade de viver e que ela queria muito aproveitar.

Esse processo foi dando a ela tímidas permissões: passou a sonhar que estava trabalhando e passeando, quase sempre durante viagens, o que afirmou gostar muito de fazer. Passou a se empenhar em possibilidades quanto ao trabalho, considerando o ganho financeiro necessário para a realização de projetos que começavam a ganhar forma, além de não se esconder mais em casa e nem atrás de uma maquiagem “carregada” e de usar roupas com cores mais suaves e harmoniosas. Começou a vir às sessões com o rosto mais limpo;

confessou que, quanto mais triste se sentia, mais carregava na maquiagem e nas cores das roupas na tentativa de esconder a sua tristeza. Com isso pudemos ver as marcas presentes também no seu rosto, provocadas pela gravidez não planejada, e falar de tantas marcas presentes.

Azaleia realizou mais passeios e encontrou colegas da graduação, ouviu relatos delas a respeito das experiências vividas e passou a ponderar seguir com outro ramo de trabalho, o de vendas como autônoma, pois disse gostar muito de conversa, reconsiderando o pedido de aposentadoria. Foi a uma festa sozinha, “pela primeira vez na vida”, e lá foi paquerada e se sentiu viva: “ainda sou atraente, chamo a atenção dos homens, mesmo sem os seios”. Ainda relatou melhora na relação com a sua mãe e com os filhos, conseguiu colocar regras na sua casa e delegar atividades domésticas, além de perceber não precisar mais buscar respostas de maneira frenética em diferentes celebrações religiosas.

Assim, percebi que Azaleia precisa ter a chance de existir para além da mãe e do propósito que lhe foi lançado, mesmo antes do seu nascimento, ao qual ela tanto se agarrou. Ela foi gerada com uma promessa, chegou como um milagre e com uma missão que a fez pactuar com a onipotência. Só com o “ganho de liberdade” conseguirá sustentar os próprios desejos.

4.2.3 “O que não mata, fortalece?”

“Todas as dores podem ser suportadas se você as puser em uma história ou contar uma história sobre elas”
(Arendt, 2010, p. 115).

Azaleia apareceu aprisionada em um paradoxo que revelou a sua dificuldade em se juntar, ainda em movimento de dissociações, experiências que permanecem fragmentadas. Trouxe um movimento de urgência, mas ao mesmo tempo de atraso e esquecimentos, o adiar para lidar com sua fragilidade, com o que lhe é próprio. Isso pode estar relacionado à sua chegada ao mundo, uma filha muito aguardada e que assumiu o lugar de preferida. Com isso, foram depositadas em Azaleia muitas expectativas, preenchidas pelos desejos de sua mãe, havendo pouco espaço para que ela pudesse surgir com suas vontades e desejos.

O câncer pareceu, ao representar risco de vida, chegar como uma possibilidade de despertar ou denunciar esse movimento de se equilibrar “em falso”, que ela “preferia” acreditar que lhe proporcionava estabilidade. A ocorrência de perdas, em especial o que lhe ocasionou uma mutilação, evidenciou um excesso pulsional que interferiu no seu circuito psíquico, naquilo que se sustentava.

Assim, um convite a um novo posicionamento frente à vida surgiu, ao ter sua autoimagem alterada, identidade questionada como feminilidade, maternidade e sexualidade. O desafio se deu na reconstrução de seu universo simbólico. O que dava sentido à sua vida foi questionado, bem como o seu passado e o seu futuro perante a invasão de estímulos que o adoecimento promoveu e para os quais não encontrou defesa; mostrou-se impactada pela doença. Houve o instalar de uma neurose traumática, diante da sensação de desamparo, tendo como sinalizador o sentimento de forte angústia frente ao perigo evocado pelo trauma no aparelho psíquico.

Nesse quadro, a compulsão à repetição foi mobilizada, inclusive os sonhos recorrentes com a doença surgiram como tentativas de resolutividade do que aparece fora de controle e, por isso, não pode ser domado. A pulsão de morte ganhou espaço a partir de seu movimento sádico-masoquista, na busca de punição, ataques contra si mesma, o que parece estar presente na sua relação com o marido e com filhos ao fazer referência à sua dedicação aos cuidados a

eles dispensados, com uma falsa sensação de controle sobre eles. Em alguns momentos chegou a dizer: “é culpa minha, muita coisa da qual me queixo”.

Ainda fez pacto de forma defensiva com a onipotência, que em alguns momentos a colocou em situações desafiadoras. Acreditava ter que aguentar tudo, caso contrário, iria se sentir culpada. Culpava-se ainda pelo que não conseguia fazer, isso em relação à retomada dos seus afazeres após o câncer, à rotina de cuidados com a casa e até aos desafios que são impostas nas suas relações tanto sociais quanto familiares. Eu a questionei sobre as razões que a levavam a acreditar que ela precisava tudo suportar, ser “forte”, sobre a dificuldade em reconhecer os próprios limites e em elaborar sua nova condição. Disse a ela: “você não é mais a mesma depois do adoecimento”. Quando Azaleia se queixava por se sentir desrespeitada pelo outro, eu apontava que ela precisava reconhecer, primeiramente, a sua própria rigidez, o desrespeito com ela mesma e suas limitações.

A sua entrada em análise foi lhe apresentando chances de integração das experiências, ao considerar a elaboração, sendo preciso o reconhecimento de sequelas emocionais e dores ainda sem nomes ou representação. Destaco que, nesse processo, de entrada em análise, ocorreram situações relevantes, resultado da desorientação psíquica decorrente de alterações importantes do seu sono. Ela era tomada por muito sono ao longo do dia e isso gerava sensação de muito cansaço, confusões e esquecimentos. Eram momentos em que ela se via livre da angústia mobilizada pelo trauma, fazendo disso, por um tempo, uma válvula de escape.

A não elaboração de outras perdas foi evidenciada, como a morte do seu pai. Fez associação do fato ao seu adoecimento, frisando a recaída no alcoolismo do pai, o que talvez já fosse um prenúncio da sua morte. Simbolicamente, vivia a morte do pai, pela dor sentida, antes mesmo que ocorresse a morte real.

O olhar para o seu casamento também revelou o seu movimento autodestrutivo ao resgatar a presença do álcool na sua relação conjugal. A escolha e a permanência nessa relação a fez, enroscada numa trama edípica, ligar-se ao pai morto dentro dela. Isso contribuiu significativamente para que ela tivesse dificuldades de se vincular à vida, aspecto já presente antes do câncer.

O câncer, como despertar, trouxe a oportunidade de ampliação de sua potência de vida — uma saída reconhecida por Azaleia, mas ainda em processo de definição, até mesmo pelo grande desafio de conseguir se sustentar, fortalecer-se para uma situação de enfrentamento.

4.3 A escuta do que ouvi

As pacientes da pesquisa apresentaram questões que podem ser contadas pela escrita, a partir de elaborações feitas, para além do que puderam falar e do que se pôde ouvir. Nesse sentido, primeiro, foi interessante considerar que essas mulheres foram afetadas por uma configuração familiar que muito parece dizer dos seus sintomas e que as aproxima. Elas se distanciam em relação à roupagem que melhor serviu a cada uma para a edificação da própria história, em especial após o tropeço no adoecimento pelo câncer. Este despertou questões adormecidas, bem como mobilizou outras que se apresentaram como urgências a serem atendidas e cuidadas.

Essas mulheres trouxeram na sua bagagem figuras parentais adoecidas que marcaram a via de ligação com os pais, deixando lacunas no processo de identificação com eles, algo tão importante na construção da identidade delas e, consequentemente, na forma de criarem e manterem laços emocionais com outra pessoa.

As figuras maternas exibiram, como marca do feminino, o adoecer, seja por manifestações corporais, como somatizações, ou na forma de transtornos emocionais —

adoecimentos que trouxeram limites na construção da identidade do feminino dessas mulheres e as impediram de desabrochar, de sempre poder recomeçar e se lançar no mundo, de conferir o mistério do feminino presente na sua beleza e que marca a sua presença e sustentação nas relações.

As figuras paternas também se mostraram pelo adoecimento, pelo alcoolismo, que trouxe ausências e que, quando apareceu, fez estragos pela violência e pelo desfecho trágico do suicídio, promovendo, mais uma vez, identificações e ligações pelo sintoma dessas figuras.

Aqui cabe uma reflexão quanto ao tipo do câncer que essas mulheres manifestaram e que recaiu justamente sobre o principal símbolo corpóreo da feminilidade. Não por acaso, o adoecimento trouxe à tona questões que parecem denunciar a fragilidade dessa identidade feminina, construída em meio a tantas mazelas, não reconhecidas inicialmente por elas.

As famílias dessas mulheres padecem de marcas tão profundas que parecem não cicatrizar; por isso são mantidas por gerações em um movimento de repetição que surge em diferentes formatos. Benghozi (2010), ao discorrer a respeito da herança psíquica familiar, afirma que ela corresponde à expressão da identidade de pertencimento do sujeito ao grupo familiar, que é distribuída pelas gerações como uma representação simbólica genealógica. Trata-se de um sentimento de pertencimento expresso, ainda que timidamente, por essas mulheres ao entrarem em contato com a história da família.

O trabalho analítico veio ao encontro de todo esse contexto, oferecendo espaço favorável ao desenvolvimento psíquico das pacientes na construção, via relação transferencial, de sentidos aos sintomas apresentados. Tentativas de contato com o sofrimento não representado, mas rumo à simbolização, fizeram com que sentimentos ganhassem voz, indicando outro caminho de comunicação e descarga que não o corpo, mudando a rota de movimentos de destrutividade. Cada uma ao seu modo.

Frente ao câncer, esse caminho pôde se abrir pelas manifestações histéricas, como no caso de Margarida, numa conduta de se reaver após a ocorrência do câncer e não mais se mortificar ao ter a sua sexualidade despertada. Azaleia, ao construir uma possibilidade de revisão da vida, buscou sentido para o seu adoecimento como uma nova oportunidade para fazer escolhas mais coerentes com os seus próprios desejos, com a manifestação de uma neurose traumática que teve a angústia como sinalizador.

Esse processo analítico propiciou a essas mulheres o contato mais apurado com a sua história de vida e familiar e, posteriormente, a perspectiva de outros desfechos. Ressalto o movimento de Azaleia, que se deu conta de detalhes na sua história de vida e de adoecimento pelo câncer que revelaram semelhanças e proximidades à história de vida de sua mãe e a fizeram considerar também o seu poder de escolha.

Além disso, as características do funcionamento psíquico das pacientes, bem como a repercussão que o câncer teve para cada uma delas, impuseram diferentes exigências à minha condução do tratamento que a elas direcionei. Foi desafiador estar com as pacientes, ofertar um espaço de escuta e servir de ponte, mediante relação transferencial, para a contenção da angústia e construção da vida, a partir de ressignificações do vivido, não só do adoecimento pelo câncer, mas também de situações traumáticas presentes na história de vida delas na busca de elaborações.

O trabalho de análise ocorreu, ora via transferência positiva, ora via transferência negativa, em consonância com as orientações de Freud, que bem salientou que o processo analítico não se dá puramente em uma ou outra via. Destaco a transferência negativa que apareceu com ataques que foram lançados contra o vínculo terapêutico por deslocamento de afetos hostis e odiosos. Foi preciso ser continente e suportar para só assim conduzir as pacientes a fontes primitivas escondidas, por meio de interpretações na transferência, e poder

projetá-las em personagens mais significativos, com o ressuscitar de figuras desaparecidas da infância.

A manifestação da pulsão de morte, que expôs o funcionamento psíquico para além do princípio do prazer, trouxe o cultivar de um sofrimento ou até mesmo a busca por ele por essas pacientes — movimento anunciado pela presença de ações destrutivas e autodestrutivas e que precisaram ser suportadas no vínculo, em transferência.

Com Margarida foi mais difícil lidar com os ataques e projeções que foram lançadas constantemente a mim e ao vínculo e manter uma condição de continência e tolerância no trabalho de construções possíveis, para que assim ficasse livre para que associações pudessem vir e me auxiliar nessa tarefa. Já com Azaleia se tornou mais desafiador manter a mente livre, não me deixar ser tomada pelos sentimentos afetuosos contratransferenciais, mobilizados diante da morte que parecia mais presente, seja pela gravidade do caso ou pelo seu movimento protetivo de se fazer de morta diante da vida.

Percebo que minha mente foi tomada em várias passagens nos atendimentos com Azaleia, assim como na escrita do caso clínico. Isso me impedia de manter a atenção flutuante e entraves aconteceram. Foi preciso redobrar a minha atenção para não sair do *setting* e conseguir acompanhar a paciente no seu movimento narcísico de morte, sem me mortificar, para só então poder ofertar possibilidades de ampliação para o ressurgir da vida.

O uso das metáforas foi um caminho encontrado, bem como dosagens de humor, estando sempre presente a dimensão criativa. Além disso, a dimensão afetiva, enfatizada por Ferenczi, ganhou destaque para a retomada da associação livre, tendo, na análise, espaço para costurar ou alinhavar histórias que foram atravessadas pelo adoecimento e por episódios traumáticos, processo no qual a elaboração, quando possível, aconteceu.

Houve resgate da parte do ego que não foi soterrada pelo trauma, considerando que o psiquismo não se estagnou, sendo, assim, possível continuar no percurso de elaborações para

que a pulsão de vida ganhasse mais espaço com novas possibilidades subjetivas, por meio de uma nova narrativa para falar do que ocorreu ao se apropriarem de representações possíveis, enlaçada à experiência de cada uma delas e pelos efeitos da fantasia — invenções construídas por essas mulheres que permitiram a elas reordenar as marcas herdadas e outras adquiridas no caminhar pela vida, ou ainda suportar aquilo que não encontra representação.

5 OS EFEITOS DO TRAUMA E A TRANSFERÊNCIA

O câncer, ao se apresentar como um acontecimento traumático, causa manifestações perturbadoras na organização psíquica do sujeito, que se depara com o risco real de vida anunciado pela doença e pelo tratamento. A inevitável angústia experimentada pela percepção da fragilidade da existência e da finitude da vida torna árduo falar daquilo que passa pela ordem do insuportável, do que não vai encontrar representação: a ideia da própria morte. Num primeiro momento, essa situação pode se configurar como uma circunstância paralisante ao produzir excesso de energia psíquica pela abundância de estímulos não aguardados e gerados pelo evento que irá transbordar e escapar ao processo de incorporação ao circuito de significações que dá sentido à vida.

Uma avalanche de sentimentos intensos é mobilizada pelo susto e pelo medo intrínsecos ao evento traumático. Dela emerge a ideia de desamparo perante o que não vai ser dominado e se encontra impossibilitado de descarga ou ligação. É um abalo psíquico que exige do sujeito o encontro de alguma saída para conseguir se reposicionar na vida dali em diante, na busca de integração dessa experiência ao seu universo simbólico por meio de algum arranjo. E ele precisará, para isso, de alternativas que lhe mostrem possibilidades de se revelar em sua singularidade e fazer a construção da sua experiência e da sua história, o que pode ser vislumbrado a partir do encontro com alguém disponível a acompanhá-lo nessa jornada.

O processo de análise surge então como um caminho, mas um desafio é posto ao se considerar que a Psicanálise se opera pela palavra e o evento traumático produz escapes no alcance de representações. O fenômeno da transferência, fio condutor do trabalho, parece muitas vezes ameaçado pelo silêncio, pelo não-dito, como observei na minha experiência clínica no cenário hospitalar, que se encontrava imersa no campo da paralisia, do silenciamento propagado pelo evento traumático.

No hospital, o trabalho sofreu efeitos paralisantes que o trauma, manifestado pelo risco real de vida, provocou na dupla analítica, que se viu tomada por essa realidade, do fato em si. A ausência de espaço para a ocorrência da associação livre e do exercício da atenção flutuante por parte do analista constituiu obstáculo para a transferência. Além disso, a técnica pareceu limitada ao processo de recordação e interpretação para o alcance de elaborações.

Entretanto, nesse percurso, outra perspectiva do trauma se abriu ao se enfatizar o seu caráter econômico com o seu efeito *a posteriori* no psiquismo do sujeito. A partir daí, produções puderam ser feitas num processo de elaboração facilitado pela ocorrência de sintomas. Isso possibilitou a retomada de associações, a partir da tentativa de deciframento do trauma — o que pode ter sido uma saída encontrada pelo sujeito. Importa ressaltar que o sentimento de desamparo causado pela situação traumática conduziu ao encontro com outras representações presentes na vida psíquica de cada paciente. Experiências passadas, inclusive de ocorrências traumáticas já vivenciadas em tenra idade, como o encontro com elementos edípianos, propiciou o enredamento do trauma em representações, na abertura de ligações possíveis, elaboração que também passa pelo processo de construção via relação transferencial. Houve possibilidade de viver, nessa relação, mediante atualização do trauma, o que pode ter faltado ou não foi vivido.

Assim, o trauma se ampliou para além da sua provocação desnorteadora e paralisante do funcionamento psíquico ao trazer singulares respostas frente ao evento traumático, como uma potência subjetivadora, como possibilidade de se movimentar, seja na manifestação de uma neurose traumática ou no aparecimento de outra neurose organizada em efeito do trauma, como a histeria. Considero que cada saída tem o seu alcance de elaboração e que, no segundo caso, pode haver maior efetividade no processo de ligação do excesso pulsional produzido pelo evento traumático. Isso pelo fato de a libido, via erotização, funcionar como neutralizador e ainda um importante elemento vital no processo de ligação.

Constatou que é nessa direção, das saídas possíveis, que se instala uma clínica de investigação da mente, via acesso ao sujeito do inconsciente, pela manifestação de sintomas como um enigma a ser decifrado — terreno no qual a Psicanálise se estabelece e habita de maneira efetiva, o que parece responder, em grande parte, aos meus questionamentos levantados quanto a essa ferramenta teórica e técnica na condução dos casos clínicos no período da residência.

Tal constatação tornou discutível considerar a existência de especificidades para uma clínica com pacientes com câncer ou até mesmo uma clínica dita do traumático. A classificação médica do paciente pela doença (portador de câncer, doente oncológico), bem como o trauma em si e as singularidades na condução do trabalho analítico, perdem-se no encontro com o sujeito e sua realidade psíquica, em meio às suas possibilidades. Isso não me faz desconsiderar as exigências que o trauma e seus efeitos no psiquismo provocam na dinâmica e no manejo da transferência.

A dinâmica transferencial, como já salientado por Freud e Ferenczi, é permeada pela intensidade dos afetos frente a atualizações na relação, reedições de fases anteriores. Com o advento do trauma, essa intensidade ganha um reforço pelo excesso pulsional promovido pela situação. Assim, o primeiro desafio é colocado ao analista como catalisador e alvo de projeções. Sentimentos intensos e profundos mobilizados pela situação traumática, da ordem do insuportável pelo paciente, estarão presentes na transferência e precisarão ser suportados pelo analista.

Em minha experiência clínica, foi necessário avaliar a minha capacidade de suportar os movimentos de destrutividade das pacientes que eram lançados na transferência e na forma de autoataques. Foi preciso atentar ao bom funcionamento da função de continência, bem como das manifestações contratransferenciais, estas vindas e mobilizadas no contato com as pacientes e com o fato traumático em si.

Cabe salientar que o acontecimento do trauma, como uma realidade externa, pode estar muito presente, travando outra luta, além das resistências do paciente ao processo de análise. Nesta minha experiência com a Psicanálise, um câncer que remete à condição humana de finitude e se revela com um adoecimento tão temido pelas mulheres — grupo do qual faço parte —, talvez tenha me pressionado ou até mesmo me atraído a sair do campo simbólico da realidade interna das pacientes.

Contudo, entendo que o manejo da transferência precisa contar com a circulação dos afetos, de elementos pulsionais desligados e disruptivos nos quais estão afetos hostis e agressivos. Considero que o trabalho precisa caminhar para o processo de tentativas de ligação e que disso dependerá a construção de novos conteúdos, sendo necessário o acolhimento da pulsão, até então sem lugar, para que ela possa se configurar no campo do dizer, ser colocada em palavra.

Para isso, o trabalho muito depende do processo de investigação e interpretação para que se consiga caminhar para fontes mais primitivas. Não se pode perder de vista a promoção da reflexividade por parte do paciente, o não poupá-lo para que consiga acessar a representação da destrutividade que descarrega contra si mesmo, também tão atual na relação transferencial.

Além disso, o trauma evidencia lacunas no processo de recordar, o que cria entraves no processo de compreensão, na busca, pelo paciente, de construções ou de respostas aos seus questionamentos diante do vivido traumático. Trabalhar essa ausência implica, para o analista, acionar sua criatividade e sua disponibilidade para auxiliar o paciente ao longo do processo de construção. As contribuições clínicas de Ferenczi, como a “técnica ativa” e o “tato psicológico”, são extremamente úteis na medida em que indicam um norte para a valorização ou maior consideração da dimensão afetiva, auxiliando no processo de superação desses obstáculos que impedem o avanço da análise.

Aspecto relevante para reflexão acerca do manejo da transferência é que ela precisa caminhar, apostando na emergência da vida como potência de ligação e movimento de elaborações. Mas, diante do trágico do trauma, ainda é preciso suportar o impossível de ser desfeito. Pelo limite que é imposto ao processo de análise, o trauma vai deixar rastros que não serão apagados e nem mesmo silenciados, permanecendo sem alcance de representações; por isso continuará a pressionar. Mas isso pode ser mais bem sustentado pelo paciente diante do bordejamento feito no processo de análise em torno da abertura provocada pelo trauma, com o trabalho realizado de construções possíveis, pontes para o paciente realizar o atravessamento dessas fendas e ver possibilidades para continuar a transitar na vida.

Por fim, chega-se a uma questão também muito conhecida na prática analítica de qualquer situação clínica: o interminável de uma análise. Durski e Pinheiro (2010) argumentam que haverá sempre algo de “não elaborável”, não sendo útil ou interessante cobrir ou tamponar; paradoxalmente, esse “buraco” é o que permite algum movimento para que a tendência à inércia não triunfe, para que a pulsão de morte não prevaleça.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha intenção com este trabalho foi realizar uma análise sobre a prática clínica do psicanalista junto ao paciente com câncer, valorizando a relação transferencial e promovendo apontamentos quanto a essa dinâmica em relação à ocorrência do trauma, ao adoecimento, bem como aos seus efeitos e às suas repercussões no psiquismo do sujeito. Nessa direção, encontrei, como já havia observado na minha experiência anterior com os atendimentos em hospital, diferentes reações que se manifestaram com as pacientes diante do evento traumático e com a dupla analítica no vínculo terapêutico.

Ao retomar a minha experiência no contexto hospitalar e repensar minha motivação para desenvolver esta pesquisa, percebo que não considerei, em diversos momentos, o meu limite e a prática como psicanalista no cuidado com o paciente ao desejar cessar o seu sofrimento ou mesmo evitar a morte. A princípio, isso impossibilitou o aparecimento do sujeito do inconsciente e, consequentemente, o início do processo de análise. Foi então necessário romper com a ideia inicial de investigar a especificidade da clínica com esses pacientes, nomeados pela medicina como oncológicos, sem, contudo, desconsiderar a presença de desafios e a exigência que essa prática clínica requer: atenção a aspectos da relação transferencial.

Ressalto que a experiência me oportunizou desenvolvimento profissional e afirmação do meu lugar como analista: construção de uma clínica que se abre para a escuta do que o paciente tem a dizer, ao me colocar como presença e palavra em transferência, deixando de fora o que já está determinado por outros discursos, como o discurso médico: o da doença e do corpo por ela afetado.

Pode até soar como truismo, mas importa dizer que o processo de análise iniciado pelas pacientes desta pesquisa é lento, uma construção que demanda longo tempo para ganhar uma forma mais sustentável. Mas posso afirmar que o trabalho analítico realizado foi capaz de promover maior integração dessas pacientes e proporcionou o desenvolvimento psíquico

delas com novas formas de subjetivação frente ao câncer. Justamente por isso se faz necessário que as pacientes sigam no processo de tratamento. Nesse sentido, interessa informar que, ao final do período de atendimento proposto pela pesquisa, às duas pacientes foram encaminhadas para dar continuidade ao trabalho analítico.

Considero relevante acentuar que foi preciso reconhecer e respeitar o limite de cada pessoa envolvida neste estudo. O trabalho terapêutico chegou até onde as pacientes e a analista conseguiram ir. Destaco o limite da minha escuta do sofrimento do outro, que passou também pelas minhas próprias angústias. Nesse aspecto, o meu processo de análise se tornou essencial, bem como as supervisões dos casos e as orientações recebidas. Com a pesquisa, pude fazer a análise do que surgiu na minha relação com as mulheres participantes do estudo. Contudo, não tenho a intenção de esgotar a discussão referente à temática dessa prática psicanalítica, mas sim de abrir caminhos para se pensar possibilidades e contribuir para a criação de espaços rumo ao desenvolvimento dessa temática.

Nesta investigação foi construída apenas uma versão parcial do fenômeno, uma perspectiva selecionada por mim. Entendo que é preciso considerar a complexidade da Psicanálise ao ter como objeto de estudo algo impossível de ser totalmente apreendido. A formalização teórica deste estudo se realizou a partir desse limite, implicando tanto a abertura de questões quanto a escrita como proposta de transmissão (Moura, 2013).

Despeço-me desta pesquisa com considerações feitas por Wilfred Bion em uma entrevista de 1977, que muito já dizia dos meus achados. Ele afirmou ser preciso que não nos deixemos ser levados, no nosso trabalho analítico, pelas denominações que são dadas aos pacientes pela medicina. Frisou que o que vai nos interessar são as pessoas vivas, no considerar de suas mentes, e o que podemos oferecer no encontro com elas. Além disso, a preocupação do analista deve ser a de descobrir como ele pode acertar e no que é bom, e não gastar muito tempo no esforço de descobrir seus erros.

REFERÊNCIAS

Arendt, H. (2010). *Homens em tempos sombrios*. São Paulo: Companhia de Bolso.

Avelar, A. (2011). O traumático e o trabalho psicanalítico: uma reflexão sobre o lugar do analista. *Estudos de Psicanálise*, 36, 29-42.

Barbosa, A. C. A. (2008). A angústia como incidência clínica do irrepresentável da pulsão: desamparo, trauma e repetição. *Reverso*, 30 (56), 41-60.

Benghozi, P. (2010). *Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social*. São Paulo: Votor.

Bento, V. E. S., & Guimarães, R. M. O método do “estudo de caso” em psicanálise. *Psico*, 39(1), 91-99.

Bion, W. (1977). Bion Wilfred en la Tavistock Clinic. Recuperado em 23 fevereiro, 2015, de <https://www.youtube.com/watch?v=MCuYzRZCz9k>

Bokanowski, T. (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 745-757.

Brito, B. P. M., & Basset, V. L. (2008). Amor e saber na experiência analítica. *Mal-estar e Subjetividade*, 8(3), 681-703.

Cardoso, M. R., & Maldonado, G. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicanálise Clínica*, 21(1), 45-57.

Carvalho, M. M. M. J. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia*, 13(1), 151-166.

Coelho, D. M., & Santos, M. V. O. (2012). Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. *Analytica*, 1(1), 90-105.

Creighton, J., Simonton, C., & Simonton, S. (1987). *Com a vida de novo*. São Paulo: Summus.

Deifenthaler, E. C. (2003). Violência e trauma psíquico como situação de risco em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37(2/3), 929-943.

Durski, L. M., & Pinheiro, N. N. B. (2010). Como suportar o insuportável de nossos pacientes? Uma reflexão sobre o manejo clínico do além do princípio do prazer. *Estudos de Psicanálise*, 34, 53-62.

Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 314-320.

Favero, A. B. (2009). *A noção de trauma em psicanálise*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, Brasil.

Ferenczi, S. (2011a). Transferência e introjeção. In S. Ferenczi, *Obras completas: Sándor Ferenczise* (Vol. I, pp. 87-123). São Paulo: Martins Fontes, 2011.

Ferenczi, S. (2011b). Elasticidade da técnica psicanalítica. In S. Ferenczi, *Obras completas: Sándor Ferenczi* (Vol. IV, pp. 29-42). São Paulo: Martins Fontes.

Ferenczi, S. (2011c). Reflexões sobre o trauma. In S. Ferenczi, *Obras completas: Sándor Ferenczi* (Vol. IV, pp. 125-135). São Paulo: Martins Fontes.

Ferrari, C., & Herzberg, V. (1997). *Tenho câncer, e agora? Enfrentando o câncer sem medos e fantasias*. São Paulo: FAZ.

Fleury, A. (2008). A pulsão de morte como criadora: clínica psicanalítica de pacientes com câncer. *Trieb*, 7(1/2), 153-144.

Freud, S. (1996a). A dinâmica da transferência. In J. Salomão (org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 109-119). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996b). Observações sobre o amor transferencial. In J. Salomão (org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 177-190). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996c). Fragmento da análise de um caso de histeria. In J. Salomão (org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 15-108). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996d). Análise terminável e interminável. In J. Salomão (org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 229-266). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996e). Recordar, repetir, elaborar. In J. Salomão (org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 163-171). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996f). Para além do princípio do prazer. In J. Salomão (org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 17-78). Rio de Janeiro: Imago.

Gerson, S. (2009). When the third is dead: memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the holocaust. *International Journal of Psychoanalysis*, 90(6), 1341-1357.

Instituto Nacional do Câncer (2011). Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Joyce (1980). Feminina. Em *Feminina* [LP, vinil]. Brasil: EMI.

Kloczak, L. (2008). Transferência: lugar de impermanência. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 97-106.

Kuperman, D. (2008). *Presença sensível: cuidado e criação na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Marques, S. T. (2006). *Quando a prótese não é a muleta: um estudo psicanalítico sobre a experiência de amputação e reconstrução do corpo*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Mello, G. A .R., Neto (2012). Neurose traumática, neurose de transferência: um relato autobiográfico do holocausto. *Psicologia em estudo*, 17(2), 413-423.

Mezan, R. (1991). A transferência em Freud: apontamentos para um debate. In A. Slavutsky (org.), *Transferências* (pp. 47-77). São Paulo: Escuta.

Moura, S. T. (2013). Sentença ou renovação. In M. D. Moura (org.), *Oncologia: clínica de limites terapêuticos*. (pp. 202-206). Belo Horizonte: Artesã.

Moura, M. T. (2013). Psicanálise e medicina: uma clínica do sempre no limite terapêutico. In M. D. Moura (org.), *Oncologia: clínica de limites terapêuticos?* (pp. 400-206). Belo Horizonte: Artesã.

Nando Reis (2000). Dessa vez. Em *Para quando o arco-íris encontrar o pote de ouro* [CD]. Seattle (USA): Independente.

Palhares, M. C. A. (2008). Transferência e contratransferência: a clínica viva. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 100-111.

Pearlman, L., & Saakvitne, K. (1995). The therapeutic relationship as the context for countertransference and vicarious traumatization. In L. Pearlman, & K. Saakvitne K. *Trauma and the therapist* (pp.15-34). New York: WW Norton.

Peres, R. S. (2008). *Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Pinheiro, T. (1995). *Ferenczi: o grito à palavra*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Pinheiro, N. N. B. (2002). Enlaces transferenciais: reflexões sobre a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. *Psicologia, ciência e profissão*, 22(2), 42-49.

Quinodoz, J. M. (2007). *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artmed.

Quintana, A. M. (1999). Traumatismo e simbolização em pacientes com câncer de mama. *Temas em Psicologia*, 7(2), 107-118.

Robert, P. P., & Kupermann, D. (2012). Dor e resistência na clínica psicanalítica: o manejo das transferências negativas em Freud. *Caderno Psicanálise*, 24(26), 37-49.

Silveira, A. M. B. (2008). Construção com fim, construção sem fim. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(3), 41-53.

Teixeira, L .C. (2006). Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 21-42.

Torres, W. A. (2002). *A criança diante da morte: desafios*. (2^a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Urribari, F. (2012). A clínica contemporânea e o enquadre interno do analista: André Green. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 46(3), 215-225.