Niraldo de Oliveira Santos

Sintoma e satisfação pulsional: estudo psicanalítico em
pacientes com disfunção de pregas vocais mimetizando
asma

**Dissertação apresentada à Disciplina de
Fisiopatologia Experimental da
Faculdade de Medicina da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências**

Área de concentração: Fisiopatologia
Experimental
Orientador: Dra. Julieta Quayle

São Paulo

2005

À minha família, pela torcida e incentivo!
Às pacientes deste estudo,
pelas palavras.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Julieta Quayle, orientadora desta pesquisa, pela credibilidade e disponibilidade dedicadas durante todo o período de trabalho.

À Dra. Mara Cristina S. de Lúcia, pelo apoio e incentivo à pesquisa na Divisão de Psicologia do Instituto Central do HC/FMUSP.

Ao Christian Ingo Lenz Dunker, Fernando S. Teixeira Filho e, novamente, Dra. Mara Cristina S. de Lúcia, membros da Banca de Qualificação desta pesquisa, pelas sugestões e incentivos apresentados.

Ao Prof. Dr. Jorge Kalil Filho, Dr. Pedro Giavina-Bianchi, Dra. Lúcia Helena Pinto, Dr. Fábio Castro (e demais profissionais do Serviço de Imunologia Clínica e Alergia) e aos Membros do NAPA (Núcleo de Assistência e Pesquisa em Asma), pelas discussões vivas acerca da pesquisa em psicanálise.

À Sandra Grostein, Carmen Cervelatti, Rosângela Castro, Eliane Costa Dias (integrantes do Núcleo de Psicanálise e Medicina da Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise – CLIPP), pela presença.

À Jovita Carneiro de Lima, Heloísa Elena Santos e Rosa Maria R. dos Santos, pela atenção e trabalho em conjunto.

Ao André Fonseca, José Wilson R. Braga Júnior, Elza Rodrigues, Ângela Elias, Luna Cavalcante Braga, Daniela Bezerra, Carolina Ferreira e Patrícia Mara de Hugo Silva, que souberam entender as ausências.

À Maria Lívia T. Moretto, Cynthia Farias, Kátia Osternack Pinto, Marlene Inácio, Cláudia Laham, Ana Clara D. Gavião e Celeste Gobbi, pelas contribuições permanentes.

Ao Carlos Eduardo de A. Leite, pela escuta e pelas discussões clínicas.

À Karina Zihlmann, Patrícia Furtado e Sirlei Camargo, pelos momentos de interlocução.

À Maria Gambarotto, Douglas Dias, Márcia Barbosa, Márcia Helenice, Maria Helena Costa e Ruth Sodré, funcionários da Divisão de Psicologia do ICHC, pela torcida.

“Que antes renuncie a isso, portanto, quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. Pois, como poderia fazer de seu ser o eixo de tantas vidas quem nada soubesse da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico”.

(J. Lacan, 1953)

SUMÁRIO

Resumo
Summary

1	INTRODUÇÃO	10
2	O SABER CONSTITUÍDO PELA CIÊNCIA ACERCA DA DISFUNÇÃO DAS PREGAS VOCAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS.....	17
1.	CORPO, SINTOMA E SATISFAÇÃO PULSIONAL.....	27
	3.1 A respiração e a voz como <i>diz</i>-função.....	51
2.	CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA EM PSICANÁLISE E A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO	56
	4.1 O método e a pesquisa em psicanálise	56
	4.2 A construção do caso clínico	69
5	OBJETIVOS	82
6	CASUÍSTICA E MÉTODO	83
	6.1 Sujeitos	83
	6.2 Instrumentos	83
	6.3 Procedimentos.....	84
7	A CLÍNICA PSICANALÍTICA: REPERCUSSÕES E IMPLICAÇÕES	85
	7.1 ‘Estação Clínicas’	88
	7.2 A paixão segundo H.....	96
	7.3 Arquivo vivo, arquivo morto	100
	7.4 Quem tem falta de ar vai a Roma, e não a Buenos Aires.....	103
	7.5 Carta ao pai.....	108

8	DISCUSSÃO	123
9	CONCLUSÃO	136
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

RESUMO

Santos NO. *Sintoma e satisfação pulsional: estudo psicanalítico em pacientes com disfunção de pregas vocais mimetizando asma* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 137p.

A disfunção das pregas vocais (DPV) é caracterizada por movimento paradoxal de fechamento das pregas vocais, ocorrendo de forma episódica e involuntária durante a inspiração, levando à obstrução das vias aéreas. Os pacientes que apresentam DPV costumam não responder ao tratamento indicado para asma, levando ao uso inapropriado de corticóides sistêmicos com efeitos colaterais, freqüentes passagens em setores de emergência, hospitalizações por vezes desnecessárias e, com menos freqüência, intubação e traqueostomia. O objetivo principal deste estudo foi o de investigar a relação desta problemática com a economia psíquica destes pacientes, no que diz respeito à psicogênese e as possibilidades de tratamento por meio do método clínico de investigação e tratamento psicanalíticos. Para isto, foram incluídos 5 pacientes do sexo feminino, com idades entre 30 e 55 anos, que foram acompanhadas em tratamento psicanalítico no ambulatório do Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Instituto Central do HCFMUSP. Constatamos que a DPV aparece de maneira singular na vida de cada paciente investigada, porém com características peculiares que indicam uma localização psíquica capaz de operar como uma satisfação inconsciente frente a um conflito anterior. A princípio, abordar a paciente como se esta não possuísse asma pode levar a uma reação negativa, interpretada por elas como um fingimento ou uma estratégia consciente de obter ganhos primários. A interlocução entre o psicanalista e os demais profissionais da equipe mostra-se de significativa importância.

Descritores: 1.CORDAS VOCAIS/anormalidades 2.DISPNEIA/complicações
3.ASMA/etiologia 4.PSICOLOGIA MÉDICA/métodos 5.PSICANÁLISE/métodos

SUMMARY

Santos NO. *Symptom and pulsional satisfaction: psychoanalytical study in patients with vocal fold dysfunction mimicking asthma*. São Paulo: College of Medicine, University of São Paulo; 2005. 137p.

Vocal fold dysfunction (VFD) is characterized by paradoxical movement of closing of the vocal folds, occurring of irregularly and involuntary form during the inspiration, leading to the blockage of the aerial ways. The patients who present VFD do not answer to the treatment indicated for asthma, leading to the unnecessary use of systemic steroids with collateral effect, frequent visits in emergency sectors, hospitalizations and, sometimes, intubations and tracheotomies. The main objective of this study was to investigate the relation of this problematic and the psychic economy of these patients, in whom it says respect to psychogenic explanation and the possibilities of psychoanalytical treatment. For this, 5 patients of the feminine sex had been enclosed, with ages between 30 and 55 years, that had been followed in psychoanalytical treatment in the clinic of the Service of Clinical Immunologia and Allergy of the Central Institute of the HCFMUSP. We evidence that the VFD appears in singular way in the life of each investigated patient, however with peculiar characteristics that indicate a psychic localization capable to operate as an unconscious satisfaction to a previous conflict. To approach the patient as if this did not possess asthma can lead to a negative reaction, interpreted for them as a deceit or a conscientious strategy to get primary profits. The interlocution between the psychoanalyst and the members of the team reveals of significant importance.

Describers: 1.VOCAL FOLDS/abnormalities 2.DYSPNEA/complications
3.ASTHMA/etiology 4.MEDICAL PSYCHOLOGY/methods
5. PSYCHOANALYSIS/methods

1. INTRODUÇÃO

Como é possível que o desejo do analista co-incida com o desejo de ser mestre? É óbvio que esta co-existência nos leva, inevitavelmente a algumas encruzilhadas e contradições se partirmos do pressuposto de que o analista, para sustentar sua prática, não precisa de um título universitário. O que dizer, então, da prática psicanalítica em uma instituição eminentemente científica, com um propósito claro e explícito de oferecer à comunidade o tripé “assistência, pesquisa e ensino”?

Já neste ponto, podemos estabelecer uma diferença entre o desejo de um analista e o desejo do analista. O desejo de um analista leva a um posicionamento onde implica a entrada da subjetividade deste na relação analítica, culminando com uma intervenção que não teria como existir sem que fosse considerada a noção de contratransferência. Quando insistimos no termo “desejo do analista”, é para enfatizar que o que está em causa é a posição que este ocupa frente ao inconsciente do paciente e, neste sentido, deseja, e não é pouco, que um trabalho analítico aconteça. Para permitir que surja o sujeito do inconsciente daquele que nos dirige a palavra, uma posição de mestria não se faz necessária.

É exatamente por estarmos inserido em um hospital escola que nossa prática passou a interrogar a possibilidade de interlocução entre a psicanálise (com seus usos e efeitos) e a medicina, esta última como uma Ordem claramente estabelecida a partir do conceito de ciência moderna. Vale a pena ressaltar que, apesar da interrogação “é possível a psicanálise no hospital?”, já ter sido enfaticamente discutida e publicada por Moretto (2001), isto não anula a pergunta que cada um, no exercício de uma prática

sempre singular, faz quando se depara com os impasses do legado de Freud em terras médicas.

No momento em que nos deparamos com pacientes que atualizam a descoberta freudiana acerca de um corpo atravessado pelo simbólico e, portanto, marcado por um sofrimento que questiona a eficácia e a credibilidade da medicina, logo pensamos que aí seria uma via possível de re-atualizar também as interlocuções entre a psicanálise e a ciência médica. Certos de que a psicanálise não é sem efeito, empenhamos nossos esforços na tentativa de analisar a função do sintoma relacionado à disfunção das pregas vocais na economia psíquica das pacientes estudadas e avaliar como a medicina e a psicanálise se posicionam frente às queixas relacionadas à disfunção das pregas vocais nestas pacientes. A partir destas perspectivas, fizemos deste estudo uma tarefa de mão dupla: por um lado, o trabalho psicanalítico com estas pacientes em uma instituição hospitalar e, por outro, a intenção de manter o discurso analítico vivo, presente e útil na interlocução com a medicina.

Mas, como pensar a prática e a utilidade da psicanálise, demonstrá-la e discutí-la no meio científico, sem fazermos disso uma armadilha? Em outras palavras: é possível pensar nos efeitos da psicanálise sem deixar que a mesma se transforme em psicoterapia adaptacionista?

Apesar de termos esta advertência em mente desde a idéia inicial, logo fomos confrontados com a idéia central desta investigação: a noção de sintoma, tal como a concebemos em psicanálise, é idêntica à concepção de sintoma para a medicina? Se não o é, e disto temos clareza, o que esperamos do tratamento psicanalítico no hospital? O

que difere no modo como a medicina trata os sintomas que surgem como invólucro de satisfação pulsional?

A partir destes questionamentos, nossa orientação foi a de que tanto a medicina quanto a psicanálise podem se beneficiar de uma interlocução em que o operador da psicanálise não se omita diante dos impasses clínicos, incertezas e desvios. Assim, pensamos fazer disto o ponto central deste trabalho, pois pensamos ser exatamente isto o que pode ser transmitido no meio acadêmico, sem fazer desta transmissão mera formalidade.

Ao iniciarmos os atendimentos das pacientes inseridas nesta pesquisa, foi possível observar uma seqüência de “erros” em relação às posições ocupadas. A princípio, um lugar de mestria, na medida em que acabávamos deslizando para um lugar que tentava explicar o dinamismo e economia psíquica para as analisandas, como se o saber tivesse alguma equivalência com a verdade do inconsciente. Deslize este que acabou por se mostrar ineficaz, obviamente. Não se tratava de falta de informação, mas de repetição, de satisfação, de substituição sintomática, e isto não se explica: trata-se. Em seguida, acabamos por enveredar numa tentativa higienista de fazer com que as pacientes, queixosas sim e sempre, abandonassem à força seus sofrimentos. Como não ver aí uma estratégia semelhante à cirúrgica de extirpar um mal e, de forma brutal, apagar aquilo de que o sujeito mais ama – seu sintoma? Estes dois lugares são diametralmente opostos ao lugar em que o analista deve operar. Intervir a partir daí é não perceber que o sintoma, exatamente por ser caro e sofrível para o sujeito, não pode ser arrancado sem conseqüências.

Uma das principais lições freudianas acerca do ganho secundário com o sintoma nos diz que não é possível retirar o sofrimento da economia psíquica do paciente sem que com isto um outro sintoma ocupe o lugar vazio – em lugar dele, surge o amor de transferência. Mas, para que este cálculo possa fazer avançar a análise, ao invés de inviabilizá-la, é necessário que o analista não se ofereça como objeto (de desejo), já que isto faria do par analista-analisante um par amoroso, mas sim que seja possível ao analista deixar este lugar vazio, para que possa surgir algo além da demanda: o desejo. O desejo como sendo provocado por um objeto causa e não um objeto de desejo.

Como podemos dizer que, em determinado momento, na condução do tratamento, incorremos numa seqüência de “erros” se, do ponto de vista da medicina, curar não é um equívoco? Mais uma vez, aproveitamos esta ocasião para enfatizar a diferença na concepção de cura e direção do tratamento entre a medicina e a psicanálise. Para a medicina, o sintoma aparece como o que não serve para nada, a não ser para retirar o paciente do seu bem-estar. Nesta perspectiva, o operador da psicanálise (principalmente quando opera em uma instituição de saúde) muitas vezes é tomado como objeto do discurso médico e considera a demanda terapêutica como base para o tratamento psicanalítico, desprezando a noção de sintoma na clínica das neuroses.

Segundo Melman (1996, p. 478), “a sorte de Freud foi ter começado pelo sintoma e, portanto, do que vai mal. (...) Também por felicidade, esse sintoma era, como sabemos, histérico. Ora, o que se dá a ouvir na histeria senão o sujeito quando ele está em pane ou incapaz de expressão?” Ainda de acordo com Melman, quer Freud tenha querido ou não, ele se viu diante do enigma moderno por excelência, o que concerne aos limites do poder da fala e, portanto, da captação de si mesmo e do objeto. Neste caso, os

limites da fala expressos pela via sintomática podem ser *contingentes*, ou seja, historicamente, culturalmente determinados, ou mesmo ligados a um sexo; ou serão *necessários* e, neste caso, teríamos que nos perguntar de que necessidades resultariam.

“Nesta perspectiva, a cura em psicanálise parece assim resultar fatalmente do sintoma – se ela necessita da renúncia ao objeto de eleição. A doença, em contrapartida, parece ligada à tentativa de evitar tal limitação, aquela que o mito edipiano vai fazer chamar de “castração” uma vez que o acesso ao exercício sexual passa por uma renúncia ao desejo originário” (Melman, 1996, p. 478).

A construção teórica que desenvolvemos nos capítulos seguintes tem a finalidade de apresentar ao leitor alguns conceitos acerca da problemática da Disfunção das Pregas Vocais, num capítulo que aborda tanto os fatores clínicos como comentários psicanalíticos a respeito do tema.

Introduzimos os conceitos psicanalíticos, mais especificamente, a partir do terceiro capítulo, lugar onde incluímos a noção de corpo erógeno em sua diferença radical com o corpo biológico. Ainda nesta vertente, levamos o leitor a se deparar com as manifestações sintomáticas que incluem o corporal, discutindo também a singularidade do sintoma na teoria psicanalítica.

Como nossa intenção com este estudo foi também discutir a maneira particular de se fazer pesquisa em psicanálise, incluímos um capítulo para abordar diretamente as principais dificuldades comumente encontradas no tratamento e na investigação do psiquismo no meio acadêmico ou institucional. Discorreremos a respeito da construção dos casos clínicos e partimos do pressuposto de que é na construção destes casos que algo do particular da clínica psicanalítica pode ser transmitido.

Com este breve percurso, ao apresentarmos o material clínico no capítulo correspondente aos resultados “A clínica psicanalítica: repercussões e implicações” (Cap. 7), esperamos já ter fornecido ao leitor as ferramentas suficientes para nos acompanhar na discussão dos principais aspectos observados no atendimento das pacientes estudadas e nas interconsultas com os membros da equipe.

Nomear este estudo não foi uma tarefa das mais simples. Dizer apenas que se trata de um estudo psicanalítico com pacientes que apresentam disfunção das pregas vocais não dava, à primeira vista, a dimensão incluída neste contexto, uma vez que, uma dos maiores problemas observados nestes casos diz respeito à sua complexidade diagnóstica, principalmente no que se refere aos problemas decorrentes da sua semelhança com a asma.

Ao dizermos que estas pacientes mimetizam asma não é o mesmo que dizer que ocorre uma simulação, muito menos se trata de uma estratégia consciente. Neste sentido, a palavra “mimetismo” parece ter uma aceção bastante adequada. Vejamos:

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (versão eletrônica – 03/01/05), mimetismo quer dizer: 1) Ecologia – adaptação qual um organismo possui características que o confundem com um indivíduo de outra espécie; 2) Sentido figurado – processo pelo qual um ser se ajusta a uma nova situação; adequação.

Em suas locuções, “mimetismo” também se refere a um mecanismo de proteção pelo qual uma espécie inócua é morfologicamente semelhante a uma espécie de sabor desagradável, desestimulando os predadores.

Já no dicionário Aurélio (1988, p. 433), “mimetismo” é descrito como: 1) Fenômeno que consiste em tomarem diversos animais a cor e a configuração dos objetos

em cujo meio vivem, ou de outros animais de grupos diferentes. Ocorre no camaleão, em borboletas, etc. 2) Mudança consoante o meio; adaptação.

De uma maneira geral, acreditamos ser oportuno utilizarmos, no título deste estudo, a expressão “(...) pacientes com disfunção de pregas vocais mimetizando asma”, uma vez que as histórias clínicas aqui descritas partem de situações em que as pacientes referem fatos ou eventos de vida que “convocaram” ora uma adaptação, ora uma fuga, mas em todos os casos, diferente da acepção ecológica na qual os animais agem de forma instintiva, encontramos sujeitos capazes de falar de sua relação simbólica com este mimetismo – que tanto acarreta satisfação pulsional como expõe estas pacientes à via mortífera do gozo.

2. O SABER CONSTITUÍDO PELA CIÊNCIA ACERCA DA DISFUNÇÃO DAS PREGAS VOCAIS EM PACIENTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Desenvolver uma pesquisa envolvendo a subjetividade de pacientes inseridos em uma instituição de saúde exige do pesquisador uma constante interlocução entre vários saberes, levando a incursões nem sempre fáceis, mas sempre com a possibilidade de promover discussões profícuas que devem ter como meta a produção de novos discursos.

Por isso, para que possamos avançar na idéia central deste estudo, faz-se necessário convidar o leitor para uma exposição do que a literatura científica produziu acerca do fato clínico nomeado de Disfunção das Pregas Vocais (DPV).

Diante de nós, analistas – aqueles que não possuem o arsenal tecnológico capaz de investigar o funcionamento interno do organismo, o que nos chega é um sofrimento exposto ou implícito freqüente no discurso destes pacientes, envolvendo o corpo, a respiração e a fala. Alguns dizem: “tenho asma, por isto sofro”; outros comentam: “tinha asma, mas agora dizem que o problema é nas cordas vocais¹”. De toda forma, o que se evidencia é um sofrimento que passa, ora pelos sintomas respiratórios, ora pelo envoltório de desconhecimento acerca de um sofrimento que não se aplaca com um nome, seja ele qual for.

Tentaremos descrever a seguir as vias por onde o saber médico tenta construir e acumular conhecimentos em torno da problemática da DPV, para em seguida passarmos

¹ O termo “cordas vocais” é mais freqüentemente utilizado pelas pacientes do que “pregas vocais”, que tem uma acepção mais técnica.

do conhecimento constituído para um saber construído – desta vez pelas próprias pacientes, acerca da disfunção das pregas vocais.

Há, aqui, uma diferença fundamental entre o saber constituído, a episteme, e o saber construído no dispositivo analítico. Esta segunda via é a condição de uma análise. Quando um saber constituído é apresentado na tentativa de nomear um sofrimento psíquico, este geralmente convida o paciente a identificar-se à construção pré-fabricada, que culmina em uma alienação induzida – termo que voltaremos a discutir no decorrer deste estudo.

A disfunção das pregas vocais é caracterizada por movimento paradoxal de adução (fechamento) das pregas vocais, ocorrendo de forma episódica e involuntária durante a inspiração, levando à obstrução das vias aéreas. Foi primeiramente descrita em 1974 e foi chamada de Estridor de Munchausen. A partir deste momento, vários outros nomes foram utilizados, incluindo *asma factícia*, *chiado laríngeo emocional* e *discinesia laríngea episódica* (Dabbagh et al, 2001). Diagnosticar esta disfunção como asma leva a um uso inapropriado de corticóides sistêmicos com efeitos colaterais, freqüentes passagens em setores de emergência, hospitalização e, com menos freqüência, intubação e traqueostomia.

A DPV causa obstrução funcional das vias aéreas, chiado, disfonia e tosse. Ocasionalmente, os pacientes com DPV podem apresentar também disfagia e excessiva tensão músculo-esquelética (Rogers, 1980; Barnes et al. 1986). De acordo com

Baharainwala; Simon (2001), a demonstraco laringoscpica² dos movimentos paradoxais de adução das pregas vocais durante um ataque agudo  o aspecto mais importante para o correto diagnóstico de DPV.

Na primeira descrição extensiva deste transtorno, Christopher et al. (1983) apresentaram cinco casos de pacientes que eram inicialmente diagnosticados como possuindo uma asma de difícil controle. Desde então, diversos profissionais da área médica passaram a descrever a DPV como algo que mimetiza a asma.

Christopher et al. (1983) foram os primeiros a delinear claramente o que outros pesquisadores haviam descrito como um estridor factício ou laringeal. A adução patológica das pregas vocais pode ser associada com um amplo espectro de sintomas, variando de uma leve adução na expiração em um paciente com doença reativa das vias aéreas até uma extrema adução inspiratória em um indivíduo sem nenhuma doença pulmonar.

A disfunção das pregas vocais deve ser considerada em pacientes que repetidamente apresentam um desencadeamento rápido e dramático da obstrução das vias aéreas e que não respondem ao tratamento para a doença. Estes pacientes podem ficar extremamente agitados e incapazes de falar durante os episódios.

Um subgrupo de indivíduos com DPV têm sido descritos como tendo uma doença aérea reativa como uma condição comórbida – ou seja, possuem asma e DPV associadas, fazendo o diagnóstico ficar ainda mais intrigante nestes pacientes. A radiografia do tórax não mostra pulmões hiperinflados e a gasometria pode ou não

² No Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do ICHC/FMUSP, setor onde desenvolvemos nossas atividades, o diagnóstico de DPV  feito utilizando-se o exame nomeado “nasofibrosopia”, onde 

revelar hipocopia e oxigenação adequada, apesar da aparente obstrução das vias aéreas. Uma avaliação do retorno do fluxo aéreo realizado durante a crise sugere mais freqüentemente uma obstrução extra-torácica, o que é nomeado como “espirometria com achatamento da alça inspiratória da curva fluxo-volume demonstrando a obstrução extratorácica”.

A DPV tem sido observada, predominantemente, em mulheres com idade entre 20 e 40 anos, apesar de alguns casos serem descritos na infância e na adolescência. De acordo com Collett et al. (1983), a distribuição entre os sexos fica em uma média de 6 mulheres para 1 homem.

Do ponto de vista etiológico, várias são as tentativas dos pesquisadores em apresentar uma hipótese sustentável, o que acaba por gerar uma série de imprecisões que culminam com o termo “etiologia desconhecida”.

Na descrição inicial da DPV, Christopher et al. (1983) acreditavam que esta disfunção representava uma forma de transtorno de conversão. Como em outros transtornos desse tipo, a escolha do sintoma na DPV provavelmente teria alguma relevância particular para o paciente.

Para Freedman et al. (1991), estes pacientes podem ter sido testemunhas de um evento respiratório traumático, podem ter algum familiar asmático ou a DPV pode assumir um significado simbólico, como acontece em pacientes que foram abusados sexualmente e foram forçados a praticar sexo oral.

Gallivan et al (1996) sugerem uma evidência neurológica na base da DPV; por outro lado, Barnes et al (1986) relatam que não existe descrição na literatura capaz de confirmar a hipótese de uma causa neurológica para o fenômeno.

Diversos estudos clínicos descrevem a presença de sintomas do refluxo gastro-esofágico como colaboradores no aparecimento da disfunção.

A associação da DPV com fatores psíquicos é, sem dúvida, a hipótese etiológica mais freqüente na literatura. Loughlin; Koufman (1996) nomeiam a DPV como uma “reação psicológica conversiva”. Neste sentido, os autores utilizam o termo *conversão* como sinônimo de *somatização*. Para eles, as reações de conversão (ou somatização) podem produzir vários sinais, incluindo prejuízos perceptuais, motores, sensoriais e lingüísticos.

A diferença entre os conceitos de somatização e conversão pode ser estabelecida na obra freudiana no que diz respeito, basicamente, a duas vertentes: econômica e dinâmica. Para Freud, somatização refere-se à soma de excitação psíquica que se prende ao corpo (fator quantitativo, econômico), enquanto que, na conversão, há um processo de desligamento da libido de sua representação recalcada – a libido é dissociada da representação mental e é convertida no corpo (vertente dinâmica do psiquismo). É por este motivo que consideramos de extrema importância diferenciar estes termos para, em seguida, facilitar a evidência destes fenômenos na clínica.

Para Corren; Newman (1992), o movimento laríngeo anormal “serviu ou continua a ser útil à estratégia de fazer o paciente evitar o confronto com uma emoção ou evento vital desprazeroso e clamar por atenção e simpatia” (p. 241).

Dabbagh et al. (2001) também consideram a DPV de natureza psicogênica, fazendo questão de deixar claro que não se trata de um ato voluntário e associam a conversão à *depressão* ou a um *transtorno de somatização*. Esta idéia é também partilhada por Newman et al (1995), que sugerem se tratar de um transtorno conversivo inconsciente que pode ser precipitado por muitos dos fatores que também desencadeiam a asma, como exercício físico, ar frio e inalantes.

Craig et al. (1992) documentaram e publicaram uma série de casos envolvendo pacientes com DPV associada ao estresse durante a Guerra do Golfo, e em atletas de elite “cujos ataques eram provocados pelo estresse da competição” (p.40).

Anbar; Hehir (2000) utilizaram a hipnose para demonstrar a psicogênese da DPV em um paciente com 9 anos. Segundo os autores, esta foi a primeira descrição na literatura médica do uso da sugestão hipnótica para a elaboração de um diagnóstico de DPV. A utilidade potencial da sugestão hipnótica neste caso se deu a partir da intensa relação da DPV com os transtornos de ansiedade e outros fatores psicológicos. Apesar disso, os autores alegam que o uso da hipnose para o amplo diagnóstico da DPV tem suas limitações, devido ao fato de que nem todos os pacientes respondem à sugestão hipnótica.

Estes estudos apontam que o tratamento para a DPV deve ser multidisciplinar, incluindo a educação do paciente, fonoterapia e acompanhamento psicológico, culminando com a diminuição do uso de corticóides no tratamento.

Quando o paciente que é tratado como tendo asma há um tempo considerável e recebe a notícia de que seu sofrimento decorre de uma outra condição - a “emocional”, o que se observa é que este comunicado provoca uma reação de agressividade e uma

desqualificação do saber médico: “se eu não tenho asma, como é que eu me trato com corticóides há mais de 10 anos?” Além disso, a indicação para a redução do uso de corticóides não é facilmente aceita, sob a alegação de que a diminuição ou a retirada desta medicação contribuiria com um agravamento considerável do quadro clínico (Santos, 2002).

Muitas das co-morbidades desta condição estão relacionadas a complicações iatrogênicas. Os pacientes são freqüentemente tratados para uma suposta asma por anos antes do correto diagnóstico ser efetuado e podem sofrer as consequências psicológicas e emocionais da asma não controlada, incluindo várias hospitalizações e efeitos colaterais dos esteróides. Os pacientes chegam ao setor de emergência com uma crise respiratória aguda que pode levar à intubação e admissão em unidades de terapia intensiva com administração desnecessária de medicamentos potencialmente perigosos. Em alguns casos, pacientes com DPV, nestas ocasiões, são traqueostomizados.

Segundo Place et al (2000), o tratamento é amplo e variado. Para estes autores, até mesmo quando o diagnóstico de DPV é aventado, os pacientes costumam recusar a intervenção psiquiátrica ou simplesmente não se mostram disponíveis para a avaliação, recebendo cuidados em vários setores de emergência.

Newman et al (1995) enfatizam os altos custos com o tratamento dos pacientes que apresentam a DPV não diagnosticada. Segundo eles, nestes casos, estes pacientes têm uma média de 9.7 visitas a Unidades de Emergência e 5.9 admissões hospitalares, várias delas requerendo passagens em UTIs, no ano que precede ao correto diagnóstico. Para Wolfe; Meth (1999), o correto diagnóstico não apenas melhora a qualidade de vida do paciente, como também diminui dramaticamente os custos médicos com a eliminação

de medicamentos caros e prevenindo futuras visitas a Unidades de Emergência e hospitalizações.

Apesar dos aspectos psíquicos envolvidos na DPV serem descritos pelos estudiosos, a abordagem dada à subjetividade e o tratamento destes sintomas divergem consideravelmente.

Dabbagh et al (2001) publicaram um caso de uma paciente de 26 anos de idade onde é possível observar a recorrência dos sintomas e as estratégias científicas para lidar com a situação. A paciente descrita passou por uma série de investigações clínicas, foi tratada, a princípio, para o estado de mal asmático com intubação, beta 2 agonista, corticóide sistêmico e ventilação mecânica. Foi intubada e extubada várias vezes. Durante uma crise, foi realizada a laringoscopia e observada a adução das pregas vocais durante a inspiração. Após avaliações feitas por um psiquiatra, um fonoaudiólogo e um otorrinolaringologista, foi administrado ansiolítico. Algumas horas depois, os autores descrevem que a paciente apresentou vários episódios de crise respiratória grave sem resposta às doses adicionais de ansiolítico e inalação com hélio. A partir deste ponto, a equipe resolve administrar 2mg de haloperidol intravenoso, obtendo assim a “resolução” da falta de ar. A paciente recebeu alta hospitalar com haloperidol oral prescrito.

Apesar do relato do caso ter sido descrito com uma certa ênfase nos procedimentos médicos adotados, fica explícito também a concorrência de fatores psíquicos para o agravamento do caso. Porém, em nenhum momento os autores deixaram claro o fato de a paciente ter sido escutada ou não em sua subjetividade. Não aparecem dados referentes à história de vida da paciente, ou de como ela mesma via suas crises.

Os autores concluem dizendo que o caso constata o dito popular “nem toda esta falta de ar é asma”. Referem, ainda, que a etiologia da DPV é desconhecida apesar de relacionada a um “transtorno de conversão”:

O tratamento pode ser extremamente difícil e inclui fonoaudiólogos, psiquiatras e terapia comportamental. De acordo com o nosso conhecimento, o haloperidol nunca tinha sido usado para casos agudos de disfunção de pregas vocais. O haloperidol intravenoso fornece um tratamento adicional no manejo agudo da DPV. Nós descrevemos este caso para que o haloperidol seja considerado como uma das opções terapêuticas em casos agudos graves (Dabbagh et al, 2001, p. 352s).

A descrição da abordagem da paciente tratada pelos autores nos oferece uma via de interlocução importante, se fizermos disto um caminho para discutir a ideologia exposta neste artigo e não a conduta médica em si. Considerar o haloperidol intravenoso como uma indicação terapêutica é visar o apagamento da subjetividade com uma medicação que tem por finalidade promover uma lentificação, uma diminuição das funções mentais. Ora, se sabemos que, na odontologia, administrar anestésicos não é igual a tratar a cárie dentária, a administração do haloperidol nos casos de DPV não corresponde à remissão dos sintomas e sim a um adormecimento momentâneo. Assim, aqui a remissão só poderá ser considerado um critério de alta com a condição de que a reincidência dos sintomas provavelmente ocorrerá.

Dworkin et. al (2000) também descrevem a maneira como a medicina pode intervir nos casos de tensão muscular ocasionando disfonia. Os autores descreveram 3 casos nos quais o tratamento fonoterápico não havia surtido efeito e que, com o uso de lidocaína injetável, foi possível observar mudanças significativas no padrão de voz. Para

os autores, esta técnica anestésica temporária permitiu ajudar a quebrar o ciclo de contrações musculares na glote e na supraglote evidenciados nos pacientes durante os esforços para a fonação. Os autores, com isto, discutem a interferência de mecanismos de ação sensório-motores presentes nesta técnica e abrem espaço para a discussão acerca dos fatores conversivos sensoriais nos casos que envolvem a respiração e a voz.

A maneira como a respiração e a voz podem ser tomadas como suporte para manifestações de um sofrimento psíquico é objeto de considerações no capítulo que segue.

3. CORPO, SINTOMA E SATISFAÇÃO PULSIONAL

Para a Psicanálise, o corpo institui-se como algo diferente da estrutura de funcionamento do organismo. Por mais complexo que se tenha tornado para a ciência médica, ele tem sido reduzido a uma máquina composta de circuitos hormonais, imunológicos, neuronais e genéticos. Partindo dessa posição, até poderíamos seguir um ponto de vista equivocado de considerar o corpo como a essência primária da vida humana.

Porém, com a teoria psicanalítica, é possível constatar que o corpo não se confunde com a estrutura primária do organismo. Em quê o corpo é radicalmente diferente do organismo? Essa diferença advém da relação inaugural e constitutiva que as palavras têm para com ele. Isso não significa apenas que as palavras o afetam, mas, que ele se faz pela própria ação estruturante das palavras e de suas redes simbólicas. Assim, afirmar que o corpo é secundário implica assumir que sua existência está precisamente condicionada pela incorporação da estrutura da linguagem.

Podemos observar esta noção de que o corpo é secundário no texto lacaniano sobre o estágio do espelho (1949), onde Lacan enfatiza a antecipação do psicológico sobre o fisiológico. Para ele, a criança se reconhece no espelho não porque os mecanismos de percepção ou o sistema neurológico permitem que ela possa saber sobre o seu corpo; Lacan enfatiza que este reconhecimento do corpo próprio só é possível porque há esta antecipação (do psicológico sobre o fisiológico) que constituirá o Eu como unidade corporal, a princípio com o auxílio dos recursos do imaginário, e em seguida, com o simbólico.

É nesse sentido que se afirma que o sujeito não nasce com um corpo – o sujeito precede-o. Ao dizermos, a partir da teoria psicanalítica, de uma precedência do simbólico ao organismo, referimo-nos a um momento em que a criança é falada antes mesmo do nascimento. Além disso, na criança, a libido é canalizada para certas zonas, chamadas erógenas, a partir das demandas de seus pais, pela via da socialização e do controle dos esfínteres.

Em função disso, o corpo é subordinado à demanda do Outro, à linguagem, e suas diferentes partes tomam determinado sentido. O corpo é, então, desenhado, escrito por significantes, que são impressos para sempre e a carne, o que nos une à natureza, morre, surgindo em seu lugar a linguagem, que vivifica o corpo e, daí em diante, tanto a anatomia quanto a fisiologia vão ficar à mercê do Outro, na rede simbólica.

O trabalho do analista no hospital não pode, em nenhuma circunstância, deixar-se equivocar pela insistente tentativa do saber técnico-científico em extirpar do corpo sua marca simbólica. É por esta via que acreditamos ser necessário discorrer sobre o lugar que este corpo ocupa hoje na cultura científica. Constatamos que esta discussão não poderia prosseguir sem que passássemos, obrigatoriamente, pela teoria freudiana das pulsões, motivo de nossa explanação posterior.

Antes, apresentaremos algumas formulações psicanalíticas acerca da repetição em relação com o princípio de prazer/desprazer. Acreditamos que esta abordagem fornecerá um terreno para que possamos discutir a maneira como o sujeito neurótico, em nosso estudo, as pacientes com disfunção das pregas vocais, se utiliza, repetidamente, do circuito pulsional para a obtenção de satisfação.

Para iniciarmos, faremos uma breve consideração sobre a palavra *trieb*. O termo *trieb* foi traduzido da versão inglesa na Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas de Freud, pela Jorge Zahar editora, como instinto; porém, o termo não se apresenta como sendo muito adequado, de acordo com o que é apresentado por uma série de estudiosos na tradução dos conceitos freudianos (Hanns et al, 2004). O termo *trieb* tem origem na botânica e é traduzido literalmente como “aquilo que brota”; sua segunda definição é *wunsch* (desejo). O termo *instinkt* surge na obra freudiana de forma absolutamente escassa, em contraposição com o termo *trieb*. Seguindo este raciocínio, utilizaremos neste trabalho o termo pulsão (e não instinto), como correspondente ao termo *trieb*.

Freud (1915b) definiu a pulsão como um conceito limite entre o somático e o psíquico, uma força constante que tem origem no interior do organismo, que tem uma finalidade, um objeto e uma fonte. Esta finalidade seria a satisfação e o objeto o meio pelo qual a satisfação pode realizar-se. A fonte da pulsão pode ser entendida como:

(...) um processo somático em um órgão ou parte do corpo, cujo estímulo na vida anímica se encontra representado pela pulsão. Ignoramos se esse processo é regularmente de natureza química ou se pode também corresponder ao desencadeamento de outras forças, por exemplo, mecânicas. O estudo das fontes pulsionais não pertence mais à psicologia. Mesmo que o fato de ter sua origem em uma fonte somática seja simplesmente decisivo para a pulsão, esta não é conhecida por nós na vida anímica senão por suas finalidades. O conhecimento mais exato das fontes pulsionais não é rigorosamente necessário para os fins da pesquisa psicanalítica (Freud, 1915c, p.168).

O texto freudiano “Além do princípio do prazer” (1920) apresenta grandes contribuições à clínica psicanalítica, uma vez que nele, Freud nos apresenta conceitos importantíssimos, sendo o principal deles, inaugurado neste escrito, a “pulsão de morte”.

Freud havia apresentado anteriormente a hipótese de que o aparelho mental se esforça por manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível ou, pelo menos, por mantê-la constante. Ou seja, qualquer coisa que seja calculada para aumentar essa quantidade está destinada a ser sentida como adversa ao funcionamento do aparelho – é sentida como desagradável. O princípio de prazer, portanto, decorre do princípio de constância.

Se o aparelho psíquico se esforça, a todo tempo, para a obtenção do prazer – mantendo constante a excitação, Freud se depara com um fato curioso: nos casos descritos como “neurose de guerra”, estes sujeitos neuróticos repetiam uma experiência dolorosa, pela via do sonho. Freud toma este fato como uma questão e desenvolve no decorrer de sua obra. Porém, antes de tecermos considerações sobre esta ordem de “repetição”, veremos o que ele escreve sobre a observação de uma outra repetição, esta ocorrendo em uma criança. É o que ficou conhecido como o “jogo do carretel”: o *fort – da*.

De acordo com Freud (1920), foi mais que uma simples observação passageira, porque ele viveu sob o mesmo teto que a criança e seus pais durante algumas semanas, e foi algum tempo antes de ele ter descoberto o significado da enigmática atividade que a criança constantemente repetia.

Nos momentos em que a mãe da criança se afastava, o menino observado por Freud tinha o hábito de apanhar quaisquer objetos que pudesse agarrar e atira-los longe

para um canto, sem protestar a ausência da mãe. Enquanto procedia assim, emitia um longo “o-o-ó”, pronúncia aproximada do termo *fort* (longe, (foi) embora), acompanhado por expressão de interesse e satisfação. O menino tinha um carretel de madeira com um pedaço de cordão amarrado em volta dele... O que ele fazia era segurar o carretel pelo cordão e arremessa-lo por sobre a borda de sua cama acortinada, de maneira que ele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo em que o menino proferia seu expressivo “o-o-ó”. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e saudava o seu reaparecimento com um alegre *da* (ali). Essa, então, era a brincadeira completa: desaparecimento e retorno.

A interpretação do jogo tornou-se óbvia: a renúncia pulsional que efetuara ao deixar a mãe ir embora sem protestar compensava-se encenando, ele próprio, o desaparecimento e a volta dos objetos que se encontravam a seu alcance.

No início, a criança achava-se numa situação passiva, era dominada pela experiência. Repetindo-a, porém, por mais desagradável que fosse, como jogo, assumia papel ativo. Esses esforços podem ser atribuídos a uma *pulsão de dominação* que atuava independentemente de a lembrança ser em si mesma agradável ou não.

Apesar da importância desta constatação, Freud (1920) observa não avançar aí no que vai além do princípio do prazer, já que a criança só foi capaz de repetir sua experiência desagradável porque a repetição trazia consigo a produção de prazer. Este fato, segundo ele, não fornece provas do funcionamento de tendências além do princípio do prazer.

Continua em questão, para Freud, em que consiste a compulsão à repetição, observada na clínica. Para ele, a compulsão à repetição também rememora do passado

experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos que desde então foram reprimidos. Repetição de um sofrimento, de onde vem?, questiona Freud. Segundo ele, a impressão que alguns sujeitos fornecem é de serem perseguidos por um destino maligno ou serem possuídos por algum “poder demoníaco”; a psicanálise, porém, sempre foi de opinião de que o destino é, na maior parte, arranjado pela própria pessoa e determinado por influências infantis primitivas.

Uma compulsão à repetição que se sobressai ao princípio do prazer. A que função corresponde, sob que condições pode surgir e qual é sua relação com o princípio do prazer?

Voltemos, então, à questão da neurose traumática. Por que os sonhos angustiantes dos que experienciaram, de alguma forma, o período de guerra se repetem? Para Freud (1920), estes sonhos esforçam-se por dominar retrospectivamente o estímulo, desenvolvendo a ansiedade cuja omissão constituiu a causa da neurose traumática.

O predicado de ser “pulsional” se relaciona com a compulsão à repetição. Para melhor expor suas idéias, Freud utilizou conceitos da biologia: para ele, a repetição seria uma expressão da natureza conservadora da substância viva. Ou seja, todas as pulsões tendem à restauração de um estado anterior das coisas. Assim, a entidade viva elementar, desde seu início, não teria desejo de mudar; se as condições permanecessem as mesmas, o sujeito não faria mais do que constantemente repetir o mesmo curso de vida.

Acabamos por identificar, no texto freudiano, o inevitável em todos os viventes: se tomarmos como verdade o fato de que tudo o que vive, morre por razões internas e é

levado a se tornar mais uma vez inorgânico, seremos então compelidos a dizer, com Freud, que “o objetivo de toda vida é a morte”, e, voltando a olhar para trás, que as coisas inanimadas existiram antes das vivas.

Porém, para Freud (1920) certo grupo de pulsões se precipita como que para atingir o objetivo final da vida tão rapidamente quanto possível, mas quando determinada etapa no avanço foi alcançada, o outro grupo atira-se para trás até um certo ponto, a fim de efetuar nova saída e prolongar assim a jornada. Devemos enfatizar aqui o momento onde Freud contrapõe as *pulsões sexuais* (com uma pressão no sentido da vida) e as *pulsões do ego* (pressão no sentido da morte).

É então no início do capítulo VI de “Além do princípio de prazer” (1920), que Freud inaugura o termo *pulsões de morte*, associando-o à compulsão à repetição. Para ele, as pulsões do ego se originam da animação da matéria inanimada e procuram restaurar o estado inanimado – em contraposição às pulsões sexuais.

Ao fazer uma analogia à teoria biológica de Weismann, Freud (1920, p. 63) nos diz:

Weismann, encarando morfológicamente a substância viva, enxerga nela uma parte que está destinada a morrer – o soma, o corpo separado da substância relacionada com o sexo e a herança -, e uma parte imortal – o plasma germinal, que se relaciona com a sobrevivência da espécie, com a reprodução (...). Nós, por outro lado, lidando não com a substância viva, mas com as forças que nela operam, fomos levados a distinguir duas espécies de pulsões: aquelas que procuram conduzir o que é vivo à morte, e as outras, as pulsões sexuais, que estão perpetuamente tentando e conseguindo uma renovação da vida.

Freud continua, agora operando uma distinção:

Nossas concepções, desde o início, foram dualistas e são hoje ainda mais definidamente dualistas do que antes, agora que descrevemos a oposição como se dando, não entre pulsões do ego e pulsões sexuais, mas entre *pulsões de vida* e *pulsões de morte*. (Freud, 1920, p.71).

Ao identificar, precisamente, uma oposição entre as pulsões de vida e pulsões de morte, Freud abre caminhos para seus seguidores abordarem o que insiste em se repetir no sujeito e que não tem, necessariamente, uma relação direta com o prazer. É neste ponto que podemos dizer que o que está além do princípio do prazer é o gozo, que é característico da espécie humana e que faz com que um série de sintomas apareçam, aparentemente desvinculado de sentido, distante do necessário (no sentido da sobrevivência, do instintivo). Aqui, como em todo este trabalho, o termo “gozo”, não se restringe ao sentido freqüentemente observado no senso comum – colado ao prazer. Quando dizemos gozo, queremos enfatizar esta maneira particular de relação com o corpo que inclui, sim, uma quantum de prazer, mas que, pela via da repetição, também é o que pode levar à finitude, ao engessamento do desejo e à alienação.

É partindo desta concepção que prosseguimos na descrição da relação do sujeito desejante com o seu corpo e a relação disto com o saber produzido pela ciência. Vale a pena ressaltar que esta relação não se faz sem que haja a produção de sintomas, muitos deles artefatos produzidos exatamente para suportar o mal-estar imposto pela civilização. Sobre isto, Fernandes (2003, p. 14) escreve:

Não se pode deixar de observar que os progressos tecnológicos da medicina e da genética vêm reformulando de maneira acelerada a relação do sujeito com o próprio corpo, tanto no que

diz respeito às questões do adoecer quanto às questões ligadas ao envelhecimento.

Há uma nova “roupagem”, novos sintomas, para os velhos sofrimentos humanos. Por isto, a psicanálise, na qualidade de ouvinte do sofrimento humano, deve estar atenta a estas mudanças e adequar-se às novas necessidades.

Como observa Miller (1998a), há que se reconhecer os sintomas da moda que a partir dos meios de comunicação e conseqüente inserção da cultura na “engrenagem da moda”, tornaram-se globalizados, passíveis de crítica, mas sem dúvida muito divulgados. Como exemplo destes sintomas temos: a depressão, o estresse, a anorexia e bulimia entre outros.

Ainda sobre os sintomas, há uma concordância entre os autores (Fernandes, 2003; Miller, 1998a), no que diz respeito ao fato de que a imagem do mal-estar na atualidade renova as imagens evocadas na clínica psicanalítica.

O problema é que a cultura mesma propõe sintomas, *ready made* sintomas. São sintomas de supermercado, de grande divulgação, do tipo ‘não é necessário criar sintomas próprios, sai caro, pensem bem’, bem diferente do sintoma analisado e decifrado por Freud (Miller, 1998a, p.17).

Segundo Fernandes (2003), o que se observa atualmente é uma ênfase na exterioridade, com predomínio das doenças da ação e do corporal. De acordo com a autora, as problemáticas internas vêm migrando progressivamente para o corpo: a ênfase na corporalidade parece sugerir que a plataforma dos conflitos migra para o exterior do

sujeito. O culto à imagem encontra no terror do envelhecimento e da morte o negativo que lhe justifica e a condição de possibilidade de sua existência.

Chegamos então a uma questão: como o corpo é abordável pela psicanálise? Para responder a esta pergunta, devemos nos remeter ao início da elaboração teórica da psicanálise e atermo-nos às críticas feitas à mesma, no que diz respeito à postura frente ao corpo. Iniciemos com uma citação:

Apesar de todo nosso esforço para não deixar os termos e os pontos de vista biológicos chegarem a dominar o trabalho psicanalítico, não podemos deixar de utilizá-los para a descrição dos fenômenos estudados por nós. Não podemos deixar de considerar a pulsão como conceito limite entre a concepção psicológica e a concepção biológica. (...) eu me consideraria satisfeito se essas poucas observações chamassem a atenção para a importante mediação edificada pela psicanálise entre a biologia e a psicologia (Freud, 1913, p.204).

O que se observa hoje é uma diversidade de corpos. Ao falarmos sobre o corpo, devemos considerá-lo passível de diversos olhares, seja, biológico, filosófico, histórico, estético, religioso, social, antropológico e psicanalítico. É justamente este corpo, já tão discutido pelas mais diversas áreas do saber, que será alvo e possibilidade de interlocução da psicanálise com as demais disciplinas que têm interesse pelo mesmo.

Muitas terapias nos anos 60, foram bastante difundidas e aceitas, em grande parte pela crítica que faziam à psicanálise, afirmando que esta deixava o corpo alheio ao trabalho analítico. No entanto, devemos notar que toda a teoria psicanalítica surgiu a partir do corpo. Lembramos que foi a partir da histeria, do sonho e da pulsão ao ego corporal que se desenvolveu o discurso freudiano. É justamente através do recalçamento

de conflitos inconscientes que se formam os sintomas corporais na histeria. Há, então, uma “abordagem psicanalítica do corpo”, ou seja, diferenciada do corpo biológico, na medida em que este é compreendido como lugar de inscrição do psíquico e do somático.

Podemos decidir considerar a erogeneidade uma propriedade geral de todos os órgãos, o que nos autoriza a falar do aumento ou da diminuição desta em uma determinada parte do corpo. A cada uma dessas modificações da erogeneidade dos órgãos do corpo poderia corresponder uma modificação paralela do investimento de libido no ego (Freud, 1914, p.90).

Segundo Miller (1998b), para Freud, a clivagem³ se dá nas pulsões. Por um lado fundamenta o amor, requisito dos ensinamentos da Igreja, ao nível das pulsões do eu, as quais se dirigem ao ser humano propriamente dito. Por outro, destaca as pulsões de outra ordem, oral, anal, escópica, sadomasoquista, voltadas para os objetos pulsionais. Ainda de acordo com a posição de Miller (1998b), foi este o fator que levou os analistas, fora do Campo Freudiano, a pensarem, desde muito tempo até nossos dias, na evolução do desenvolvimento do ser humano.

Para Miller (1998b), Lacan, no Seminário 11 (1964), nos apresenta uma correção, apresentando a tese de que as pulsões do eu não são verdadeiras pulsões. Miller traduz esta correção da seguinte maneira:

Quando nos referimos às pulsões excluímos as pulsões do eu, porque pulsões propriamente ditas são as parciais. Não se trata

³ O termo *Spaltung* (clivagem) em Freud refere-se, primeiramente, à separação, clivagem da consciência, na histeria. Freud utiliza este termo sempre que precisa separar por completo, no aparelho psíquico, registros diferentes em seu funcionamento como o sistema inconsciente e o sistema pré-consciente. Já a clivagem do eu designa duas atitudes opostas mantidas pelo eu, sem que estas entrem em conflito e, portanto, sem efeito sintomático (Le Gaufey, 1996).

somente de correção de vocabulário; para-além se abre todo o campo no qual trabalhamos ao excluirmos as pulsões do eu (p. 23).

Ainda segundo Miller (1998b), Lacan segue Freud ao dizer que o amor é fundamentalmente narcisista, porém sustenta que sendo assim, não se encontra nele a sexualidade propriamente dita e nem o grande Outro, visto que “a clivagem amor/sexualidade intervém através das pulsões parciais. O amor do lado imaginário e fora da sexualidade, que é feita de pulsões parciais” (p.24).

Como dissemos anteriormente, o corpo sob uma abordagem psicanalítica não se confunde então com o corpo da abordagem médica, assim como o sintoma, como veremos a seguir:

As muitas dores, os problemas funcionais do sono e da vida sexual, as mudanças de humor e, sobretudo, a angústia, bem como tudo que constitui uma reivindicação permanente e loquaz, não justificável medicamente, são recebidos, em geral, com boa vontade por um médico que, em silêncio consigo mesmo, não tem muita certeza do que pode fazer com isso. Não é raro que, precisamente no momento em que algo dessa ordem lhe escapa, ele solicite a ajuda do psicanalista (Fernandes, 2003, p.26).

Frente à histeria, o médico pode sentir-se impotente, já que este corpo que não está “verdadeiramente” doente o impossibilita de traçar medidas objetivas de intervenção, que poderiam aliviá-lo (o corpo), mesmo no caso do diagnóstico de uma doença “incurável”.

Cabe-nos, então, uma reflexão sobre a postura do psicanalista frente a seu paciente. Não se trata, evidentemente, de um ser “exclusivamente psíquico”. Quanto a

isto, percebemos que não há nem mesmo um consenso entre os psicanalistas no que tange à forma de lidar com um paciente que traz uma demanda de análise alicerçada na doença orgânica. Fernandes (2003) tece algumas considerações, na clínica contemporânea, quanto a existir uma diversidade de queixas que remetem diretamente ao corpo, além das doenças, chamadas “psicossomáticas”. “Não podemos deixar de constatar que implicar o corpo nas respostas dadas aos conflitos internos é um fato bastante banal naquilo que poderíamos denominar a *psicopatologia do corpo na vida cotidiana*” (Fernandes, 2003, p.17).

A prática dentro de uma instituição médica é enriquecida pelas possibilidades de contato com “sujeitos doentes”, corpos adoecidos que suscitam questões relativas à relação entre o psíquico e o somático.

Podemos levar em conta a proposta de compreender o corpo da teoria freudiana como palco para as relações entre o psíquico e o somático, sendo ainda personagem integrante desta trama.

Há ainda que se considerar as diferenças entre o paciente somático e o histérico. Podemos pensar que a doença somática remete a um sofrimento corpóreo baseado em algo que está doente no “próprio corpo”, enquanto que na histeria, estes sintomas corporais são gerados através do recalçamento.

Segundo Freud:

Na histeria, é uma excitação psíquica que se serve de uma via inadequada que leva a reações somáticas. Na neurose de angústia, ao contrário, é uma tensão física que não consegue se descarregar psiquicamente e que permanece, por isso, no

domínio físico. Os dois processos muitas vezes aparecem combinados (Freud, 1894 a, p.85).

Freud fez uma distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, sendo que na origem das neuroses atuais, ele localizava conflitos da vida sexual atual, enquanto as psiconeuroses originavam-se de acontecimentos importantes da vida passada. Todavia, em ambas há sintomas decorrentes da libido, através de satisfações substitutivas.

Respondendo às críticas iniciais feitas à psicanálise, por se propor compreender fenômenos neuróticos a partir de teorias psicológicas (que naquela época eram julgadas impotentes para lidar com uma doença), Freud (1916-17), afirma que:

Ao produzir esse argumento, entretanto, esquecia-se facilmente que a função sexual não é nem puramente psíquica nem puramente somática. Ela exerce sua influência ao mesmo tempo sobre a vida psíquica e sobre a vida corporal. Se reconhecemos nos sintomas das psiconeuroses as manifestações psíquicas dos distúrbios sexuais, não nos surpreenderá encontrar nas neuroses atuais seus efeitos somáticos diretos (p.365).

O fenômeno da conversão histerica diferencia-se da somatização. Sobre isto, poderíamos dizer que, com relação à conversão, a somatização psicossomática segue vias muito mais fisiológicas. Podemos supor que, no processo de somatização da psicossomática, a anatomia e a fisiologia são vistas de maneiras “objetivas”.

Há na conversão o modelo do corpo da representação e na somatização um modelo do corpo de transbordamento, onde podemos considerar o sintoma corporal como uma descarga, uma vez que na somatização o corpo não está, necessariamente,

vinculado a um sistema significante - o que favorece a possibilidade de se pensar em uma lógica do transbordamento:

Ora, se falamos de um corpo da representação e de um corpo de transbordamento, não podemos deixar de nos interrogar, a partir daí, sobre as condições de possibilidade de uma abordagem psicanalítica do corpo. A partir desse ponto, não poderemos mais negligenciar a questão do que é o somático para a psicanálise e, conseqüentemente, a incidência desta interlocução sobre o que esta última entende por psíquico (Fernandes, 2003, 42-3).

De acordo com a teoria freudiana (1913), a exposição da atividade psíquica inconsciente deve obrigar a filosofia a tomar partido e, no caso de um assentimento, a modificar suas hipóteses sobre a relação do psíquico com o somático, até que elas venham a se adequar ao novo conhecimento (Freud, 1913). Na histeria, o sintoma sob a forma de conversão histérica pode ser relacionado às imagens visuais do sonho, como um corpo que narra o que mostra.

Vicens (1998) lembra que, do mesmo modo que Freud inicia pelo sonho infantil o processo para encontrar a significação dos sonhos, ele parte da neurose traumática para chegar ao estado da significação dos sintomas:

É que nela se pode ler de maneira quase imediata a referência real ao sintoma, sua *Bedeutung*, que se reproduziria literalmente ao pé da letra no sentido mesmo do sintoma. Na neurose traumática o sentido e a significação do sintoma quase se confundem. O problema surge na hora de situar as condições e a natureza conceitual do que a clínica nos apresenta como traumático. É traumático, em princípio, o que, por causa de um excesso de estímulo, deixa uma impressão no aparelho anímico; porém fica por definir em relação a que é excessivo este estímulo (Vicens, 1998, p. 37).

Freud (1900) diz que faltava introduzir em nossa doutrina os fatos sobre os quais se apóia a teoria corrente do estímulo somático. Para ele, deveríamos dar já um primeiro passo nesse sentido quando enfatiza que o trabalho do sonho era obrigado a elaborar todas as excitações simultâneas e colocá-las em uma unidade. Assim, o sonho aparece como uma reação a tudo que existe simultaneamente e atualmente na “alma adormecida”.

Para Vicens (1998), tal como um sonho é um compromisso entre um sistema de representações inconscientes (uma fantasia) e o que permite a censura, a libido vê-se obrigada a regressar a suas fantasias inconscientes, pactuando-se com essa mesma censura. Para o autor, como consequência, a deformação do desejo libidinal é que se satisfaz com o sintoma.

Quanto às publicações recentes na área da neurofisiologia, Fernandes afirma que é surpreendente observar nelas uma recusa a reconhecer o sonho como um fenômeno ao mesmo tempo somático e psíquico, mantendo somente, de toda a contribuição de Freud, a feliz insistência em chamar a atenção para o sonho como *guardião do sono*. (Fernandes, 2003).

Não se trata de negar a participação das impressões somáticas na formação do sonho, mas sim de que estas não podem ser consideradas como causa única dos sonhos, ou seja, o sonho origina-se de uma elaboração interpretativa do somático, a partir de reações orgânicas que poderiam perturbar o sono. A este respeito, Freud (1900) nos diz que: “(...) se ao corpo é recusada qualquer importância enquanto fonte causal do

distúrbio psíquico, ele possui, porém, um papel capital enquanto lugar ou cena da manifestação desse distúrbio” (p.273).

Desta forma, o sentido dos sintomas pertence à mesma ordem que demonstram as formações do inconsciente, os sonhos e os atos falhos, que têm a mesma relação com as experiências de realidade do paciente. Trata-se de um acúmulo de materiais conjugados em uma formação que possui uma certa coerência e que pode se apresentar como tal à consciência.

Cabe, agora, discorrermos sobre as diferenças entre a concepção do “sintoma em psicanálise” e do “sintoma em medicina”. Na clínica médica há um discurso médico, que irá inserir o sofrimento do paciente, investigando, diagnosticando e tratando no sentido de eliminar este sintoma/demanda, que foi o motivo da consulta. Na análise ocorre o contrário, ou seja: é a sustentação da demanda que favorece o trabalho analítico, na medida em que é o elemento através do qual torna-se possível o acesso ao material inconsciente, facilitando o estabelecimento de uma construção entre a história de vida do paciente e sua história atual.

No que diz respeito à relação entre o corpo e a psicanálise, há uma diferença significativa entre a primeira tópica (inconsciente, consciente e pré-consciente) e a segunda:

Na primeira tópica, é o recalque da libido que produz um sintoma enquanto retorno do recalcado, mais ou menos travestido e disfarçado, filtrado pelo inconsciente. (...) o sintoma não tem uma estrutura muito diferente das metáforas do sonho. Ele é essencialmente sobredeterminado enquanto compromisso entre a pulsão e o recalque (...). Com a segunda tópica, o ponto de vista econômico prevalece sobre o ponto de vista conflituoso

ou dinâmico. Enquanto o sintoma resultava de um conflito da pulsão com o eu, agora trata-se de dar conta de um conflito interno ao eu ou dos efeitos sintomáticos de um eu dividido entre várias instâncias, ou ainda das satisfações narcísicas que o sujeito encontra no seu sintoma (Cottet, 1998, p.47-8).

Podemos inferir que tudo se passa como se a palavra do analista devesse incentivar o paciente a desenvolver seu poder imaginativo de tal forma que o acontecimento que toca o corpo não fique privado de possibilidades metafóricas. Portanto, se é do âmbito da análise acolher a doença somática ao nomeá-la, também seria sua tarefa permitir que um sistema simbólico se estabelecesse em torno de todo acontecimento que afeta o corpo.

O importante é que, segundo Vicens (1998), na fantasia, núcleo da interpretação do sintoma, o sujeito se organiza segundo cenários regulares. Desta maneira, a forma que pode adquirir para ele aquilo que não tem um contorno definido: a realidade do sexo. Isto, de um lado, causaria a interpretação que é o sintoma mesmo; de outro, permitiria a interpretação no tratamento.

Vicens (1998) aponta para uma característica da pulsão, que é procurar seu objeto através de uma realidade submetida a uma transformação causada pelo sintoma e, neste sentido, o faz segundo as matrizes fixas de sua referência. Outra questão é o tipo de realidade com a qual trata o sintoma. Segundo o autor, em primeiro lugar, é importante partir da diferenciação entre a histeria e a neurose obsessiva. Para ele, na primeira aparece claramente a realidade posta a serviço do gozo sintomático – trata-se de partes do corpo, ou de sistemas de laços sociais; na segunda, pode se tratar somente da realidade do mental.

Ao considerar o sintoma entre o princípio da inércia e o da constância, Basz (1998) salienta a dupla função estabilizadora da pulsão, que consiste em estabilizar o sentido frente ao não sentido e o gozo frente ao excesso ou déficit de satisfação. Assim, o eu deve ir do eu-prazer ao eu-realidade, ao tempo que as pulsões sexuais também devem experimentar as mudanças que as levam desde o auto-erotismo inicial, até o amor de objeto. Ele prossegue dizendo que é em função deste duplo movimento que o sintoma encontra seu lugar, a partir de Freud, nas inibições do desenvolvimento de algumas das fases destes processos. Para Basz (1998), é impossível uma metaforização completa, sem resto. O sintoma, nesta vertente, seria a suplência deste fracasso estrutural.

Para Freud (1915a), uma pulsão não pode nunca se tornar objeto da consciência; para ele, isso poderia ocorrer apenas com a sua representação. Desta maneira, se a pulsão não se ligasse a uma representação ou não viesse a aparecer sob a forma de um estado de afeto, nós não poderíamos saber nada sobre ela.

Cottet (1998) salienta que os sintomas são sempre criados para retirar o eu de uma situação de perigo. No entanto, segundo ele, não é mais a libido recalcada que vai determinar o sintoma. O segundo eixo da nova tópica, em torno do qual gira a natureza do sintoma, seria a teoria da angústia como sinal do perigo.

Ainda de acordo com Cottet (1998), Freud coloca o acento sobre a castração. Ele reafirma que a relação ao Outro primordial é fundamentalmente perdida, assim como a pulsão é insatisfeita por natureza.

Freud (1920, p. 71) dizia que tratamos as excitações que vêm de nosso interior “como se elas não atuassem do interior, mas do exterior, podendo assim utilizar contra

elas o meio de defesa das pára-excitações. Tal é a origem da projeção, que tem um papel tão importante no determinismo dos processos patológicos”.

Na teoria freudiana, o outro está relacionado a toda dor, seja somática ou psíquica, e isto é o que caracteriza a abordagem psicanalítica do corpo e, mais especificamente, da dor.

De acordo com Freud (1926), o fator biológico é o estado de vulnerabilidade e de dependência prolongado por um longo tempo, no caso da criança humana. Desta forma, a existência intra-uterina do homem aparece, diante da maioria dos animais, relativamente abreviada; a criança humana é trazida ao mundo mais inacabada que a maioria dos outros animais. Para ele, a influência do mundo exterior real é reforçada, a diferenciação entre o ego e o id é precocemente favorecida, os perigos do mundo exterior são realçados em sua significação, e o valor do objeto, o único capaz de proteger contra os perigos e substituir a vida intra-uterina perdida, aumenta enormemente. Esse fator biológico instaura, portanto e de acordo com Freud, as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que não mais abandonará o ser humano.

É importante salientar, que na teoria freudiana, no que concerne à economia masoquista, há todo um cuidado em deixar claro que o sujeito não contrai uma doença orgânica por causa do masoquismo, mas sim que uma vez manifestada a doença orgânica, esta passa a ser utilizada pelo sujeito para equilibrar sua economia de sofrimento. Ou seja, há uma valorização das conseqüências do acontecimento traumático, no caso a manifestação somática, sobre a economia psíquica do sujeito. A este respeito, discutiremos no capítulo a seguir, a relação entre o contingente e o necessário na economia psíquica e no tratamento psicanalítico.

Ainda no que diz respeito à etiologia das doenças orgânicas em sua relação com o psíquico, Fernandes (2003, p. 102-3) nos diz:

É prudente não esquecer que a etiologia das doenças orgânicas permanece, em princípio, como competência das disciplinas médicas, cabendo a uma abordagem psicanalítica do corpo tudo aquilo que o toca na palavra. Isto é, todas as formas de viver o corpo e colocá-lo em palavras, mesmo que essa palavra não seja pronunciada com facilidade, mesmo que ela seja mais ‘atuada’ que ‘falada’, mesmo que seja muda, ela não se faz menos presente.

A oferta da escuta que o psicanalista faz na instituição hospitalar é calcada na aposta de que o sofrimento físico não é dissociado da subjetivação do paciente, uma vez que nenhuma doença se instala em um sujeito sem que traga repercussões.

Para continuar nossa explanação acerca das manifestações sintomáticas de um sujeito e de sua relação com o tratamento psicanalítico, faremos uso, a partir deste momento, de um conceito desenvolvido por Miller (2000) nomeado de “Teoria do parceiro”.

De entrada, Miller (2000) inclui o analista como um parceiro possível frente ao sofrimento subjetivo. Para ele, observa-se com frequência que se recorre ao “parceiro-analista” quando algo não vai bem com o “parceiro na vida”. De acordo com o autor, o sujeito queixa-se do parceiro vital ao parceiro-analista de várias maneiras.

Às vezes, o parceiro essencial é o corpo, conta-nos o autor, exatamente aquele que se tem inscrito no inconsciente. Isto é o que encontramos tanto na histeria de conversão como na clínica psicossomática. “Desta forma, em psicanálise, o parceiro é

uma instância com a qual o sujeito está ligado de forma essencial, uma instância que lhe causa problemas e que eventualmente é enigmática” (Miller, 2000, p. 161).

De acordo com a leitura que Lacan fez da teoria freudiana, influenciado principalmente pelo texto de 1914, “Sobre o narcisismo: uma introdução”, o primeiro parceiro inventado por ele (Lacan), foi o parceiro-imagem ou, mais precisamente, o parceiro narcísico. Assim, no texto lacaniano de 1949 sobre o “Estádio do espelho”, Lacan narra que o parceiro essencial do sujeito é a sua imagem, em decorrência de sua incompletude orgânica de nascimento, nomeada de prematuração.

Como decorrência dos estudos acerca do parceiro-imagem, continua Miller (2000), Lacan inventou um parceiro abstrato e essencial, cujo nome apropriado se chama “parceiro simbólico”. O terceiro parceiro da série é, então, o parceiro-sintoma.

Miller, ao discorrer acerca da palavra “parceiro”, nos diz:

O parceiro é tanto o sócio com quem dançamos quanto aquele ao lado do qual exercemos uma profissão, ou partilhamos uma disciplina ou um esporte. É também aquele com quem conversamos ou transamos. Com o parceiro, somos parte interessada ‘em uma partida’ (p. 163).

Ainda de acordo com este autor, o sujeito do inconsciente está essencialmente engajado em uma partida, ou seja, o sujeito do inconsciente é impensável sem um parceiro. A partir desta perspectiva, trata-se de saber como compreender o que a partida de psicanálise pode ter de essencial para um sujeito. Como decorrência lógica, podemos pensar que, se uma partida inconsciente é jogada para o sujeito, é porque ele é fundamentalmente incompleto.

Devido a esta incompletude estrutural, a cada vez que o sujeito estabelece uma relação, esta é sempre pela via do sintoma. “Não há relação suscetível de ser estabelecida entre dois indivíduos da espécie que não passe pela via do sintoma”. (Miller, 2000, p. 172). Assim, quando um paciente se queixa ao analista de seu parceiro, em algum momento será necessário a este sujeito se deparar com o fato de que esta escolha não se deu por acaso.

Para ele, o sexo não é exitoso em tornar os seres humanos parceiros. Segundo ele, apenas o sintoma é bem-sucedido quanto a isso. “O verdadeiro fundamento do casal é o sintoma” (Miller, 2000, p. 189). Ao questionar o que torna parceiros os sujeitos, o autor responde dizendo que, em primeiro lugar, eles se tornam parceiros pela fala; o que, na teoria freudiana seria dizer que os sujeitos se tornam parceiros pela identificação. Por outro lado, podemos acrescentar que os sujeitos podem se tornar parceiros pelo desejo – o que seria o mesmo que dizer que o sujeito pode fazer um “bom uso do sintoma”.

A “Teoria do parceiro”, apresentada por Miller (2000), é, para nós, uma maneira de pensarmos o que é possível fazer com o sintoma e com os circuitos pulsionais na direção do tratamento. Quando dizemos isto, não queremos apontar um caminho que leve ao final de análise no tratamento psicanalítico em uma instituição; porém, acreditamos ser de extrema importância discutirmos o que fazer em cada caso que atendemos, em cada “partida” que jogamos.

Se não é o final de análise, ou seja, a fantasia fundamental de um sujeito concebida como um véu a levantar, rasgar ou atravessar para atingir o que está além do sintoma, que direção, que “fim” podemos dar aos casos por nós atendidos no hospital?

Miller (2000), nos apresenta uma direção:

Essa perspectiva não abre para uma travessia, porém, mais modestamente para o que o próprio Lacan chama, na última parte de seu ensino, de ‘saber haver-se aí (*savoir y faire*) com o seu sintoma’. Não é se curar. Não é deixa-lo para trás. Ao contrário, é estar enroscado e saber haver-se aí (p. 199).

Desta forma, o que é diferenciado pelo autor nesta via de tratamento é que o saber haver-se aí remete ao que o sujeito é capaz, de acordo com o caso, na ordem imaginária. Para ele, se sabemos trabalhar nossa imagem, a questão seria de saber haver-se aí com o sintoma tendo o mesmo cuidado dispensado à imagem. “A perspectiva é aquela de um bom uso do sintoma, e isto é muito diferente da travessia da fantasia” (Miller, 2000, p. 199).

Ele também diferencia o “saber fazer” (*savoir faire*) do “saber haver-se aí”. Para ele, o saber fazer é uma técnica. Há saber fazer quando conhecemos aquilo de que se trata, quando temos experiência. O saber fazer é uma técnica para a qual há lugar quando se conhece a coisa de que se trata e pode-se definir as regras reproduzíveis. Como não ver aqui a descrição, quase que literal, da noção clássica da ciência?

O saber haver-se aí ocorre quando a coisa em questão escapa, quando conserva sempre algo de imprevisível. Tudo o que se pode fazer é lisonjeá-la, permanecendo atendo. No *savoir-faire*, a coisa é domesticada, submissa, enquanto no saber haver-se aí, permanece selvagem, indomável (Miller, 2000, p. 205).

Enquanto no saber fazer, a coisa pode ser domesticada com um conceito, com uma teoria, com o acúmulo de conhecimento, no saber haver-se aí, a coisa permanece de fora de toda captura conceitual possível.

É com esta direção que apresentamos ao leitor a diferença essencial entre saber e verdade em psicanálise. Esta última, estando do lado do saber haver-se aí:

O saber haver-se aí não é um saber, no sentido de um saber articulado. É um conhecer, no sentido de saber se virar com. É uma noção que, em seu sentido ambíguo e aproximado, parece essencial (...): saber se virar com (Miller, 2000, p. 205).

Fica-nos o desafio de verificar se, em nossa prática clínica institucional, é possível levar nossos pacientes a este encontro com o “saber se virar com” o corpo em sua dimensão com o desejo.

3.1 A respiração e a voz como *diz-função*

Se a pulsão é um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, se ela tem sua fonte no corpo e seu objeto no registro psíquico, podemos falar dela “do ponto de vista do corpo” como podemos fazê-lo “do ponto de vista psíquico”.

A partir desta concepção, iremos discorrer um pouco mais especificamente acerca da voz como objeto de investimento pulsional.

De acordo com Assoun (1999), desde a introdução do sujeito do inconsciente, Freud desconstruiu o “teatro” charcotiano para instaurar o dispositivo de *escuta* – em que a própria voz do paciente é o centro de gravidade. Para Assoun (1999), não é mais questão de olhar o paciente “nos olhos”:

Dá-se a voz também para rir ou chorar, para tossir e espirrar: é preciso a voz para gemer e para suspirar (entre prazer e sofrimento). No soluço mesmo, é um espasmo vocal que se faz ouvir. Mas é bem no falar que a voz encontra – para além da raspagem da garganta! – sua vocação própria. A análise é o meio – radical – de se ouvir dizer. (Assoun, 1999, p. 12-3).

Na história da psicanálise, casos de conversão histérica envolvendo o aparelho fonador não são recentes. Em seus “Estudos sobre a histeria” (1895), Freud já descrevia um caso cujo sintoma de sensação de sufocamento e constrição na garganta dificultavam a uma jovem cantora, Rosalie H., o exercício de sua profissão.

Durante a análise hipnótica desta paciente, surgiram informações que levaram Freud a identificar como “causa do seu mal”, os conflitos que Rosalie enfrentou, “(...) embora isso requeresse grande esforço para reprimir o ódio e o desprezo que sentia pelo tio”. (Freud, 1895, p. 169).

Inicialmente a sensação de arranhar e apertar a garganta, bem como a perda da voz, surgiam nas ocasiões em que necessitava reprimir uma resposta e/ou não reagir frente a um insulto. Posteriormente houve uma ligação entre o canto e a parestesia histérica, favorecida pelas sensações orgânicas provocadas pelo canto. Essa ligação, segundo Freud (1895), resistiu inclusive à tentativa utilizada por Rosalie de abandonar a casa do tio para afastar-se da família. Ou seja, mesmo com a eliminação objetiva da “causa”, as impressões traumáticas persistiram.

No “Caso Dora” (1905), Freud retoma este tema. Dora apresentou quadros repetidos com acessos de tosse acompanhados de perda de voz. Esta afasia estava ligada,

como o tratamento analítico de Dora fazia supor, à presença ou ausência do homem que dizia amar (Sr. K.). Nos períodos de afasia a escrita ficava particularmente facilitada para Dora, como se fossem valorizadas as funções que possibilitassem a comunicação com seu amado, que se encontrava em outra cidade e recebia as cartas escritas por ela.

Aparentemente não há entre os dois casos maiores “coincidências”, a não ser pela forma de apresentação dos sintomas. No entanto, isto por si só já é bastante peculiar, visto que sugerem tratar de causalidade diversa.

Enquanto Rosalie “não falava” para não agredir, Dora renunciava à fala por não poder falar ao amado. No entanto, em ambos os casos, há um “não dito”, algo a ser expressado. Conflitos intimamente ligados à expressão de um desejo.

A afasia, enquanto sintoma histérico, tem origem psíquica e somática, retomando aqui o conceito de pulsão. Para Freud, este sintoma não pode ocorrer sem a presença de uma certa “complacência somática” fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado.

Por complacência somática, Freud nos diz de um sintoma que é produzido envolvendo alguma parte do corpo, no que esta tem de investimento pulsional. O que estaria na base do sintoma seria algo do orgânico que facilitaria a expressão do sintoma. É esta complacência somática que, ao dar curso corporal aos processos psíquicos, possibilita os sintomas histéricos, diferenciando-os das demais psiconeuroses.

A busca, ou o “apelo ao outro faltoso”, que é traduzida na interrupção da função vocal, traz para a clínica a noção de uma pulsão parcial.

Para Assoun (1999), fica claro que, quando a laringe, como órgão fonador, “*diz-funciona*” é como órgão erótico que ela *super-funciona*.

O objeto “voz”, continua Assoun (1999), deixa-se também descrever primeiramente como realidade material para, em seguida, situar-se como objeto propriamente pulsional.

Primeiramente, sem a laringe não teríamos voz e, mais precisamente, sem as pregas vocais, alojadas no “centro” da laringe: “nada de voz, nada de evento fonador sem esta colocação em jogo da laringe, que servia de início para respirar, no-lo dizem os exploradores da filogênese, antes de se fazer porta-voz”. (Assoun, 1999, p. 37).

Não existiria fenômeno acústico sem um elemento *gerador* (o ar), um órgão *transformador* (a laringe) e um *ressoador* (o “tubo adicional” faríngeo) – e, enfim, uma impulsão sonora:

A voz paga, portanto, seu tributo às leis da *acústica*, como movimento vibratório que se propaga num meio “etéreo” elástico, que é o ar, para vir atingir o tímpano. Mas, por detrás desse fenômeno sonoro, há a *prosódia*, ou seja, a entonação e o “acento” que traem um corpo assujeitado e um ser falante: inscrevendo seus efeitos num outro corpo e num outro ser, que disto se faz “ouvinte” (“bom” ou “mau”...). (Assoun, 1999, p. 38).

Com esta explanação, pretendemos convidar o leitor para uma aproximação da maneira particular com que a respiração e a voz aparecem nos casos por nós descritos. Se nossas pacientes são tratadas pela equipe médica em virtude de problemas relacionados à falta de ar, faz-se necessário enfatizar a estreita relação entre o ar e a voz, principalmente nos casos de disfunção das pregas vocais.

O capítulo que segue aborda as particularidades do tratamento e da pesquisa em psicanálise, com ênfase na interlocução com as disciplinas da área da saúde.

4. CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA EM PSICANÁLISE E A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO

Neste capítulo pretendemos convidar o leitor para uma interlocução acerca da viabilidade de produzir um saber a partir do método psicanalítico e a maneira de transmiti-lo em nosso meio. É nosso intuito discutir a apresentação do caso clínico e a maneira singular de fazer pesquisa em psicanálise, não como um dado estabelecido, mas como um problema que insiste em se fazer presente: como transmitir o particular de cada caso, o que não pode ser replicado, contribuindo não só com a prática clínica inserida em Escolas de Psicanálise - com suas linguagens particularizadas, como também com meio acadêmico e à equipe que assiste ao paciente na instituição.

4.1 O método e a pesquisa em psicanálise

Laplanche; Pontalis (1998) definem a psicanálise como sendo a disciplina fundada por Freud e que pode ser apresentada em três níveis:

A) Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito. Segundo os autores, o método psicanalítico baseia-se principalmente nas associações livres, ou seja, a expressão indiscriminada dos pensamentos, garantindo a possibilidade da intervenção. A investigação psicanalítica leva à construção de uma hipótese diagnóstica elaborada pelo analista durante as

entrevistas iniciais e confirmada durante o tratamento. Desta maneira, temos que considerar, neste processo, a própria estrutura dialética da psicanálise.

B) Um método de tratamento baseado nesta investigação.

C) Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação e de tratamento.

As três vertentes apontadas por Laplanche; Pontalis (1998) acerca da psicanálise aparecerão neste texto alternando as significações em: tratamento, investigação e teoria, embora nossa intenção seja a de dar maior ênfase, neste momento, ao tratamento e investigação – em sua relação com a transmissão.

Elia (2000) afirma que na práxis analítica, a pesquisa é realizada a partir de sua articulação intrínseca, e não circunstancial, com o inconsciente e que “a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem” (p.19). O autor aponta ainda que, como propõe Lacan, a relação entre a psicanálise e a ciência pode ser compreendida como uma derivação da primeira em relação à segunda, porém “(...) é a psicanálise que coloca para a ciência uma questão, precisamente a de ter reintroduzido o sujeito na cena discursiva em que a ciência, ao fundar-se, o situou e da qual, no mesmo golpe, o excluiu” (p.20).

Para Elia (idem) a psicanálise:

(...) não se reduz à ciência, já que apresenta em relação ao passo inaugural da ciência, um corte, um rompimento discursivo, para cujo entendimento a noção de sujeito é a chave fundamental, porquanto é em relação à posição dessa noção em cada um desses dois campos discursivos, o da ciência e o da psicanálise, que melhor se esclarecem as relações entre esses campos (p.20).

Esse autor considera que “(...) faz toda a diferença se o sujeito, pressuposto pela ciência, mas excluído da cena de seu agenciamento operacional e metodológico, é posto em cena pela psicanálise” (Elia, 2000, p.23).

A partir da necessidade de sustentar uma clínica psicanalítica e sistematizá-la no âmbito da pesquisa universitária, Figueiredo et al (2001), nos remetem à interrogação freudiana sobre a possibilidade do ensino da psicanálise na universidade e afirmam que este tipo de pesquisa constitui-se na construção de um saber não apenas sobre os fundamentos teóricos da psicanálise e sim a partir da clínica psicanalítica. “A própria junção entre teoria e prática só pode ser realizada no exercício permanente da clínica, onde os pressupostos teóricos que a fundamentam podem ser postos à prova” (p.12).

Os autores alertam, também, para o fato de que a realidade psíquica é resultado do emaranhado de dois pólos que recoloca o campo subjetivo em um novo patamar epistêmico:

Se não podemos mais operar sobre duas realidades distintas, objetiva *versus* subjetiva, logo, temos que considerar que no *modus operandi* da clínica psicanalítica o sujeito que observa (epistêmico) não é exterior ao sujeito observado (empírico). Ou, ainda, o sujeito ‘observado’ é quem inclui o ‘observador’ em ‘uma de suas séries psíquicas’, pela via da transferência. Os instrumentos diagnósticos e de tratamento, desde o início, estarão marcados por esta concepção (Figueiredo et al, 2001, p.13).

Ainda de acordo com os autores, há uma consequência desta concepção da clínica psicanalítica, que é uma diferenciação entre a pesquisa em psicanálise e as pesquisas das ciências empíricas. Na psicanálise o fenômeno não tem o mesmo papel

que nas ciências empíricas, pois “consideramos que não há acesso direto ao mundo” (Figueiredo et al, 2001, p.13).

Alguns autores questionam o caráter científico da psicanálise a partir de argumentos baseados na viabilidade da psicanálise tornar possível a refutação de suas hipóteses pelos dados empíricos. Para Figueiredo et al (2001, p.15) “Wittgenstein e Popper consideravam a psicanálise irrefutável e, por isso, uma não-ciência”.

Laurent (2003) nos diz que, na verdade, o problema pode ser posto da seguinte maneira: a psicanálise não é uma ciência exata,

(...) o mimetismo da ciência fora de seu domínio não conduz senão à paródia, evidenciado com as séries estatísticas em nosso campo. Nesse sentido, o caso não pode ser ‘objetivo’. Isso não impede que exista a clínica psicanalítica e suas narrações, ou seja, ‘tipos de sintoma’. Cada caso, em sua contingência, se inscreve nas classes que o esperam. Como é que ele se inscreve? A epistemologia das classificações nos faz perceber a função de toda classificação como tal. É uma nominação, uma ‘individuação’ (p. 69).

Observamos, no parágrafo acima, a crítica que Laurent nos faz acerca das classificações que não se fazem úteis nem na pesquisa nem na transmissão. O diagnóstico estrutural, tão alardeado nos últimos tempos, não contribui com a interlocução junto aos profissionais das equipes de saúde. Os sintomas hoje não funcionam mais nesta vertente, principalmente no hospital, onde as afecções no corpo não se remetem às fantasias edípicas. Além disso, os traços da estrutura se modificam; o estatuto do sujeito no mundo se modifica com a cultura. É preciso extrair de cada caso a particularidade do sujeito, os modos de gozo de cada um.

Nomear o caso, a exigência do bem-dizer, é um dos nomes da lógica da experiência analítica. Ela orienta o dizer do analisante, sua transferência e o dizer interpretativo do analista (Laurent, 2003). Aqui, observamos que, desde o momento que o analista põe um nome ao caso clínico relatado, já há efeito de inconsciente em jogo e, conseqüentemente, produção de saber. “Um caso é um caso se ele testemunha sobre a incidência lógica de um dizer no dispositivo da cura, e sobre sua orientação em direção ao tratamento de um problema real, de um problema libidinal, de um problema de gozo” (Laurent, 2003, p.69).

Para Elia (2000, p. 24):

(...) na psicanálise, em decorrência das exigências estruturais do dispositivo através do qual ela opera, o contexto da descoberta coincide com o contexto da verificação. Qualquer que seja a temática da pesquisa, qualquer que seja a problemática investigada, tais exigências metodológicas se impõem, fazendo com que o analista-pesquisador dirija sua escuta, sua intenção - sempre clínica - de pesquisa ao que visa a saber, mas sem partir de um saber previamente estabelecido, a ser verificado ou refutado.

Desta forma, o autor nos apresenta a pesquisa psicanalítica como sendo o inverso do estabelecimento de uma hipótese pré-pesquisa.

Ainda na concepção de Elia (2000), a ciência clássica não possui métodos eficientes para apreender o inconsciente, enquanto uma forma de saber, sendo necessário para esta apreensão o estabelecimento de um método analítico. A pesquisa em psicanálise é, segundo ele, obrigatoriamente uma pesquisa clínica e não pode ser entendida como uma “pesquisa de campo” no sentido usual dado a esta expressão, mas

sim uma “pesquisa do campo”, sendo que este campo a ser investigado é o inconsciente e, portanto, obrigatoriamente inclui o sujeito. Neste trabalho, acreditamos ser também importante manter o questionamento acerca da inclusão, de algum modo, do campo institucional como interferindo, pela via da transferência, no campo do inconsciente do paciente.

Sobre a pesquisa em psicanálise, Figueiredo et al (2001) reportam-se à metáfora utilizada em textos freudianos que compara a prática analítica ao trabalho do cirurgião:

O cirurgião abre o ventre de um paciente e, neste abrir, descobre o mal que o aflige e a indicação terapêutica para a cura desse mal. Certamente, o saber que rege tais descobertas emerge como efeito de sua colocação em ato - ato de corte, ato de cura. Também na pesquisa, observa-se um saber prévio que orienta o ato do pesquisador. No entanto, é o saber do caso, no momento pontual de sua irrupção em ato, que vem a operar mudanças (p.19).

Para estes autores, não se pode padronizar o material clínico e nem refutar as formulações analíticas em virtude da evidência clínica, já que esta não pode ser apreendida, senão mediada pela *realidade psíquica*, ou através de protocolos laboratoriais contraditórios à essência da psicanálise. Eles formulam, então, a seguinte questão: “Como, então, refutar nossas formulações? A resposta de Freud é: utilizando uma construção” (Figueiredo et al, 2001, p. 15-6).

Para Freud, segundo Figueiredo et al (2001):

(...) não são os fenômenos que são confirmados ou infirmados pela clínica, mas sim as construções do analista, naquilo que elas têm de uma certa apreensão do que acontece com o

paciente, e naquilo em que elas, como toda construção, são obra também do analista e estão sujeitas à revisão (p.16).

Esta construção deve conjugar, segundo estes autores, não somente uma interpretação dos dados da experiência, mas algo mais. Algo fornecido pelo analista que permita incluir na elaboração do caso uma espécie de ponto fixo que está no campo do vivido subjetivo do paciente e que, uma vez incorporado em nossa teorização, permite que esta seja apropriada por ele com uma inabalável certeza. Os autores entendem que é a esta operação que Freud denomina ‘construção’ e a seu efeito validante, ‘convicção’ (Figueiredo et al, 2001).

Nesta perspectiva, há uma particularidade na escuta do analista, que não é nem objetiva, nem subjetiva, estando entre estes dois opostos, ou seja, “o analista vai escutar um sujeito e ser chamado a cada intervenção, a cada movimento, a decidir sobre a destinação e, conseqüentemente, o rumo das produções discursivas que acolhe” (Figueiredo et al, 2001, p.16).

O trabalho do analista se desenvolverá a partir dos efeitos deste método sobre o sujeito, e, ao contrário de outros métodos, não há como tecer generalizações, já que os efeitos não apresentam uma regularidade que os tornem previsíveis. Figueiredo et al (2001, p. 17) concluem: “Da mesma forma, não se pode definir externamente, e *a priori*, o que seja um analista, apenas o que ele faz e, ainda assim, somente pelo efeito de suas intervenções no *a posteriori* de seu ato”.

Na psicanálise há uma relação indissociável entre investigação e tratamento, o que equivale a afirmar que na pesquisa em psicanálise a produção do saber está pautada nesta inter-relação. Assim, a prática da pesquisa em psicanálise não deve ser apenas

conceitual e tampouco apenas baseada na terapêutica, pois em ambos os casos, correm-se riscos, no primeiro, o de manter-se no campo da especulação e no segundo, o de reduzir-se a práticas intuitivas e pouco rigorosas.

Com isto, embora cada um recolha de modo particular, a partir de sua experiência, os efeitos produzidos com a pesquisa, a estrutura deste método deve conter as condições e premissas necessárias a que tais efeitos possam surgir. Ou seja, podemos confirmar “(...) desse modo, uma das premissas fundamentais da psicanálise: o universal que regula sua prática de investigação e tratamento é ‘não-todo’, ainda que algo de uma universalização do saber deva ser obtido visando a transmissão.” (Figueiredo et al, 2001, p.18). A partir destas considerações, os autores concluem que não se pode garantir antecipadamente que um atendimento clínico seja analítico em seus efeitos e tampouco que uma pesquisa que desenvolva-se em contato com o universo acadêmico deixe de cumprir os princípios analíticos. E acrescentam que o saber psicanalítico e o saber acadêmico, caracterizam-se por serem formas de saber “fronteiriças”, que tocam-se sem se recobrirem por completo.

No entanto, na psiquiatria atual, valoriza-se cada vez mais a proximidade com a “ciência ideal” da neurologia em detrimento da experiência clínica. Há esforços em utilizar-se de métodos cada vez mais objetivos, laboratoriais, e com isto perde-se as riquezas provenientes da experiência subjetiva humana. Porém, Figueiredo et al (2001), não deixam de reconhecer que, com esta postura metodológica, a psiquiatria vem conquistando ganhos no que concerne à validação científica, aceitação e confiabilidade da comunidade científica.

Este trabalho realizado pelo analista e de forma mais abrangente pela psicanálise, vêm alterando, através de seus métodos, o modo de ser, pensar e tratar o sujeito humano moderno, notadamente no que diz respeito ao tratamento das neuroses, que em decorrência de sua eficácia migraram do campo das doenças médicas para serem compreendidas como “resposta do sujeito falante frente aos impasses de sua sexualidade, de sua posição como sujeito do desejo” (Elia, 2000, p.25).

Pensando em tornar a psicanálise um método acessível às mais diversas camadas sociais e em suas possibilidades de atuação dentro de instituições, notadamente as hospitalares, esbarramos em dois pontos que há muito vêm sendo discutidos: o *setting* analítico e o caráter dito elitista da psicanálise.

Para Elia (2000) a psicanálise pode ser feita em qualquer estrato social e/ou ambiente institucional, desde que exista um analista de um lado, e o sujeito dividido do outro. O autor alerta ainda para a necessidade de que o analista não confunda critérios de análise com os critérios sociais. Moretto (2001) partilha igualmente desta posição, quando nos diz que “o manejo do discurso de um analisando, aquele que demandou saber, pode perfeitamente acontecer quando ele está num leito de hospital, e que este leito pode também ser, assim como é o divã ético, leito de se fazer amor de transferência” (Moretto, 2001, p. 101).

Ainda sobre o *setting*, Elia (2000, p. 29) relembra Lacan, que em sua releitura dos textos freudianos,

(...) introduziu um outro modo de conceber o lugar em que se pratica uma psicanálise, situando-o como lugar estrutural, e que um analista estabelece um modo inteiramente peculiar, definido

pelo discurso analítico, de relacionar-se com um sujeito - o analisante - no trabalho de análise. Deu a esse lugar o nome de dispositivo analítico, que tem, sobre seu antecessor (*setting*), a imensa vantagem de discernir o plano imaginário (físico, espacial, mas efetivamente marcado por critérios econômicos e ideologicamente construído) da situação analítica do plano estrutural, que, como tal não depende de uma configuração particular e circunstancial (Elia, 2000, p.29).

A configuração ortodoxa do dispositivo analítico, ou seja, o *consultório particular*, é em si mesma uma forma de concepção restritiva deste dispositivo, que aponta para a desautorização da prática psicanalítica em outro espaço, ou mesmo a interdita. Considerando então que o dispositivo deva ser “particular”, deduz-se que não deva ser público. “Confunde-se aí, em primeiro lugar, o fato de que toda experiência psicanalítica é particular, no sentido de ser a experiência de um sujeito particular e de ter um caráter privado” (Elia, 2000, p. 29-30).

Implícito na concepção acima descrita pelo autor estão as conseqüências que, além do efeito da elitização da psicanálise, produzem uma restrição de atendimento à neurose ou a outras condições que de alguma forma, psíquica ou subjetiva, adequem-se aos “modos de encaminhamento e chegada a um consultório” (Elia, 2000, p.30).

As acusações de elitismo à psicanálise, segundo ele, não são de hoje. A proposição de que a psicanálise não deve ser barata, que seus custos são elevados, que o analista não deve ceder às primeiras tentativas do paciente de barateá-la, na medida em que isso corresponde à resistência, remontam aos textos freudianos ditos ‘sobre a técnica’.

O autor aponta para a constatação de que a postura acima descrita realmente desvirtuou-se, dando vazão a um real elitismo, onde as classes populares eram

consideradas “(...) incapazes de beneficiarem-se da psicanálise, desprovida dos famosos códigos lingüísticos ‘não-restritos’ e destituída da suposta ‘complexidade subjetiva’ necessária à realização de uma análise” (Elia, 2000, p.27).

Segundo Elia (2000), Freud já ponderava que pessoas pobres encontravam na neurose um gozo necessário à sua condição social, no que tange às dificuldades e sofrimentos inerentes a esta, sem, no entanto, justificá-la por razões estruturais. Neste contexto, considerava-se que a superação da neurose era mais dificultada entre os componentes das classes pobres. “Se o pobre de Freud goza de sua pobreza a ponto de aderir sem resistência à neurose é porque ele está, como sujeito, além do que o social lhe determina, como cidadão: ele pode gozar disso” (p. 28).

A psicanálise, ao introduzir a dimensão do sujeito do inconsciente, traz conseqüências de extrema importância:

O sujeito do inconsciente não é um sujeito empírico, dotado de atributos psicológicos, sociais, políticos, ideológicos ou afetivos (...). O sujeito do inconsciente não é, em si mesmo, pobre ou rico, branco ou negro, tampouco - e aí se situa talvez o ponto mais escandaloso da descoberta freudiana - homem ou mulher (Elia, 2000, p.26).

Freud (1919) antevê:

(...) o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente quanto o tem agora à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose, de que como esta, também não podem ser deixados aos cuidados impotentes de membros individuais da comunidade (p. 209-10).

Segundo Elia (2000) há ainda outras questões que implicam nas limitações sociais da psicanálise, questões essas também de cunho social, estando ligadas diretamente à necessidade de sobrevivência dos profissionais liberais psicanalistas e que não excluem a necessidade da população mais pobre, e nem a capacidade destes beneficiarem-se da psicanálise. “(...) de forma correlata à desmedicalização da psicanálise, assistimos também à deselitização” (Elia, 2000, p.33).

Este autor aponta para a responsabilidade de migrar a psicanálise de um contexto médico, para, de modo legitimado teórica, ética e metodologicamente, ser aberta a outras categorias profissionais, em especial aos psicólogos e que esta mudança de perspectiva é creditada a Lacan. Esta abertura possibilitou aos psicólogos, uma alternativa às práticas que vinham exercendo até então, com as chamadas “psicoterapias de base analítica”.

Ainda segundo Elia (2000),

Lacan não receia a perda do rigor da psicanálise em decorrência da abertura à relação com outros discursos. Sua aposta, que tomamos para nós, é a de que o discurso analítico pode habitar a universidade, sem prejuízo ou deterioração para si ou para as práticas universitárias, e ao contrário, com a possibilidade de que a conexão entre essas duas formas discursivas pode ser frutífera a ambas (p.34).

Esta abertura no campo de atuação da psicanálise vem ao encontro das atuais necessidades, onde as possibilidades de início de carreira para os psicólogos em consultório particular estão cada vez mais escassas; no entanto, a atuação no campo da clínica psicanalítica institucional é uma opção que mais se oferece aos psicólogos. Nestas instituições é bastante comum que a atividade psicanalítica seja associada à

prática da pesquisa, “(...) porquanto constituem situações em que o saber fazer ainda é muito incipiente”. (Elia, 2000, p.35).

Em decorrência disso, no trabalho institucional a característica de solidão e de silêncio se deve acompanhar com a mesma atitude epistêmica, com uma decisão semelhante por parte dos outros colaboradores. Em um hospital, por exemplo, não existe nenhuma garantia no fato de pertencer à mesma escola, ou ter proximidade com as mesmas referências teóricas. Ao contrário, justamente porque a teoria é só uma pré-condição desse trabalho, ela corre o risco de polarizar toda a atenção e a tensão do confronto. A rivalidade das “pequenas diferenças” na teoria pode fazer perder de vista a intenção da construção do caso e fazer vir à tona apenas o caso do narcisismo dos operadores.

Este é um ponto de vista que consideramos de extrema importância, uma vez que o trabalho do analista em um hospital escola promove exercícios de interlocução com alunos de psicologia, médicos e outros saberes, incluindo supervisão de psicólogos em especialização com diferentes abordagens da psicologia. Além disso, nosso interesse em desenvolver um trabalho de pós-graduação em uma Faculdade de Medicina também é movido por este desejo - fazer da clínica psicanalítica uma clínica que pode transmitir a partir dos impasses e não de certezas onipotentes.

4.2 A construção do caso clínico

No momento em que pensamos em utilizar a construção do caso clínico como forma viável de promover a interlocução entre a psicanálise e os demais profissionais de uma equipe de saúde, consideramos importante discorrer acerca das particularidades desta tarefa na teoria psicanalítica.

Para Laurent (2003), o método do caso clínico em psicanálise é o método do exemplo. Para o autor, o método é de tradição na disciplina e costuma receber diversas críticas. Ultimamente, grande parte das críticas ao método clínico advém do elogio à apresentação numérica dos achados subjetivos. “O prestígio da ciência e da série estatística arruína, nas ciências humanas, o brilho do caso único. A questão não se limita à psicanálise. O que está em jogo é inscrever a contingência do caso na necessidade” (Laurent, 2003, p.69).

Inscriver a contingência do caso na necessidade é, segundo nosso ponto de vista, destacar qual foi o evento contingente que se manifestou naquele sujeito e a relação deste evento com os acontecimentos no corpo. Ou seja, os eventos podem se dar de formas contingenciais, mas o que interessa na pesquisa psicanalítica é o que cada sujeito faz com as experiências da vida. Este é um dos fatores primordiais no relato do caso.

Com grande frequência, a pesquisa científica tenta eliminar os efeitos da contingência na medida que tira o sujeito do inconsciente da cena; o contingente fica generalizado, não incide no sujeito.

O que faz com que a produção de saber a partir da apresentação do caso clínico encontre-se em descrença?

A crise do relato de caso em psicanálise, o fato de que não se saiba mais muito bem como redigí-lo e a variedade do modo de narrativa admitida, designam um mal-estar. Este parece se organizar em torno de um certo número de falsas oposições e de falsos dilemas. Citemos, nessa desordem, o qualitativo contra o quantitativo, a vinheta contra o caso desenvolvido, a monografia exhaustiva, as grandes séries, contra o isolamento das variáveis pertinentes do caso isolado. Os cientistas bufam diante do inscrever o relato do caso psicanalítico no quadro do *single case experiment*, quando certos psicanalistas os incitam a isso. O que é, então, uma experiência que depende tão estreitamente do laço observador-observado, como é aquela que a transferência instaura? (Laurent, 2003 p. 69).

Malengreau (2003) questiona a existência de um modo de apresentação clínica que favoreça a elaboração de um problema psicanalítico. Para ele, a questão aceita uma dupla abordagem: ela diz respeito tanto ao material clínico apresentado quanto ao uso que nós fazemos dele para fins múltiplos, de ensino ou de transmissão, de “mostração” ou de demonstração. A este respeito, a pergunta que nos interessa, a partir das elaborações de Malengreau é: “que uso fazemos de nossos casos nas nossas exposições, nos nossos ensinamentos? Existe uma maneira de falar de seus casos própria à psicanálise?” (Malengreau, 2003, p.11).

Nos últimos anos de sua vida Freud escreveu um novo texto sobre a técnica da análise, (“Construções em Análise”, 1937), devido à sua preocupação com o fato de seus alunos centralizarem todo o trabalho do tratamento sobre a interpretação, entendida como pura produção de sentido. Mesmo quando o contexto, aquele que muitos hoje denominam *setting*, era formalmente colocado pela análise, ele acreditava que interpretações estivessem sendo feitas ao paciente de modo muito precipitado, não como resultado de um trabalho que um analista deveria fazer por si e sobre si. Não se trata,

apenas, de analisar as próprias reações emotivas (contratransferência), mas de deixar se surpreender pelo real vinculado pela palavra, pelo inter-dito, que é a verdadeira resposta do sujeito. Tudo isso acaba por tirar a eficácia do tratamento, que corre o risco de transformar-se numa reeducação psicológica do paciente. Se a palavra é tentativa de conciliação entre o significante e o significado, o real surge como um espaço intervelar entre uma coisa e outra. Assim, a inclusão do real no tratamento é manter a duplicação do sentido da palavra, pois, se fecharmos o sentido a partir do que o paciente nos diz, o tratamento desemboca em uma terapêutica – o real é expulso da cena.

Segundo Laurent (2003), o relato de caso freudiano tem, no início, o modelo do romance goethiano. Os sofrimentos de Dora devem muito, em sua forma de expressão, aos sofrimentos do jovem Werther que atravessaram o idealismo alemão. Eles fixam, no entanto, um modelo: o sonho e suas associações, derivado da forma original empregada por Freud em sua *Traumdeutung*, para dar conta da experiência da análise original. Freud consegue dar uma forma narrativa à estrutura, liberada das limitações do Ideal. Ele consegue integrar a sessão analítica em um mesmo relato contínuo do diálogo do sujeito com seu inconsciente.

Ainda de acordo com Laurent (2003), a “crise da interpretação” que acompanha a virada dos anos vinte, coloca em perigo o relato de caso. Ao invés da associação triunfante que vem à tona no sonho, os psicanalistas lidam com o sintoma que resiste ao desvelamento inconsciente. Os “casos” vêm dar conta das dificuldades de cada um e da extensão da psicanálise, lá onde o sonho não tem curso, na psicose - por exemplo. Bem mais que no modelo freudiano, é a unidade da sessão de psicanálise que vira assunto de relatório. Os autores tentam fazer coincidir seus relatos com suas práticas. A unidade do

relato de caso não era mais o destino de um sujeito, mas o fato memorável, transmissível, extraído de uma sessão. A forma curta iria prevalecer.

Para Laurent (2003), é com Melanie Klein que é inventada uma nova narração, sob a modalidade do bloco de notas da experiência, sessão por sessão. O “material”, imediatamente traduzido em termos “inconscientes” por um aporte do psicanalista com a mesma extensão, transtorna a ordenação dos relatos freudianos. O interesse centra-se sobre isso que nós poderíamos denominar “a epifania” própria à cada sessão, manifestação do inconsciente na sua materialidade e demonstração do “saber-fazer” do psicanalista.

A evolução se fará na direção da vinheta clínica, a forma clínica breve, à medida que a literatura, no sentido amplo, adota os procedimentos freudianos para fazer deles um novo objeto literário. Isto ocorre “à medida que, também, ninguém leva em conta ‘a’ psicanálise como tal, mas se dedica a ilustrar um aspecto parcial dela” Laurent (2003, p. 71).

É nesta crise, assegura-nos Laurent (idem), que a evolução do método escolhido por Lacan, a partir de sua tese, assume todo o seu valor. Na tese de psiquiatria, que o conduz ao umbral da psicanálise, o fundo do método é jasperiano, e se organiza em torno do conceito de personalidade. Ele estende o método na direção da concepção francesa da “psicologia concreta” e almeja a publicação de monografias exaustivas sobre um caso para testemunhar a verdade do sujeito. Lacan manterá em parte essa perspectiva. Trata-se de um verdadeiro *single case experiment* apoiado sobre a unidade da “personalidade”.

É ao seguir o modelo fenomenológico de Karl Jaspers, ou seja, a elucidação descritiva dos sintomas apresentados no sujeito, que leva Lacan a analisar o romance familiar, a determinação social da eclosão de um sintoma. Lacan conclui sua extensa tese de doutoramento e se depara com uma matriz lógica na formação dos sintomas. Lacan inicia sua tese como médico e sai psicanalista.

A passagem de Lacan para a psicanálise o fará abandonar as esperanças de um método excessivamente descritivo e exaustivo, tanto para o escritor quanto para o leitor. Mais exatamente, ele substituirá a exaustão pela coerência do nível formal onde o sintoma se estabelece. À medida que torna lógico o inconsciente, Lacan faz pender, segundo Laurent (2003) o relato de caso psicanalítico em direção à iluminação do envelope formal do sintoma, concebido como um tipo de matriz lógica. Envelope formal aqui sendo uma característica estudada durante tudo o ensino de Lacan, que vai à direção de evidenciar a estrutura do sintoma que se apresenta como um envelope dirigido, por exemplo, ao analista.

Podemos pensar que “a matriz lógica” do sintoma é o ponto a que se deve buscar em um tratamento e, conseqüentemente, na apresentação do caso clínico. Ou seja, analisar a patoplastia do sintoma para em seguida verificar qual a matriz lógica que a sustenta. É desta forma que temos um indicativo da satisfação pulsional do paciente, onde ocorre a fixação de libido. Quando o sintoma é “tratado” por outras vias, ou quando ocorre a educação do paciente, o sujeito pode passar a não mais poder utilizar aquele modo de satisfação pulsional, pagando o preço de ocorrer um desregramento do sintoma ou, em outras palavras, seu deslocamento. Acreditamos ser esta a equação que nos levou a construir a hipótese de que o tratamento da paciente descrito por Dabbagh et

al (citado no Capítulo 2), utilizando haloperidol, não trata do sujeito, mas sim, do entorpecimento de um conflito que tem grande possibilidade de perder sua maneira de se fazer “envelope formal”.

Na leitura que faz dos casos de Freud, Lacan “eleva o caso ao paradigma”, à categoria do “exemplo que mostra” as propriedades formais, no sentido mais amplo das manifestações do inconsciente freudiano. O paradigma mostra a estrutura e indica, tanto o lugar do sintoma em uma classe, quanto os elementos de substancialidade na vida de um sujeito, elementos que se repetem e que permutam, ou ainda os modos de declinação na repetição do mesmo. A este respeito, Laurent (2003) nos diz que a estrutura lógica e topológica dos casos freudianos aparece, assim, com uma nitidez inesquecível e conclui dizendo que, se a psicanálise fosse uma ciência exata, e não um discurso, nós não teríamos mais nada a aprender de Freud, tudo seria transmitido integralmente.

Quando se trata da demonstração do caso clínico, Laurent (2003) apresenta a tese de que a apresentação pode ocorrer em qualquer lugar, sendo inclusive importante que não se restrinja sempre a uma comunidade analítica. Não há modelo ideal, mas alguns pressupostos necessários, princípios universais. Isto requer que o expositor seja capaz de inscrever um conceito passível de ser demonstrado, afastando-se de qualquer atitude comparativa, já que, tanto a construção do caso como a direção do tratamento, são particulares. Com isto, não podemos encontrar na pesquisa psicanalítica e na apresentação do caso clínico, um sentido universal.

Para Viganó (2003), a construção do caso clínico é um meio potente para o trabalho de equipe, mas requer um consenso de cada um sobre o seu método:

Ocorre que cada membro da equipe já tenha desenvolvido, por sua conta, um trabalho, que tenha aperfeiçoado uma disciplina própria. Só então, poder-se-á confrontar com os outros, discutir e debater, para fazer valer o próprio ponto de vista, até se obter um consenso que pode vir apenas do reconhecimento do desejo do outro (p. 49).

Segundo o autor, o fato das pessoas terem seguido ensinamentos diferentes é apenas uma vantagem: serve para colocar o acento sobre o caso e, portanto, sobre o que é produzido no interior da transferência.

Esse trabalho de construção, prossegue Viganó (2003), certamente não é ausente de contradições. Isso faz parte do trabalho cotidiano, é uma condição essencial para a sua qualidade e, ao mesmo tempo, a condição do seu efeito é a adesão de cada um, um-por-um, “pego no vivo do próprio desejo” (p. 49). Segundo ele, às vezes, tenta-se fazer frente a essa dificuldade ao dar-lhe uma forma mais reconhecível, aquela da “supervisão”. Pode ser um primeiro passo, favorecido pela presença de um líder externo, que pode se colocar como garantidor da disciplina a que se refere. Naturalmente, isso advém com a condição de que o supervisor seja muito capaz para esquecer que pertence a uma escola e para que saiba escutar a disciplina própria de cada um. “É uma forma de escamoteação, porque a prática da supervisão é uma maneira própria ao interior das escolas, entretanto, a construção é um trabalho para pessoas formadas e autônomas na sua responsabilidade frente ao trabalho clínico”. (Viganó, 2003, p. 49-50).

Seguindo esta vertente, Laurent (2003) estabelece uma série de questionamentos:

Como o discurso psicanalítico constitui sua comunidade de auditores e de expositores? Como reconhecem a evidência que é submetida a eles? Isso se dá por meio de uma língua comum,

uma definição comum do que seria um caso, do que seria uma análise ideal, um resultado previsível? É no inverso dessa via que o discurso analítico procede. Certamente, o relato de caso comporta as formas pautadas nas diferentes comunidades de trabalho psicanalíticas. Há modelos do gênero que circulam. Mas, é na distância com relação a esses modelos que a qualidade do trabalho de cada analista se faz escutar. O caso clínico é, neste sentido, tanto inscrição como afastamento (p. 73).

Nestes termos, ao apresentarmos um caso clínico, inscrevemos um conceito da ordem do demonstrável, afastando-nos de qualquer atividade comparativa. Tanto a construção do caso como a direção do tratamento são particulares, não levando a um sentido universal.

O autor conclui que:

É preciso atualizar uma clínica dos sintomas, estabelecida por cada sujeito, tendendo àquilo que é nomeável e aquilo que é inominável no uso que ele faz da língua de sua comunidade. Isso supõe manter vazios os lugares ocupados pelo *prêt-à-porter* das classificações segregativas, para dar lugar a verdadeiras distinções, uma por uma (Laurent, 2003, p. 74).

Figueiredo et al (2001) apontam a distinção existente entre o relato clínico (rico em detalhes) que constitui a “história” e o caso, que é o “(...) produto que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento, e do que é decantado de seu relato”. (p.20). É fundamental à construção do caso clínico, a utilização do dispositivo analítico e neste ponto torna-se importante a distinção entre supervisão e construção. Pois, durante a construção do caso clínico, as discussões inerentes ao método psicanalítico não

são necessariamente práticas de supervisão psicanalítica, embora possam em alguns momentos aproximar-se de alguns pontos desta prática.

Segundo esta vertente, Malengreau (2003) nos diz que, a experiência analítica é, de início, uma experiência de seriação dos significantes que importam para o sujeito. Trata-se para ele de apreender os diferentes traços, lembranças, identificações que marcaram sua história. Para ele, o analista parte do passo a passo de uma colocação em série daquilo que importa para o analisante. A construção do caso passa de início por essa localização.

O autor refere uma oposição entre a clínica objetiva e a clínica demonstrativa. Para ele, a primeira espera do parceiro, amor e reconhecimento. A segunda inclui a interlocução e convida para a conversação, oferecendo ao debate um material seqüencial que a torna possível. Assim, a clínica demonstrativa se oferece como “um parceiro que tem chance de responder”, inscrevendo-se em uma transferência de trabalho. Malengreau (2003).

Porém, esta interlocução deve ser feita de forma cuidadosa sempre. Mais especificamente, no trabalho psicanalítico nas instituições, Viganó (2003) critica a intervenção de quem tem uma formação analítica e a assume de uma maneira “selvagem”. Segundo ele, esta forma se caracteriza por um estilo e uma linguagem que se apresentam artificiosos e que transferem todo o problema da patologia para o plano fantástico e pouco incisivo.

Para ele, a construção do caso clínico não coincide com a interpretação, no sentido de que esta última é o efeito *a posteriori*, é o que transforma o ato analítico em um trabalho de construção. A escuta deve-se estender além das palavras enunciadas pelo

paciente, deve reconhecer nessas palavras as condições emotivas da enunciação. Além disso, a escuta deve registrar as percepções subjetivas que o operador percebe na relação com o paciente, e também as escansões efetivas desta: atrasos, desaparecimentos, agressividade, excessiva disponibilidade, etc, são outros fragmentos de um conjunto que não aparecerão jamais em uma luz manifesta, consciente, a que se denomina a demanda:

A demanda constitui o ponto de adaptação na relação do sujeito com tudo que foi traumático na sua vida. Enquanto adaptação, ela (a demanda) é insuficiente, porque deixa sobre o fundo o que o sujeito tem de mais precioso, o desejo - que a análise se propõe a ativar (Viganó, 2003, p. 48).

Este ponto evidencia o que é singular na construção do caso para a psicanálise, pois mostra as formações do inconsciente que são deixadas de fora pela medicina.

O que há de mais precioso: o sintoma ou o desejo? Pensamos que, em alguns casos, o sintoma aparece para “distrair” o desejo. A psicanálise aposta em ativar o desejo, trazendo como consequência, efeitos terapêuticos, no momento em que o sintoma, quando tratado, pode passar a um estatuto de inutilidade na vida do paciente. Este é um dos aspectos que pretendemos verificar nos pacientes atendidos neste estudo, ou seja, a possibilidade de analisarmos os pontos alienantes na vida destes sujeitos.

O objeto psíquico a ser construído é, portanto, a demanda, ou melhor, a relação que o paciente soube manter com esta (a demanda não é senão o seu Outro), ele pode, inclusive, se colocar na posição de vítima ou de perseguido, segundo modos submissos ou queixantes, mas não é mais, e não pode, estruturalmente, ser um sujeito inteiramente demandante. Seria a alienação total. Viganó (2003) nos fala de uma frequente posição

“em eclipse subjetiva”, uma relação com o Outro mediada pelos objetos de consumo. Este posicionamento se faz importante em nosso estudo no momento em que cremos ser necessário questionar se a medicina (com seus diversos diagnósticos, medicamentos e intervenções) não se oferece, por vezes, como detendo objetos de consumo que alienam o doente e o mantém em dependência pela via do seu sintoma/sofrimento. É a isso que pretendemos chamar aqui de alienação induzida. É nesse reforçamento sintomático que a psicanálise, segundo nosso ponto de vista, intervém. A construção dos relatos clínicos das pacientes atendidas neste estudo pretendem discutir esta intervenção e verificar os efeitos desta prática na instituição.

De acordo com Beneti (2003), a apresentação de um caso clínico em uma instituição pode se constituir tarefa difícil de se sustentar. Isso pode ocorrer, segundo ele, não por uma questão subjetiva, de quem deve relatar ou redigir o caso e apresentá-lo para discussão clínica com o grupo, mas, devido à complexidade das relações do “paciente-sujeito” com o Outro institucional:

No caso da instituição, temos em jogo o que denominaremos ‘figuras do Outro institucional’. Essas figuras (facetas) do Outro institucional, que ‘falam’, emitindo significantes, normas e regras institucionais, determinando objetivos terapêuticos, circuitos terapêuticos, etc. Assim, muitas vezes o analista não tem acesso às inúmeras intervenções ‘terapêuticas’ vindas do campo desse Outro ‘multifacetado’ (Beneti, 2003, p. 51).

Ainda de acordo com este autor, os relatos dos casos nas instituições de saúde trazem, de uma forma extremamente fragmentada e desarticulada, as intervenções feitas na condução do tratamento. Ao desconhecer a dimensão transferencial em relação a esse

Outro “multifacetado”, eles, muitas vezes, “empurram” o sujeito ao estabelecimento de “transferências laterais” às quais se associam passagens ao ato, muitas das quais perigosas, no sentido da colocação da vida do paciente em risco.

Nas discussões clínicas no hospital geral, consideramos importante a introdução de conceitos relacionados à dinâmica inconsciente do caso em questão, uma vez que pode deixar clara a diferença entre demanda e desejo do paciente em relação ao sofrimento psíquico. Estas ocasiões podem contribuir com uma “postura analítica” dos profissionais da equipe, que podem ficar atentos para as situações em que a posição adotada poderia reforçar a posição de alienação do paciente, como no caso das pacientes com disfunção das pregas vocais que se apresentam com suas queixas “difusas” fora das consultas agendadas e que costumam causar mal-estar nos profissionais da equipe.

Seguindo as observações de Beneti (2003), consideramos a narrativa do sujeito e do Outro fundamentais, no sentido de que, no relato do caso esse Outro institucional “multifacetado” se faz presente. Seria necessário, então, termos bastante clareza sobre quem dirige o tratamento: o psicanalista e, a instituição, através de suas equipes. E além disso, outras instituições “parceiras”, enquanto interlocutoras, submetidas à direção do tratamento posta em ato pelo psicanalista. Quanto a isto, entendemos que o psicanalista pode estar vinculado transferencialmente a um campo de saber, não necessariamente a uma escola.

É por esta vertente que Beneti (2003) sugere a necessidade de um “projeto terapêutico” através do qual o psicanalista e o Outro institucional se façam Um, por meio de uma orientação clínica. Nas instituições públicas, o “projeto terapêutico” é fortemente marcado por um “retorno às relações de trabalho” e pela “boa convivência

social”. “Em que pese isso, o que se observa é que, não existe possibilidade terapêutica, qualquer que seja o “objetivo-fim-de-cura”, sem uma orientação clínica e essa orientação deve aparecer no relato do caso” (Beneti, 2003, p. 52).

Desta forma, ainda de acordo com Beneti (2003), o diagnóstico deve ser sempre considerado como uma hipótese inicial a ser verificada no transcurso do tratamento. Suas retificações e implicações devem ser comunicadas no relato do caso. Acrescente-se a isso a importância a ser dada ao relato das intervenções no campo do Outro, do social, do familiar, intervenções que possam produzir efeitos terapêuticos ou iatrogênicos.

Uma vez que nos encontramos na clínica contemporânea, Beneti (2003) nos diz que é fundamental delimitar, formular de modo preciso, as “amarrações e desamarrações” produzidas pelo sujeito. Esse é o ponto “pivô” de cálculo e conclusão do trabalho terapêutico na instituição. Ou seja, é fundamental trabalhar, desde o início do tratamento, considerando, através do cálculo clínico, quais são as intervenções e a “invenção” subjetiva possíveis, em cada caso clínico.

5. OBJETIVOS

Analisar a função do sintoma relacionado à disfunção das pregas vocais na economia psíquica das pacientes que concordaram em ser tratadas e avaliadas neste estudo.

Discutir as possibilidades de interlocução entre a psicanálise e as outras disciplinas de saúde a partir do tratamento e da pesquisa psicanalítica no hospital geral.

6. CASUÍSTICA E MÉTODO

Método clínico de investigação e tratamento a partir do referencial teórico psicanalítico, com o estudo dos casos das pacientes incluídas.

6.1 Sujeitos

Foram incluídos neste estudo, 5 casos clínicos de pacientes do sexo feminino, com idade variando de 35 a 55 anos, que foram submetidas ao tratamento psicanalítico no ambulatório do Serviço de Imunologia Clínica e Alergia, com duração e frequência variadas.

- **Critérios de inclusão**

Para participar do trabalho, as pacientes estudadas deviam ser matriculadas no Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP, terem recebido diagnóstico de Disfunção de Pregas Vocais e consentirem em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

6.2 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- Consulta ao prontuário médico para confirmação do diagnóstico e verificação dos critérios de inclusão e exclusão.
- Construção do caso clínico, de acordo com o exposto no capítulo 3 deste trabalho.

6.3 Procedimentos

Foram encaminhados 15 pacientes avaliados e diagnosticadas como possuindo Disfunção de Pregas Vocais a partir de critérios clínicos e exame de nasofibrosopia.

Todos os pacientes encaminhados foram convidados a iniciar tratamento psicanalítico. Destes, 7 não compareceram às convocações feitas e outros 3 não apresentaram disponibilidade para iniciar o tratamento naquele momento. Os 5 casos clínicos incluídos neste trabalho dizem respeito àqueles pacientes que demonstraram interesse inicial em fazer o tratamento, ainda que a demanda não tenha sido, a princípio, de análise. O desenvolvimento do tratamento e a implicação subjetiva frente ao sofrimento apresentado mostraram-se singulares entre os pacientes e é fruto de discussão na apresentação dos relatos clínicos.

Os dados foram registrados após as sessões e discutidos individualmente em supervisão. Buscou-se avaliar e analisar os dados para atingir os objetivos propostos no estudo.

7. A CLÍNICA PSICANALÍTICA: REPERCUSSÕES E IMPLICAÇÕES

O setor de Imunologia Clínica e Alergia, local onde desenvolvemos nosso trabalho clínico há pouco mais de sete anos, é marcado pela assistência (ambulatorial e em enfermaria) a pacientes que possuem enfermidades e sintomas relacionados ao sistema imunológico. Dentre elas, as mais frequentes são: asma, lúpus eritematoso sistêmico, rinite alérgica, dermatite atópica, HIV/aids, imunodeficiência comum variável, urticária aguda e crônica, entre outras.

O encaminhamento de pacientes para o nosso setor se dá, na maior parte das vezes, quando os profissionais da equipe se deparam com situações clínicas onde se observa que o surgimento dos sintomas – ou o agravamento destes, não leva a um diagnóstico de doença orgânica pelos instrumentos médicos convencionais. Este fator faz com que os encaminhamentos venham acompanhados por uma demanda de saber instalada na equipe e dirigida ao operador da psicanálise.

A princípio, podemos pensar que esta posição seja um indicador de que há uma transferência instalada e que esta se dirige ao saber suposto em nós. Porém, em alguns casos, a demanda é, em um momento inicial, um pedido que vai à direção de esperar do psicanalista um trabalho semelhante ao de um detetive, uma averiguação que seja capaz de esclarecer, por meio da lógica, o que faz com que aquele paciente apresente, por exemplo, uma urticária sem causa conhecida que segue seu curso por meses, à revelia da medicação utilizada.

Recusar esta demanda talvez resultasse numa impossibilidade de trabalhar neste setor. Por isso, ao termos acolhido a demanda e não respondido a ela sem questionamentos, é que tem sido possível manter uma interlocução freqüente, com a possibilidade de expor uma outra lógica – a do inconsciente.

Assim aconteceu com as pacientes diagnosticadas como possuindo disfunção de pregas vocais.

No momento inicial, eram encaminhadas pacientes que apresentavam sintomas respiratórios e que não melhoravam com o tratamento convencional. Estas pacientes costumavam ser encaminhadas, principalmente, devido ao incômodo que as mesmas causavam na equipe. As pacientes “poliqueixosas”, as que compareciam ao ambulatório fora do dia agendado para a consulta, as que se internavam com uma freqüência acima da média, as que procuravam as Unidades de Emergência com regularidade. Os pedidos de consulta destas pacientes costumavam vir acompanhados de uma descrição que inseria algo da história das mesmas que era visto pelo profissional da equipe como sendo algo “estranho” e que poderia ser responsável pelo surgimento das crises ou pelo agravamento das mesmas.

Em um momento posterior, com a inclusão cada vez mais insistente dos significantes “disfunção das pregas vocais”, estas pacientes passaram a ser investigadas com recursos tecnológicos capazes de avaliar a problemática e circunscrevê-la neste diagnóstico. A assistência passou a ter um enfoque particular e o encaminhamento para o tratamento em nosso setor passou a ser ainda mais freqüente.

O próprio fato de estas pacientes passarem a ser acompanhadas em nosso setor já trazia um certo apaziguamento e um efeito tranquilizador nos profissionais da equipe.

Comentários como: “A Sra. ‘X’ está sendo atendida por você? Ainda bem!” Em outros momentos, comentavam: “Não sei como você agüenta a paciente ‘Y’!”.

Pudemos constatar que o modo como os encaminhamentos eram feitos acarretavam em um diferencial no tratamento das pacientes. Se, ao encaminhar, o profissional dizia que a paciente não tinha asma e que o problema era “psicológico”, tínhamos aí já um fator importante para iniciar o tratamento, que começava com uma pré-interpretação de que o médico havia desqualificado o sofrimento daquele sujeito. Esta problemática foi fruto de uma série de discussões em equipe, pois, o fato de uma paciente apresentar falta de ar, tosse e disfonia sem preencher os critérios diagnósticos para asma pode ser “estranho”, mas não é o mesmo que dizer que “ela não tem nada” e que, portanto, não sofre.

Observamos que o trabalho psicanalítico destas pacientes se dá de maneira efetiva conquanto as pacientes sentem que seus sintomas continuam, pelo menos em um momento inicial, sob os cuidados também da equipe médica.

É somente quando se dá a formulação de um questionamento particular acerca dos sintomas e das crises, tendo anteriormente estabelecida uma relação de transferência com o operador da psicanálise, que estas pacientes suportam o fato de que há um outro corpo, um corpo atravessado pela história e pelo afeto, existindo um sofrimento que pode ser tratado em outro contexto. Em decorrência, estas pacientes diminuem, gradualmente, a oferta de um corpo sofrido e marcado à ordem médica.

Porém, este processo de engajamento e implicação no tratamento psicanalítico não se dá, efetivamente, com todos os pacientes encaminhados. Não é nossa intenção transformar este estudo em uma seqüência de casos clínicos que são sempre bem

sucedidos. Sabemos que uma clínica não se faz somente de acertos e que é dever do pesquisador apontar as dificuldades encontradas – as “pedras no caminho”, pois, só assim é que se pode transformar um insucesso em uma experiência passível de ser transmitida.

É seguindo esta orientação que incluímos as situações clínicas que seguem, na intenção de demonstrar nosso encontro com a problemática nomeada de “disfunção das pregas vocais”.

Em alguns momentos, pelo próprio transcurso do tratamento, nossa forma de construir os casos clínicos se assemelha ao estilo “vinheta” e, em outros momentos, expomos um caso clínico desenvolvido. Porém, em todos eles, interessamo-nos pela valorização do qualitativo em detrimento do quantitativo, visando avaliar as repercussões do que se deu na vida dos sujeitos de forma contingencial e a maneira como cada um deles escreveu esta contingência na história – ou no corpo.

7.1 ‘Estação Clínicas’

O caso de M., uma paciente de 50 anos, foi um dos primeiros encaminhados a nosso serviço por envolver uma problemática relacionada à DPV. Era, certamente, um dos casos que mais mobilizava e causava sentimentos de impotência e curiosidade na equipe.

Encontramo-nos diante de uma paciente que era, freqüentemente, adjetivada como sendo “cansativa”, “poliqueixosa”, “pegajosa” e “irritante”, entre outras características. Costumava procurar os serviços médicos fora dos dias agendados, tinha

uma capacidade admirável de fazer demandas à equipe e mantinha um discurso pessimista, marcado pela repetição de uma série de sofrimentos.

Em seu formulário de encaminhamento para tratamento conosco constava a seguinte justificativa:

Paciente em acompanhamento por investigação de falta de ar e tosse seca, com suspeita de Disfunção de Pregas Vocais. Também apresenta distúrbio de ansiedade grave que muitas vezes prejudica sua condição clínica. Foi avaliada pela psiquiatria em interconsulta e foi aventada hipótese de “Ansiedade Generalizada” e prescrito Rivotril.

Nas entrevistas preliminares, M. se apresentou como uma mulher dismórfica, inchada pelo uso de corticóides, com dificuldade de se locomover e com uma história marcada pelas inúmeras queixas de doenças orgânicas descritas minuciosamente.

Iniciou sua “novela” dizendo que um ano antes de suas crises começarem teve um desamor. Estava namorando, era seu primeiro namorado “firme” e relata: “ele dizia que era desquitado, mas era casado. Não me levou na casa dele, pois dizia que morava com um monte de homens... mentira! Era casado. Morava com sua mulher e eu nem sabia onde ele morava. Fui descobrir que ele era casado quando eu estava com 3 meses de gravidez. Mandeí ele sumir. Eu passava tanto nervoso com ele que minha filha tinha 50% de chances de sobreviver. Mandeí ele sumir e ele sumiu mesmo”.

Após este incidente, M. não teve mais contato com o pai de sua filha. Relatou que, só ao saber notícias dele, tremia e adoecia. Disse que, a cada vez que ele tentava se aproximar para saber notícias da filha ou para conversar com ela, ela tinha uma crise de “nervoso”. Suas crises respiratórias se iniciaram neste período, quando M. tinha 33 anos

de idade e trabalhava como costureira para uma fábrica que confeccionava uniformes. Com o início de seus problemas de saúde foi afastada de suas atividades e recebe, até o presente momento, o benefício chamado “auxílio doença”.

Desta época até então, ela passou a ser uma mulher que “vivia para se tratar”. Procurava o pronto-socorro com muita frequência, referindo falta de ar. Nestas passagens pelo P.S. era, segundo ela, diagnosticada como asmática e tratada com corticóides. Passou a “viver em hospitais”, tratando-se em várias especialidades, buscando inclusive hospitais diferentes, paralelamente.

Seu tempo era inteiramente ocupado por estas peregrinações, não havendo possibilidade ou interesse em qualquer outra atividade. O quadro clínico de M. era considerado crônico, com aproximadamente 16 anos de tratamento médico.

Enumeramos, a seguir, suas queixas e os tratamentos referidos. Vale a pena lembrar que M. relatou seus sintomas físicos com clareza, dizendo por onde passava, as medicações utilizadas e as complicações que tinha em decorrência do uso destas.

- Falta de ar e rouquidão. Crises agudas descritas por ela como incapacitantes.

- Consequências da menopausa/climatério.

- Relatou que operou a bexiga, mas que “continuava do mesmo jeito”.

Referiu que ia ao banheiro muitas vezes num período curto de tempo e, em alguns momentos, não “segurava a bexiga”. Disse: “não sei se preciso de cirurgia de novo”.

- Osteoporose, artrose, artrite, fibromialgia, bico de papagaio. Disse que foi encaminhada, além da reumatologia, para a ortopedia para tratar da osteoporose. Estes sintomas, segundo ela, exigiam tratamento medicamentoso e fisioterapêutico.
- Relatou possuir “Diabetes tipo 2” há 5 anos. Comentou: “os corticóides usados para o problema da asma causaram o meu diabetes”. Além disso, referiu a obesidade. “Tenho que emagrecer, mas não consigo. Os corticóides também fizeram isso. Tenho que perder peso por causa do problema da coluna. Uso uma bengala, mas deveria usar duas, por recomendação do médico. Ele tem medo que eu caia... se eu cair, vou me arrebentar toda... tenho os ossos fracos”.
- “Fico direto com problemas no estômago, porque tomo muito comprimido. Tive até começo de úlcera”.
- Alegou sentir dores no peito; disse ter “coração grande”, sentir taquicardias e pressão alta.
- Referiu, ainda, ter pedra no rim.

Ao falar de todos estes sintomas, a própria paciente se surpreendeu e disse: “Minha vida é uma novela. Vivo direto indo para o hospital. Tô ficando de saco cheio. Quero mudar de vida, me divertir. Acho que devia me mudar para a Bahia”. Estou cansada da “Estação Clínicas” (do metrô).

No momento em que M. passou a discorrer acerca de seus sintomas com propriedade, o analista fez questão de tomar nota durante a sessão, como uma maneira de dar ênfase ao que estava sendo exposto. A surpresa da paciente diante de toda aquela

lista também se deu em virtude de não ter ouvido, do analista, nenhum comentário que menosprezasse seu sofrimento. Foi feita a acolhida e o convite ao trabalho psicanalítico – esta foi nossa posição adotada.

Na semana seguinte, M. voltou para a sessão queixando-se que sua médica havia dito, de maneira incisiva, que ela não tinha asma... Que ela não tinha nada, que seu problema era nas pregas vocais e que era prejudicado pelo “nervoso”. M. ficou muito irritada e disse: “se eu não tenho asma, como é que eu tomo corticóides há mais de 10 anos?”.

Nesta sessão, M. falava de sua relação com os significantes da ciência (os diagnósticos) de uma forma bastante afetada, como se estivesse denunciando um roubo. Nossas intervenções foram na direção de fazê-la perceber a particularidade deste posicionamento. Isto acabou por evidenciar alguns pontos interessantes no que diz respeito aos sintomas da disfunção das pregas vocais em M. e em como esta paciente significou as informações da médica da equipe.

À proporção que a paciente falava de sua relação com o seu corpo e com o corpo clínico, ficava notório que M. não demandava, naquele momento, um abandono da sua condição de doente. Passou a se interessar pelo novo diagnóstico “disfunção das pregas vocais”, como se quisesse deixar algo no lugar de sua asma “roubada”. Quando apontamos isto em sessão, a paciente começou a relatar que, em alguns momentos, sentia como se a equipe “desconfiasse” de seu sofrimento, como se não tivesse crédito.

Algumas sessões se passaram em que o discurso de M. girava em torno de ter ou não ter asma, ter ou não credibilidade da equipe frente ao seu sofrimento. A partir deste

aspecto, foi possível convidá-la a falar sobre uma vida cuja credibilidade dependia de um sofrimento marcado no corpo.

M. comparecia às sessões de forma irregular, referindo crises e passagens em pronto-socorros e consultas médicas em diversos institutos do Hospital das Clínicas e também no Hospital São Paulo, onde era acompanhada no setor de Reumatologia. Esta foi, sem dúvida, uma das principais dificuldades enfrentadas. M. se engajava em um tratamento psicanalítico, mas, em algumas circunstâncias, também ofertava seu corpo marcado em diversas áreas da medicina. Inúmeras vezes M. chegava às sessões relatando ter sido submetida a procedimentos invasivos, exames complexos, caros e de alta tecnologia, vários deles com achados negativos.

Em alguns momentos, quando M. procurava o pronto-socorro do Hospital das Clínicas, acontecia de ser admitida, ora na enfermaria da Clínica Geral, ora no setor de Pneumologia e, mais freqüentemente, na enfermaria do setor de Imunologia Clínica e Alergia. Este fato acabava por não contribuir com uma maneira personalizada de assistir a paciente, culminando com o desencontro nos procedimentos adotados pelas diferentes equipes.

Por meio de discussões clínicas com os profissionais da equipe, foi possível discutir um plano de assistência em que estas demandas de M. pudessem ser acolhidas, sem, no entanto, insistir no arsenal tecnológico de investigação, mantendo um tratamento cuidadoso e ético. M. passou a ser acompanhada, no que dizia respeito ao quadro respiratório, pelos profissionais do Serviço de Imunologia Clínica e Alergia.

Foi realizada a avaliação por meio da nasofibrosopia e constatada a disfunção das pregas vocais. Como procedimento no Serviço, M. foi encaminhada para avaliação e tratamento fonoterápico.

Do nosso lado, resolvemos, estrategicamente, aumentar a quantidade de sessões passando então a 2 encontros semanais. M. passou a comparecer às sessões com uma maior regularidade. A partir de um convite a falar de “seu desamor”, M. pôde, aos poucos, deixar de lado a sua lista de enfermidades e discorrer acerca de sua existência.

Ao falar de sua filha, naquele momento com 16 anos, M. percebe que não tinha sido uma mãe muito presente. Na verdade, sua filha tinha ficado quase todo o tempo sob a responsabilidade da avó – com quem M. morava, e que, se pudesse contabilizar o tempo em que passou internada ou em consultas médicas, pouco ou quase nada tinha sido destinado aos cuidados maternos.

Com o decorrer dos atendimentos, tendo estabelecido uma relação de transferência de saber com o analista (ou seja, supor que o analista soubesse o que fazer para livra-la do sofrimento), M. passou a questionar toda aquela forma de gozo a que se submeteu durante muito tempo em sua vida e a suportar uma não-resposta do Outro. Tentou, incansavelmente, obter uma justificativa para o seu sofrimento. A princípio, atribuindo uma significação cínica: “a culpa foi daquele homem”, para em seguida, se deparar com sua paralisação, com seu engessamento no que dizia respeito ao desejo.

Quando questionada a respeito da primeira crise respiratória, M. voltou à cena, dizendo que estava trabalhando na fábrica de costura, quando teve a impressão de ter ouvido de uma de suas colegas que o seu ex-namorado estava lá e queria falar com ela. Descreve o acontecimento como um “grande susto” que culminou com um desmaio,

seguido de falta de ar. Foi levada a um serviço de emergência e, a partir daí, as crises passaram a ser recorrentes. Ensaia atribuir significações relacionando a crise respiratória à presença x ausência do homem amado.

Ao ser pontuado que as crises respiratórias eram acompanhadas de disfonia, tosse e rouquidão, M. começou a discorrer a respeito do que deveria ter dito ao pai de sua filha e nunca teve coragem de fazer. Referiu, também, que esta sua problemática prejudicou sua filha, pois não teve coragem de cobrar uma pensão. Disse que, em alguns momentos, ele “mandava um dinheirinho” para ela por intermédio de terceiros.

Outro deslocamento parecia ter se presentificado no tratamento de M. o que antes girava em torno da presença ou ausência de ar – tendo como foco a respiração, passou para um dizer ou não dizer, evidenciado a voz. M. resolveu procurar o pai de sua filha e estabeleceu contatos telefônicos, com efeitos significativos em seu tratamento.

Lamentou as noites em que passou internada nos prontos-socorros da cidade, tendo recusado convites de suas amigas para participar de bailes ou forrós. A justificativa era imediata: “vou ter crise de asma”. A partir daquele momento, uma nova questão era estruturada em seu discurso: como se mostrar bela e atraente agora, já que os corticóides a fizeram ficar “inchada e feia”? Como era possível retomar uma vida social, com tantas conseqüências no corpo para tratar?

O que se evidenciou foi uma interrupção nas crises respiratórias com ausência de passagens em serviços de emergência. M. passou a vir às consultas médicas agendadas e surpreendeu a equipe médica com uma posição menos queixosa, apesar de “necessitar” de cuidados médicos, talvez para toda a vida, em decorrência de seu período “nebuloso”.

M. passou um período de aproximadamente um ano sem ter tido crises respiratórias nem passagens em setores de emergência, tempo em que recebeu alta dos atendimentos conosco. Até que, mais recentemente, procurou o Instituto do Coração queixando-se de dor precordial. Frente à queixa apresentada, foi realizado um cateterismo, que não evidenciou alterações.

Em retorno ao nosso ambulatório, após consulta médica, M. disse que tudo ocorreu porque sua filha “resolveu” se casar com um rapaz que ela desaprovava, deixando-a muito “nervosa”. Relatou que, mesmo assim, resolveu comprar alguns eletrodomésticos, a pedido de seu genro, para montar a casa deles e ele não estava cumprindo com o pagamento, por ter perdido o emprego. Todos estes fatores, segundo M., contribuíram com sua crise recente. M. encerra a sessão dizendo: “que falta faz um marido!”.

7.2 A paixão segundo H.

H. é uma jovem senhora evangélica de 54 anos cuja aparência lembra uma mulher de 70 anos. Foi encaminhada para tratamento em nosso setor após ter sido submetida à avaliação médica e constatada a alteração nas pregas vocais. Refere ter iniciado o tratamento no Hospital das Clínicas há três anos, apresentando crises de falta de ar frequentes. Antes do seu ingresso no HC, tratava-se em um Posto de Saúde em sua região, onde, segundo ela, não obtinha mudança alguma em seu estado clínico.

Logo na primeira entrevista, H. não se apresenta queixosa quanto aos problemas respiratórios, nem parece ter dado muita importância ao fato de seu encaminhamento ter

sido feito em função desta problemática. Até sugere um certo contentamento em ser atendida e ter estado no hospital durante todo o dia. Seu discurso querelante, porém, é logo em seguida exposto ao falar de sua família.

Diz que sua vida se transformou quando um de seus três filhos foi diagnosticado como possuindo Síndrome de Down: “Ele não tem aparência diferente, por isso demorei a perceber”. J., seu filho, hoje com 27 anos, é descrito por H. como sendo totalmente dependente de seus cuidados, o que a faz dedicar grande parte de seu tempo a estas atividades: “Não saio sem o J. para lugar nenhum. Não me separo dele. Até quando eu preciso ir ao P.S. ele vai para lá e pede para me ver um pouquinho. Todos lá conhecem o meu filho”. Conta que, quando precisou fazer uma cirurgia, o serviço social fez um cartão autorizando a visita do filho 2 vezes por dia.

Para justificar sua relação “apegada” com J., a paciente conta que seu filho “come feito um porco” e que o mais difícil tem sido lidar com a sexualidade exacerbada dele: “J. esfrega a mão na roupa (na região dos genitais) até elas ficarem em frangalhos. Ele gasta, praticamente, uma cueca por semana”. Refere, ainda, que J. conversa sozinho e que, nestes momentos, dá nome à esposa e filhos que um dia pretende ter. J. está em uma escola especial e em tratamento com um psiquiatra – que a paciente considera ineficaz.

Sua intensa paixão por J., carregada de sentimentos de culpa, assim é descrita: “Temos que morrer no mesmo dia, pois, se ele morrer primeiro eu não vou agüentar. Se eu morrer antes, ele morre junto. Além disso, ninguém vai saber cuidar dele”, e completava: “Estou aqui com você, mas meu pensamento está em casa, com o J.”

Descreve seu marido, 63 anos, como um aposentado que não tem “a mínima condição de cuidar do ‘filho doente’”. Um de seus filhos está casado com uma esposa que não “suporta a presença de J.” e o outro filho, T. (o mais novo, com 18 anos), tem deficiência de crescimento: “Não pensa em trabalhar, não fala em namorar e não sai de casa”. A paciente refere que T. “morre de vergonha de J.”

Quanto à sua vida conjugal, diz viver com o marido como dois grandes amigos. Não têm mais atividade sexual desde que operou útero e ovário, há 3 anos.

H. só incluiu o “problema respiratório” em seu discurso quando foi questionada. Alegou que tinha crises respiratórias esporádicas e que o agravamento se deu três anos depois do nascimento de J. Neste momento, nossa intervenção se deu no sentido de investigar se a paciente estabelecia alguma relação entre os fatos - apesar da obviedade, no que a mesma refere: “Quando J. ficava agitado e eu tinha que dar chineladas nele, eu ficava com muita falta de ar. Aí eu sentava e pedia a Deus para melhorar”.

H. comparecia às sessões, em média, uma vez por mês, alegando dificuldades financeiras e a distância de sua residência. Durante boa parte do seu tratamento, H. falava de sua relação com J. e, em sete meses de tratamento, não havia sido possível qualquer tipo de intervenção capaz de fazer vacilar a posição de “sofro porque meu filho sofre, é discriminado, é rejeitado”. Por outro lado, H. começava a se questionar acerca da diminuição de suas crises respiratórias com as “saídas para vir ao psicólogo”.

Efetivamente, sua posição junto à J. só cambaleia quando um fator “externo” ao tratamento acontece. H. conta que seu marido havia comprado um canário belga e que esta ave (que era o “xodó do marido”) estava tão habituada à gaiola que nem sabia mais voar. H. descreveu uma cena que, segundo ela, fez ficar “encucada”: estava na cozinha

quando viu o marido abrir a gaiola do canário em cima da pia do quintal. Viu o pássaro sair da gaiola “andando”, tomar um banho numa vasilha que o marido havia colocado ao lado e depois voltar para a sua “prisão”. Este significante, depois de ter sido enfatizado pelo analista, foi apropriado pela paciente, que discorreu durante toda a sessão acerca da maneira como ela mesma tinha se acostumado à situação em que vivia. Diz: “Se meu filho fosse perfeito, eu não seria esta H.” Neste momento a paciente foi questionada: “A outra H. teria falta de ar?”, no que ela responde com um “não” enfático, que é seguido do corte da sessão.

No atendimento posterior, com uma sessão marcada para o dia 23/09 às 11h, H. comete um ato falho e chega para a sessão às 09h. Só quando esta é iniciada é que H. percebe que o 09 que ela mesma havia escrito no papel não dizia respeito ao horário, mas sim ao mês.

Começa a sessão com um humor nunca antes observado, dizendo que estava com vontade de viajar: “Queria voar, mas não posso”. Conta que umas senhoras da sua religião a convidaram para um chá e ela resolveu ir, enquanto J. estava na escola. Descreve esta atividade como tendo sido uma das mais prazerosas dos últimos tempos. H. retorna a um convívio social e passa a discutir com o marido acerca da possibilidade de usarem lubrificante para contornar o ressecamento vaginal decorrente da cirurgia ginecológica a que se submeteu.

Nas sessões seguintes, H. refere ausência de crises respiratórias. Porém, quando questionada acerca do que ela imaginava que havia contribuído para esta mudança, H. atribui a um novo medicamento (Symbicort) prescrito pelo seu médico. Em seguida diz: “Vir aqui também faz com que eu pense na minha vida”. H. continua em tratamento.

7.3 Arquivo vivo, arquivo morto

O relato clínico que descrevemos a seguir inclui alguns recortes de apenas duas sessões. L., uma paciente de 53 anos de idade, uma das pacientes diagnosticadas como possuindo disfunção das pregas vocais e encaminhadas para tratamento conosco, já havia sido convocada, por telefone, para uma entrevista inicial, mas alegou impossibilidade em comparecer, pois morava em uma cidade litorânea distante da capital e sua condição física, segundo ela, impedia seu deslocamento para o tratamento. Porém, mostrou-se muito interessada em falar de si e perguntou se a entrevista não poderia ser agendada no dia em que viria para a consulta médica.

Logo após sua consulta médica, L. veio para a entrevista apresentando problemas respiratórios. Pesando mais de 150 kg (com 1,65 de altura), teve muita dificuldade para começar a falar. Iniciou falando de sua obesidade e referiu ter apnéia do sono. Pediu muitas desculpas por interromper várias vezes o seu discurso com tosses e usos da “bombinha”.

Em seguida, a falta de ar foi se intercalando com muito choro. Interessante foi observar que, à medida que L. ia falando, a voz passou a substituir a dispnéia e o choro.

“Eu não era assim... Você não imagina como eu era uma mulher bonita. Aquele trabalho acabou comigo”. L. usava muitas bijuterias. Suas orelhas possuíam, cada uma, cerca de 4 furos, todos eles com brincos. Seus pulsos tinham, em média, 6 pulseiras trabalhadas artesanalmente. Seu vestido, em estilo indiano, acompanhado de todos estes acessórios, faziam dela uma mulher obesa mórbida com pouco ar que insistia em dar vida a um corpo “estragado”.

L. disse que sua vida foi transformada em virtude do seu trabalho. Do que ela se lembra, sua primeira crise de falta de ar aconteceu pouco depois de ter passado mal durante uma audiência em que ela, que trabalhava como escrivã, teve que registrar uma história de um assassinato “bárbaro”. Tal história referia-se a um caso em que o marido havia assassinado a esposa a facadas. L. refere ter ficado “chocada” com a frieza e a “falta de verdade” com que o réu relatava a história do assassinato.

Depois deste processo, L. passou a ter crises de ansiedade seguidas de “pânico”, que culminaram com o afastamento das atividades. Passou a receber “auxílio doença” e a frequentar prontos-socorros para tratamento das crises, que passaram a ser acompanhadas de falta de ar.

Quando a paciente foi questionada acerca do que a fazia ficar sem ar, passou a falar de sua relação conjugal, descrita por ela como sendo muito tumultuada. Conta, em detalhes, as brigas com o marido e, em sua descrição, começa a se delinear os padrões de identificação que fizeram com que L. “passasse mal” após ter escrito o processo referente ao assassinato “frio”.

Depois de ter discorrido sobre as discussões com seu esposo antes de ficar doente, L. passa a enumerar a situação atual. Disse que seu marido tinha, praticamente, se transformado junto com ela. “Até parece que ele adoeceu junto, porque me acompanha em todas as minhas consultas e internações... Ele está aí fora, você não o viu?”.

Apesar da falta de ar e do choro no início da consulta, não era muito claro por onde passava o sofrimento de L. Por isso, resolvemos questionar, intervenção que fez com que a paciente voltasse a chorar copiosamente. Disse que seu sofrimento residia em

estar “gorda e feia”. Passou a discorrer acerca dos efeitos colaterais da medicação e dos prejuízos na sexualidade em decorrência do peso.

Além disso, L., começou a falar dos problemas enfrentados com um de seus filhos (são três, ao todo) que estava envolvido com drogas e que trazia prejuízos financeiros recorrentes.

Quando foi convocada a retomar a discussão sobre as transformações em decorrência da escrita do caso envolvendo o assassinato e em que aquela história estava relacionada à dela, L. disse que aquilo poderia acontecer em qualquer família, no que acrescentamos, pela lógica, “inclusive na sua”. Neste momento, a paciente pede para que a sessão seja encerrada alegando que ela e o marido precisavam “evitar o horário de pico na descida para o litoral”.

Foi agendada outra entrevista, coincidindo com seu retorno para a consulta médica, 1 mês e meio depois.

Nesta sessão, L. traz filé de siri congelado para o analista, que, surpreso, pergunta o motivo do “presente”. L. disse que era algo típico de sua cidade, e que o presente era para dizer que tinha se lembrado da “consulta” no período que intercalou as sessões. Brincou, dizendo que era porque o analista estava muito “magrinho” e que precisava comer bem.

Passou a maior parte da sessão falando de seu filho e dos problemas enfrentados com ele. Quanto à sua situação, disse que continuava a mesma, mas sua relação com o marido havia melhorado muito “ele cuida de mim muito bem”. Completou: “Não gostaria de voltar a falar sobre o meu trabalho de escritã. Aquilo é ‘arquivo morto’”. Com esta afirmação, o analista fez uma intervenção dizendo que o “morto” e o “vivo”

pareciam estar bem atuantes e presentes. Porém, a paciente não estava mesmo disposta a falar, mudando o assunto para “banalidades litorâneas”. Disse que sua “asma” estava relativamente controlada e que seu problema mesmo era estar “gorda” e “feia”.

Foi dito para L. que, se aquela era a sua problemática, trataríamos disso. “Fale disso!”. Mas L. também não avançou muito. Nova entrevista foi agendada, mas, um dia antes, L. ligou dizendo que ia passar a ser tratada num hospital mais próximo à sua cidade. Agradeceu a atenção e não voltou mais.

Neste caso, talvez tenha havido precipitação do analista ao ser demasiado incisivo em querer saber a respeito da cena associada ao início da crise.

O afã do “pesquisador” parece ter eclipsado o desejo do analista. Com isto, perde-se o “encontro marcado” com o sujeito do inconsciente, produto da associação livre.

7.4 Quem tem falta de ar vai a Roma, e não a Buenos Aires

No atendimento a pacientes que apresentam algum tipo de disfunção respiratória, é comum ouvirmos relatos de que as crises são atribuídas ao clima e a poluição do ar em São Paulo. De fato, sabemos que estes fatores interferem significativamente no quadro clínico de alguns pacientes, principalmente em momentos em que o clima da cidade fica mais seco. O caso da paciente I. envolve questões geográficas, mas de uma maneira particular.

I., uma paciente de 55 anos, viúva, ao iniciar o seu tratamento conosco, vem queixar-se, também, de seu caso não se tratar de asma, como havia acreditado, e sim de disfunção de pregas vocais.

Alegou que suas crises a acompanham desde sua infância, mais especificamente desde os 7 anos de idade. Contou que sua família teve que sair da Itália por motivos financeiros e em consequência da Segunda Guerra Mundial. Chorou muito ao descrever a vinda de sua família e as dificuldades enfrentadas nos primeiros anos em que viveram no Brasil.

I. tinha acreditado até bem pouco tempo que sua falta de ar era asma e que estava relacionada às diferenças climáticas típicas da cidade de São Paulo. Relata que sempre sofreu muito com suas crises, com uma infância cheia de limitações e com o trabalho que dava para sua mãe. Porém, quando ouviu de seu médico que seu problema poderia não ser asma, “a dor só aumentou”, porque, além de tudo, passou a se sentir muito “culpada” por ter vivido assim uma vida inteira.

Disse que, quando o médico havia sugerido que ela iniciasse um tratamento com o psicólogo, a princípio ficou incomodada porque achou que ele acreditava que ela estava “fingindo”, mas que resolveu vir porque estava curiosa. Ainda mais porque o médico tinha falado que era para participar de uma “pesquisa clínica”.

Fez várias perguntas acerca da pesquisa, dizendo que achava muito interessante que alguém resolvesse estudar a história dela. Acreditava ter muito o que dizer e que, ela mesma, estava muito interessada “nessa coisa de pregas vocais”.

Depois de muito discorrer sobre as passagens em prontos-socorros, uso de medicamentos, constrangimento em usar a “bombinha” em público, sua “fobia”

relacionada à fumaça de cigarro e sua luta diária contra os ácaros (fazia faxinas intensas e diárias em sua casa), entre outras coisas, percebemos que I. trazia para a sessão um discurso pronto, quase que escrito, sugerindo uma anamnese. A partir desta constatação, resolvemos fazer uma intervenção no sentido de identificar um ponto que favorecesse uma implicação da paciente em seu tratamento.

Questionamos o que fez com que a paciente se sentisse “culpada” após ter ficado sabendo que sua falta de ar tinha relação com a disfunção das pregas vocais. I. começou a chorar, iniciou uma crise respiratória acompanhada de disфонia e, com uma voz entrecortada, disse: “já sofri muito nesta vida... mas talvez minha mãe tenha sofrido muito mais”.

Continuou falando do sofrimento dela e de sua mãe, dizendo que o momento em vieram para o Brasil tinha que ser de cooperação e não de sobrecarga. Falou também que tinha muito clara em sua lembrança, a cena em que seu pai ajudava a família a entrar no navio. Ao dizer isto, passou a tossir muito e incessantemente. Apesar dos convites para voltar a falar, a paciente não conseguia prosseguir a sessão, que foi encerrada em seguida.

Na sessão seguinte, I. discorreu sobre seus 2 filhos, ambos adultos, mas que, apesar de casados, eram totalmente “dependentes” dela. Sua filha, com 35 anos e separada do marido, foi descrita como descuidada, obesa, desempregada e que não fazia mais nada a não ser ficar no computador em salas de bate-papo. Seu filho, 27 anos, era um “perdido na vida”, envolvido com alcoolismo, não cansava de lhe pedir dinheiro emprestado para pagar dívidas em bares. I., após descrever sua vida familiar, disse que seus filhos lhe davam tanto trabalho que até parecia que era “praga”.

Trazendo, mais uma vez, uma pré-interpretação acerca de si mesma, I. soltou a seguinte frase: “eu mereço isso!”. Em seguida, retomou a fala que envolvia sua culpa diante de sua doença, falando mais de sua relação com seu pai, até então pouco explorada.

Disse que era considerada o “xodó” dele quando moravam na Itália, mas que ao virem para o Brasil, tudo foi modificado. Fala que a posição que obtinha frente ao pai era devido ao fato de ser a filha mais nova. Além disso, seu nome havia sido escolhido por ele. Seu nome, ela descobrira mais tarde, tinha sido posto em homenagem à primeira namorada do pai: “minha mãe sempre odiou esta história... mas foi ela mesma quem me explicou tudo”.

Logo após falar disso, começa a contar sobre sua relação conjugal, dizendo que seu casamento era mesmo um fracasso. Via seu marido apenas como aquele que pôs seus filhos no mundo, mas que nunca tinha se apaixonado por ele. Quando ele morreu, sentiu uma estranheza que não conseguia entender até hoje. Não teve vontade de chorar. Chorar mesmo, disse ela, foi quando seu pai faleceu. “Até parecia que estava tudo invertido, eu chorava muito, cheguei a passar mal quando meu pai morreu. Já minha mãe estava bem mais calma. Que coisa louca, não é?”.

I. faltou à sessão seguinte e desmarcou outras duas na sequência. Quando retornou ao hospital, cerca de um mês depois, disse que tinha passado muito mal, que sua tosse havia piorado e que tinha procurado um pronto socorro sentindo-se muito mal. Quando questionada acerca do que acreditava ter ocasionado tudo aquilo, a mesma disse: “Fui para o P.S com a certeza que tinha câncer no pulmão. Não podia ser outra

coisa, estava para morrer... mas fiquei muito pior quando a médica fez os exames e não encontrou nada. Você sabe o que ela me prescreveu? Tranqüilizante na veia! Pode?”.

A partir destes acontecimentos, I. adota um posicionamento diferente em sua análise. Sua questão passou a ser em torno de precisar ter uma doença ou sofrer com os filhos para poder suportar ter sido a “escolhida” do pai, aquela que receberia o nome da “primeira mulher” dele.

Como consequência do que havia sido exposto nas sessões, I. costumava associar “tranqüilizante” à palavra “humilhante”, e passou a expor seu desejo de se desvencilhar de seu destino de ter que pagar, adoecendo.

Resolve dar um basta na relação de dependência dos filhos para com ela e passa a estabelecer como meta viajar para Roma, com a intenção de rever alguns parentes.

Após 4 meses de tratamento, I. chega à sessão dizendo que, se fosse contabilizar o dinheiro que gastou com o tratamento para as suas crises, já teria ido várias vezes à Itália. Falou, também, que estava com suas passagens compradas e que passaria o natal “na Europa”.

Quando retornou de sua viagem, I. compareceu à sessão “para agradecer” pelo tratamento e para dizer que estava decidida a morar em Roma. “Lá eu estou mais perto das minhas origens e não preciso ficar me torturando. Tenho o mesmo nome daquela mulher que meu pai amava, mas não sou a culpada do relacionamento morno entre ele e minha mãe. Além disso, o ar de lá é de fazer gosto”. I. está em processo de mudança para a Itália.

7.5 Carta ao pai

J., 37 anos, casada, 3 filhos, evangélica, do lar, foi encaminhada com diagnóstico interrogado: “broncoespasmo e suspeita de disfunção de pregas vocais”.

A paciente foi submetida ao exame clínico por meio de nasofibrosopia (exame realizado pela mesma médica que a encaminhou), sendo então diagnosticada a DPV.

Quando convocada para o tratamento conosco, J. compareceu ao ambulatório com duas irmãs e, ao ser chamada para o início do atendimento, questionou se uma delas poderia acompanhá-la na sessão. Ao iniciar a sessão, sem a acompanhante, J. demonstrou desconforto e grande dificuldade para falar. Iniciou seu discurso dizendo que seus problemas aconteciam porque se sentia mal ao ser criticada por sua irmã (a mesma que queria incluir na entrevista), o que a fazia ficar angustiada, perder o sono e ter crises respiratórias.

Neste momento, J. confessa que, frente a qualquer situação que a deixa incomodada, quando os sintomas respiratórios, seguidos de tosse e disfonia aparecem, a mesma se dirige a uma farmácia do bairro e, sem recomendação médica, pede que lhe apliquem uma injeção de “Diprosan”. Segundo a paciente, este comportamento havia se tornado freqüente nos últimos 2 anos, e que a injeção era administrada mensalmente. Quanto a esta atitude, J. diz ficar muito incomodada, principalmente porque observa que esta medicação a faz ficar “inchada de gorda” e que a “bombinha” que usava não servia nestas ocasiões.

Expôs que o pai era alcoolista e que sua família teve muitos problemas com isso. Referiu que o mesmo chegava em casa alcoolizado, discutia com a esposa e quebrava

tudo. Contou que, em uma ocasião, quando tinha cerca de 8 anos, seu pai, após ter bebido muito e ter discutido com sua mãe, a abraçou, “apertou” com força, o que a fez ficar “desesperada”, achando que ia morrer. Referiu que foram segundos que pareceram demorar uma eternidade. Foi salva pela mãe, que a retirou dos braços dele. Referiu-se a isso como “um carinho que a machucou e a deixou apavorada”.

Descreveu sua mãe como sendo passiva e sofredora. Relembra os momentos em que o pai, bêbado, quebrava coisas em casa e maltratava a mãe com palavras agressivas. Disse sentir muita raiva do pai ao falar destes momentos e que sua vontade era a de fazer com que sua mãe não fosse tão incompreendida pelo pai – fato que, segundo ela, acontece até o presente.

Utilizou com ênfase, na primeira entrevista, o significante “aperto” – que foi por nós pontuado, e dizia que o que a apertava, naquele momento, era a sua irmã.

Descreveu o meio onde morava como sendo repleto de familiares. Disse morar “porta com porta” com sua irmã L. e disse também que as críticas feitas a ela eram percebidas no “jeito atravessado” com que as irmãs a olhavam. Referiu não conseguir tomar posição alguma quanto a estas suspeitas envolvendo as irmãs, a não ser se “trancar” dentro de casa.

Após ter construído esse enredo familiar em que se sentia como a excluída, pelo menos no que dizia respeito às irmãs, associou suas crises respiratórias a esta forma como se percebia tratada por elas, alegando que suas irmãs certamente falavam mal dela, embora não soubesse precisar o conteúdo de suas suspeitas.

Na segunda entrevista, disse que não pretendia ficar falando mal das irmãs, principalmente de L., pois não sabia se isto era correto: “Eu vou vir aqui para falar mal da minha família?”.

Apesar de ter se perguntado se sua fala teria que versar a respeito da trama familiar, sem demora, retomou os acontecimentos envolvendo suas irmãs, como se estivesse tomada por isto e não pudesse falar de outra coisa. Relatou, então, um episódio em que sua irmã não gostou quando J. não a ajudou a “arrumar a casa”, demonstrando seu descontentamento fazendo “cara feia”. J. referiu ter passado a noite sem dormir e resolveu, no dia seguinte, conversar com L. Após esta conversa, sua irmã L. teve um desmaio que obrigou J. a socorrê-la: “Tive que passar álcool no corpo dela para que ela acordasse do desmaio”. Este acontecimento foi seguido, de acordo com a paciente, de pedidos insistentes de desculpas e muito choro. Choro que também apareceu em abundância nesta sessão, seguido da frase: “meu problema é chorar demais”.

Continuou dizendo que sua irmã L. criticava várias outras coisas, inclusive a relação de J. com o esposo: “Você ia cair duro se eu dissesse tudo o que acontece”. Neste momento, foi dito para J. que ela não iria precisar passar álcool em todo o corpo do analista e que ela podia falar. Riu, desconcertada, com a intervenção feita e continuou com as queixas. Ao final da sessão, a paciente pediu desculpas, várias vezes, antes de sair e disse que toda a família teria que fazer aquele tratamento.

Na sessão seguinte, iniciou prometendo não chorar, embora já estivesse chorando. Comentou que já havia recebido alta do tratamento médico, referindo que a médica havia constatado que ela não tinha problemas pulmonares: “A Dra. falou que o problema é nas cordas vocais”. Nesta sessão J. teceu comentários mais específicos em

relação aos sintomas respiratórios e ao tratamento. Comentou que tomava os comprimidos a cada 12 horas e que, quando ia chegando perto de tomar a dose seguinte, já começava a ficar com falta de ar. Falou, também, da vergonha em usar a “bombinha” em lugar público.

Continuando com suas queixas em relação à irmã, recordou-se de um episódio em que ela e o esposo passaram um tempo morando na casa de L. e que, em uma certa manhã, sua irmã a advertiu que eles deveriam ter mais cuidado ao transar, pois tinham feito “muito barulho” na noite anterior. J. demonstrou muito incômodo ao abordar este tema, acrescentando, com dificuldade: “Até com meu marido, tive que ficar de boca fechada”.

Apesar de J. passar a vir às sessões regularmente uma vez por semana, iniciava cada sessão falando das dificuldades encontradas na sua vinda ao tratamento. Toda sessão se iniciava com um discurso padrão, referindo não saber o que dizer naquele dia, questionando a necessidade e a eficácia do tratamento. Com frequência, perguntava até quando teria que vir: “Até quando eu vou ter que ficar vindo aqui? Que coisa chata! Vou ter que vir aqui falar mal das pessoas?”.

Devido a fatores particulares no atendimento ambulatorial, as sessões não se davam numa sala fixa, fazendo com que alternássemos o local, de acordo com a disponibilidade das salas. J. denotava um incômodo considerável frente à presença do analista, e em uma situação em que o atendimento da paciente se deu em um consultório médico, a mesma demonstrou excessiva angústia. Quando questionada acerca do motivo daquela sensação, J. responde: “É que minha irmã havia me perguntado se eu deitava no divã para que você me atendesse. Eu disse a ela que não; falei que na sala do psicólogo

nem tinha divã, mas nesta aqui tem essa cama (maca). Aí eu fiquei com medo de que você me mandasse deitar”.

Nesta sessão, ao ser convidada a falar deste “medo” de ter que deitar, J. fala que tem sido extremamente difícil para ela, ser atendida por um homem. Conta que, naquele dia, os ônibus estavam em greve e quando estava se arrumando para sair, seu pai disse: “Você vai ao psicólogo mesmo com greve de ônibus?” Esta fala fez com que a paciente se sentisse “muito mal”, porque, segundo ela, a frase do pai soava enigmática. Frente a isto, a paciente interpretou que o pai poderia estar “desconfiando” do que ela vinha fazer no hospital. Além disso, um comentário de uma das irmãs, no mesmo dia, colaborou com isto. Segundo ela, a irmã perguntou: “Para onde você vai, tão arrumada desse jeito?”. A este discurso, seguiu-se uma crise intensa de choro. Quando questionamos o que tudo aquilo causava na paciente, a mesma respondeu: “Não tem como você me encaminhar para uma psicóloga?”.

Quando do encerramento da sessão, J. disse que não estava em condições de se levantar porque suas pernas estavam “dormentes” e que sua pressão arterial havia “caído”. Frente a isto, dirigimo-nos (ela, com dificuldades) à sala da enfermagem para que fosse verificada a pressão arterial da paciente, no que a enfermeira, após fazer a verificação, disse: “Sua pressão está ótima. Você está novinha em folha”. J., envergonhada, levantou-se e se despediu, sem problemas para andar.

Para a paciente, neste momento do tratamento, parece-nos que o analista era apenas um homem. Ainda não era visto como um objeto ou uma função. Este aspecto não foi percebido com clareza por nós, que não incluímos na sessão aqueles sintomas. J. começava, então, a expor suas formações sintomáticas frente às situações em que o outro

denunciava os sinais do desejo dela: “barulho” do sexo com o marido, greve do ônibus, a maneira de se vestir e as intervenções do analista. Desde o “abraço” do pai, quando J. foi comprimida e nesta trama edípica, foi salva pela mãe, havia uma espécie de reação desesperada quando algo da sexualidade aparecia.

Frente a estes acontecimentos, passamos a nos questionar acerca do que pôde ter ocorrido para deslocar o sintoma da J. Construimos uma hipótese de que J. se preocupava em fazer adormecer os sentidos. Era como se a paciente não pudesse demonstrar que estava gozando. Não podia demonstrar que tinha satisfação ao vir para o atendimento com o analista. Precisava de autorização.

Em uma sessão subsequente, J. falou que procurou o pastor de sua igreja com a finalidade de comunicar a ele que estava falando de sua sexualidade com o psicólogo – procurou o pastor (pai) para responder sobre a sua sexualidade?

Segundo a paciente, o pastor a tranqüilizou e disse que “fazer tratamento com um psicólogo é assim mesmo, é para falar de tudo”. J. comentou a respeito do conteúdo que tinha exposto nas sessões, no que o pastor questionou se ela foi “abusada” quando criança. Este comentário passou a ser motivo de várias sessões, fazendo com que J. voltasse várias vezes, com muita angústia, à “cena do abraço”, na tentativa de deixar claro que não aconteceu nada além daquilo. Numa destas sessões, ao falar sobre a cena, J. teve um acesso de tosse intensa, passando a colocar sua mão no pescoço, referindo falta de ar, seguida de disfonia. Ao ser convidada a falar, J. expressou reação agressiva, perguntando enfaticamente se a sessão não já havia se encerrado. Diante da resposta negativa apresentada por nós, a paciente disse que não tinha mais nada para falar, que

não ia mais falar daquelas coisas. A sessão foi de fato encerrada, uma vez que a paciente não se dispôs mais a falar.

Antes de voltar para a sessão seguinte, J. entrou em contato telefônico conosco, falando que estava em crise e que estava pensando em ir à farmácia para tomar “a injeção”. Foi agendada uma sessão extra para o dia seguinte, após termos sugerido que a paciente, ao invés de tomar a injeção, pudesse falar de sua “crise”.

Após seu início habitual em praticamente todas as sessões, ou seja, expondo a dificuldade para falar de si, J. disse não ter tomado a injeção e que tinha tido crise porque, com o que foi falado na sessão anterior, percebeu que teria que discorrer sobre ela e o marido. Relatou uma espécie de ambivalência em relação a fazer sexo com ele, dizendo que, mesmo tendo muita vontade, ficava muito preocupada em não ser barulhenta. Contou que este “problema” fazia com que ela só se sentisse à vontade transando com o marido no chuveiro, atitude que já vinha ocorrendo desde o episódio em que a irmã dela a havia advertido do “barulho”. Ao ser questionada acerca disso, as únicas associações apresentadas diziam respeito ao fato de que lá, com o chuveiro ligado, o sexo era mais rápido e o barulho se confundia com o do chuveiro.

Diante da manutenção de um questionamento acerca do “fazer sexo no chuveiro”, J. passou a tomar esta situação (até então respondida pela justificativa de que lá o barulho era dissipado), como um enigma. Este enigma é o que a fez continuar falando de sua sexualidade, ainda com muita angústia, durante grande parte do tratamento. Referia oscilar sua vontade de transar com o marido com períodos de repulsa. Para isto, utilizava-se de diversas estratégias, inclusive a intensificação das crises de tosse, falta de ar e dores de cabeça antes de dormir.

Apesar da dificuldade em falar de temas que envolviam diretamente a sua sexualidade, J. passou a explicitar seu problemático envolvimento com o sexo. Com isto, J. dizia estar começando a perceber o que a deixava com falta de ar.

Em uma ocasião, J. leu na sessão uma carta que havia escrito:

Dr. Niraldo, hoje escrevi o que eu percebi de diferente. Eu acho que estou começando a perceber algo diferente.

Quando o meu esposo chegou em casa, senti algo diferente; ele chegou e me deu um beijo na face, mas eu queria na boca, mas é muito difícil ele fazer isso. Ele nunca me beijava quando saía para trabalhar, nem ao chegar em casa.

Gostei muito e fiquei com vontade de tocar no corpo dele, de sentir o toque dele no meu. Mas não o fiz, porque meu cunhado estava em casa; mas quando fomos à cozinha eu queria que ele me abraçasse; toquei nele, mas ele disse “não”, porque tinha gente em casa. Fiquei muito chateada.

Naquele momento, estava sentindo tesão por ele, mas depois passou, quando então fui para a igreja sozinha. Ao voltar para casa, pensei em nem encostar nele. Quando cheguei, já fui pegando as pastas para colocar em ordem e ele subiu para deitar e nem falou nada para mim, deitou e logo dormiu.

Fiquei deitada sobre o sofá alguns minutos e peguei na caneta para escrever para eu não esquecer de falar para você. Pensei no que poderia ter ocorrido para esfriar tão rápido o que eu estava sentindo por ele - aquela vontade imensa de transar aquela noite acabou de uma hora para a outra quando eu voltava para casa. Será que ele pensou o mesmo?

Eu estava arrumando as pastas e ele arrumando os papéis da firma, nós dois só assistindo. Em seguida, ele levantou e foi se deitar sem falar nada.

E eu fui deitar só na vontade de transar, depois que ele dormiu.

Os desdobramentos deste escrito na sessão foram interpretados pela paciente como um “veja como sou complicada”. Além disso, a paciente quis deixar claro que estava, aos poucos, conseguindo se dar conta das manobras que fazia em relação ao desejo.

Neste período, J. intensificou sua transferência em relação ao analista, e as sessões voltaram a ser marcadas por uma dificuldade em fazê-la falar. Eram freqüentes os comentários iniciais do tipo: “Vou ter que falar tudo de novo?” Ou então: “Não vejo melhora nenhuma com este tratamento, continuo tendo crises”.

J. iniciou o tratamento fonoterápico e dizia se queixar para a fonoaudióloga que o tratamento com o psicólogo era muito chato, porque tinha que ficar falando de sexo o tempo todo. Comentou que o tratamento fonoterápico era mais tranquilo, porque a Dra. ensinava exercícios de como respirar corretamente e de como ela deveria agir em momentos de crise.

Quando foram feitas intervenções no sentido de apontar para a paciente a dificuldade dela naquele momento do tratamento e da relação estabelecida, por ela mesma, entre as crises e os acontecimentos de sua vida, na sessão seguinte J. trouxe outra “carta”, desta vez, relatando um sonho:

(Dr. Niraldo, são 9:30 da manhã do dia 26/09, quando tive um sonho, corri, peguei o papel para lhe escrever o que sonhei).

Sonhei que você chegava com minha mãe no seu carro. Eu estava esperando você nas Clínicas para passar numa consulta que seria no dia 10/10. Mas, quando você entrou no hospital, eu me escondi, porque eu não queria falar nada (como sempre).

Depois fui até à recepção e a mulher disse que você não iria me atender, porque eu ficava me escondendo. Aí, então, fiquei muito desesperada, porque eu vinha de tão longe e não iria ser atendida. Conversei com a recepcionista; então veio o recado que você iria me atender.

Então você veio me receber e disse: “Vamos, há um lugar”. Pensava que fosse no hospital, mas me enganei; foi dentro de uma casa.

Você dizia para mim para eu não conversar com 3 pessoas. Eram a N., I. e R. Eu lhe perguntei: “Como é que você sabe disto?”, e fiquei muito assustada.

Depois chegava sua mãe e outras pessoas e ficavam sentadas conosco, escutando a nossa conversa. O assunto era a respeito das 3 pessoas.

Em seguida você começava a me acariciar, mexendo no meu cabelo. Eu adorava, mas sempre falando que estava com dor de cabeça - umas pontadas na minha cabeça. Mas a dor era porque estávamos falando das três pessoas.

Eu ficava com muito receio de conversar com você por causa daquelas pessoas que estavam ao nosso lado. Então você dizia: “Eu quero falar com a J. em particular”. Todos se levantaram e saíram.

Eu pensava: “O que é que ele vai falar? São coisas sobre eu e meu esposo”.

E continuamos a conversar, mas não me lembro o que era, porque nossa conversa foi muito rápida.

Chegava a minha mãe e dizia: “Vamos embora”. Eu falava: “Já estou indo”. Continuamos a conversar e depois fomos caminhando para a saída. Foi então que estávamos numa cozinha bem humilde e sua mãe me mandava sentar. Você também se sentou. E sua mãe me dizia: “Eu vou te dar um conselho...”.

Foi então que me acordei.

A convocação para que a paciente fizesse associações sobre o sonho levou a paciente a se apropriar de suas manobras de iniciar as sessões não querendo falar, “escondendo-se”. Falou que as três pessoas referidas no sonho são irmãs da igreja, que participam do grupo do coral com ela. Passou um tempo considerável relatando esta relação conturbada com o grupo do coral e disse que esta atividade (o coral), era algo que lhe dava muito prazer, mas que ela complicava tudo aquilo de que mais gostava. Chegou a questionar se o afastamento do grupo não seria o mais apropriado. Neste momento, tentamos convidar a paciente, por meio de uma construção, para o fato de as três pessoas descritas no sonho se referirem, não às colegas do coral, mas a um outro triângulo. A paciente rejeitou a construção, não tecendo maiores comentários.

Só posteriormente é que fomos perceber que o fato de termos aceitado que a paciente lesse o sonho escrito era, desta forma, uma manobra que dificultava o relato do sonho. Sabemos que um sonho, assim como qualquer formação do inconsciente, tem seu

valor no que é produzido como efeito de discurso – em seu relato e associações. Porém, talvez com a precipitação de nossa parte em fazer com que o tratamento prosseguisse, acabamos por desconsiderar uma das principais lições freudianas acerca da lógica do inconsciente. Ou seja, o mais importante não era o sonho em si, mas o que é falado dele. Era só desta maneira que é possível analisar os tropeços de linguagem que o sonhador pode ter ao apresentar o sonho. Além de tudo isto, também incorremos no equívoco de termos aceitado ficar com as “cartas”. A paciente tentou repetir este comportamento em outras sessões e, com isto, tivemos a oportunidade de apresentar outro posicionamento.

Como o recalcado insiste em se repetir e se fazer presente, algo do que foi exposto no sonho relatado acima retornou quando a paciente relembrou uma cena que lhe ocorrera anos antes.

Mesmo trazendo o material por escrito, J. foi convidada a falar sem ler. J. o fez, com dificuldades. Contou que, em certa ocasião, tinha pegado um ônibus e um homem que estava em pé ao seu lado começou a “esfregar” sua genitália em sua perna. Falou que, apesar do “pânico” que sentiu, não conseguiu ter reação alguma, ficando paralisada. Referiu que o homem chegou a ejacular em sua roupa, descendo do ônibus na parada seguinte. Disse que só conseguiu sentir medo depois que o homem já havia saído do ônibus. J. relatou este acontecimento como se estivesse em transe hipnótico, levando ao choro convulsivo em seguida.

Esta sessão fez com que J. falasse de sua “paralisação”, seu “adormecimento” frente a situações que envolviam medo/desejo. J., mais uma vez, teve uma crise de tosse e falta de ar durante a sessão, que foi regredindo à medida que a mesma falava as palavras: “medo, medo, medo”. Tais palavras foram, em seguida, associadas ao

episódio descrito no início do tratamento em relação ao “abraço apertado” que seu pai lhe havia dado.

J. foi convocada a construir um saber acerca das reações de dormência, falta de ar (fechamento muscular), tosse, “queda da pressão”, diante das situações que lhe confrontavam com seu medo/desejo. J. falou que, se pudesse, apertaria um “botão de apagar” a cada vez que estes acontecimentos viessem à sua lembrança. Porém, a mesma percebeu que esta situação não resolveria o problema, visto que sua vida se complicava a cada dia em decorrência de seus sintomas e de suas dificuldades com o marido. Referiu ter ficado aliviada ao ter falado “aquilo tudo”.

Neste momento, observamos uma diferença significativa entre as estratégias que vão à direção de adormecer os sentidos. A paciente, em sua alienação, “acreditava” que a solução seria deletar, não lembrar. Porém, seus sintomas faziam questão de retornar, insistentemente, com a finalidade de que algo fosse apreendido neste caminho pulsional. Questionamos, neste momento, se a prática da medicina feita de maneira indiscriminada – mesmo na intenção de promover um bem-estar nos pacientes, não teria aí também um efeito de adormecimento medicamentoso, levando àquilo que nomeamos anteriormente de alienação induzida. Uma das diferenças fundamentais entre o ato médico e o ato analítico é que, neste último, há um giro em que o sujeito é confrontado com seus elementos de gozo frente aos objetos de amor.

A possibilidade de ofertar um caminho outro para os sintomas desta paciente, a partir do trabalho psicanalítico, fez com que ela tivesse condições de tratar de seus acontecimentos corporais a partir de outra perspectiva. Claro está que, apesar de a paciente referir uma melhora considerável em seus sintomas como consequência do

tratamento analítico, isto não é o mesmo que dizer que estamos diante da cura da paciente no sentido psicanalítico.

Uma série de acontecimentos não foi esclarecida – se é que é possível de o ser, como, por exemplo, fazer sexo no chuveiro, e em pé. Sintoma que é eliminado, mas não localizado em sua fantasia. Além disso, a cena do “abraço” é possível que não tenha sido a causa de seus sintomas e sim uma repetição de um acontecimento ainda anterior. O que podemos inferir é que esta cena, cujo tratamento se dá na direção de fazê-la se descolar de sua materialidade, tem efeito de ficção (criação) e ao mesmo tempo de fixação (fixidez – represamento de satisfação pulsional).

Em sua primeira sessão de 2005, J. iniciou falando que se permitiu, no natal, dar um abraço demorado em seu pai e que resolveu, “do nada”, pedir perdão a ele. Comentou que seu pai reagiu bem, mas com surpresa. Segundo ela, seu pai ouviu aquilo como um pedido para abençoá-la. Os desdobramentos deste acontecimento foram associados por J. como estando relacionados às fantasias que ela chegou a expor em análise, referentes às dúvidas de ter sido ou não molestada pelo pai.

Apostamos que, durante o tratamento, quanto mais J. puder falar de sua sexualidade, menos risco haverá de atuação e/ou de consequências corporais.

Atualmente, J. continua em tratamento e tem discutido, recentemente, a possibilidade de encerrar o mesmo, uma vez que está se sentindo bem, voltou a estudar e passou a trabalhar. Diz que, ao invés de chorar por tudo, fala e canta. As atividades no coral da igreja se intensificaram.

Nossa hipótese é a de que a voz, objeto da pulsão em causa na paciente, tenha se desprendido do caráter de fixidez que existia anteriormente e que tem agora um outro fim, uma outra vicissitude.

8. DISCUSSÃO

O trabalho que agora discutimos e que foi desenvolvido em um formato onde o método clínico de pesquisa psicanalítica se constituiu o principal eixo, não transcorreu sem dificuldades ou sem críticas.

Desde o momento inicial, aquele em que fomos submetidos ao processo seletivo para a pós-graduação, foi necessário expor o método de pesquisa em psicanálise para outros profissionais da saúde – os que compunham a banca, interlocução esta que perdurou na apresentação do projeto de pesquisa junto à equipe de Imunologia Clínica e Alergia e aos profissionais do NAPA (Núcleo de Assistência e Pesquisa em Asma), onde também participamos de reuniões científicas.

A cada vez que apresentávamos a idéia da pesquisa obtínhamos como retorno uma gama de sugestões e comentários. Estes momentos foram considerados por nós como já sendo efeitos do trabalho e, portanto, já havia sido estabelecido um debate acerca da pesquisa em psicanálise.

Frente à proposta de desenvolver a pesquisa com o método psicanalítico, nossos colegas ofereciam sugestões quanto ao formato do trabalho e aos procedimentos que poderiam ser adotados, porém, grande parte do tempo da discussão girava em torno de como fazer com que o trabalho “ficasse mais científico”. Uma destas sugestões foi a de se ter um “grupo controle” que pudesse ser utilizado para comparar com as pacientes com DPV. A problemática, segundo o ponto de vista de alguns profissionais da equipe, era a de que os resultados obtidos com o tratamento só poderiam ser atribuídos ao método psicanalítico se fossem isoladas do caso algumas variáveis. Os questionamentos

apareceram da seguinte maneira: “Como dizer que a paciente melhorou com o tratamento psicanalítico e não com o fato de ela ter arrumado um emprego, por exemplo?”, “Por que você não *conversa* com outras pacientes com DPV sem utilizar o método psicanalítico e depois compara os resultados?”.

Todos estes momentos foram de extrema importância para a discussão do que consiste o método e o tratamento psicanalítico. Víamos nestes momentos uma oportunidade de discutir conceitos importantes para a nossa prática na instituição de saúde e observávamos que nossos colegas se davam conta que a nossa forma de fazer pesquisa não era sem rigor, e sim, não reproduzível nos moldes científicos a que estavam habituados. A este respeito, Dunker (2004) comenta:

Claro que o uso, puro e simples do método clínico é completamente anacrônico. Não por que ele não seja científico (basta voltar à história da medicina para constatar que ela inventa sua cientificidade por intermédio da ligação deste método com a anátomo patologia). Ou seja, o problema não está na cientificidade do método clínico, mas no fato de que ele se coordena mal com a **tecnociência**, o que é algo um pouco distinto da ciência.

Uma outra consequência importante destas discussões se deu a partir do momento que expusemos os achados de outros pesquisadores em relação à DPV. Com isto, os membros da equipe puderam expor suas opiniões, reportando-se em todos os momentos aos pacientes assistidos no setor. O debate saía do campo do teórico para discussões clínicas em forma de interconsulta, que acabava por favorecer o trabalho clínico tanto do operador da psicanálise – com as pacientes encaminhadas, quanto da

consulta médica, modificando a posição adotada frente às queixas e demandas das pacientes.

Observamos que, quando discutíamos um caso clínico e apresentávamos conceitos relacionados a um diagnóstico estrutural de neurose histérica, por exemplo, estes significantes evocavam nos profissionais da equipe acepções em diversos níveis – desde a noção de conversão histérica como sendo intrínseca à idéia de ter que efetuar um tratamento com psicotrópicos, até a noção generalizada de que se tratava de algo “para chamar a atenção”. Quando dissemos anteriormente que o diagnóstico estrutural não contribui com a interlocução, foi pensando no fato de que o trabalho do analista nas equipes de saúde deve ser preocupar em transmitir e discutir algo da particularidade daquele sujeito, sem se prender a significantes que muitas vezes se distanciam do paciente em questão. Não é o mesmo que dizer que, para o nosso trabalho clínico, o diagnóstico não seja importante – temos a certeza de que é essencial.

Concordamos com o exposto por Laurent (2003) quando nos diz, seguindo a orientação de Lacan, que é importante detectarmos a “matriz lógica” que sustenta o sintoma daquele sujeito para assim dirigirmos o tratamento. Vemos isto como algo que depende, sim, da estrutura, mas que vai além da mesma, na particularidade do caso. Este ponto de vista diz respeito ao cuidado que temos que ter para não incorrermos naquilo que Viganó (2003) nomeou de “postura analítica selvagem” no trabalho institucional – o que seria utilizar uma linguagem artificiosa e, assim, transferir o problema para um plano fantástico e pouco incisivo.

Quando dissemos que no percurso desta investigação incorremos em equívocos, referimo-nos principalmente à posição de mestre ou de “higienista” que ocupamos em

alguns momentos, exatamente pelo fato de o operador da psicanálise ter se identificado com o discurso das tecnociências. Neste sentido, tomamos a demanda terapêutica como a base também para o tratamento psicanalítico, desprezando a disjunção entre demanda e desejo tão bem ilustrada na teoria psicanalítica – ou seja, que é com a sustentação da demanda que o trabalho psicanalítico acontece, abrindo o acesso ao material inconsciente e facilitando o estabelecimento de uma construção entre a história de vida do paciente e a história sintomática atual. A supervisão dos casos clínicos fez com que percebêssemos este equívoco, o que favoreceu o direcionamento do trabalho posteriormente. Porém, não é o mesmo que dizer que o tratamento psicanalítico não pode deixar surgir ganhos terapêuticos – estes se dão e são observados quando o sujeito suporta fazer sua construção própria acerca do sofrimento.

No que diz respeito aos casos clínicos apresentados neste estudo, apesar de Collett et. al. (1983) referirem que, na DPV, a distribuição entre os sexos se dá numa média de 6 mulheres para um homem, não é esta a frequência observada em nosso setor. Porém, apesar de termos incluído neste estudo apenas pacientes do sexo feminino, isto não nos permite afirmar que a DPV, em sua manifestação, possui algo que se articule à sexualidade feminina.

Antes de iniciarmos este estudo, recebemos para tratamento um paciente do sexo masculino com suspeita de DPV, que possuía um diagnóstico prévio de “esquizofrenia” (de acordo com dados do prontuário médico). O referido paciente era morador de rua e comparecia irregularmente ao ambulatório, queixando-se de sintomas respiratórios. Foi atendido por nós uma única vez e não demonstrou demanda ou interesse em iniciar tratamento psicanalítico. O caso, por sua particularidade, parecia-nos de interesse para a

investigação da configuração da DPV na estrutura psicótica, caso fossem confirmados os diagnósticos.

No que diz respeito ao aparecimento da disfunção das pregas vocais, a descrição da literatura, como vimos, aponta uma série de hipóteses: Dabbagh et al (2001) referem que a etiologia da DPV é desconhecida apesar de relacionada a um “transtorno de conversão”; Craig et al (1992) associaram ao estresse; Corren; Newman (1992) referiram uso da DPV para clamar por atenção e simpatia; Freedman et al (1991) a um fato traumático na realidade (abuso sexual, por exemplo). Nossa questão é precisamente aquilo que diz respeito à estrutura do sintoma nesta condição e sua responsividade ao tratamento psicanalítico.

Se partimos do fato de que esta pesquisa está calcada no método psicanalítico, sobretudo na clínica, não podemos pretender analisar os sujeitos no “caso a caso” e em seguida apresentar conclusões generalistas.

Por outro lado, como se trata de clínica – no sentido mais clássico possível, o que está um pouco em desuso até mesmo na medicina, inevitavelmente este método nos leva a uma série de constatações. Observamos, portanto, que o que surgiu na série de casos clínicos apresentados foi o fato de as pacientes estarem às voltas com uma pulsão muito específica: a voz.

Para Assoun (1999), quando a laringe (e as pregas vocais) como órgão fonador, disfunciona, é para ouvirmos um “*diz*-funciona”, ou seja, é como órgão erótico que ela *super*-funciona. O termo “erótico” aqui é utilizado no sentido do investimento pulsional, ou seja, estando relacionado a uma circunstância anterior que torna “erotizado” o órgão.

A especificidade da semiologia pulsional entre voz e respiração fica patente nos casos clínicos apresentados. Para tanto, faremos uma retomada de alguns trechos.

“M. teve a impressão de ter ouvido de uma de suas colegas que o seu ex-namorado estava lá e queria falar com ela. Descreve o acontecimento como um ‘grande susto’ que culminou com um desmaio, seguido de falta de ar” (p. 85-6). Aqui, presença e ausência do homem amado (como no caso Dora) é o que sugere a interferência na respiração e na voz.

Já com a paciente H., a referência à falta de ar é feita por ela quando seu filho (J.) é maltratado e fica sem ar: “Quando J. ficava agitado e eu tinha que dar chineladas nele, eu ficava com muita falta de ar. Aí eu sentava e pedia a Deus para melhorar” (p. 89). É por meio de uma relação de identificação e culpa para com o filho deficiente que H. *diz*-funciona. “Se meu filho fosse perfeito, eu não seria esta H. (...) a outra H. não teria falta de ar” (p. 90).

“Faltar com a verdade (o outro)” (p. 92), e ouvir o relato de “um assassinato frio” – que poderia ser o dela, foi o que L. referiu como sendo o contingente para que suas crises aparecessem. Sua relação conjugal já apresentava sinais de que a qualquer momento a agressividade poderia ser um recurso disponível. O recurso inconsciente, a saída para a doença, é o que faz a formação de compromisso entre L. e o marido: “Até parece que ele adoeceu junto, porque me acompanha em todas as minhas consultas e internações... Ele está aí fora, você não o viu?” (p. 92).

A paciente I. nos fala de um aprisionamento na rede imaginária de seu próprio nome. O lugar de erotização que ela passou a ocupar na trama edípica acabou por se tornar insuportável, tendo que, para se adaptar – não só a um outro país, mas também a

uma outra realidade psíquica, fazer uso do mimetismo. “Questionamos o que fez com que a paciente se sentisse ‘culpada’ após ter ficado sabendo que sua falta de ar tinha relação com a disfunção das pregas vocais, I. começou a chorar, iniciou uma crise respiratória acompanhada de disfonia...” (p. 96).

Vale a pena retomar o que nos apresenta Assoun (1999) a respeito das diversas formas de se fazer “falar” e que inúmeras vezes se presentificaram nas sessões:

Dá-se a voz também para rir ou chorar, para tossir e espirrar: é preciso a voz para gemer e para suspirar (entre prazer e sofrimento). No soluço mesmo, é um espasmo vocal que se faz ouvir. Mas é bem no falar que a voz encontra – para além da raspagem da garganta! – sua vocação própria. A análise é o meio – radical – de se ouvir dizer. (Assoun, 1999, p. 12-3).

O caso da paciente J. pode muito bem ser considerado paradigmático quando observamos o fato de a voz deixar de lado sua realidade material e situar-se como objeto propriamente pulsional. “(O pai) a abraçou, ‘apertou’ com força, o que a fez ficar ‘desesperada’” (p. 100); “Eu vou vir aqui para *falar* mal da minha família?”; “Meu problema é chorar demais”; “Você ia cair duro se eu *dissesse* tudo o que acontece” (p. 101); “(ela e o marido fizeram) *muito barulho* na noite anterior” (p. 102); “Fazer tratamento com um psicólogo é assim mesmo, é para *falar* de tudo” (p. 104); falar ou não falar (na sessão)... Escrever cartas, marcando a elipse da voz (p. 106).

Desta forma, ao pensarmos no estatuto do sintoma relacionado à DPV, não devemos esperar que haja um fato traumático na *realidade* destes sujeitos levando ao surgimento das crises. Neste sentido, importa-nos tomar o “traumático” como um *acontecimento psíquico* que pode ter a mesma força (por vezes ainda maior) que um fato

da realidade, uma vez que é pela forma como as vivências são significadas e re-significadas que aparecem as formações defensivas no inconsciente. Temos, nestes casos, portanto, um “não dito” como veto ao acesso ao simbólico, no que esta via traz de exposição do sujeito frente ao seu desejo.

É por meio destas formulações que acreditamos ser adequada a utilização do termo “mimetismo”, uma vez que, como vimos no início deste estudo, ocorre o mimetismo quando se impõe (ou é imposta) uma adaptação ou uma fuga.

O tratamento analítico entra nesta cena como o que pode fazer vacilar esta forma de o sujeito se fazer inscrito no mundo e suportar a incompletude de sua existência. Para os que formulam um questionamento acerca de sofrimento repetido insistentemente e suportam “pagar o preço” de deixar sair a voz, “falar o que vem à cabeça”, a psicanálise opera fazendo aparecer seus efeitos – terapêuticos, inclusive.

Apesar de os avanços tecnológicos serem freqüentemente descritos como algo que favorece a exclusão da subjetividade do paciente na cena médica, constatamos que nos casos de DPV a nasofibroscopia aparece como um co-adjuvante do tratamento, favorecendo a interconsulta e a discussão dos casos. Neste momento, vemos esta tecnologia como algo que evidencia o obsceno (o que vai além da cena) da subjetividade do paciente. Além disso, concordamos com a posição de Fernandes (2003), no momento em que a autora diz que os progressos tecnológicos da medicina vêm reformulando a relação do sujeito com o próprio corpo. Também para as pacientes avaliadas por meio da nasofibroscopia há a instalação de uma pergunta acerca daquele sintoma e, portanto daquele corpo, que tem relação com uma função-disfunção que faz um convite a um posicionamento particular. É certo que, para alguns pacientes, este exame é apenas mais

um, numa série de investigações a que o corpo sofrido pode se submeter num hospital escola, cabendo ao profissional que o faz, instalar de maneira cuidadosa a “nova informação” de que há algo do paciente naquele fechamento muscular.

Outro fator importante que pudemos observar no decorrer do trabalho clínico com as pacientes deste estudo reside no fato de que estas pacientes, devido à posição inicialmente queixante e demandante, acabam por ocasionar um mal-estar na equipe quando esta observa que os sintomas não melhoram com o tratamento medicamentoso. É nesta vertente que constatamos o efeito apaziguador quando do encaminhamento destas pacientes para o tratamento conosco, bem como quando discutimos a evolução dos casos nas reuniões clínicas.

Constatamos, também, que as pacientes estabelecem uma relação institucional com o Hospital das Clínicas como se este já apresentasse um diferencial em relação aos outros serviços. É o que refere H. ao dizer que o próprio fato de iniciar seu tratamento no HC já implicou em uma melhora do estado clínico. Este mesmo efeito “agalmático” que é investido neste hospital pode levar, em alguns casos, a uma dificuldade em se efetivar o desligamento do paciente, mesmo quando o mesmo tratou a sua problemática.

No início do tratamento com a paciente H., observamos uma relação de intensa fusão entre ela e seu filho J. (“temos que morrer no mesmo dia, se ele morrer primeiro, não vou agüentar”), fazendo-nos construir a hipótese de que os sintomas respiratórios apareciam em sua vida como uma via da pulsão se manifestar - o sintoma como o que insistia em fazê-la sair. O tratamento foi à direção de fazer com que H. se apercebesse de sua “prisão”, de sua alienação.

Quando, durante o tratamento, a paciente fez referência a uma outra H., e perguntamos se esta outra apresentaria falta de ar, acreditamos tê-la confrontado com o que havia de não natural no sintoma, ou seja, apontamos para o fato de que aquele sintoma não era algo dado pela natureza e que havia um outro corpo em questão – um corpo que ia além daquele que ela oferecia à medicina.

A noção de que as pacientes “constroem” um “outro corpo” durante o tratamento psicanalítico é uma maneira de dizer que é imprescindível a apropriação de que há uma relação estabelecida simbolicamente com o corpo e que este sofre as consequências do dito e do não dito em uma existência.

Não podemos dizer que a remissão dos sintomas em H. e sua mudança na maneira de efetuar laços sociais configuram uma retificação subjetiva, no sentido de que seu sintoma não mais ocupa o lugar de satisfação pulsional antes evidenciado. Porém, acreditamos que H. não mais pode utilizar as crises respiratórias de modo “inocente”, uma vez que, o curso do tratamento serviu para explicitar sua posição de imersão indiferenciada em relação a J. e seu corpo.

Voltando ao caso da paciente J., foi possível evidenciar uma intensa relação entre o surgimento dos sintomas e sua posição frente à sexualidade e ao desejo. A paciente, presa a um emaranhado pulsional, utilizava-se de sua manifestação sintomática como uma forma de anestesia e adormecimento, fator este que é reforçado pelas injeções de corticóides administradas sem a orientação médica.

A paciente encontrava-se, permanentemente, com uma estratégia de fazer desaparecer seu desejo vivido de forma conflituosa, que parecia se condensar em

significantes como “aperto” e “barulho”. Este último sendo evitado na vida cotidiana, talvez com a finalidade de evitar que surgisse todo o seu “barulho” inconsciente.

É importante destacar que o seguimento do tratamento da paciente J. teve marcas transferenciais importantes, o que pôde servir como material de trabalho por parte do operador da psicanálise e de orientação do tratamento da paciente. Este aspecto se evidencia em momentos diferentes do tratamento como, por exemplo, a passagem ocorrida quando da mudança de local de atendimento (consultório médico com maca), fazendo com que a paciente explicitasse a sua reação de angústia pela presença do analista/homem. Com os desdobramentos da sessão, revela-se a posição da paciente frente ao desejo.

De acordo com o relatado na parte teórica deste estudo, durante o tratamento, a relação de trabalho que se estabelece é sempre singular, uma vez que o paciente inclui o analista em seu sofrimento e em suas relações com o sintoma. Assim, é marcante observar que durante as sessões tem sido comum observar o surgimento e o desaparecimento dos sintomas de tosse, falta de ar e disfonia nas pacientes com DPV. Os sintomas costumavam entrar na “partida analítica” – para usarmos os termos de Miller (2000), quando algo era abordado em sua estrutura, ou seja, nos pontos onde o desejo se fazia surgir com o “disfarce” sintomático, expondo assim sua vertente de satisfação. Este fenômeno foi evidenciado em diversos momentos do tratamento da paciente J., embora, em algumas situações, nossa operação não tenha favorecido a inclusão destes sintomas no discurso da paciente.

Se a DPV aparece (e, muitas vezes, fica) na vida destes sujeitos com um fim, como um “envelope formal”, acreditamos que o entorpecimento ou a desconsideração

desta mensagem – seja com o haloperidol, como sugeriu Dabbagh et al. (2001) ou com qualquer outra estratégia que venha a corresponder a esta demanda, reforça e induz ainda mais à posição de alienação destes sujeitos que, para se satisfazerem sintomaticamente, precisam apresentar um corpo adoecido para a ciência.

Temos aqui, segundo nosso ponto de vista, uma das principais dificuldades no tratamento destas pacientes quando consideramos a inclusão das mesmas em um hospital de grande porte, com diversas possibilidades de entrada para um sujeito queixante. Toda vez que estas pacientes são atendidas, devido às circunstâncias institucionais, por um profissional que desconhece o histórico de vida das mesmas e as particularidades da DPV, aumentam as chances destes sujeitos receberem tratamentos que podem ser iatrogênicos ou serem submetidos a exames invasivos, aumentando também os custos com o tratamento ineficaz, além de pôr em risco a vida destes pacientes.

Se do lado do operador da psicanálise fica o intenso trabalho de fazer com que estas pacientes encontrem um ponto em que tenham condições de “se virar” com suas parcerias na vida, ou seja, “saber haver-se aí” com o corpo em sua dimensão com o desejo, do lado da equipe, fica o desafio de acolher estas pacientes com um tratamento que vá além da queixa. Para isto, é necessário também “saber haver-se aí” com a possibilidade de se deparar na clínica com sintomas que estão para além de serem remitidos com o tratamento padrão, apesar da impotência que isto possa gerar.

Fazer com que o operador da psicanálise e a equipe se comprometam com um projeto terapêutico que inclua a maneira particular que cada paciente possui para lidar com a contingência e com o que há de inominável na condição humana é uma

possibilidade de fazer da instituição de saúde um lugar que, além de promover a saúde do organismo, seja capaz de promover a saúde mental dos pacientes ali assistidos.

9. CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste estudo, foi possível observar que as características peculiares apresentadas pelas pacientes com DPV, ao se confundirem com um quadro asmático, podem levar a tratamentos desnecessários e, muitas vezes, iatrogênicos, principalmente quando estas pacientes são atendidas por equipes que desconhecem a dinâmica psíquica das pacientes e sua relação com o surgimento dos sintomas e das crises.

Para tanto, se faz de extrema importância que as equipes que assistem pacientes com disfunções respiratórias tenham como contar com um profissional que possa avaliar e tratar os fatores psíquicos das pacientes que apresentam disfunção de pregas vocais.

Constatamos, também, que a forma de encaminhamento das pacientes que possuem DPV pode se constituir em um diferencial para a evolução do tratamento psicanalítico, já que este pode se dar de forma a desqualificar o sofrimento da paciente. Observamos que as chances de eficácia no tratamento são maiores quando as pacientes sentem que os profissionais da equipe continuam, pelo menos por algum tempo, envolvidos com a problemática de que elas se queixam.

Sugerimos, ainda, que as equipes possam discutir os casos encaminhados para que o trabalho não seja feito de forma isolada. Isto exige um trabalho constante e envolve discussões tanto acerca da problemática psíquica pertinente a cada paciente, como também debates constantes acerca dos limites da terapêutica convencional e, principalmente, das dificuldades enfrentadas pelos próprios profissionais da equipe frente a sujeitos que demandam de forma tão insistente um lugar diferenciado na

instituição e, por vezes, na vida daqueles que cuidam do seu sofrimento. Em outras palavras, podemos supor que a sensação de impotência, tantas vezes expressa por nossos colegas, tem uma certa relação com um convite à parceria que estas pacientes oferecem pela via do sofrimento.

A possibilidade de encaminhar estas pacientes para o operador da psicanálise que compõe a equipe é, em si, uma maneira de redirecionar este convite à parceria para um profissional que é suposto saber o que fazer com isto. Nestes casos, o próprio encaminhamento já tem efeitos terapêuticos para a equipe e, também, para estes sujeitos queixantes que podem, em outro lugar, *falar* deste sofrimento de maneira diferenciada, deixando que as pregas vocais percam o estatuto de órgão revestido de significações parasitas, fazendo com que a respiração e a voz possam seguir o curso pulsional que leva à obtenção de prazer pela vertente do desejo e não do gozo com o sintoma.

Que estes sujeitos sejam capazes de construir um saber próprio acerca de seus corpos que sofrem com uma falta de ar e com um excesso de satisfação pulsional que transborda indiscriminadamente em um corpo que é, por vezes, posto de lado naquilo que tem de mais humano – suas paixões.

Este trabalho também nos fez evidenciar maneiras diferentes de posicionamento entre a medicina e a psicanálise frente às manifestações sintomáticas dos sujeitos com DPV. Por outro lado, acreditamos que a interlocução constante entre estas duas práticas pode se constituir em um diferencial no tratamento de pacientes com DPV, no momento em que os profissionais da área médica podem se implicar, e não se confundirem ou se afetarem com a subjetividade presente nestes casos.

Por fim, consideramos que a pesquisa psicanalítica, sempre indissociada da clínica, pode favorecer a interlocução com as demais áreas de saber numa instituição de saúde, contanto que esta não se apresente de maneira dissociada da realidade e das problemáticas inerentes a este lugar. Para isto, pensamos ser importante manter o cuidado com a forma de transmitir o particular de cada caso, tentando, na maneira do possível, deixar de lado as formalizações próprias às escolas de psicanálise – já que estas podem ser discutidas em outro lugar, fazendo com que os conceitos indispensáveis à clínica possam circular de maneira que favoreça o trabalho de promoção da saúde mental – tanto dos pacientes quanto dos profissionais envolvidos.

Quando pensamos em demonstrar os efeitos do método psicanalítico no trabalho em instituição hospitalar, estamos interessados nos meios possíveis de fazer com que os discursos possam ser apresentados, sem com isso retirar a psicanálise de seu lugar ético. É poder pensar nas formações sintomáticas dos pacientes atendidos como modos de gozar e que, portanto, não devem ser tratados de uma maneira higienista, na intenção de melhor adaptar o sujeito a um mundo globalizado e capitalista. Por outro lado, é função do praticante confrontar aquele que se submete ao dispositivo analítico à lógica inconsciente de suas repetições. E se isto fizer com que nossos pacientes se internem menos, interrompam suas “diversões” nas unidades de emergência, reduzam ou eliminem o uso de algumas medicações etc., e se tudo isto promover uma redução nos custos hospitalares, e se tudo isto fizer com que os mestres contemporâneos se perguntem: “mas, como isto foi possível?”, que o operador da psicanálise possa se pronunciar, ainda que seja sempre um grande esforço partir do universal para o particular, da universidade para o sujeito do inconsciente.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anbar RD, Hehir DA. Hypnosis as a diagnostic modality for vocal cord dysfunction. *Pediatrics*. 2000;106:81e.

Assoun P-L. *O olhar e a voz: lições psicanalíticas sobre o olhar e a voz*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

Bahrainwala AH, Simon MR. Wheezing and vocal cord dysfunction mimicking asthma. *Curr Opin Pulm Med*. 2001;7(1): 8-13.

Barnes SD, Grob CS, Lachman BS. Psychogenic upper airway obstruction presenting as refractory wheezing. *Pediatrics*. 1986;109:1067-70.

Basz S. O sintoma entre o princípio do prazer e o princípio da realidade – Chaves para uma teoria unificada do Campo Freudiano. In: Fundação do campo freudiano. *O Sintoma-Charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Beneti A. Pontuação hum: a apresentação do caso clínico na instituição. In: *O caso clínico em psicanálise: construção, apresentação, publicação et cetera*. Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. Ano 6 nº 9, 2003.

Christopher KI, Wood RP, Eckert RC, et al. Vocal-cord dysfunction presenting as asthma. *N Engl J Med*. 1983;308:1566-70.

Collett PW, Brancatisano T, Engel L. Spasmodic croup in the adult. *Am Rev Resp Dis*. 1983;127:500-04.

Corren J, Newman K. Vocal cord dysfunction mimicking bronchial asthma. *Post Grad Med.* 1992;92:153-6.

Cottet S. Os benefícios do sintoma e a Segunda Tópica. In: Fundação do campo freudiano. *O Sintoma-Charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Craig T, Sitz K, Squire E. Vocal cord dysfunction during wartime. *Military Med.* 1992;157:614-6.

Dabbagh O, La Valle C, Edward III C, Kaplan C. Haloperidol for vocal cord dysfunction presenting as severe asthma. *Chest.* 2001;120(4):351s.

Dworkin JP, Meleca RJ, Simpson ML, Garfield I. Use of topical lidocaine in the treatment of muscle tension dysphonia. *J Voice.* 2000;14(4):567-74.

Dunker CIL. Contribuições apresentadas na ocasião da Banca de Qualificação desta pesquisa. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, 18/10/04.

Elia L. Psicanálise: clínica & pesquisa. In: *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

Fernandes MH. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Ferreira ABH. *Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

Figueiredo AC, Nobre L, Vieira MA. Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método. In: *Psicanálise: pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

Freedman MR, Rosenberg SJ, Schmalting KB. Childhood sexual abuse in patients with paradoxical vocal cord dysfunction. *J Nerv Ment Dis.* 1991;179:195-298.

Freud S. Rascunho E (1894). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. I.

Freud S. Estudos sobre a histeria (1895). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. I.

Freud S. A interpretação dos sonhos (1900). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. V.

Freud S. Fragmentos da análise de um caso de histeria (1905). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. VII.

Freud S. O interesse científico da psicanálise (1913). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XIII.

Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XIV.

Freud S. O inconsciente (1915a). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XIV.

Freud S. O instinto e suas vicissitudes (1915c). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XIV.

Freud S. Conferências introdutórias sobre psicanálise. Parte III - Teoria geral das neuroses (1916-17). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XVI.

Freud S. Além do princípio do prazer (1920). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XVIII.

Freud S. Inibição, sintoma e ansiedade (1926). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XX.

Freud S. Construções em análise (1937). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1969, vol. XIII.

Gallivan GJ, Hoffman L, Gallivan KH. Episodic paroxysmal laryngospasm: voice and pulmonary function assessment and management. *J Voice*. 1996;10:93-105.

Goethe JW. *Os sofrimentos do jovem Werther*. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2001.

Houaiss – Dicionário da língua portuguesa. Versão eletrônica. Consulta em 03.01.05.

Hanns LA. (Coord. Geral da tradução) Escritos sobre a psicologia do inconsciente. (Freud, S.). Rio de Janeiro: Imago, 2004.

Lacan J. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica (1949). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Lacan J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Lacan J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Lacan J. Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos (1973). In: *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulário de psicanálise*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Laurent E. O relato de caso, crise e solução. In: *O caso clínico em psicanálise: construção, apresentação, publicação et cetera*. Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. Ano 6 nº 9, 2003.

Le Gaufey G. Clivagem. In: Kaufmann P. (editor). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

Loughlim CJ, Koufman JA. Paroxysmal laryngospasm secondary to laryngopharyngeal reflux. *Centre for voice disorders of Wake University. Winston-Salem*.

Malengreau P. Nota sobre a construção do caso. In: *O caso clínico em psicanálise: construção, apresentação, publicação et cetera*. Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. Ano 6 nº 9, 2003.

Melman C. Sintoma. In: Kaufmann P. (editor). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

Miller J-A. O sintoma como aparelho. In: Fundação do campo freudiano. *O Sintoma-Charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

Miller J-A. O amor sintomático. In: Fundação do campo freudiano. *O Sintoma-Charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b.

Miller J-A. A teoria do parceiro. In: *Os circuitos do desejo na vida e na análise*. Escola Brasileira de Psicanálise. São Paulo: Contra Capa, 2000.

Moretto MLT. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Newman K, Mason U, Schmalting K. Clinical features of vocal cord dysfunction. *Am J Respi Crit Care Med*. 1995;152:1382-6.

Place R, Morrison A, Arce AE. Vocal cord dysfunction. *Journal of adolescent health*. 2000;27:125-129.

Rogers JH. Functional inspiratory stridor in children. *J Laryngol Otol*. 1980;94:669-70.

Santos NO. O feminino e o corpo para a ciência: entre a demanda e o desejo, uma modalidade de gozo. *Resumos de Comunicações Científicas da Sociedade Brasileira de Psicologia*. XXXI Reunião Anual de Psicologia. 2001, p. 107.

Vicens A. O sentido do sintoma e os caminhos de sua formação. In: Fundação do campo freudiano. *O Sintoma-Charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Viganó C. A construção do caso. In: *O caso clínico em psicanálise: construção, apresentação, publicação et cetera*. Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise. Ano 6 nº 9, 2003.

Wolfe JM, Meth BM. Vocal cord dysfunction mimicking a severe asthma attack. *The Journal of Emergency Medicine*. 1999;17(1):39-41.