

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Tomás Moraes Abreu Bonomi

O mau cheiro
sobre as bases da sustentação psíquica

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Tomás Moraes Abreu Bonomi

O mau cheiro
sobre as bases da sustentação psíquica

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

São Paulo

2015

BANCA EXAMINADORA

À Julia e Alice.

Nasce uma família.

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pelo auxílio-bolsa que tornou mais calmo este processo.

Ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, por ter me ensinado a pesquisar. Por isso, serei eternamente grato. E também pelo acolhimento, pela orientação e pelas discussões teóricas e futebolísticas.

À Profa. Dra. Ana Cecília Magtaz, carinhosa e interessada colega e professora. Muito obrigado pelas sugestões e pelos ensinamentos.

A todos os participantes do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, pelos comentários, pelas dicas e ajudas, pelo compartilhamento de vivências.

À Adriana Omati, que muito bem me apresentou e fez o meio de campo nos meus primeiros passos na Psicopatologia Fundamental.

À Profa. Dra. Silvana Rabello, minha primeira inspiração no campo da psicanálise. Obrigado pela amizade, por todos os ensinamentos e por estar presente em mais este importante momento.

À Profa. Dra. Renata Udler Cromberg, querida professora, supervisora e colega com quem partilho grande afinidade e por quem tenho muita admiração.

À Psicanalista e Professora do curso de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae Silvia Leonor Alonso, que generosamente aceitou meu convite como convidada especial para a banca examinadora.

À Profa. Dra. Marcia Szambock (I.M.), que me acompanhou ao longo desse atendimento.

Ao Bruno Mangolini e ao Bruno Espósito, grandes amigos e parceiros de discussão. Aos momentos que passamos juntos na construção do blog Conexões Clínicas.

A todos os meus analistas, supervisores e colegas de grupos de estudos, que, com certeza, estão presente neste trabalho.

Aos meus pais e irmãos, pelo amor, pela curiosidade e pela força.

À minha mãe, primeira mestre da família, que germinou em mim o prazer em estudar.

À minha esposa Julia, amada companheira, principal incentivadora, leitora e editora. Sem você eu não teria conseguido. Obrigado por tudo.

À minha querida Alice, simplesmente por existir.

À Sandra. Foi um enorme prazer e um desafio escrever sobre nossa experiência. Obrigado.

BONOMI, Tomás Moraes Abreu. *O mau cheiro*. Sobre as bases da sustentação psíquica. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

RESUMO

O presente trabalho, inserido no campo de estudo da Psicopatologia Fundamental, tem como base a narrativa de um atendimento clínico. A paciente em questão procura análise, pois todos seus relacionamentos amorosos fracassavam, o que lhe causava intenso sofrimento. Passadas algumas sessões, a paciente diz que sabe o porquê dos seus fracassos nas relações: ela fede. O mau cheiro passa a ser tema recorrente durante sua análise, tanto em seu discurso manifesto como em sonhos, lembranças, fantasias, alucinações e também na transferência. A partir desses elementos é formulada uma hipótese clínica de que o mau cheiro se insere na economia psíquica da paciente como um mecanismo de defesa. Como fundamentação teórica são utilizados os conceitos psicanalíticos de sintoma, narcisismo, mecanismo de defesa, alucinação, angústia, feminilidade, entre outros. Por fim, são mapeadas diferentes funções do cheiro no dinamismo psíquico e, assim, discute-se sua função como base de sustentação psíquica.

Palavras-chave: Mau cheiro. Bases da sustentação psíquica. Psicopatologia Fundamental. Psicanálise. Mecanismo de defesa.

BONOMI, Tomás Moraes Abreu. *O mau cheiro*. Sobre as bases da sustentação psíquica. 2015. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ABSTRACT

The present work, inserted in the fundamental psychopathology field of study, is based on a clinical situation. The patient demands analysis because all her love relationships failed which caused intense suffering. After a few sessions the patient says she knows why her relationships come to an end: She stinks. The stench becomes a recurring theme during her analysis both in her speech as in her dreams, memories, fantasies, hallucinations and also in the transfer with the analyst. A clinical hypothesis is formulated in the terms of the stench being a defense mechanism. As theoretical foundation the following psychoanalytical concepts will be used: symptom, narcissism, defense mechanism, hallucinations, anxiety, femininity among others. Finally, are mapped different functions of the stench in the psychic dynamism and therefore discusses his role as psychic support base.

Key Words: Stench. Bases of psychic holding. Fundamental Psychology. Psychoanalysis. Defense mechanism.

SUMÁRIO

1 Introdução	10
1.1 Origem e campo da pesquisa	10
1.2 Situação problemática	11
1.3 Síndrome de referência olfativa	13
1.4 O mau cheiro na Psicanálise	14
2 Narrativa Clínica	20
3 Método	29
4 A construção do sintoma do mau cheiro	33
4.1 Defesa	38
4.2 Mau cheiro: mecanismo de defesa	43
4.3 Hipótese clínica	45
5 O mau cheiro e o narcisismo	51
5.1 Introduzindo o conceito de narcisismo	51
5.2 Envelope olfativo	55
5.3 O narcisismo, a morte e o sintoma	57
5.4 O narcisismo e o amor	62
5.5 Relações de objeto e implicações transferenciais	63
6 Mau cheiro: o sonho, a alucinação e o feminino	70
6.1 Sobre alucinações, ilusões e delírios	71
6.2 O sonhar e os modelos psicopatológicos	75
6.3 O Mau cheiro alucinado como protetor do psiquismo	77
6.4 O mau cheiro e o feminino	79
7 Considerações finais	85
Referências bibliográficas	92

1 Introdução

O paciente tem de criar coragem para dirigir a atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim tornar-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade, que possui sólido fundamento para existir e da qual coisas de valor para sua vida futura têm de ser inferidas.

Freud (1914, p. 168)

1.1 Origem e campo da pesquisa

Ao longo de dois anos, Sandra (nome fictício) foi atendida semanalmente em consultório. Tal atendimento marcou o analista por duas razões, que provavelmente levaram-no à escrita desta dissertação: a primeira, refere-se ao sentimento contratransferencial de frequente bem-estar e surpresa que o acometiam durante as sessões; e a segunda, diz respeito ao entendimento da estrutura metapsicológica, e, especificamente, à compreensão do estranho sintoma de um mau cheiro sentido pela paciente, nos momentos em que se angustiava.

Ao longo de todo atendimento, houve dificuldade em compreender a função do fenômeno do mau cheiro na economia psíquica da paciente. Não havia pressa para tal definição; no entanto, pensava que poderiam existir outras direções para o tratamento se algumas vivências e sintomas fossem considerados de ordem neurótica ou psicótica.

Dada a obscura presença do mau cheiro nesse atendimento, o analista, incentivado por sua supervisora, viu-se impelido a escrever sobre o caso clínico, com o propósito de repensá-lo, para, possivelmente, encontrar desdobramentos clínicos antes não percebidos. Tal narrativa, contudo, somente foi escrita após o término da análise.

Por algum tempo, esse material permaneceu esquecido em arquivos digitais, até o momento em que houve contato com o campo de pesquisa proposto pela Psicopatologia Fundamental, que promove o caso clínico como elemento central de um trabalho científico.

Com o aprofundamento no estudo de algumas pesquisas realizadas no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, houve o reconhecimento de um grupo heterogêneo de pessoas que pesquisam a clínica a partir do referencial teórico psicanalítico, mas não exclusivamente. Logo, sentimo-nos à vontade para adentrar esse ambiente e, assim, realizar uma pesquisa científica que se fundamenta, a priori, na prática clínica, local frutífero e acolhedor para um clínico que se inicia como pesquisador.

A Psicopatologia Fundamental é, acima de tudo, uma psicopatologia que leva em conta a subjetividade, em contrapartida a uma Psicopatologia Operacional-Pragmática, que pretende construir uma definição objetiva e geral dos transtornos mentais e, por isso, é adotada em larga escala pelos manuais atuais de classificação dos sintomas, das síndromes e dos transtornos psiquiátricos.

A doença mental na Psicopatologia Fundamental é concebida como um discurso sobre o *pathos* psíquico e, especificamente, como um discurso a respeito dos caminhos da paixão ou da pulsão em direção ao seu objeto. Neste sentido, uma pesquisa nessa tradição de pensamento parte da experiência clínica e não se configura como uma metafísica, pois o discurso teórico só alcança interesse se for para compreender o *pathos* presente na experiência.

A forma e o modo pelos quais o ser humano é afetado pelas paixões são os fundamentos das pesquisas na disciplina Psicopatologia Fundamental. Uma vez portador desse *pathos*, o indivíduo não é considerado como senhor de todas as suas ações: haveria algo que escaparia à sua racionalidade, haveria um excesso:

Quando Pathos ocorre, algo da ordem do excesso da desmesura se põe em marcha, sem que o eu possa se assenhorar desse acontecimento, a não ser como paciente, inaugurando, assim condições necessárias e suficientes para a posição do terapeuta e para a transformação da vivência pática numa patologia e daí, numa experiência. (BERLINK, 2000, p. 7)

Identificada a origem desta pesquisa e delimitado o campo de pesquisa, oportuno o conhecimento da situação problemática.

1.2 Situação problemática

A partir de um caso clínico em que a vivência pática do paciente é transferida ao analista, é possível o surgimento de um enigma. Tal enigma captura o analista, levando-o a se aprofundar em um tema específico que se tornará o objeto de pesquisa. Segundo Magtaz e Berlinck (2012, p. 77): “É preciso formular uma questão enigmática a partir do que o [o analista] surpreendeu e traçar um caminho a ser seguido para respondê-lo [o enigma]: um caminho de ligações.”

Ainda conforme Berlinck (2000, p. 316), a situação problemática em uma dissertação é “[...] um enigma, uma discrepância entre aquilo que é e aquilo que deveria ser [...]”.

No decorrer da análise, surpreendia-nos presenciar como uma pessoa apresentava, por um lado, tamanha angústia e intensas formações sintomáticas (mau cheiro, isolamento social e ideias suicidas), e, por outro, uma riqueza subjetiva, um humor bastante constituído, além de comprometimento e sucesso no âmbito do trabalho. Havia uma discrepância entre a gravidade de seus sintomas e aquilo que deveria ser, isto é, uma vida mais complicada, com menos possibilidades de ser. Tal discrepância residia na surpresa que tínhamos em observar tamanha fragilidade egoica e, ao mesmo tempo, uma rica cadeia associativa, composta por uma relativa gama de objetos de desejo.

De igual modo, essa discrepância também se mostrava na forma por que o *pathos* foi transferido ao analista, pois, apesar de ser um caso intenso e complexo, houve uma leveza e uma naturalidade na instalação da transferência ao longo dos atendimentos. Uma marca surpreendente desse atendimento foram as risadas, tanto do analista quanto da analisanda, que tinha grande facilidade em narrar anedotas humoradas, dos outros e de si mesma.

Dessa forma, o enigma contido no caso clínico e que será objeto de estudo nesta pesquisa situa-se no modo como Sandra consegue se sustentar frente ao mundo, mesmo tendo buracos e angústias tão presentes. Como uma pessoa que possui tantas dificuldades e entraves psíquicos consegue se sustentar subjetiva e socialmente? Em que pilares ela está se sustentando? Durante os dois anos do processo analítico, o analista se surpreendeu inúmeras vezes com o, poder que uma escuta analítica e um trabalho na transferência podem oferecer a uma paciente com sintomas aparentemente tão graves.

A atenção deste trabalho, contudo, está centrada no desvelamento da enigmática manifestação do mau cheiro que, segundo a paciente, adviria de si mesma. Portanto, o principal objetivo desta pesquisa é decifrar o modo por que esse fenômeno se insere na economia psíquica da paciente. Para isso, realizamos uma tentativa minuciosa de compreensão do mau cheiro e um mapeamento da forma pela qual ele age em sua vida pulsional.

Contextualizada a situação problemática, necessária a verificação da síndrome de referência olfativa.

1.3 Síndrome de referência olfativa

No campo da neurologia, desde o fim do século XIX, existem relatos de casos¹ que identificam uma preocupação excessiva com o mau cheiro. No entanto, foi somente em 1971 que Willian Pryse Phillips cunhou o nome *Síndrome de Referência Olfativa* (SRO) para descrever a falsa crença de pessoas que acreditam emitir um mau cheiro que incomodaria outras pessoas. O intuito desse autor era diferenciar este quadro clínico de outros fenômenos olfativos descritos em casos de esquizofrenia, como, por exemplo, o delírio de se estar morto e emitir um cheiro de decomposição.

No *Manual de Diagnósticos e Estatísticas de Desordens Mentais*, desenvolvido pela Associação de Psiquiatria Americana (DSM III), a síndrome de referência olfativa aparece inserida na categoria de *desordens somatoformes atípicas*. Já no DSM IV, não há menção direta a essa síndrome, apesar de haver a descrição de desilusões somáticas em pessoas que acreditam emitir um mau cheiro pela boca, pela pele, pelo ânus ou pela vagina. Finalmente, no DSM V (a versão mais atualizada), a síndrome de referência olfativa aparece associada ao medo de interação social que, por sua vez, faz parte da categoria *outras obsessões compulsivas e desordens relacionadas* (F42, 300.2).

Segundo Gebara e Neto (2011), no meio psiquiátrico, a SRO também estaria associada ao espectro obsessivo compulsivo, à fobia social e ao transtorno dismórfico corporal. Nesse artigo, o autor descreve o tratamento psiquiátrico de um rapaz de 23 anos que acreditava exalar um cheiro de suor sentido por todos. Com o passar do tempo, essa preocupação impedia todas as suas atividades sociais. Ele havia terminado o ensino médio a duras penas e, desde então, estava confinado em casa.

O paciente relata que, certo dia, aos 16 anos, ao chegar em casa, sua mãe lhe disse para ir tomar banho. Foi a partir daí que teve iniciou uma intensa preocupação com o mau cheiro.

Após a tentativa frustrada de algumas medicações, o psiquiatra que o atendeu encontrou na substância antipsicótica *Amissulpidra* algo que aliviasse um pouco a angústia do paciente, apesar de continuar a sentir o mau cheiro.

Em seguida, encaminhou-o para um tratamento paralelo, de Terapia Comportamental Cognitiva (TCC). Nela, o paciente foi, aos poucos, exposto a situações públicas que confrontassem sua preocupação com o mau cheiro. Uma das estratégias desenvolvidas

¹ Potts C. S. Two cases of hallucination of smell. *University of Pennsylvania Medical Magazine*, 1891, p. 226.

consistia em fazer com que o paciente, junto com a terapeuta, fingissem realizar uma pesquisa de opinião sobre um determinado desodorante para, assim, criar um contexto em que o rapaz pudesse perguntar a pessoas desconhecidas sobre o seu odor.

De acordo com os autores, tais estratégias foram diminuindo a intensidade da preocupação com o mau cheiro e possibilitando o retorno do paciente a algumas atividades sociais. Apesar de ser o relato de um único caso, o uso da medicação *Amissulpidra*, atrelado à Terapia Comportamental Cognitiva, resultou na diminuição considerável do sintoma do mau cheiro.

Ressalte-se que, no meio médico, ainda há controvérsias e discussões acerca da classificação da SRO, inclusive quanto à sua constituição como síndrome.

1.4 O mau cheiro na Psicanálise

Ao longo da obra de Freud, o olfato aparece algumas vezes associado à sexualidade infantil, ao fetiche (cropofilia), a desordens sensoriais na histeria e aos estágios ontológicos da evolução do homem.

Ainda no período das publicações pré-psicanalíticas, Freud escreve uma carta a Flies, datada de 11 de janeiro de 1897, em que faz referência ao olfato, principalmente quanto à relação da psicose com os abusos sexuais na infância. Sobre a participação do olfato na histeria, declara que

[...] convém recordar que o principal órgão dos sentidos nos animais (para fins sexuais, bem como para outros fins) é o sentido do olfato, que perdeu essa posição nos seres humanos. Na medida em que é dominante o olfato (ou o paladar), a urina e as fezes e toda a superfície do corpo – e também o sangue – têm um efeito excitante. Sem dúvida está em conexão com isso o aumento do sentido do olfato na histeria. O fato de que os grupos de sensações têm muito a ver com a estratificação psicológica parece ser dedutível a partir da distribuição deles nos sonhos e, sem dúvida, têm uma conexão direta com o mecanismo da anestesia histérica. (1897, p. 289).

Freud também estabelece uma relação entre o olfato e a sexualidade: o cheiro portaria em si um componente parcial da libido; porém, com o decorrer do desenvolvimento da sexualidade infantil, daria lugar a uma sexualidade centrada nas zonas erógenas genitais. Dessa forma, compreendemos que, para o autor, ainda no início do desenvolvimento de sua obra, na histeria ocorreria um retrocesso libidinal, uma vez que as funções olfativas, tanto aumentadas quanto anestesiadas, voltariam a ocupar um lugar de destaque na sexualidade.

Uma outra compreensão decorrente desse excerto refere-se à ideia do olfato como parte integrante do instinto sexual no homem primitivo, função esta que foi sendo perdida conforme o desenvolvimento da espécie e da civilização. Quanto a isso, Freud, em nota de rodapé em *Mal Estar na Civilização* (1930), declara:

A periodicidade orgânica do processo sexual persistiu, é verdade, mas seu efeito sobre a excitação sexual psíquica foi invertido. Parece, mais provável, que essa modificação se tenha vinculado à diminuição dos estímulos olfativos, através dos quais o processo menstrual produzia efeitos sobre a psique masculina. Seu papel foi assumido pelas excitações visuais, que em contraste com os estímulos olfativos intermitentes, conseguiram manter um efeito permanente [...]. A própria diminuição dos estímulos olfativos parece ser consequência de o homem ter-se erguido do chão, de sua adoção de uma postura ereta, isto tornou seus órgãos genitais, anteriormente ocultos, visíveis e necessitados de proteção, provocando desse modo sentimentos de vergonha nele. (1930, p. 105)

Freud constrói uma espécie de genealogia da raça humana, que teria como momento-chave a adoção da postura ereta. Uma decorrência direta dessa nova postura refere-se à desvalorização do olfato enquanto sentido sexual, devido ao isolamento do contado direto do nariz com os odores do período menstrual.

Esse processo evolutivo marcaria o início da regulação da atividade sexual que, segundo Freud, seria um acontecimento ontológico central para o surgimento da ideia de família como unidade de filiação parental e, por consequência, para o estabelecimento das bases da civilização.

Outro fator que estaria no cerne da criação do processo civilizatório decorre da transformação da finalidade sexual: de meramente reprodutiva para a exclusiva obtenção de um prazer. Mudança esta que, segundo Freud, (1930), seria um dos marcos na diferenciação entre os homens e os animais.

Além disso, o autor afirma que, concomitantemente ao movimento da expropriação do olfato, ocorre o surgimento da ideia de limpeza, pois os maus cheiros provenientes dos excrementos, que anteriormente estavam ligados aos impulsos sexuais, passam a ser recriminados e punidos. Assim, são associados à vergonha e, como uma consequência dessa associação, a limpeza passa a habitar a cultura como um dos principais valores em qualquer forma de educação.

Contudo, na mesma nota de rodapé, Freud faz uma ressalva: apesar da moral civilizatória da limpeza, os excrementos permanecem valiosos para as crianças pequenas, sobretudo na ideia de que são partes destacáveis de seus próprios corpos.

Uma segunda carta de Freud a Flies (carta 75), também de 1897 (como a carta 55), registra a tentativa de Freud em conceber o mecanismo do recalque. Nela, o autor faz referência à ideia do abandono da sexualidade mediante o implemento da postura ereta nos humanos como elemento fundante do recalque, uma vez que uma série de sensações, como o cheiro, que outrora proporcionavam excitações sexuais, transformaram-se e passaram a despertar repulsa. Ou seja, o momento em que uma fonte de prazer interno se transforma em uma fonte de repugnância interna seria, para Freud, uma espécie de proto-recalque ontológico, que funcionaria como modelo de apresentação do recalque:

Dito em termos grosseiros, a lembrança atual cheira mal, assim como um objeto real cheira mal; e assim como afastamos nosso órgão sensorial (cabeça e nariz) com repugnância, também nossa pré-consciência e nosso sentido consciente se afastam da lembrança. Isto é o *recalcamento*. O que, então, nos proporciona o recalque normal? Algo que, livre, pode levar à angústia e, psiquicamente ligado, pode produzir rejeição [...]. (FREUD, 1897, p. 320)

Interessante notar que o mau cheiro, neste momento da obra de Freud, aparece intrinsecamente ligado a uma sexualidade perdida-recalcada², de forma que, mesmo perdendo seu estatuto de primazia no ato sexual, permaneceria para sempre como resto mnêmico.

O único caso clínico encontrado na obra freudiana que possui o cheiro e o olfato como elementos centrais é o de Miss Lucy³, descrito no livro *Estudos Sobre a Histeria* (1893-1895). Essa paciente procurou ajuda, pois havia perdido os sentidos do olfato, com exceção de algumas sensações olfativas que lhe causavam grande aflição. Freud toma esses odores como manifestações alucinadas que estariam ligadas a traumas: “[...] deveria ser possível encontrar uma experiência em que esses odores, que agora se haviam tornado subjetivos, tivessem sido objetivos. Essa experiência devia ter sido o trauma que as sensações recorrentes do olfato simbolizavam na memória.” (FREUD, 1893-1895, p.134).

Para Freud, seria imprescindível encontrar algum objeto concreto que se conectasse com a sensação subjetiva olfativa. No caso de Miss Lucy, era um cheiro de pudim queimado. A paciente era governanta em uma casa habitada por duas crianças e um homem (pai delas); a mulher (mãe delas) falecera. Havia uma característica particular dessa governanta: conhecera toda a família antes da perda materna e, no leito de morte da mãe, prometera cuidar de seus filhos.

² A conexão entre mau cheiro e sexualidade faz eco em nossa discussão clínica, conforme os capítulos 5 e 6.

³ Trata-se de uma abreviada discussão do caso de Miss Lucy, centrada nos elementos relevantes para o nosso estudo.

Em determinado momento da análise, a paciente acabou revelando uma memória: as crianças roubaram uma carta que Lucy havia recebido da mãe dela quando, exatamente nesse instante, sentiu o cheiro de um pudim real queimando.

Por associações, chegou-se ao conflito: a paciente nutria sentimentos amorosos pelo pai das crianças, mas como percebera que tal vontade não iria se realizar, resolvera deixar a casa. A carta recebida representava uma conversa com sua mãe sobre o desejo de partir; no entanto, tal desejo se opunha à promessa feita à mãe das crianças.

Essa cadeia de associação psíquica provocou o desaparecimento do cheiro de pudim queimado. Apesar disso, pouco tempo depois surgiu um cheiro de fumaça de cachimbo também persistente e causador de grande angústia.

Com o seguimento da análise, o cheiro de fumaça de cachimbo foi associado a uma briga entre seu patrão e um amigo, enquanto fumavam cachimbos, ocorrida por conta deste senhor (amigo do patrão) ter beijado as crianças como um gesto de ternura, ato que irritou tremendamente o pai. Em seguida, Miss Lucy associou esta cena a uma segunda, em que o patrão lhe impunha uma severa reprimenda, pois, em determinado dia, um convidado havia beijado suas filhas e, neste momento, o pai lhe disse que, se isso voltasse a acontecer, ela seria demitida. Esse evento simbolizou para Miss Lucy a perda de qualquer esperança de um dia realizar seu amor pelo patrão, bem como continha em si o trauma original associado ao cheiro da fumaça de cachimbo. Após essa revelação, Miss Lucy não só parou de sentir o cheiro do cachimbo, como passou a se sentir mais feliz e fortalecida psiquicamente.

Um cheiro como expressão de um sintoma histérico, às vezes associado a alergias, também aparece em casos clínicos descritos por McDougall⁴ e Abud⁵. Em todos esses casos, uma ideia incompatível com o ego é recalcada; no entanto, o afeto presente em tal situação permanece na consciência, na forma de uma reminiscência olfativa surgida por um processo conversivo. O trabalho analítico, pela associação livre, permite refazer o percurso de deslocamento psíquico do cheiro à situação traumática inconsciente. Tal associação psíquica levaria à eliminação da angústia, tal qual o modelo da ab-reação.

Diferentemente dessa lógica sintomatológica, o cheiro, no caso de Sandra, não parece apresentar a função principal de comprimir em si uma representação deslocada de um evento ou de uma fantasia traumática. O cheiro possui, sim, um conteúdo enigmático, mas se apresenta em um contexto diferente, pois surge somente em situações de crise, quando a

⁴ MCDOUGALL, J. *As múltiplas faces de eros*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

⁵ ABUD, Cristiana Curi. *Dores e odores: distúrbios e destinos do olfato*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

paciente não possui mais capacidade de representação. Uma segunda diferença corresponde à fonte do odor: no caso de Sandra, seria ela mesma.

De forma semelhante, encontramos um caso clínico discutido por Alonso (2012), em que o cheiro, pelas associações, não se apresenta como uma representação deslocada de um evento traumático, mas sim como um mecanismo de defesa alucinado que barra a emergência de pulsões ainda mais destrutivas. Aqui, a paciente voltava de um período de duas semanas sem ter sessões, mas, ao retornar, percebe que a analista está grávida, e passa a sentir um “cheiro de merda” no consultório. *A posteriori*, a analista relaciona a visão de sua barriga com uma dinâmica psíquica traumática de ausência, pois a paciente era gêmea e tinha nascido em segundo lugar, em uma época em que não havia grande tecnologia de ultrassonografia; ou seja, sua mãe esperava somente uma criança.

A visão da barriga ativou um trauma impossível de ser representado; logo, o cheiro alucinado funcionou como defesa do contato com um estado de desamparo presente na dinâmica traumática de ausência. Conforme Alonso (2012, p. 192): “Isso não nega que há uma verdade histórica, como em toda alucinação, mas toda ela está condensada numa marca sensorial: o cheiro. Marca que sutura o tempo num presente absoluto.”

Em outras palavras, a alucinação não está representando algo: ela surge justamente porque não havia capacidade de representar. Dessa forma, a presença de fenômenos olfativos na clínica psicanalítica podem tanto se apresentar como mecanismo de defesa conversivo, ao condensar em si uma situação traumática associada ao cheiro, como podem adquirir o valor de uma defesa alucinatória primitiva, que protegeria o psiquismo de uma desintegração egoica.

O psicanalista francês Didier Anzieu estuda a importância da pele no desenvolvimento da constituição subjetiva e propõe a noção de envelope olfativo, com base no caso do paciente Gethsêmani, referente ao momento narcísico inicial da vida, em que o ego começa a se diferenciar do eu corporal.⁶

Ao longo desta pesquisa, em busca de casos clínicos que possuíssem o cheiro como elemento relevante, foram encontrados alguns trabalhos que, apesar de não se deterem especificamente nessa temática, exploram o papel do olfato e dos cheiros no desenvolvimento psicosssexual infantil, como seguem.

⁶ O conceito de *envelope olfativo* e o caso clínico são aprofundados no capítulo 5, ao estabelecer relações entre o mau cheiro e o narcisismo.

Karl Abraham realiza um extenso estudo⁷ sobre o caráter anal e propõe uma relação íntima do olfato com a analidade.

A psicanalista Joyce McDougall⁸ relaciona o olfato com a oralidade, uma vez que os primeiros odores sentidos pelo bebê dizem respeito à relação mãe-bebê e ao ato de mamar. Sobre essa relação, Françoise Dolto⁹ afirma que haveria uma realização erótica no nível olfativo durante as mamadas.

Abud (2006) propõe o conceito de *pulsão olfativa* a partir de uma extensa revisão bibliográfica sobre o papel do olfato na literatura psicanalítica.

Nesse contexto, delimitado o campo de pesquisa, apresentada a situação problemática e realizado o recorte temático, impõe-se a narrativa clínica, tópico seguinte deste estudo.

⁷ ABRAHAM, K. Contribuições à teoria do caráter anal. In: BERLINCK, Manoel Tosta (Org.). *Obsessiva Neurose*. São Paulo: Escuta, 2005, p. 19-40.

⁸ Ver nota 4.

⁹ DOLTO, Françoise. *No jogo do desejo*. Trad. Vera Ribeiro. São Paulo: Ática, 1981.

2 Narrativa Clínica

Antes da narrativa propriamente dita, um esclarecimento quanto à produção textual é necessário: embora o discurso acadêmico privilegie a terceira pessoa do singular, considerando-se a natureza psicanalítica do relato, há a manutenção da primeira pessoa do singular, ora a voz do analista.

Sandra foi atendida de janeiro de 2011 a dezembro de 2012, uma vez por semana, em um serviço de psicoterapia de um hospital público de São Paulo.

A paciente, com trinta e cinco anos à época, procurou atendimento psicoterápico devido a um sentimento de grande solidão e desesperança em relação aos laços afetivos. Dizia sentir-se muito isolada e triste. Ainda assim, relata que mantinha suas atividades como diarista, o que lhe permitia sustentar-se financeiramente.

Sandra já havia sido medicada por psiquiatras com antidepressivos e antipsicóticos; no entanto, alguns meses antes do início do atendimento psicoterápico, já não fazia uso de nenhum tratamento medicamentoso e havia abandonado o acompanhamento psiquiátrico. Às vezes, relatava pensar em tomar um comprimido quando ficava nervosa, mas acabava não tomando.

Já no primeiro contato com a paciente, sou bastante surpreendido por sua aparência física: Sandra se parece muito com um homem. Cabelo raspado, pele negra com traços fortes, vestia camiseta larga, bermuda, tênis e boné. Estava bastante acima do peso, o que dificultava a percepção de seus seios.

Ao longo da primeira entrevista, sentia-me estranho frente à sua imagem; por vezes, sentia-me confuso sobre seu gênero. Com alguns meses de análise, Sandra conta que foi confundida inúmeras oportunidades com um homem, especialmente quando estava utilizando um banheiro feminino. Ao relatar estas ocasiões, demonstra afetos inversos: por um lado, acha graça nessas confusões e, por outro, indigna-se com as reclamações que algumas mulheres já fizeram nesses momentos.

Sandra é homossexual, diz que nasceu assim: “Foi Deus que quis. Agora, na próxima reencarnação, não sei não se quero vir assim... É tão complicado.” Ao longo das sessões, ela debocha muito dos estereótipos sexuais, da moral e de si mesma. Faz piadas sobre as “sapatões” que precisam falar grosso para se mostrarem “machos” e das homossexuais que se

apresentam exageradamente femininas, chegando a inventar um termo: “lésbicha”. Apesar de sua aparência masculina, ela possui tom de voz feminino.

Em uma determinada sessão, Sandra relata ter um clitóris muito grande e que até havia procurado um ginecologista para saber se isso era normal. O especialista respondeu que não havia nada fora do normal; contudo, tal dúvida, de alguma forma, permanece com ela.

A paciente trabalha de domingo a domingo, geralmente em duas casas por dia. Sente que passa uma energia boa quando limpa as casas. É bastante independente e convicta no que faz. Diz que, quando encontra algum enfrentamento por parte dos patrões, pede demissão e facilmente arruma outra casa. Ao longo dos quase dois anos em que a atendi, Sandra relatou passar por três situações conflituosas: em todas, disse sentir um desconforto por ser alvo de fofocas dos patrões, o que a deixava muito nervosa e a levava a pedir demissão. O sentimento de ser alvo de fofocas aparece algumas vezes, ao longo do tratamento, com relação a amigos e familiares.

Ela é a terceira filha de quatro mulheres. Suas duas irmãs mais velhas também são faxineiras, casadas e possuem filhos. A irmã mais nova está solteira e trabalha em organização de festas. Os pais moram na Baixada Santista, “gente simples, que não estudaram” (sic).

Com relação ao pai, diz que sempre foi muito machista e dominador, características que ele preservou até hoje, mesmo estando mais frágil e aposentado.

A mãe, dona de casa, é descrita como submissa ao marido. Sandra sente que sua mãe sempre teve dificuldades em se vincular a ela e de entender sua opção sexual. Em determinado momento, mostra-se bastante preocupada e angustiada por uma doença da mãe: em outros momentos, sente-se ignorada e preterida em relação às suas irmãs, pois sua mãe, sempre que vem a São Paulo, hospeda-se na casa das irmãs mais velhas.

A paciente se sente marginal à sua família, devido à sua opção sexual e também aos seus interesses culturais que, segundo ela, diferem muito daqueles partilhados pelos outros membros da família: lê clássicos da literatura brasileira, faz curso de computação, tem um *tablet*, gosta de fumar *narguilé* e montar quebra-cabeças. Diz que essas atividades e seu trabalho a distraem, pois, se tem tempo para pensar, sente-se sozinha, pensa que as pessoas estão falando mal dela e se questiona sobre o que há de errado e qual seria a razão de não conseguir “arranjar” uma namorada.

Ao descrever suas relações afetivas, diz que dedica muita energia, muito carinho e muito cuidado à parceira e que exige ser tratada da mesma maneira. No entanto, isso nunca

ocorre, pois sempre sente estar mais dando do que recebendo e, nessa conjuntura, julga as pessoas como aproveitadoras e falsas.

Sandra parece estar à procura de uma completude que, em última instância, acaba com qualquer laço afetivo. Ao falar sobre isso, refere-se diversas vezes a uma relação que manteve com uma mulher de outro estado. Essa relação é descrita como uma forte paixão: durou um mês e, nesse período, estiveram totalmente juntas. Certo dia, sua namorada, sem dar explicações, foi embora, voltou para seu estado e deixou uma marca/ferida muito profunda na paciente.

Durante os primeiros meses de análise, suas queixas giram em torno de seus relacionamentos passados e de suas inquietações sobre as razões pelas quais ela não arranjava uma namorada. Em um determinado momento, provavelmente com o desenvolvimento do amor de transferência, Sandra afirma saber que fede, e que seria por essa razão que as pessoas não ficavam com ela.

Quando questionada sobre a etiologia dessa ideia, conta um episódio, quando tinha cerca de dezoito anos. Nessa época, ela trabalhava em uma casa noturna e tinha uns “rolos” com uma colega do trabalho. Certo dia, chega ao trabalho e escuta de longe uma conversa em que essa menina, ao ser indagada pelo chefe se estava ficando com Sandra, responde que não, e declara: “Ela fede!” A paciente toma esse enunciado como verdade inquestionável e passa a se preocupar muito com essa questão.

Pergunto se alguém mais já havia comentado sobre esse cheiro. Ela diz que não, mas que tem certeza de que as pessoas não falam por educação. Ao longo dos anos, foi adotando uma série de estratégias para escapar do cheiro: tomar muitos banhos, trocar incessantemente a roupa de cama, carregar na mochila uma troca de roupas e desodorante. Mas nenhuma delas é efetiva, o que, às vezes, leva-a ao desespero. Com frequência, o cheiro aparece à noite, causando dificuldades para dormir. Sandra também relata incômodo com o cheiro da fumaça de cigarro, principalmente quando tem que andar na calçada, atrás de alguém que está fumando.

Por uma questão de conveniência, dei meu número de celular, pois ela não se sentia bem em ligar para a secretaria do hospital e deixar mensagens. Dessa forma, ela me avisava quando faltaria ou chegaria atrasada. Nos primeiros seis meses, vinha a duas sessões e faltava uma. Parecia demais estar em todas as sessões.

No início, mostrou-se desconfiada, dizia que os outros psicólogos nunca a ajudaram e que nunca tinha conseguido frequentar uma psicoterapia por mais do que algumas sessões. Logo nas primeiras sessões, afirma que não gostava de homens, que eles cheiravam mau e

que tinha aflição em imaginar uma relação sexual com um homem (pênis). Fazia cara de nojo. Seu círculo de amizades era composto quase totalmente por mulheres; os poucos homens com quem se relacionava eram seu pai e alguns amigos homossexuais.

Ainda é um mistério para mim entender de que forma o meu gênero influenciou, ou não, no estabelecimento da transferência. Em alguns momentos, sentia que ela falava das mulheres comigo de forma estereotipada, como em uma conversa “entre homens”. Por exemplo: “Você sabe como as mulheres são difíceis, né?! No fundo, todo mundo quer trepar, mas tem que aguentar cada joguinho.” Em diversos momentos, ela repetia a cara de nojo quando falava dos homens em geral; no entanto, por alguma razão, não depositava esse afeto em mim. Aos poucos, fui me sentindo como se não tivesse sexo: não importava se eu era homem ou mulher.

Sua sexualidade era um tema frequente nas sessões. Ela tratava o tema de forma aberta e se utilizava do humor para isso. Falava bastante da forma ativa como se apresenta sexualmente frente a uma mulher, dos atributos que chamavam sua atenção e das formas como tentava conquistar uma mulher.

No dia e horário de seu atendimento, no mesmo setor do hospital, ocorria um grupo terapêutico com homens transexuais, que queriam se sujeitar à operação de troca de sexo. Em um determinado dia, conta que tinha encontrado uma mulher muito bonita no elevador e que a havia olhado de forma insinuante, mas que, depois, percebeu que se tratava de um transexual. Tal movimento a deixa confusa: “Pois a pessoa no elevador é uma mulher, mas tem um pinto.” Ela diz não entender estas pessoas: “Não julgo, mas acho tudo muito estranho.”

Sobre ser homossexual, a paciente diz que foi Deus quem tinha feito tal escolha. Com humor, declara: “Deus olhou para mim, apontou e disse: – Essa aí vai gostar de mulher.” Às vezes, falava de vidas passadas, dizia acreditar no espiritismo e achava que ser homossexual poderia ser uma punição, um carma por alguma coisa relacionada a algo que fez em outra vida, supondo que poderia ter sido um homem que maltratava as mulheres.

Durante o tratamento, ela traz dúvidas e inseguranças por ainda ser virgem. Quando se refere a isso, está falando sobre o rompimento do hímen em uma relação com uma mulher, nunca com um homem.

No início do tratamento, chamava a atenção o quanto a paciente se sentia bem ao final das sessões. Muitas vezes, chegava angustiada e saía alegre, agradecida e bem-humorada. Atendê-la também me causava uma sensação estranhamente prazerosa. Apesar do sofrimento contido em seus relatos, eram atendimentos em que ríamos muito.

A paciente, depois de alguns meses, incluiu-me no conjunto de pessoas às quais ela enviava mensagens de texto, por vezes alegres, tal como exemplificado: “Um super bom dia para quem é de bom dia.” Tais mensagens nunca foram respondidas e não se tornaram conteúdo das sessões.

Depois de 5 meses, período em que Sandra discorreu principalmente sobre seus relacionamentos passados, houve um movimento de recolhimento e assim ela passou a falar mais sobre sua solidão, sua casa e as maneiras como ia conseguindo enfrentar a vida.

Após 8 meses de psicoterapia, ela me manda uma mensagem de texto, um dia antes da sessão, dizendo que estava mal, não conseguia dormir, estava sentido o cheiro e que não viria no dia seguinte. Respondi afirmando que sua vinda era muito importante. Ela veio, disse que estava muito triste, só saía de casa para trabalhar e a única companhia que tinha eram seus oito gatos pretos. Apesar de morar ao lado de suas irmãs, não suportava a “vidinha chata” delas e que tudo virava fofoca. A demanda e o desejo do analista para que ela viesse, contidos na mensagem de texto, parece ter provocado um fortalecimento da transferência, pois, após esse dia, passou a faltar consideravelmente menos.

Após mais ou menos um ano do início do tratamento, Sandra relata um sonho de angústia: está em uma casa bem grande e antiga, há algo de familiar nela que não consegue definir, mas não se parece com uma das inúmeras casas em que trabalha. No meio da sala principal, há um buraco muito grande no chão. Outras pessoas estão na casa, mas não parecem notá-lo. Ela caminha até um quarto e, subitamente, começa a entrar em trabalho de parto. Nasce uma criança envolta em um líquido amarelo, que emite um cheiro insuportável. Nesse momento, Sandra acorda suando e angustiada.

Não fazia muito tempo que a paciente havia trazido a questão do cheiro. Ela fala um pouco da estranheza que o buraco na casa lhe provocava e também sobre ter filhos, o que lhe inspirava uma sensação de nojo. Associa o mau cheiro da criança a um momento de sua puberdade em que tinha pouco dinheiro e não se preocupava em passar desodorante. Conta que era muito “muleca”, e que o pai a tratava como um menino.

Tal sonho nos ajudou no percurso da análise, pois conseguimos dar mais algum sentido a esse cheiro, inserindo-o também em sua história infantil, como veremos adiante.

O tema do fedor passou a ser mais frequente nas sessões. Em determinado momento, pergunta-me se eu o sentia e se achava que os outros podiam senti-lo, ou se era só ela. Respondi que não sentia e que os outros também não deveriam sentir. Gradualmente, Sandra começa a dar algum contorno para esse sintoma e consegue identificar que esse mau cheiro aparece nos momentos em que está muito triste, sozinha e angustiada. Aos poucos, parece

sentir esse cheiro com menos frequência, e, além disso, começa a achar que esse cheiro seja, talvez, algo “de sua cabeça”. A partir desse momento, Sandra passa a traçar estratégias para lidar com as situações de angústia em que o cheiro aparece. Assim, quando começa a se sentir triste e sabe que vai entrar em um buraco (um buraco que fede), ela procura se conectar com alguém, seja ligando para uma amiga, saindo de casa para encontrar alguém, seja me enviando uma mensagem.

Outro tema recorrente nas sessões é seu trabalho, fator importante na constituição de sua subjetividade. Não me parece à toa que tenha tanto prazer e reconhecimento em seu trabalho como faxineira. Afirmando isso pensando na limpeza como alguma tentativa de resolução possível conectada à questão do mau cheiro.

Aos poucos, começa a sair do recolhimento e inicia um movimento em direção ao exterior de sua casa. Sua antiga rotina (ir ao trabalho e voltar para casa) começa a ganhar mais opções e a envolver mais pessoas: passa a procurar mais os amigos e a família, assim como busca novos interesses, matriculando-se em um curso de computação.

Nessas andanças, começa a conhecer mais mulheres e a ter alguns casos. Ela explicita a vontade de ter relações sexuais e amorosas, mas raramente consegue chegar ao contato físico, algo que deseja bastante. Em geral, anotava o telefone de alguma mulher e passavam a se comunicar, com muita regularidade, por mensagens, mas não seguia adiante.

Sandra relata uma frustração pela ausência de encontros, mas, por outro lado, sentia que as mensagens e os telefonemas eram o suficiente para ela. As mulheres com quem se relaciona geralmente são conhecidas pela internet e vindas de outras regiões, que acabavam voltando para suas cidades natais. Além disso, muitas delas não eram homossexuais assumidas, o que dificultava encontros ao vivo. Há a manutenção de uma certa distância, que não se torna ameaçadora: ela tem medo de sofrer, de que as relações tenham um desfecho similar ao de suas relações passadas, de modo que parece suportar melhor os relacionamentos que mantenham uma certa virtualidade. Com alguma frequência, masturbava-se para dar vazão à sua necessidade sexual.

Uma colega do curso de computação, mais jovem do que ela, passa a ocupar um lugar central em sua vida afetiva. Apesar de a moça declarar sua heterossexualidade e ter um namorado, elas estabelecem uma relação afetiva e erótica, quase que completamente por celular, trocando mensagens incessantemente, “umas cinquenta por dia”. Após o término do curso, elas não se veem mais, mas continuam com as trocas de mensagens. Sandra insiste em paquerá-la e a moça insiste em dizer que não gosta de mulheres, apesar de sempre dar espaço para que o jogo de sedução continue.

Rapidamente se estabelece um padrão de relação que repete o formato das relações passadas da paciente: uma dependência asfixiante, um cuidado com o outro (que está mais no plano da relação mãe-bebê) e o predomínio do contato virtual.

Após um ano e meio de tratamento, recebo uma mensagem na manhã de uma quinta-feira (eu a atendia às segundas-feiras): “Eu não tenho mais razão para viver, eu tenho que ter coragem e ir embora, liga pra ela e diz para ela não ficar longe de mim, me ajuda.” (sic). Na resposta, ofereço um horário extra naquela tarde. Passadas duas horas e meia, nova mensagem: “Eu to quase acabando com tudo.” (sic). Optei por ligar: ela estava com voz de choro; disse, assertivamente, que ela precisava vir hoje para uma sessão extra. Ela concordou e veio. Pareceu-me plausível e suficiente apostar na transferência, em detrimento do movimento de morte. Dessa forma, pude oferecer e apostar que o espaço de uma sessão extra poderia dar conta desse fenômeno.

Ela conta que uma de suas ex-namoradas havia ligado: passaram alguns dias de um amor louco pelo celular, transaram, fizeram juras de amor, mas, em poucos dias, tinha sido deixada de lado. Ao mesmo tempo, a moça do curso de computação também reafirmava que tinha um namorado e que elas nunca seriam nada mais que amigas. Tais situações a haviam jogado no fundo de um buraco. Ao final da sessão, sua tristeza e frustração pareciam ter se transformado em um sentimento de raiva contra si mesma, chegando a dizer que nunca mais deixaria se afetar tanto por uma outra pessoa, mesmo que isso significasse ficar sozinha. O tema do suicídio foi pouco tocado nessa sessão. Na sessão seguinte, Sandra veio bem-humorada e com bastante autocrítica sobre os acontecimentos da última semana.

Passados dois meses, destaco outro fato que me parece importante no processo de sua análise: estávamos na semana da criança (12 de outubro), quando conta que gosta muito de brinquedos, que suas amigas lhe dão carrinhos e que, por diversas vezes, ela prefere brincar em vez de conversar com suas irmãs e seus pais, alegando não ter nada para conversar com eles, pois só fofocam. Peço que ela tente associar algo com essa história dos brinquedos, dos carrinhos: lembra-se de que o pai dava carrinhos em sua infância, que ele a tratava como menino, também levando-a para o bar, para andar de carro, para jogar bola etc.

Traz ainda uma lembrança que diz nunca ter falado com ninguém: somente aos seis anos entendeu que havia diferença anatômica entre meninos e meninas. Um primo, com uns 12 anos, mostrou o pênis para ela e propôs colocá-lo em sua vagina. Ela não concordou e saiu de lá. Afirma que foi só aí que entendeu que havia uma diferença sexual e que que teria sido muito complicado se não tivesse descoberto isso naquele momento, pois estava prestes a

entrar na escola, o que tornaria essa vivência mais complicada, uma vez que descobriria tal distinção com os colegas.

O assunto da diferença sexual ainda esteve presente em algumas sessões: mostrava-se surpresa com o meu interesse e também com as memórias que foram aparecendo. Lembrou-se de alguns momentos com o pai e achava que ele tinha “dado um empurrãozinho” (sic) em direção à homossexualidade. Rapidamente se corrigia e negava tal afirmação, dizendo que, na verdade, tinha nascido assim, mas que o pai tinha, sim, dado uma “ajudinha” (sic), pois a tinha tratado como um menino, em grande parte de sua infância. Diz que, ao perceber que ela era homossexual, passou a evitá-la. A mãe aparece pouco em seu discurso, quando o assunto é sua infância. Ela não parece ter se oposto ou feito muitas objeções à forma como Sandra foi criada.

Já estávamos perto do fim do ano quando contei que encerraria minhas atividades no hospital, propondo que continuasse os atendimentos em meu consultório particular, pois acreditava que tínhamos cumprido um percurso importante, mas que ainda havia espaço para mais trabalho.

O percurso que enxerguei e sobre o qual conversamos na sequência começou pelo início do tratamento, ao se recolher tanto física e psicológica quanto socialmente (por seu isolamento em casa, sua reclusão). Nesse momento, ela pode deixar um pouco de lado as fofocas, as histórias com suas ex-namoradas e os pensamentos que a invadiam (“O que eu tenho de errado?”). Em vez disso, pode falar mais de sua solidão e do vazio afetivo em que vivia. Aos poucos, parecia ter adquirido força e estrutura para melhor enfrentar seus problemas externos.

Gradualmente, sua certeza de que tinha algo de errado e de que esta era a razão por que não conseguia estabelecer uma relação afetiva foi perdendo força e dando lugar ao questionamento sobre os lugares que ocupava em uma relação e quais eram as consequências disso. Um resultado direto desse questionamento apontou para a diminuição da expectativa e da exigência em relação a si mesma e a suas parceiras. Paralelo a esse quadro, notei que Sandra começou a deixar o cabelo crescer um pouco.

Com o passar dos meses, começava a trazer para a análise histórias de reencontros com amigas e de reuniões familiares, ambos proporcionando satisfação. No entanto, quando o relacionamento era de ordem amorosa, restava muito material a ser trabalhado, pois ainda se desestabilizava e sentia que corria o risco de voltar a mergulhar em uma relação mortífera. Mas, mesmo assim, o buraco que se abria nos momentos dessas quebras afetivas parecia estar um pouco mais cuidado: tal buraco continuava a existir, mas não era totalmente ameaçador.

O sintoma do mau cheiro parece também ter ganhado alguma amarração em sua cadeia subjetiva, uma vez que, ao longo do processo da psicoterapia, foram sendo atribuídos sentidos e relações do cheiro com as suas histórias amorosa e infantil. O fedor também foi trabalhado na transferência e apareceu em seu discurso, de forma latente, pelo sonho.

Sandra aceita minha proposta de continuidade do processo analítico em meu consultório particular. Entretanto, passados os períodos de férias e de carnaval, ela não retornou ao tratamento.

3 Método

O presente trabalho fundamenta-se na Psicanálise enquanto teoria, método terapêutico e de investigação do inconsciente. O método utilizado será o método clínico proposto pela Psicopatologia Fundamental.

O método clínico baseia-se fundamentalmente na experiência de um analista em um processo psicoterápico já finalizado. Ou seja, o caso clínico eleito será a matéria-prima da construção de uma narrativa clínica¹⁰.

Segundo Magtaz e Berlinck (2012), a narrativa clínica não representa uma anamnese clínica tal como apresentada no meio médico (algo que corresponderia à realidade dos fatos), tampouco a um relato da sessão em que as falas do analista e do analisando são apresentadas na íntegra. Conforme os autores, o caso, no método clínico, é pensado “[...] como sendo o que possibilitaria a coincidência entre tratamento e pesquisa – o fundamento mesmo do método clínico –, ou seja, *pensar o caso clínico como sendo o relato do que surpreendeu o clínico em seu estado de atenção flutuante.*” (2012, p. 74)

Entende-se, portanto, que a narrativa clínica é uma ficção, pois não retrata o paciente em sua verdadeira realidade. Trata-se da relação transferencial criada no momento da análise e, principalmente, da escuta específica de um analista. De igual maneira, a leitura deste trabalho resultará, a cada leitor, uma concepção diferente da elaborada pelo pesquisador em questão.

A escolha de um caso e a consequente construção de uma narrativa clínica deriva de uma situação transferencial obscura vivida durante o atendimento. Para o clínico, essa situação particularmente enigmática será o germe da formulação de um problema de pesquisa. Há insistência no vocábulo *particular*, pois uma mesma narrativa clínica pode gerar diferentes problemas de pesquisa dependendo do pesquisador que a desenvolva.

Um dos maiores desafios para o pesquisador que almeja seguir o método clínico consiste em ser ele mesmo — via estudo da relação transferencial — objeto de pesquisa. Em outras palavras, sua escuta, seu procedimento, sua afetação, em suma, a forma por que o pathos do paciente toca o seu próprio será o material estudado.

Uma vez escolhido o problema de pesquisa, o pesquisador precisa conectar a narrativa clínica a uma rede de saberes que, na Psicopatologia Fundamental, não se restringe somente à

¹⁰ Nesta dissertação, a narrativa clínica é apresentada no capítulo 2.

Psicanálise. Os trabalhos nessa disciplina também abrangem áreas diversas, como o campo da Psicologia, Filosofia, Medicina, Sociologia, Literatura, Antropologia, Artes. Munido de um arcabouço teórico, torna-se possível a formulação de uma hipótese clínica e, posteriormente, a fundamentação de uma discussão que a comprove ou refute.

Para Pierre Fedida¹¹ (1998), uma Psicopatologia Psicanalítica fundamentada em situações clínicas encontra dificuldades para se adaptar ao fundamento científico de encontrar uma verdade empírica geral. Sem priorizar o método científico clássico, Fedida propõe uma metodologia diferente a esse campo de conhecimento: concebe o fundamental como um projeto de natureza intercientífica, ao valorizar a noção da pluralidade na compreensão de um fenômeno, obtida pelo diálogo entre saberes.

Com base na narrativa clínica apresentada no capítulo precedente, o foco do olhar está principalmente nos enlaces e associações presentes no discurso da paciente que se referem ao enigmático fenômeno do mau cheiro. Com essa direção, diversos elementos da narrativa auxiliam a estruturação de um hipótese clínica: a queixa inicial da paciente; a forma estética como se apresenta; o papel do trabalho em sua vida; a relação com os pais; o histórico de desilusões amorosas; o modo como se comunica; o lugar onde coloca o analista; um sonho específico; momentos de intensa angústia vividos durante a análise; lembranças traumáticas da infância e da adolescência; memórias olfativas; questões relacionadas à sexualidade e à feminilidade.

No desenvolvimento desta dissertação, esses elementos serão explorados e dispostos de forma a produzir uma espécie de teia que permite encontrar um sentido para o mau cheiro, através de um olhar singular e aprofundado sobre a economia psíquica da paciente.

Nesse contexto, não se pretende realizar um estudo geral sobre o lugar do olfato e do cheiro na Psicanálise, mas sim atentar à especificidade do fenômeno do mau cheiro no caso clínico de Sandra, para, então, tentar identificar elementos que possam ser úteis para a clínica em geral.

Sobre a busca do fundamental a partir de um único caso clínico, Fedida afirma:

A fundamentalidade psicopatológica da psicanálise não se atém somente aos deslocamentos que ela efetua em relação à normalidade: a teoria psicanalítica – metodológica e tecnicamente em ação na cura – recebe do sintoma, ao mesmo tempo, sua objeção e uma solicitação para transformar modelos que ela pressupõe no sentido não de uma nova generalização psicopatológica, mas sim no de sua universalização. Cada sintomatologia individual é singularmente uma teoria

¹¹ Na década de 1970, o autor cunhou o termo *Psicopatologia Fundamental* e criou, com colaboradores, o primeiro Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise na Universidade Paris 7 – Denis Diderot, em Paris.

enigmática e literalmente infantil. Esta teoria construída pelo sujeito a serviço da defesa de sua identidade pessoal (qualquer sintoma é teoria autóctone de si) dispõe de uma auto-organização transferencial, cujo objeto intrapsíquico e/ou intracorporal é desconhecido do próprio sujeito. (1998, p.119).

Com base na proposta central da Psicopatologia Fundamental, de priorizar a subjetividade singular do sujeito, há um mergulho na narrativa clínica, com o intuito de impregnar-se com o pathos presente na enigmática manifestação do mau cheiro. Dessa forma, localizado o campo exploratório, não é sabido, contudo, o caminho a que esse mergulho conduzirá.

Como já dito, a Psicanálise é o principal referencial teórico neste percurso investigativo, especificamente para a compreensão das angústias, dos mecanismos de defesas e dos caminhos da pulsão envolvidos na manifestação do mau cheiro.

Assim, o próximo capítulo trata do conceito de defesa proposto na obra de Freud, cuja compreensão envolve o entendimento das concepções de angústia, afeto, representação, recalque, entre outras. Sobre o psiquismo, Berlinck (2000, p. 8) declara: “ O psiquismo, produto do pathos, é parte intrínseca do sistema imunológico do humano e tem por finalidade proteger cada membro da espécie, assim como toda ela, de ataques virulentos externos, bem como dos ataques páticos internos.”

Uma primeira análise do mau cheiro sugere esse fenômeno como a expressão de um sintoma que protege a paciente de algo mais aterrorizante, levando o pesquisador a buscar elementos clínicos e teóricos que permitam a elaboração de uma hipótese clínica específica para o caso de Sandra.

No capítulo seguinte, o conceito de narcisismo é o referencial teórico central para a análise da função psíquica do mau cheiro nos momentos de crise: uma das ideias decorrentes da hipótese clínica refere-se à função restauradora, egoica e corpórea, do mau cheiro, diante de uma grave ameaça pulsional interna ou externa. O fenômeno do mau cheiro remeteria a um estado psíquico semelhante aos estados narcísicos primitivos experienciados pelos bebês.

Para explorar essa hipótese, são utilizados, inicialmente, os textos freudianos sobre o narcisismo. Em momentos posteriores, algumas noções de Lacan e Dolto são mencionadas para conceituar *narcisismo primário* e *secundário*, *narcisismo primordial*, *eu ideal* e *ideal de eu*.

Além desses embasamentos, outros dois conceitos sobre o narcisismo são pertinentes à temática analisada: o conceito de *narcisismo de morte*, de André Green, e o de *envelope olfativo*, proposto por Didier Anzieu. Tais noções auxiliam na discussão sobre a dinâmica

psíquica da paciente: diante de uma ameaça ao ego, ocorre uma regressão narcísica, e irrompe-se a alucinação olfativa.

Em um terceiro momento da análise da hipótese clínica, consistente no sexto capítulo desta dissertação, sustenta-se que a fonte principal de desamparo na paciente se daria através de um excesso de erotismo, excesso este que o sintoma, representado pelo mau cheiro, visaria dar conta.

Esse universo erótico parte de um sonho da paciente em que se pretende explorar uma rede de significantes inconscientes, mas que se condensam no mau cheiro e que poderiam ser pensados pela equivalência simbólica (fezes, urina, ânus, vagina, buraco, carrinho e bebê).

Nesse momento do estudo, textos de Edmund Gurney, Jean Claude Maleval e James Sully permitem melhor configuração do mau cheiro, principalmente pelos conceitos de *alucinação de sentido*, *delírio histérico* e *ilusão introspectiva*.

Com essas noções, a relação entre sonho e alucinação proposta pela psicanalista Silvia Alonso é utilizada com o intuito de aproximar o sonho de Sandra ao mau cheiro alucinado e, assim, fundamentar a ideia de que ambos trabalham no sentido de proteger o ego de um excesso pulsional erótico.

Como última etapa analítica deste estudo, alguns textos freudianos sobre o feminino e a sexualidade feminina contribuem para a interpretação de elementos da narrativa clínica que dizem respeito à sexualidade da paciente, ou seja, elementos essenciais de sua construção psíquica.

Nas considerações finais, consolidam-se as tentativas de resposta aos problemas da pesquisa. Para isso, localizados alguns elementos que funcionam como base de sustentação psíquica para Sandra, há uma discriminação dos papéis e das funções do mau cheiro em seu psiquismo. Nesse recorte temático, algumas considerações gerais podem auxiliar outros pesquisadores e clínicos.

4 A construção do sintoma do mau cheiro

Se você conseguir, em pensamento, sentir
o cheiro da pessoa como
se ela estivesse ali do seu lado...
É o amor que chegou na sua vida.
Autor desconhecido

Este capítulo busca compreender o modo por que o fenômeno do mau cheiro se insere na economia psíquica de Sandra. Para isso, inicia-se com uma tentativa minuciosa de entendimento e mapeamento de sua vida pulsional, com foco na noção freudiana de defesa.

O tema do mau cheiro não surgiu como a primeira queixa da paciente, mas foi emergindo aos poucos em seu discurso, através da queixa sobre um excesso de suor e também em sua forma negativa: a limpeza (já que Sandra trabalha como faxineira e tal função ocupa um lugar central em sua economia psíquica).

Alguns meses após o início do processo analítico, a questão do mau cheiro se desloca do plano puramente objetivo, o suor, e aparece em uma antiga cena traumática associada à rejeição amorosa. Em seguida, a paciente passa algum tempo sem explorar esse tema até que o mau cheiro brota em seus sonhos e associações que levam a memórias e fantasias relacionadas à sexualidade infantil. Finalmente, o mau cheiro se presentifica e surge como marca, signo de um *pathos* que a invade, e como elemento transferencial.

O analista, por sua vez, também foi afetado pela característica misteriosa presente no fenômeno do mau cheiro. Tal afetação transformou-se em um enigma que o acompanhou durante todo o atendimento e, mesmo após seu fim, permaneceu como uma questão incômoda. Dessa forma, acreditamos que esta pesquisa também tenha a função de elaborar esse excesso.

Durante o processo de escrita ocorreu uma situação que parece ir ao encontro da formulação de Berlinck (2000) referente à pesquisa como uma forma de lidar com o *pathos* que afeta ambos, analista e analisando. A situação transcorreu da seguinte maneira: o pesquisador, após escrever uma frase em que afirmava o mau cheiro como sendo um mecanismo de defesa e, portanto, pertencente à essência de Sandra, deu-se conta da multiplicidade e riqueza de sentidos que a palavra *essência* carrega. Em nenhum momento anterior ao da pesquisa ou do processo analítico, a palavra *essência* havia aparecido como algo que também nomeia os cheiros.

A partir do momento em que surge, entendemos que a palavra produz um efeito análogo a uma interpretação analítica e, assim, leva o pesquisador a alcançar uma elaboração do caso. Dessa forma, pensamos que a palavra *essência*, somente depois de escrita, ganha um estatuto de significante, pois se insere na cadeia associativa inconsciente do pesquisador e permite um deslocamento de sentido.

Com base nessa elaboração, alguns significados da palavra *essência* devem ser mencionados: “1. Aquilo que constitui a natureza das coisas; substância. [...]. 6. O que constitui a natureza de um ser, independentemente de este existir de fato ou atualmente. [...]. 8. Óleo fino e aromático extraído de determinados vegetais [...]”. (AURÉLIO, 1975, p. 574).

Ora, sendo o tema desta dissertação justamente abordar as bases da sustentação psíquica da paciente, indaga-se: seria o cheiro uma dessas bases? Em outras palavras: seria o mau cheiro parte de sua *essência*?

Em nova tentativa para melhor circunscrever o fenômeno do mau cheiro, outra retrospectiva do início do tratamento. Sandra procura ajuda, pois vive uma forte tristeza e encontra grande dificuldade em estar com outras pessoas. Em razão disso, isola-se bastante e escolhe, sempre que possível, estar sozinha, abrindo mão da companhia de outros. Desde o princípio dos atendimentos, relata encontrar muitas dificuldades em manter um relacionamento, o que a faz chegar à conclusão de que, se nenhum relacionamento dava certo, o problema em questão só poderia ser ela. Ante tal constatação, ela se indaga: o que tenho de errado? Essa é a demanda inicial da análise.

Após algumas sessões, relata crer que emite um forte odor e que o medo de estar cheirando mau a coloca em situações bastante desconfortáveis, como, por exemplo, ter que sempre andar com uma troca extra de roupas e um “estoque de perfume” na mala, para o caso de precisar se trocar.

O mau cheiro também a angustia bastante quando está no ônibus ou na rua, principalmente em dias quentes, pois pensa que pode estar incomodando os outros. Quando questionada se alguém já havia dito isso a ela, responde que não, mas que é muito provável que ninguém tenha falado por questão de polidez.

Além disso, deixa de ir a muitos eventos sociais e tem dificuldades em manter vínculos mais longos e profundos, pois acha que nada será de seu interesse, que as pessoas só fofocam e que podem perceber seu mau cheiro.

Sandra não faz uma correlação clara entre o mau cheiro e seu questionamento pessoal (o que tenho de errado?). Contudo, essas preocupações aparecem juntas, diversas vezes, em sua fala.

Nesse contexto, ressurge a questão norteadora deste capítulo: qual seria a função do mau cheiro em sua economia psíquica? De pronto, uma das funções dessa manifestação seria justamente a de ocupar o lugar de uma outra representação, que era intolerável ao ego de Sandra. Assim, haveria em sua psique uma representação muito arcaica, que estaria recalçada, e, em seu lugar, estaria o sintoma do mau cheiro.

Trata-se de um conteúdo profundo e agudo, pois a solução de compromisso presente nesse sintoma não apresenta grande conforto ao ego de Sandra. Ou seja, o mau cheiro funcionaria como uma representação que assume o lugar da verdadeira representação, que era intolerável ao ego, mas o afeto que a acompanhava permanece presente na consciência, ao menos parcialmente.

O *pathos* que Sandra apresenta em seu discurso manifesto diz respeito, em parte, à sensação descrita pelo psicanalista André Green como *angústia de intrusão*: ela ocorre diante da dificuldade que o ego encontra para se proteger das intrusões de objetos externos. Nesse recorte analítico, tanto o cheiro quanto a crença de que os outros podem estar falando ou fofocando sobre ela teriam o estatuto de objetos que a invadem: “O sujeito se sente como se fosse invadido pela psique do outro, o que lhe dá o sentimento de um arrombamento de sua própria psique e, ao longo do tempo, de uma colonização e mesmo de uma alienação a ela.” (GREEN, 2008, p. 189).

Retomando as sessões, o tema do mau cheiro aparece, de início, sob a forma de uma preocupação excessiva que a analisanda mostrava em relação ao seu próprio cheiro. No entanto, após poucos meses de atendimento, relata um evento que afirma ter sido muito importante em sua vida: aos dezoito anos, trabalhava na equipe de limpeza de uma casa de eventos e vivia um breve relacionamento homossexual com uma colega de trabalho. Certo dia, chega ao trabalho e escuta, de longe, uma conversa entre essa colega e seu chefe, que a indagava se estava “ficando com Sandra”. A colega responde que não e afirma que nunca ficaria com Sandra, pois, além do mais, ela fedia.

A paciente toma essa afirmação como verdade absoluta e, assim, deixa de se encontrar com a colega e pede demissão do trabalho. A partir desse momento, começa a se incomodar com as fofocas e a se preocupar com o próprio mau cheiro. Essa preocupação passa a ocupar um lugar central em seus pensamentos.

Não há como afirmar se Sandra já apresentava sinais de depressão, isolamento social e comportamentos excêntricos anteriores a essa experiência. De qualquer maneira, a paciente localiza nesse evento o princípio da formação dos sintomas e das angústias que apresentava no início de sua análise.

O fracasso de outros relacionamentos amorosos somente intensificam sua angústia e seu isolamento social. Sandra passa a desenvolver estratégias para que tenha o mínimo de contato social possível. Trabalha em horários em que os patrões não estarão em casa, evita sair com os amigos e participa o mínimo possível dos eventos familiares. Em análise, ela rememora com grande sofrimento o momento dos rompimentos e fica repetindo a pergunta: “O que eu tenho de errado?”

Em seu relato, evidencia-se que suas relações amorosas normalmente se iniciam pela internet e se desenvolvem para uma intensa troca de mensagens no celular. Somente depois de uma aproximação virtual é que passa a existir a possibilidade do contato real. Quando a relação evolui até um contato presencial, Sandra aparenta vivenciar uma forma de apaixonamento bastante voraz, o que tende a acabar influenciando para o término da relação. Há um final súbito e, sem explicações, a pessoa com quem estava vai embora.

Nesse quadro, o analista busca compreender a repetição das cenas amorosas e, principalmente, da cena em que Sandra escuta a conversa entre seu chefe e a garota com quem se relacionava. Nesta cena em particular ocorreu o inverso: foi ela, Sandra, quem partiu sem dar explicações.

Perceptível que Sandra encontra grandes dificuldades em amar e ser amada. Ela quer muito encontrar uma namorada, mas estar em uma relação tem a potência de enlouquecê-la. O contato social é assustador e quando se envolve amorosamente, de alguma forma, caminha perto das bordas de seu psiquismo: quando está com alguém é como se andasse à beira de um precipício.

O que acontece com seu psiquismo quando vive uma experiência de alteridade? Qual é o desbalanço psíquico que vive quando ama e é amada? Por essas indagações, é possível chegar a um apontamento importante: a capacidade de amar provavelmente seja uma das bases da sustentação psíquica.

Sandra apresenta uma modalidade própria de amar. Sabidamente, todos têm uma forma singular de amar; no entanto, o que chama a atenção é o esforço que Sandra faz para se proteger do amor. Ela ama a distância, pois estar perto é perigoso: diz que as pessoas são invejosas e podem inventar histórias. Por essa concepção, utiliza muito a internet e as mensagens por celular. Sandra precisa saber que estão pensando nela, mas a proximidade a sufoca.

Para outras relações entre o mau cheiro e o amor, uma nova retomada do relato clínico: um ano e meio após o início da análise, Sandra começa a colocar em prática uma vida

social mais ativa. Ela revê antigos amigos e consegue participar de algumas reuniões familiares sem tamanha angústia.

Além disso, inicia um curso de computação, algo que desejava há muitos anos. Nesse curso, conhece uma mulher e, pouco a pouco, estabelece uma aproximação. Há o flerte e rapidamente estabelecem uma relação em que trocam dezenas de mensagens por dia. Essa mulher nunca teve uma experiência homossexual, mas, mesmo assim, Sandra tem esperanças de ficar com ela.

Há o relato, em muitas sessões subsequentes, com riqueza de detalhes, do conteúdo das trocas de mensagens. Ela parecia pedir ao analista que interpretasse as mensagens da mulher com quem se envolvia como sendo algo que demonstrasse um interesse amoroso por ela. Em outros momentos, relatava a frustração por não conseguir se aproximar realmente dessa mulher, embora parecesse confortável, para ambas, a manutenção de uma certa distância.

Ao mesmo tempo em que esse envolvimento ocorria, Sandra reencontra, pela internet, uma de suas antigas namoradas, uma pessoa com quem viveu uma paixão muito intensa e rápida. Durante um final de semana, ela se corresponde regularmente com essa mulher, tem relações sexuais virtuais e trocam juras de amor. Porém, poucos dias depois, descobre que essa mulher mantém contato (ao menos virtual) com várias mulheres, no mesmo período. Essa descoberta abala sua estrutura e a lança em um buraco de angústia. Nesse mesmo dia, recebe uma mensagem da colega do curso de computação comunicando que poderiam ser amigas, mas que nunca passariam disso.

Sandra se desespera com esses dois fatos e, na hora de dormir, começa a sentir um fedor. Ela toma banho, mas o cheiro continua lá. Troca os lençóis, o pijama, toma outros banhos, mas o cheiro continua a invadi-la. Ela envia uma mensagem do celular ao analista, que a lê somente na manhã seguinte, relatando que estava sentindo o cheiro e que não tinha mais razões para viver.

A partir da repetição dessas vivências, reforça-se a hipótese analítica de que o mau cheiro surgia quando Sandra se aproximava demais do amor. Seja pelo receio que tinha de estar emitindo o mau cheiro, seja pela sensação real de que está fedendo, em ambas as situações o mau cheiro se relaciona com a vivência ou a possibilidade de viver um amor. Um amor que fede é vívido como uma ameaça de morte.

Feito percurso na narrativa clínica, entende-se ser possível sustentar a hipótese de que o mau cheiro poderia ter a função de protegê-la dos contatos sociais e do amor. O fedor agiria

como uma barreira social e, conseqüentemente, a paciente encontraria algum apaziguamento para sua angústia, que surge nos momentos de vivência do amor e do abandono.

A verdadeira função do mau cheiro seria, portanto, a de defender-se de si mesma: ela se protegeria de uma libido masoquista. Dessa forma, o cheiro que Sandra sente não é uma defesa contra um outro real: o fedor a afasta de si mesma. O fedor só confirma sua ideia de que teria algo de errado.

Com o intuito de sustentar a hipótese de que o mau cheiro funcionaria como um mecanismo de defesa na economia psíquica de Sandra, o conceito de defesa na Psicanálise é o próximo subitem deste capítulo.

4.1 Defesa

Neste tópico e conforme o recorte temático da dissertação, para o desenvolvimento do conceito de *defesa*, serão preponderantes as considerações freudianas.

Segundo Laplanche e Pontallis (2001, p. 107): “[...] a defesa incide sobre a excitação interna (pulsão) e, preferencialmente, sobre uma das representações (recordações, fantasias) a que está ligada, sobre uma situação capaz de desencadear essa excitação na medida em que é incompatível com este equilíbrio e, por isso, desagradável para o ego.”

A defesa seria contra uma representação que tira o equilíbrio do ego. Geralmente, a defesa cria uma barreira entre a representação do afeto e o afeto em si. Na verdade, é este afeto que causa um desarranjo no ego. Para Sandra, o cheiro e as fofocas estão separadas das angústias trazidas pelo amor e pelas relações sociais. O que fica no ego é a crença: “Eu fedo. As pessoas são fofoqueiras.” E a angústia vem formulada na pergunta: “O que tenho de errado?” Esses elementos não estão ligados, conscientemente, com as angústias produzidas pelo desamparo e pelo fracasso nas relações amorosas. Conforme os mesmos autores, que acompanham Freud, há relação entre a condição da defesa e a sexualidade:

[...] a condição da defesa patológica é o desencadeamento de uma excitação de origem interna provocando desprazer e contra a qual não foi estabelecida qualquer aprendizagem defensiva. Não é, pois a intensidade do afeto em si que motiva a entrada em jogo da defesa patológica, mas condições muito específicas que não se encontram nem no caso de uma percepção penosa quando da rememoração de uma percepção penosa. As condições só se encontram realizadas, para Freud, no domínio da sexualidade.” (LAPLANCHE e PONTALLIS, 2001, p. 109).

Sendo assim, para Freud, toda defesa seria uma defesa contra a sexualidade e, portanto, nos casos em que existisse, uma defesa de tipo patológica, haveria uma dificuldade egoica em tolerar um excesso pulsional de excitação sexual.

O termo *defesa* aparece pela primeira vez na obra de Freud associado à histeria em *As neuropsicoses de defesa*, de 1894¹². Nesse texto, há uma descrição da *histeria de defesa* como um tipo particular de histeria:

Esses pacientes que analisei, portanto, gozaram de boa saúde mental até o momento em que houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa – isto é, até que seu eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão aflitivo que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava em sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu por meio da atividade de pensamento. (FREUD, 1894, p.55).

Quando o ego encontra um afeto que não consegue tolerar, a defesa age de forma a criar uma nova representação, que demandaria um trabalho menos exigente do ego. Contudo, restaria no ego um quantum desse afeto que, de alguma forma, tem que ser alocado no psiquismo. Aqui, teorizando sobre a *histeria de conversão*, Freud sustenta que o resto de energia será transformado em algo somático, denominado *conversão*.

Freud, no entanto, percebe que, em determinados casos, o mecanismo da conversão não funcionaria, pois, apesar de haver uma nova representação no ego, esta continuaria a carregar um quantum de afeto intolerável. Dessa forma, o afeto permaneceria livre na esfera psíquica desse sujeito e, assim, acabaria se ligando a outras representações. Essas novas representações, segundo o autor, acabariam se transformando em fobias ou obsessões.

Ainda no texto de 1894, Freud propõe uma terceira forma de defesa contra uma representação intolerável ao ego: uma rejeição completa do conteúdo levando o ego a se comportar como se a representação jamais tivesse existido. Aqui, o conteúdo inicialmente banido retornaria por delírios e alucinações. Nesse período, o autor afirma não ter encontrado ainda elementos suficientes para uma boa compreensão dessa defesa, tais como os elementos que já tinha encontrado nos casos da histeria de conversão.

Passados dois anos, em *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*, Freud (1896) preenche a lacuna deixada no texto anterior ao afirmar que o mecanismo de

¹² Nesse texto, Freud realiza uma contribuição importante ao desenvolvimento da teoria psicanalítica, pois inicia o desenvolvimento da teoria da *catexia*: existiria um fluxo de energia sexual que determinaria o funcionamento do aparelho psíquico, de forma que o ego seria responsável por lidar com os escoamentos e as catexizações dessa energia.

defesa nas neuropsicoses estava relacionado com experiências sexuais traumáticas na infância¹³ e, dessa forma, estariam pré-dispostas a se defender de eventos mais tardios, que produziriam novas representações sexuais.

Também nesse texto, o autor complementa a noção de defesa na neurose obsessiva: “A natureza da neurose obsessiva pode ser explicada numa fórmula simples. As ideias obsessivas são, invariavelmente, auto-acusações transformadas que reemergiram do recalçamento e que sempre se relacionam com algum ato sexual praticado na infância.” (FREUD, 1896, p. 169).

De acordo com Freud, nas formações obsessivas haveria uma marca mnêmica de prazer sexual referente a uma cena de sedução vivida pela criança. Mais tarde, quando adultas, a defesa se manifestaria propriamente, através dos sentimentos de vergonha e autoacusações, pois remeteriam à situação infantil em que a criança havia obtido prazer. O provável despertar de tais lembranças infantis recalçadas seria devido a conflitos sexuais contemporâneos.

Nesse sentido, a cena em que escuta a mulher com que se relacionava dizer que Sandra fedia, pode ser o segundo momento do trauma em que um distúrbio sexual contemporâneo se conecta com as lembranças da sexualidade infantil.

Ainda quanto à defesa, Freud (1897) indica estar mais certo de que a causa do fracasso da defesa obsessiva estaria relacionada a um contemporâneo estado de libido insatisfeita que forçaria a revivência da autocensura recalçada. Dessa forma, uma tensão sexual atual seria responsável pela formação de novos sintomas obsessivos. Sobre esses sintomas, Freud destaca dois tipos de neurose obsessiva, de acordo com a passagem do conteúdo para a consciência, a seguir apresentados.

No primeiro tipo, o conteúdo da representação obsessiva é distorcido duplamente em relação ao ato obsessivo da infância: algo do contemporâneo é substituído por algo do passado, e um conteúdo não sexual substitui um sexual. Geralmente, são pessoas que se mostram muito desconfiadas e escrupulosas em relação aos outros, sendo a autoacusações o sentimento predominante.

No segundo tipo, o próprio afeto da autoacusações que tinha sido recalçado retorna à consciência. O afeto sofre uma transformação e, regularmente, modifica-se:

¹³ Em importante nota de rodapé acrescentada em 1924 a esse texto, Freud afirma que, em 1896, ainda não conseguia diferenciar as fantasias dos pacientes sobre suas infâncias das lembranças reais de sua vida. Por isso, diz ter sido um erro atribuir como etiologia universal das psiconeuroses de defesa somente as experiências reais de traumatismo sexual.

[...] em vergonha (de que alguém o descubra), em angústia hipocondríaca (medo dos danos físicos resultantes do ato que envolve a auto acusação), em angústia social (medo de ser socialmente punida pelo delito), em angústia religiosa, em delírios de ser observado (medo de delatar-se pelo ato diante de outras pessoas), ou em medo da tentação (justificada razão sobre os seus próprios poderes de resistência). E assim por diante. (FREUD, 1897, p.271-2)

Além dessas duas formas de defesa contra as representações e os afetos ligados à ideia da autoacusação, Freud destaca um outro modo de defesa, que funcionaria como medida protetora do ego, expressa por ações compulsivas, ensimesmamento obsessivo, acumulação obsessiva de objetos e rituais obsessivos. Essas ações conseguiriam, genuinamente, recalcar os sintomas do retorno do reprimido. Assim, em determinados casos, seria uma defesa complementar às descritas anteriores, mas, em outros, as ações obsessivas fariam sozinhas o trabalho de eliminar do ego o afeto ou a representação produtores da angústia.

Ainda nesse mesmo texto, Freud faz apenas uma indicação a um sintoma da neurose obsessiva que pode ter especial importância para a exploração do *pathos* no caso de Sandra, os “delírios de observação”:

[...] acuso-me por causa de um acontecimento – receio que outras pessoas saibam dele – portanto, sinto vergonha diante de outras pessoas. Tão logo é reprimido o primeiro elo da sequência, a obsessão passa para o segundo ou terceiro elo e leva a duas formas de delírios de observação que, no entanto, fazem realmente parte da neurose obsessiva. A luta defensiva termina em mania de generalizada dúvida ou no desenvolvimento de uma vida de excêntrico, com um sem número de sintomas defensivos secundários [...]. (FREUD, 1897, p.272)

Tanto é assim que, em alguns momentos da análise, Sandra apresentava manifestações que pareciam ser da ordem do delírio. No entanto, tínhamos dificuldade em compreender qual seria a função delas em sua dinâmica psíquica. Tais manifestações se davam através de uma preocupação excessiva da paciente com o seu cheiro e em ser alvo de fofocas, o que se confirmava nas conversas que tinha com amigos e familiares, pois os temas eram sempre fofocas sobre uma terceira pessoa que não estava na cena.

Além disso, Sandra se sentia perseguida, pois qualquer assunto que discorresse poderia ser usado como fofoca, em uma futura conversa. Consequentemente, vivia com angústia os eventos sociais e, sempre que possível, evitava-os.

Nesse contexto, pertinente recorrer ao mecanismo de defesa da paranoia que para Freud, assemelha-se ao da neurose obsessiva, pois em ambas as psicopatologias ocorreria um deslocamento, uma transmutação da representação do conteúdo traumático sexual infantil para uma nova representação que pudesse habitar a consciência. Em ambas as defesas, o ego

ver-se-ia livre da representação e do afeto ligados à primeira ideia, que foi recalcada. Contudo, enquanto na neurose obsessiva os sentimentos de autoacusação são substituídos por pensamentos e ações obsessivas, na paranoia o ego se recusa a crer na autocensura e passa a projetar o sentimento da autoacusação. Em um segundo momento, essa projeção se transforma em um imperativo delirante de que os outros estão me acusando.

No Item III do mesmo texto, Freud (1897) descreve o caso da Sra. P. como sendo exemplo de um caso de paranoia crônica. Essa senhora possui a prevalência de diversos sintomas considerados paranoicos, entre eles, isolamento social e desconfiança de todos. Achava que as pessoas tinham alguma coisa contra ela, até que começou a escutar vozes que a difamavam. Após um período de análise, Freud afirma que essas vozes - alucinações auditivas - tinham origem no recalçamento de representações sobre uma autoacusação que empreendera em relação a experiências sexuais, junto ao irmão, em sua infância.

Um segundo caso, em que Freud (1895) descreve a dinâmica da defesa na paranoia, diz respeito a uma moça de família que em seus delírios escutava vozes que a caluniavam, afirmando seu desejo sexual por um homem com quem não era casada. O autor afirma que “[...] o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo” (FREUD, 1895, p. 256). Como ela percebia esse julgamento (vozes) advindo de fora, ela (seu ego) poderia rejeitá-lo, ao contrário do que aconteceria se o conflito e a mensagem viessem internamente. Ou seja, a recusa da crença na autocensura proporciona espaço para que o mecanismo da projeção se aplique.

Freud interpreta a origem de tais sintomas conectando-os à ideia recalcada de que a moça não podia ter se excitado com os avanços do amigo do irmão, pois não era sua esposa, e, portanto, seria considerada uma mulher sem estatura social. O delírio funcionaria como um mecanismo de projeção: a ideia de que teria se excitado com um homem é rechaçada e, para isso, escuta vozes que a caluniam sobre seu desejo sexual. Dessa forma, a ideia delirante protege o ego da ideia penosa (que ele quer excluir da consciência).

Em um dos últimos textos de sua obra “Análise terminável e interminável” (1937), Freud afirma que o psiquismo teria diversos mecanismos de defesa para evitar o perigo, a angústia e o desprazer, sendo que tais mecanismos poderiam também se tornar perigosos para o ego: “ Às vezes, se vê que o ego pagou um preço alto demais pelos serviços que eles lhe prestam. O dispêndio dinâmico necessário para mantê-los, e as restrições do ego que quase invariavelmente acarretam, mostram ser um pesado ônus sobre a economia psíquica.” (FREUD, 1937, p. 253) Mesmo após o término da situação ou da dinâmica pulsional que inicialmente havia produzido no ego a necessidade de se defender, e, portanto, de um

mecanismo de defesa, este não deixa a esfera do ego e acaba fundamentando-se como um traço de caráter.

Neste mesmo texto o autor discute os limites e as possibilidades encontrados no tratamento psicanalítico: existiriam deformações egoicas tão enraizadas no psiquismo que acabariam impossibilitando o tratamento, pois os pacientes não conseguiriam estabelecer laços transferenciais suficientes para o estabelecimento de uma neurose de transferência.

Com base no conceito de defesa, interessa ao pesquisador buscar uma elaboração sobre os mecanismos de defesa de Sandra, centrando-se, principalmente, na questão do mau cheiro.

4.2 Mau cheiro: mecanismo de defesa

No caso de Sandra, como primeira constatação, a solução de compromisso encontrada por seu ego encontrava-se bastante frágil no momento em que procurou a análise, posto que se sentia muito triste, bem como era invadida por sentimentos de angústia, vivia um isolamento social e se preocupava bastante com as fofocas e com o mau cheiro.

Um elemento a ressaltar é o papel do trabalho na vida da paciente. Sandra gosta muito do que faz e diz ser bastante elogiada, empenhando-se, com amor, na arrumação dos ambientes dos outros, mesmos nos momentos de grande sofrimento psíquico. Acreditamos que grande parte dos pensamentos e da libido de Sandra são empregados em uma atividade que consiste justamente na predominância do limpar (eliminar a sujeira e os maus cheiros). O trabalho não só a sustenta financeiramente como também a sustenta psiquicamente, neste sentido a capacidade olfativa parece reger sua relação com o mundo.

Com essas ponderações, mesmo que antecipando o item seguinte, levanta-se a hipótese de que a ideia e a ação de se preocupar com a limpeza e com o mau cheiro sejam um exemplo do que Freud (1896) descreve como ações obsessivas que conseguem genuinamente recalcar os sintomas do retorno do recalcado. Assim, em determinados casos, não seria necessária a formação de uma representação deslocada do retorno do recalcado: as ações obsessivas fariam sozinhas o trabalho da solução do compromisso.

Eu fedo é uma autoacusação que contém uma ação obsessiva: limpar-se. Diferentemente da maioria dos casos de neurose obsessiva, em que as pessoas se limpam por um medo de serem contaminadas, Sandra, por sua vez, crê que ela fede e que, então, precisa

estar sempre limpa para que os outros não notem seu cheiro, sua existência. Dessa forma, seria ela que teria em sua essência (o cheiro) a possibilidade de contaminar os outros.

Tais ações e pensamentos, acrescidos ao trabalho cotidiano da limpeza, nem sempre dão conta da angústia primitiva que reside no medo da rejeição. O amor e a possibilidade de não ser amada a aterrorizam, e, quando isso ocorre, a crença de que ela fede se torna algo real: ela não tem dúvida de que está sentindo um fedor e que esse fedor provém dela. Existe uma corporificação dessa angústia e assim não sobra mais espaço algum para dúvida ou para qualquer tipo de pensamento. Nesses momentos, é como se exalasse angústia por seus poros: ela exala desespero. Nos momentos de crise, o mecanismo de defesa aproxima-se da projeção presente na paranoia.

Quando o ego passa a correr risco de se fragmentar frente a uma angústia avassaladora, o mau cheiro aparece como tentativa de produzir uma representação. Em outras palavras, procura dar corpo para essa vivência. O mau cheiro é literalmente a encarnação desta angústia no corpo de Sandra. Aqui, pensamos que seu psiquismo se revela através do sintoma do mau cheiro, que se sustenta no corpo da paciente.

Por razões que ainda são difíceis de explicar, o mau cheiro que a invade eventualmente acaba passando. Quando passa, ela consegue novamente voltar a pensar: ela pensa que precisa sempre carregar uma troca de roupas na mala, pensa também que passa uma energia boa quando no dia seguinte volta ao trabalho e, finalmente, pensa que tem algo de errado, pois não consegue arranjar uma namorada.

Ou seja, ela pensa que fede, mas não está mais sentindo o cheiro. Sandra realmente não tem certeza de que emite esse cheiro; em determinado momento da análise, essa dúvida aparece na transferência sob a forma de uma pergunta direta ao analista: “Você está sentindo o meu cheiro?” Tal pergunta nos faz pensar que o mecanismo de defesa aqui não se constitui exatamente como uma projeção, pois Sandra não tem certeza de que os outros sentissem o mau cheiro.

Chegamos, então, à ideia de que as relações amorosas possuem o potencial de desestabilizá-la, a ponto de lançar mão de uma defesa tão arcaica quanto um cheiro alucinado. Nossa pergunta desloca-se, assim, ao porquê das relações amorosas constituírem tamanha ameaça, indagação que nos encaminha à hipótese clínica.

4.3 Hipótese clínica

Se localizamos a preocupação com o mau cheiro como uma ação obsessiva que protege o ego de uma representação insuportável, devemos tentar localizar qual seria a fantasia recalcada nesse processo. Em outras palavras, quais seriam o afeto e a representação que esse pensamento e essas ações obsessivas estariam protegendo?

Retomando o relato clínico, gostaríamos de realizar um olhar mais atento para o momento em que Sandra descobre a diferença anatômica entre os sexos. O modo como ela soube desta diferença parece ter sido vivido de forma intensa e violenta: somente por volta dos seis anos de idade descobriu que existia essa diferença, quando um primo de dez anos pediu para colocar o pênis em sua vagina. Sandra discordou, e seu primo não insistiu.

Em sua fala, não parece haver um sofrimento manifesto sobre este acontecimento; entretanto, o que salta aos olhos foi o pensamento que ela teve após o fato. Diz ela que foi somente aí que entendeu que não era um menino.

Sandra é a terceira filha de quatro mulheres e conta que, até aquele momento, seu pai a tinha sempre tratado como um menino. O pai a levava ao estádio de futebol, para passear de carro, ia em bares com ela e a presenteava com brinquedos de menino.

Cronologicamente, a descoberta da diferença entre os sexos ocorre concomitantemente ao momento em que Sandra ingressa na escola e, portanto, não poderia mais ser tratada pelo pai como um menino. Ela diz: “Ainda bem que entendi isso antes de entrar na escola, pois teria sido bem complicado descobrir isso lá.”

Segundo a psicanalista Françoise Dolto, uma garota se descobre menina não por usar vestidos, não por seu nome feminino e nem porque lhe dizem isso, mas pela descoberta da diferença anatômica entre os sexos:

Para a maioria das meninas, essa descoberta do próprio sexo, quando traz assentimento e palavras tranquilizadoras da mãe, marca o ingresso – que elas fazem com orgulho – na arena feminina [...] Saber a diferença anatômica entre os sexos conota seus futuros papéis na sociedade é o que faz com que os meninos e as meninas entrem no complexo de Édipo. (DOLTO, 1981, p. 181-3)

A relação infantil de Sandra com sua mãe, em nenhum momento, apareceu na análise. Na verdade, pouco mencionou a infância e, de forma geral, centrava-se no presente e nas angústias em relação ao futuro, apesar de algumas associações a lembranças infantis.

Aparentemente, Sandra, desde tenra infância, foi mais inserida em um plano masculino de identificações do que feminino.. O fato de sua mãe não ter apresentado outras insígnias para ela nos é misterioso e não podemos fazer nada além de tecer elucubrações, pois não obtivemos material a esse respeito durante a análise.

Uma elucubração possível se refere à forma como Sandra descreve suas duas irmãs mais velhas: “mulheres casadas, com filhos”. Portanto, descrição correspondente ao imaginário social ainda predominante sobre a mulher. Além disso, a paciente relata ter ciúmes da relação das irmãs com a figura materna, pois a mãe estaria sempre paparicando e se preocupando mais com elas, já que Sandra era sozinha, não tinha filhos e era independente financeiramente. Ou seja, podemos imaginar que, após ter duas filhas, talvez esse casal tenha desejado um filho homem e, na medida em que o terceiro filho também foi uma menina, de forma consciente ou inconsciente, criaram-na, inicialmente, como um menino, identificado com o pai.

Apesar de Sandra não relatar esses fatos com angústia, o momento e a forma por que Sandra descobriu a diferença anatômica sexual parecem ter vital importância para o desenrolar da sua constituição psíquica. Justamente aos seis anos, quando a maioria das crianças está em franco processo de saída do complexo de Édipo, quando se descolam dos ideais paternos e iniciam uma vida social mais ampla, regida por outras normas e autoridades, Sandra ainda se vê em torno da questão pré-edípica, referente às diferenças entre os sexos.

Pelo menos nessa época, é notável que seu desenvolvimento tenha ocorrido sem maiores percalços, pois há diversas descrições ao longo da literatura psicanalítica sobre crianças que tiveram complicações nessa passagem edípica e que acabaram desenvolvendo, já na infância, graves sintomas.

Segundo Dolto (1981), a recusa da diferença anatômica sexual estaria presente em diversos casos de psicose infantil. Seguindo essa linha de raciocínio, concordamos com a afirmação da paciente sobre ter sido melhor ter compreendido a diferença sexual antes de ingressar na escola. Contudo, apesar de apresentar um desenvolvimento normal na infância e, portanto, não ter feito uma recusa real das diferenças sexuais, percebemos em seu discurso e em seus sintomas algumas indicações referentes a uma dúvida inconsciente que carrega consigo: “Eu sou homem ou mulher?”

Uma primeira indicação desse panorama se refere à aparência física da paciente, muito mais próxima de um homem do que de uma mulher. Além disso, Sandra tinha dúvidas se seu clitóris (por ser grande) não seria uma espécie de pênis, mesmo já tendo procurado um ginecologista, que negou a noção peniana e garantiu a normalidade clitoriana.

Pensamos que a própria escolha homossexual na fase adulta possa ter ocorrido em resposta a angústias primordiais, pois, em sua adolescência, o pai a rejeita, pela segunda vez, quando conta ser homossexual (A primeira vez havia sido no momento em que ingressou na escola, e o pai deixou de tratá-la como um garoto.).

Sandra, em determinado momento da análise, ao se referir ao modo como ele a criou, diz: “Meu pai meio que me empurrou para este caminho.” (sic) Depois, rapidamente, recalca essa ideia: “Não. Na verdade, eu já nasci assim. Foi Deus que quis.” (sic)

Na neurose obsessiva, a libido que não consegue ter representação no ego é destinada para uma outra ideia. A representação inicial foi de uma experiência prazerosa, mas, depois, tal ideia provoca culpa. Dessa forma, não é difícil imaginar a seguinte representação psíquica de Sandra: meu pai não me ama, pois não sou um menino. Sandra se culpa por isso, justamente no momento em que as meninas estão buscando o amor do pai, no complexo de Édipo.

Iniciamos aqui uma tentativa de raciocínio de deslocamento de representações para esmiuçar o mecanismo de defesa em que o mau cheiro se insere. Em análise, surgiram lembranças, associações, sonhos e a própria transferência, elementos que vão nos ajudar a construir esta hipótese. Pretendemos, aos poucos, utilizá-los para compor uma espécie de quebra-cabeça sobre a economia psíquica de Sandra.

Como marco inicial, entendemos que o mau cheiro seria uma representação acobertadora de outra representação mais angustiante: *Eu não tenho pênis; portanto, não sou homem*. Em seguida: *Meu pai não me ama, pois não sou um homem*. Pensamos que essa representação, que foi recalçada, pode ter sido condensada na seguinte representação: *Nenhum homem me ama*.

Nas primeiras sessões, Sandra afirmou, categoricamente, que não gostava de homens, que eles têm um cheiro ruim e que tinha aflição em pensar no ato sexual com um homem. Logo, pensamos que possa haver um deslocamento da representação: *Nenhum homem me ama, por isso: eu não amo nenhum homem e tenho nojo deles*. Nessa linha, a representação *Eu tenho nojo de homens* pode ser deslocada, em sua cadeia significante, para *Os homens fedem*. E, principalmente, se a atividade sexual é impregnada de um forte cheiro.

Além desses aspectos, a menção ao mau cheiro dos homens (que me passou parcialmente despercebida durante a análise) parece conter uma importante significância na cadeia associativa que procuramos reconstruir: Sandra emite um mau cheiro, e a única outra menção que faz aos cheiros é aos dos homens. Aqui, o mau cheiro seria algum tipo de fenômeno presente à categoria dos homens e, também, uma forma de identificação com o pai.

Assim, o último deslocamento nessa cadeia de significantes seria a troca da representação: de *os homens fedem* para *eu fedo*. E a síntese: Sandra não é um homem, mas cheira como um.

Outro fator que embasa a hipótese do mau cheiro como um mecanismo de defesa aparece em uma construção discursiva bastante singular: em determinada sessão, Sandra realizava uma espécie de classificação bastante humorada dos tipos de mulheres homossexuais, sendo um deles o “lésbicha”.

O significado manifesto de “lésbicha” seria o de um grupo de mulheres homossexuais que agiam de acordo com o estereótipo da “mulherzinha”. Nesse contexto, o segundo elemento (*bicha*) se refere a um jeito afeminado, mas que uma mulher homossexual geralmente não possui, de acordo com a paciente. Entretanto, a aglutinação de *lésbica* e *bicha* pode nos levar a outras cadeias de significação: poderia ser, inclusive, uma forma de representar a si própria.

A prevalência da *lésbica* sobre a *bicha*, pela própria topicalização (*lésbica* primeiro e *bicha* depois), reforça a autorrepresentação: por fora, um homem – sem pênis; e, por dentro, uma mulher. Parece-nos um significante singular e que pode ter uma função importante para o bom funcionamento de seu aparelho psíquico. Nessa lógica, a autoacusação (*Eu fedo*.) pode ser uma representação que está no lugar da seguinte ideia: *Meu pai não me ama porque não tenho pênis*.

Essa representação a protegeria de uma angústia de rejeição presente no trauma da descoberta da diferença anatômica e na rejeição do amor paterno. E tanto o mau cheiro quanto sua imagem física de homem a protegem do contato social e, em última instância, do amor.

Quando, em sua vida adulta, a paciente vive uma desilusão amorosa, há uma revivência da representação inicial: *Meu pai não me ama*. A cena em que escuta a pessoa com quem se relacionava dizer a um terceiro que não estava com Sandra, pois ela fedia, atualiza essa angústia primordial de rejeição e dá início ao pensamento obsessivo de que fede. Esse seria o segundo tempo do trauma que estava recalcado, uma vez que o primeiro está em sua história sexual infantil.

Com o intuito de ilustrar a hipótese sobre o mecanismo de defesa de Sandra em relação ao mau cheiro, propomos o seguinte esquema:

Eu não sou um homem porque não tenho pênis.



O meu pai só me amaria se eu fosse um homem. (Trauma.)



Nenhum homem pode me amar.



Eu tenho nojo de homens. Eles fedem.



Eu sou mulher ou homem? O que sou eu? (Lésbicha.)



Eu fedo. (Identificação com o pai.)

Como já iniciado e ao longo desta dissertação, apresentamos outros dados clínicos e formulações teóricas com o intuito de fundamentar a hipótese levantada. Mas já reiteramos: o estudo dos mecanismos de defesa e sua costura com o caso clínico, principalmente no que diz respeito ao mau cheiro, indicam que essa manifestação teria uma função primordial na economia psíquica de Sandra: protegê-la de conteúdos ainda mais fétidos e angustiantes, isto é, de si mesma.

Ao sustentar que o mau cheiro é uma base de sustentação psíquica fundamental para Sandra, é de se reconhecer que, sem ele, tanto as relações sociais quanto as amorosas seriam provavelmente insuportáveis. Quando está prestes a passar por uma situação de fragmentação egoica, o mau cheiro a envolve, restabelecendo seus contornos psíquicos e corporais, trazendo de volta sua unidade psíquica. Chega-se, assim, à constatação de que esse sintoma seria, de fato, uma das principais bases de sua sustentação psíquica.

Com essas considerações, a epígrafe deste capítulo pode ser retomada. No fragmento do poema *Conselhos de um velho apaixonado*, creditado a Carlos Drummond de Andrade, mas amplamente divulgado como sendo de autoria desconhecida, o eu-lírico declara: “Se você conseguir, em pensamento, sentir/ o cheiro da pessoa como/ se ela estivesse ali do seu lado/ É o amor que chegou na sua vida.”

Esse trecho, de forma simples e bela, em paráfrase rudimentar diz: para o amor acontecer, é necessário que consigamos, em pensamento, sentir o cheiro da pessoa como se

ela estivesse ao nosso lado. Mas é justamente isso que Sandra não consegue: ela não sente o cheiro do outro, pois vive inebriada com o próprio cheiro.

Em outras palavras, o mau cheiro que a invade a protege de um *pathos* que surge nas experiências íntimas de alteridade. Nesses momentos, seu psiquismo faz uso de defesas maciças e arcaicas para protegê-la.

Eis que o narcisismo aflora e indica a questão temática do próximo capítulo.

5 O mau cheiro e o narcisismo

Matar, a forma mais alta de amar,
matar em nós a vontade de matar,
voltar a matar a vontade,
matar, sempre matar,
mesmo que, para isso,
seja preciso todo o nosso amar

Paulo Leminski (2004, p. 97)

Um dos objetivos deste capítulo é relacionar o narcisismo à hipótese de que o mau cheiro teria a função de proteger Sandra de angústias inconscientes que geralmente surgem nos momentos em que vivencia desilusões amorosas.

Nessa linha de raciocínio, a eclosão do mau cheiro nos momentos de grande angústia e desorganização egoica pode ser concebida como uma tentativa desesperada de seu psiquismo para encontrar contorno e continente identitário.

A concepção de que o mau cheiro trabalharia a favor da unificação egoica da paciente remeteria, assim, ao conceito do narcisismo e às vicissitudes dos investimentos de objeto. Dessa forma, pertinente investigar a complexa relação libidinal envolvida no fenômeno do mau cheiro.

5.1 Introduzindo o conceito de narcisismo

O termo *narcisismo* aparece, pela primeira vez, em 1905, em *Três ensaios sobre a sexualidade*, para descrever o tipo de escolha objetal nos homossexuais. No entanto, foi somente em 1914, com *Sobre o narcisismo: uma introdução*, que o termo ganhou o estatuto de conceito na obra freudiana.

De acordo com Roudinesco (1998), Freud se apoia na descrição da psicose feita por Karl Abraham, como um estado psíquico em que a libido seria retirada dos objetos externos e reinvestida no próprio ego, para descrever e elaborar a dinâmica pulsional no narcisismo: “A libido afastada do mundo externo é dirigida para o ego e assim dá margem a uma atitude que pode ser denominada de narcisismo.” (FREUD, 1914, p. 82).

Em referência aos estados maníacos, aponta que esse modo de catexia encontrado na psicose também existiria no desenvolvimento da criança, pois haveria um estágio em que

investiria toda sua libido em si mesma. Segundo Freud (1914, p. 87), “[...] afigurou-se provável que uma localização da libido que merecesse ser descrita como narcisismo talvez estivesse presente em muito maior extensão, podendo mesmo reivindicar um lugar no curso regular do desenvolvimento humano.”

A afirmação sobre o narcisismo ser um estágio da formação do aparelho psíquico produz no autor uma pergunta importante: Qual seria a relação entre o narcisismo e um estado inicial de libido denominado autoerotismo? Freud afirma que, no início da vida mental do bebê, não haveria uma formação análoga ao ego; logo, nesse momento do desenvolvimento, estaria regido pelas forças das pulsões parciais que buscam satisfações exclusivamente em seu próprio corpo. Dessa forma, haveria de existir uma ação psíquica que, adicionada aos instintos auto-eróticos, promovesse a unidade egoica; o narcisismo.

Nessas bases, o narcisismo despontaria quase concomitantemente à formação do ego e, após sua constituição, surgiriam os primeiros objetos de amor do bebê: ele próprio e a pessoa que o cuida e o alimenta, geralmente a mãe. Garcia-Roza (1995, p. 43) declara: “Originalmente, o Eu é o objeto privilegiado de investimento libidinal, a ponto de se constituir como o grande reservatório da libido, armazenador de toda a libido disponível”.

A esse momento inicial do desenvolvimento do ego, em que todo investimento libidinal do bebê se direciona a ele próprio, Freud o classifica como *narcisismo primário*.

O *narcisismo secundário*, por sua vez, aconteceria em um momento posterior à constituição plena do ego. Nesse período de desenvolvimento do psiquismo, as pulsões libidinais se dirigem a objetos externos e depois retornam ao ego, sendo que o retorno da libido, marcado pelas identificações com objetos externos, produz transformações no ego. Esse movimento dialético dos investimentos de ego e de objeto corresponde ao *narcisismo secundário*.

Ainda em 1914, Freud apresenta o conceito de *ideal do ego*, referente à experiência da onipotência infantil vivida pelo bebê; quando todas as suas necessidades são satisfeitas. Com o seguimento do percurso habitual da constituição subjetiva, o bebê perde essa posição de onipotência pela entrada de um terceiro (pai); contudo, as experiências registradas da satisfação total produziram marcas profundas no inconsciente desse sujeito e o acompanham ao longo de toda a sua vida. A marca desse ideal narcísico se transformará em uma instância psíquica que funcionaria como meta libidinal para o sujeito. De acordo com o autor:

Esse ego ideal é agora o alvo do amor de si mesmo (self Love) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual como o ego infantil se acha possuído de toda perfeição

de valor. Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcísista de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal. (FREUD, 1914, p. 110 – 1)

O novo ego ideal a que Freud se refere nesse trecho seria uma espécie de modelo narcísico que o adulto busca atingir. Tal ideal narcísico está relacionado ao primeiro narcisismo da vida do bebê, no momento em que vivia toda onipotência das satisfações infantis. Entretanto, a partir das identificações paternas, passa a viver os limites e as proibições presentes na cultura e, em última instância, a frustração de suas necessidades. Dessa forma, a experiência da onipotência infantil se perde e dá lugar aos investimentos pulsionais do narcisismo secundário, marcado pelo desenvolvimento das relações objetais. Freud afirma, ainda, que mesmo as relações de objeto adultas, de uma forma ou de outra, referem-se à busca desse ideal perdido.

Entre *Introdução ao narcisismo* (1914) e *O ego e o Id* (1925), o conceito de *ideal do ego* obteve diversas significações. Contudo, segundo Janine Chausseguez-Smirgel (1992), a noção de *ideal do ego* na obra de Freud, a partir de 1923, foi absorvida pelo conceito de *super ego*. Ainda de acordo com a autora, não haveria uma distinção entre *ego ideal* e *ideal de ego* na obra freudiana.

Por outro lado, Jacques Lacan, em conjunto com outros psicanalistas frequentadores de seus seminários, tais como Octave Manoni, Serge Leclaire e Hyppolite Bernheim, propõe um aprofundamento e uma diferenciação dos conceitos de *ideal de ego* e *ego ideal*.

Apoiado principalmente no texto freudiano de 1914, Leclaire afirma que, no fim do narcisismo primário, a libido objetal se desloca para o ideal de ego, em busca da satisfação narcísica infantil primordial. O ideal do ego seria, portanto, uma representação imaginária projetada pelo eu que atende a exigências do mundo exterior.

Segundo Lacan (1954, p. 164), o ideal do ego é “[...] a miragem de si mesmo que só se encontra fora de si.” Assim, todas as relações de alteridade que envolvem uma troca simbólica estariam a serviço do jogo imaginário guiado pelo ideal de ego.

Em *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*, Lacan diz que deveríamos entender o estádio do espelho como um processo de identificação em que o sujeito assume uma imagem:

A assunção Jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa matriz simbólica em que o [Eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (LACAN, 1954, p. 97)

Essa matriz simbólica a que Lacan faz referência diz respeito ao ego ideal, que se configura como um devir do sujeito, pois prefigura a permanência mental do eu. Ou seja, o ego ideal seria uma espécie de protoinstância psíquica que surge no momento da constituição subjetiva em que o eu, apesar de ainda guardar marcas de onipotência infantil, começa a deixar o narcisismo primário e a realizar os primeiros investimentos libidinais. A forma que o eu assume no momento em que se antecipa à imagem não se configura como uma forma última, terminada, mas sim, como um processo constituinte de formação do sujeito.

Embasada em Lacan, a psicanalista Françoise Dolto (1992) propõe o conceito de *narcisismo primordial*, referente à influência dos desejos, sonhos e expectativas dos pais no desenvolvimento de um narcisismo fundamental no bebê: o bebê, ao nascer, não possui um sentimento de existência correlato ao seu corpo; dessa forma, é preciso que os pais invistam narcisicamente esse bebê, para que se formate uma imagem de base, uma imagem que representa um corpo. Nesse sentido, a autora fala da importância da nomeação, pois, na medida em que um nome designa uma unidade corporal, o bebê começa a se reconhecer nos fonemas dessa palavra e, assim, inicia o processo da tentativa de domínio das pulsões parciais:

O primeiro componente da imagem do corpo é a imagem de base. A imagem de base é o que permite à criança sentir-se em uma mesmice de ser, ou seja, em uma continuidade narcísica... E assim que defino o narcisismo: como a mesmice do ser, conhecida e reconhecida, indo-devindo para cada um no espírito de seu sexo. É desta mesmice, intensa ou tenuamente perene, que vem a noção de existência. O sentimento de existir de um ser humano, que sustenta seu corpo em seu narcisismo, sentimento que é evidente, provém desta convicção sem dúvida ilusória, de continuidade. (DOLTO, 1992, p. 38)

Haveria, portanto, uma relação intrínseca entre a constituição da subjetividade do bebê e de sua imagem corporal com os desejos inconscientes dos pais, pois durante seus primeiros meses de vida, estaria bastante sujeito às emoções que suscita em seus cuidadores.

No mesmo texto, Dolto afirma que, mesmo antes do nascimento, no momento da gestação, o bebê já é influenciado por essa dinâmica de investimentos pulsionais, que estariam intrinsecamente relacionados ao narcisismo infantil dos cuidadores.

5.2 Envelope olfativo

O psicanalista francês Didier Anzieu (1989) fez importantes contribuições acerca da metapsicologia psicanalítica sobre o narcisismo, sendo de interesse específico ao presente estudo a noção de *envelope olfativo*.

Didier Anzieu (1989) apoia-se na narrativa clínica de um paciente, assim como no método clínico de pesquisa da Psicopatologia Fundamental, para estruturar o pensamento que iremos descrever a seguir. Apesar de o caso não ter relações diretas com o de Sandra, o conceito de *envelope olfativo* contribui para relacionar o mau cheiro ao narcisismo.

Com esses recortes, eis um excerto do caso. O paciente descrito é denominado Gethsêmani. Anzieu explica que realizou esta escolha por sua significação em aramaico (jardim das oliveiras), em referência direta a uma passagem da Bíblia: nos jardins das oliveiras, Jesus suou sangue, na noite anterior à sua prisão pelos romanos.

O autor relata que, nos três primeiros anos de atendimento, o paciente se restringia a demonstrar sentimentos de agressividade em relação a diferentes interlocutores, como, por exemplo, seu irmão mais novo, uma madrinha e uma professora. Contudo, os afetos transferenciais apresentavam-se do avesso, posto que Gethsêmani “[...] se mostrava submisso, cheio de boa vontade, solicitando com consideração minhas interpretações e as aprovando de imediato e sem perder tempo em reflexão.” (ANZIEU, 1989, p. 206)

Anzieu, à época do atendimento, localizava uma transferência positiva, embora não constataste a instalação de um mecanismo próprio da neurose de transferência. Curiosamente, apesar de não aparecer nas falas do paciente, um fator sempre se sobressaía nas sessões: um forte odor emitido pelo paciente. Com o passar do tempo, esse odor, misturado ao cheiro de uma colônia que utilizava (provavelmente para disfarçar o fedor), inebriava o analista e o fazia refletir sobre o lugar que esse cheiro poderia ocupar na dinâmica pulsional de Gethsêmani.

Em determinado momento, o psicanalista declarou ao paciente: “Para não sofrer desta agressividade, você a transpira através de sua pele.” (ANZIEU, 1989, p. 209) Por essa intervenção, o paciente acessou lembranças infantis, conteúdos relacionados à sexualidade infantil e realizou um movimento transferencial.

Anzieu (1989) conta que, a partir dessa interpretação, Gethsêmani passou a se angustiar mais e a suar menos, pois, quando suava, não conseguia pensar. Nesse quadro, o envelope olfativo emocional não diferencia pele, das zonas erógenas: há uma totalização indiferenciada:

Face às pulsões agressivas, o Eu de Gethsemani permanecia tão estreitamente fundido à sua pele que ele funcionava como puro Eu/corpo, sem intervenção do sistema percepção/consciência. Separando seu Eu de sua Pele, o trabalho psicanalítico permitiu a Gethsemani apoiar sobre a pele a função de contentor psíquico, condição de funcionamento do sistema percepção/consciência. Mas essa separação do Eu em sua capacidade de perder consciência, de reter, de diferenciar, de compreender (e ao mesmo tempo de tolerar a angústia aferente na presença de representações agressivas) só podia se realizar à custa de uma mudança de princípio de funcionamento, de uma renúncia ao princípio de descarga automática da tensão pulsional a representantes psíquicos e de ligação entre afetos e representações. (ANZIEU, 1989, p. 214)

A partir deste movimento o paciente de Anzieu pôde, gradativamente, superar a dicotomia entre os afetos agressivos que vivia fora da análise e a transferência positiva submissa que vivia com o analista, bem como conseguiu inserir seus conteúdos agressivos e angustiantes na sessão. Assim, o envelope olfativo teve a função de um mecanismo de defesa que impediu o pensamento acerca das pulsões agressivas, na medida em que os afetos “escorriam através do suor”. Uma vez feita essa integração, o envelope olfativo (enquanto defesa), deixou de ser necessário à dinâmica psíquica de Gethsêmani.

A noção de *envelope olfativo* corresponde a uma das derivações do conceito central *Eu Pele*: “Por eu-pele designo uma representação de que se serve o Eu da criança durante fases precoces de seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo.” (ANZIEU, 1989, p. 44)

Esse conceito refere-se ao momento narcísico inicial da vida em que o ego começa a se diferenciar do eu corporal. Logo, o Eu Pele proporciona a integração corporal e, assim, cria a possibilidade de pensamento.

Feita essa exposição da concepção de envelope olfativo e sua relação com Eu Pele, impõe-se o retorno ao caso de Sandra. Quando Anzieu se refere à capacidade do envelope olfativo como mecanismo de defesa que separa o afeto da representação e, por consequência, impede o pensamento, duas questões emergem: O que Sandra deixa de pensar quando sente o mau cheiro? Que pulsão está evitando?

De acordo com a narrativa clínica, o mau cheiro aparece de duas maneiras: 1) ora como um pensamento, uma preocupação constante em relação aos outros sentirem o cheiro; e 2) ora de forma mais abrupta, um cheiro que a invade e a angustia. Esta última surge, geralmente, nos momentos em que a paciente vivencia rupturas amorosas. Dessa forma, o fedor aparece como uma ação que materializaria a angústia advinda dessa perda amorosa e, ao mesmo tempo, aparenta, proporcionar um contorno corporal, no exato momento em que

Sandra vive uma angústia fragmentadora. É aqui que o mau cheiro parece agir conforme a descrição do Eu Pele: “A instauração do Eu-pele responde à necessidade de um envelope narcísico e assegura ao aparelho psíquico a certeza e a constância de um bem estar de base”. (ANZIEU, 1989, p. 44)

Nesse passo, o mau cheiro parece agir de forma primitiva no psiquismo de Sandra, tanto protegendo-a de angústias eróticas avassaladoras, como produzindo uma unidade egoica em momentos de crise, pois proporcionaria uma figura diferente do outro.

Ratifica-se o mau cheiro como sintoma que se constitui em um dos pilares do psiquismo da paciente.

5.3 O narcisismo, a morte e o sintoma

Green (1989) afirma que, apesar das inovações da última teoria das pulsões de Freud, principalmente no que diz respeito à *pulsão de destruição*, o conceito de *narcisismo* permanece ligado somente a Eros, não havendo a sua atualização pelas contribuições teóricas trazidas pelo conceito da *pulsão de morte*.

André Green teoriza sobre o conceito de *narcisismo de morte* na tentativa de incorporar a noção de *narcisismo* às novas dinâmicas pulsionais trazidas pela *pulsão de destruição*: a pulsão de morte traz consigo o princípio do nirvana, que tem, como última meta, a supressão das excitações. Logo, o narcisismo de morte seria a tendência à abolição das tensões, até ser atingido o nível zero de tensão pulsional: “Nesta perspectiva, o narcisismo primário é Desejo do Um, aspiração a uma totalidade auto-suficiente e imortal onde o auto-engendramento é a condição, morte e negação da morte ao mesmo tempo”. (GREEN, 1988, p.142)

Para Freud (1914), tanto o sono como a doença seriam momentos em que a libido se voltaria, majoritariamente, para o ego, havendo desinvestimento dos objetos. Durante a análise de Sandra, percebíamos, em diversos momentos, um movimento de recolhimento narcísico: a paciente dizia que seu único desejo era trabalhar e voltar para casa, para ficar sozinha e tranquila. Para o clínico, foi interessante perceber que esses recolhimentos não expressavam um puro movimento de morte: havia um retorno narcísico a um estado que a mantinha protegida das ameaças exteriores.

Para discorrer sobre a angústia do Um, Green (1988) recorre ao narcisismo freudiano (1914):

Se admitirmos, como Freud já indicava que no narcisismo, o Eu procura ser amado como seu próprio ideal, é preciso considerar que a natureza do amor que o Eu dedica a si constitui um sistema tão fechado quanto possível. Este desdobramento, o Eu gostando de se gostar (“amarás teu próximo como a ti mesmo é um mandamento dificilmente observável, diz Freud) ou, então o Eu se gostando gostar (quando se trata de um amor objetual), evoca um auto amor auto suficiente e uma unidade dualmente dividida ou uma dualidade dualmente multiplicada. (GREEN, 1988, p. 176)

Nessas bases, em toda forma de amor haveria resquícios dessa propriedade narcísica de se manter uno. Assim, a angústia do Um se revela na possibilidade da fragmentação do Eu. Sandra, como visto, almeja muito encontrar uma pessoa para amar e que a ame. No entanto, suas experiências passadas de relacionamentos amorosos parecem ter provocado uma marca de ameaça de desfalecimento de Eu.

O mau cheiro que surge nesses momentos de crise, pensados sob a luz do *narcisismo de morte*, corresponde ao movimento ambivalente pulsional de morte e da negação da morte. Ela sente que está enlouquecendo com a percepção do mau cheiro, mas, ao mesmo tempo, é esse cheiro que a mantém sã.

O que seria de Sandra se não houvesse o fedor nesses momentos de crise? Com o progresso da análise, ela foi entendendo o mau cheiro como um sinal de que algo ruim estaria por vir; o fedor que antes era o foco e produtor de sua angústia, deixou de conter em si a causa última de seus sofrimentos e pôde, aos poucos, deslocar-se e abrir espaço para outros tipos de associações e pensamentos, que não visavam somente à eliminação do odor.

Freud no texto *Inibição, sintoma e angústia* (1925), descreve o complexo mecanismo das formações dos sintomas e sua relação com a angústia, esta seria fruto de um desamparo mental inerente à criança. Nesse sentido, o nascimento em si seria a primeira experiência de angústia que imprimiria, no inconsciente, a marca desse momento da quebra de uma situação de completude. A partir dessa experiência, a angústia passaria a ser um sinal que anteciparia o medo de perder o amor da mãe e, em última instância, o medo narcísico de não ter suas necessidades atendidas que se traduziria na angústia de castração.

Além do medo da perda de amor do outro, Freud (1925) também caracteriza a angústia como um afeto que protege o ego da vivência uma situação traumática, isto é, quando o aparelho psíquico não possui elementos elaborativos e defensivos para dar conta de uma irrupção pulsional, tanto externa quanto intrapsíquica. Em um primeiro momento, essa invasão obriga o ego a lançar mão de defesas muito primitivas; entretanto, após o trauma, o

ego passaria a ter a possibilidade de, no futuro, proteger-se através do acionamento de um afeto (angústia) que lembraria o ego da situação inicial traumática. Ou seja, prepararia o ego para uma ação adequada de enfrentamento. Eis que a angústia seria uma repetição do trauma, mas de forma menos acentuada.

Freud (1925) distingue a angústia automática, que surge pela irrupção traumática, da angústia sinal, que é um estado afetivo que avisaria o ego de um perigo. Na primeira, a angústia estaria no id e seria responsável pela criação dos sintomas; na segunda, estaria alocada no ego e teria a função de acionar o recalque para, depois, constituir-se, ou não, como sintoma.

Uma vez que a situação de perigo fosse assinalada por uma angústia, restaria ao ego a tentativa de eliminar esse afeto. Como visto, o ego possui diferentes mecanismos de defesa para lidar com a angústia, tais como a conversão, as representações substitutivas, as ações compulsivas, as alucinações, as projeções etc. Os sintomas seriam criados com o objetivo de remover o ego da situação de perigo, de tal modo que, se por alguma razão fosse eliminada a possibilidade de produzir um sintoma, o perigo se concretizaria, e, assim, o ego ficaria à mercê de um excesso pulsional.

Ainda em 1925, Freud utiliza os casos do pequeno Hans (1909) e do homem dos lobos (1918) para tecer considerações a respeito da relação entre o sintoma e a angústia: haveria uma semelhança no tipo de medo manifesto nos dois casos, pois ambos tinham fantasias de serem devorados por animais (Hans mordido por um cavalo, e Sergei devorado por um lobo). Tais animais representavam a figura do pai, e, embora Sergei tenha somente sido analisado em idade adulta, Freud afirma que a eclosão dos sintomas ocorreu justamente no momento da infância em que passavam pelo complexo de Édipo. Uma primeira análise de Freud (1925) indica que o impulso reprimido pela fobia de animais eram pulsões agressivas e hostis direcionadas ao pai. Contudo, uma segunda análise chega à constatação de que a verdadeira repressão não se manifestava em relação às pulsões hostis e agressivas, mas, na verdade, incidiria sobre o medo de ser castrado pelo pai. Tal formulação o leva a concluir que: a força motriz da repressão estaria na angústia de castração do ego. Desta forma, o autor se vê impelido a modificar sua teoria anterior, que colocava a angústia como decorrente do processo de repressão das pulsões sexuais. A angústia, que antes seria um resultado do processo de repressão, passa a ocupar, especialmente nas fobias, o lugar de motor da repressão.

Ao associar a angústia de castração ao trauma do nascimento e, adiante no desenvolvimento infantil, ao medo da perda do objeto de amor, nos aproximamos do caso de

Sandra no que diz respeito a uma de suas principais angústias manifestas: ficar só. Nesse relato, não há um perigo externo concreto, como cavalos ou lobos: a paciente parece viver uma preocupação interna constante, manifestada pelas imposições e restrições infligidas pelo super ego ao ego. A expressão desse conflito está nas falas de Sandra, principalmente ao se perguntar sobre o que teria de errado, uma vez que todas as suas relações afetivas fracassavam.

Pensada como sintoma, a preocupação com o mau cheiro parece cumprir bem sua função principal: afastar a angústia de castração do âmbito egóico. Sandra passa seu cotidiano limpando casas, mas seu trabalho só aparece como fonte de angústia nos períodos em que passa a conviver, de perto, com os donos das casas. Tanto é assim que a paciente se programava para estar no trabalho nos momentos em que os moradores estivessem fora. Nem todas as pessoas provocam mal-estar, pois até narrava ter amizade com alguns dos patrões. Entretanto, durante o processo analítico, por mais de uma vez, o analista testemunhou Sandra optar por deixar de trabalhar em uma casa por achar que estavam fazendo fofocas sobre ela.

Seu trabalho ocupa suas energias e seus pensamentos, quase que por completo. Sandra trabalha todos os dias da semana e, quando chega em casa, sempre bastante cansada, dedica-se a poucas atividades em seus momentos livres como jogar quebra-cabeças, mexer no computador e fumar narguilé.

Embora more no terreno dos fundos de uma irmã, o contato com a família ocorre de forma superficial, pois acredita não compartilhar interesses semelhantes aos de sua família; além disso, sente-se deixada de lado por não ter marido e filhos. Mesmo assim, preocupa-se bastante com a saúde da mãe e telefona todos os dias para se certificar de que ela está bem. Eventualmente, em dias de folga, encontra algumas amigas, com quem mantém relações intensas de amor e ódio. Nessa configuração de vida, Sandra encontra algum equilíbrio, que a permite seguir em frente.

Acerca do equilíbrio psíquico proporcionado pelo sintoma, Freud declara:

O ego passa agora a comportar-se como se reconhecesse que o sintoma chegara para ficar e que a única coisa a fazer era aceitar a situação de bom grado, e tirar dela o máximo proveito possível. Ele faz uma adaptação ao sintoma – a essa peça do mundo interno que é estranha a ele – assim como normalmente faz em relação ao mundo externo real. Ele sempre pode encontrar grande número de oportunidades para fazer isto. A presença de um sintoma pode impor uma certa diminuição de capacidade, e isto pode ser explorado para apaziguar alguma exigência da parte do superego ou para recusar alguma reivindicação proveniente do mundo externo. Dessa forma o sintoma gradativamente vem a ser representante de interesses importantes; verifica-se útil na afirmação da posição do eu (self) e se funde cada vez mais estreitamente com o ego, tornando-se cada vez mais indispensável a ele. (FREUD, 1925, p. 102)

Ainda que o sintoma do mau cheiro proporcione um certo equilíbrio psíquico, inevitavelmente, situações do cotidiano de Sandra comprometiam esse estado. No fundo, ela parece não se satisfazer com essa solução de compromisso, pois não se contenta em ficar só. Mesmo dizendo “não ver problema em ficar para tia e que até achava bom ficar sozinha”(sic), diversas situações apontavam para a direção oposta: durante seus trajetos diários, Sandra encontra muitas pessoas e demonstra estar atenta à possibilidade de encontrar um par amoroso. Quando, no ônibus, avistava um casal de mulheres, não deixava de sentir uma espécie de inveja e se perguntava por que uma pessoa “mais feia do que ela consegue ficar com alguém e ela não” (sic). Também em suas andanças, sempre que surgia uma ocasião para um flerte, ela o realizava: Sandra estava à procura, mas também se assustava muito com a possibilidade de concretizar seu desejo, pois poderia, assim, vivenciar, novamente, a angústia de perder um objeto de amor. Logo, entendemos que o mau cheiro seria o sinal de que um perigo estaria próximo. Tal perigo seria justamente o da perda do objeto de amor.

Freud (1925) afirma que Eros deseja tornar o ego e o objeto amado um só elemento, de forma que o toque e o contato afetivo seriam as metas finais dos investimentos libidinais. Assim, a formação do sintoma na neurose obsessiva teria justamente a função de evitar o contato:

Mas isolar é remover a possibilidade de contato; é um método de evitar que uma coisa seja tocada de qualquer maneira. E quando um neurótico isola uma impressão ou uma atividade interpolando um intervalo, ele está deixando que se compreenda simbolicamente que ele não permitirá que seus pensamentos sobre aquela impressão ou atividade entrem em contato associativo com outros pensamentos. (FREUD, 1925, p. 123)

O mau cheiro funcionaria como elemento que bloqueia o processo associativo da paciente: quando Sandra sente o mau cheiro, há um corte na relação com os outros pensamentos e ela se volta, intensamente, para uma posição narcísica primitiva, de tal modo que todos os seus pensamentos e todas as suas são direcionadas para o objetivo de eliminar o mau cheiro. Com essa dinâmica, a angústia de castração permanece protegida, intocada: neste momento, ela não produz um saber sobre o outro.

5.4 O narcisismo e o amor

Da mesma forma que o mau cheiro tenta impedir Sandra de pensar sobre sua angústia de castração, uma relação amorosa também pode ocupar esse mesmo lugar. Freud (1914, p. 105) afirma que a meta da escolha objetal narcísica é justamente a de ser amado: “Um indivíduo que ama priva-se, por assim dizer, de uma parte de seu narcisismo que só pode ser substituído pelo amor de outra pessoa por ele.” (p105). Nesse sentido, o amor narcísico seria uma forma de cura, pois conciliaria os investimentos de objeto e de ego. Sandra realmente parece curada quando está em um relacionamento. Porém, assim que a relação termina, há uma queda narcísica notável. Essa forma de cura, portanto, manifesta-se como uma pseudocura temporária, uma solução de compromisso frágil, pois deixa o indivíduo subjugado ao desejo do outro.

Sandra, por diversas vezes em análise, dizia não receber a mesma quantidade de amor e carinho que despendia às suas parceiras e, por isso, optava pelo isolamento como uma defesa dos contatos afetivos. Compreendemos, aos poucos, que os seus relacionamentos se apresentavam, a priori, como ameaças ao seu bem-estar psíquico: “Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, devemos recomeçar a amar a fim de não adoecermos, e estamos destinados a cair doentes se, em consequência da frustração, formos incapazes de amar.” (FREUD, 1914, p. 92). Em outras palavras, Sandra encontra em seu recolhimento narcísico algum alívio contra as ameaças dos relacionamentos. Mas essa é uma defesa que não se sustenta com grande afinco, uma vez que continua a se angustiar com a possibilidade de ficar só. Por um lado, deseja intensamente ter um objeto de amor, mas, por outro, foge, a todo custo, das angústias que envolvem amar e ser amada.

Tendo em vista essa complexa e idiossincrática dinâmica de investimentos libidinais, Freud sustenta que um dos extremos dessa balança seriam os estados apaixonados, quando grande parte da libido de um sujeito é colocado em um objeto externo, de forma a ameaçar a unidade egoica desse indivíduo. O seu extremo oposto seria obtido quando a maior parte da libido se voltasse para o próprio ego. Eis a dinâmica psíquica presente nas fantasias paranoicas.

Em referência ao sentimento de frustração que adviria das não realizações do ideal de eu, Freud (1914) sustenta a sua transformação em sentimento de culpa: “Originalmente esse sentimento de culpa era o temor de punição dos pais, ou, mais corretamente o medo de perder o seu amor, mais tarde, os pais são substituídos por um número indefinido de pessoas.” (FREUD, 1914, p. 108)

Desse modo, o mesmo autor (id.) entende que o sentimento de culpa pode causar um dano irreversível ao ego; se houver uma frustração muito forte na esfera do ideal de ego infantil, essa deformação pode ser parte da construção de quadros paranoicos e das parafrenias.

Oportuna a retomada do trauma pela perda do amor do pai, quando Sandra descobre as diferenças sexuais entre os gêneros. Reitere-se que essa hipótese foi construída somente posteriormente ao fim da análise, pois Sandra, em nenhum momento, apresentou o medo de perder o amor dos pais como questão manifesta. Pelo contrário: havia até uma certa indiferença e vergonha de seu pai. Por outro lado, em diversos momentos de suas sessões, apareceram conteúdos referentes ao medo de não ser amada pelas parceiras afetivas. Em síntese, o medo de amar e de ser amada foi sempre questão central e produtora de angústia para Sandra.

Portanto, o estudo do conceito do *narcisismo* nos leva a pensar que o modo como Sandra ama e se defende do amor, pode derivar das vivências infantis que produziram marcas profundas em seu ego. Da mesma forma, sua escolha homoafetiva enquanto forma de investimento libidinal, pode também ter sido influenciada por este processo de formação do ideal de eu.

Para tanto, há o aprofundamento das investigações sobre as relações de objeto e suas implicações transferenciais.

5.5 Relações de objeto e implicações transferenciais

Expõe-se no último subitem deste capítulo considerações acerca do texto *O ego na neurose obsessiva. Relações de objeto e mecanismos de defesa* (1952) de Maurice Bouvet, pois permite tecer relações entre o narcisismo e os mecanismos de defesa, além de lançar luz sobre a discussão do manejo da transferência.

O autor propõe um extenso e detalhado comunicado acerca do ego na neurose obsessiva, para isso realiza uma importante revisão bibliográfica do tema na qual utiliza os escritos de alguns psicanalistas, dentre eles Karl Abraham, Edward Glover, Edmund Bergler, Paul Federn e Sacha Nacht são os mais utilizados.

Segundo Bouvet, uma característica comum a todos os casos de neurose obsessiva - no que concerne as relações de objeto - seria a regressão da libido ao estágio sádico-anal. Neste estágio libidinal, as relações de objeto ocorreriam apenas de forma parcial e através,

predominantemente, dos princípios de posse ou destruição de uma parte do objeto. Esse desejo de posse, de conservação do objeto, que proporciona ao sujeito satisfações narcísistas, faz parte da organização pulsional da segunda fase do estágio sádico-anal.

Abraham (apud BOUVET, 1952) afirma que, na neurose obsessiva, haveria dois estágios da fase sádico-anal: o primeiro corresponderia aos desejos sádicos destrutivos, que teriam a intenção da incorporação, caracterizada pela conservação do objeto (fezes) e pelo prazer anal da retenção; e o segundo caracterizado pelo desejo de expulsão. Aqui, Abraham (id.) afirma que a conservação corresponde ao amor, e a expulsão, ao ódio.

Sendo assim, as relações de objeto obsessivas que remetem ao estágio do desenvolvimento infantil sádico-anal têm o objeto fezes como representante emblemático: possui o estatuto do primeiro objeto que se destaca da criança e carrega em si as propriedades ambivalentes do amor e do ódio, pois o objeto prototípico fezes pode ocupar diversas funções em uma relação: desde ser doado como presente; ser retido como posse; ou até mesmo ocupar o lugar da satisfação narcísica da pura destruição.

Com tal embasamento, as relações de objeto, de acordo com as vicissitudes das relações parciais sádico-anais estariam sob a égide de uma satisfação narcísica do ego: o modo obsessivo de se relacionar com o mundo suprimiria as relações de objeto mais complexas e, assim, seriam de vital importância para a tentativa de um equilíbrio egoico.

Em momentos de eventuais vivências angustiantes, entretanto, o equilíbrio encontrado nas relações obsessivas pode se desestabilizar e, por consequência, esse sujeito correria o risco de uma regressão da libido ainda mais aguda e sem limites, a ponto de ocorrer uma cisão no ego. Segundo Bouvet (1952), nos estágios em que a libido se volta principalmente para o ego, transcorreria um tipo de dinâmica narcísica primitiva que, em geral, está presente nas organizações psicopatológicas psicóticas.

Essas relações de objeto de forma obsessiva funcionariam tanto para proteger o ego dos conflitos intrapsíquicos presentes nas relações objetais mais complexas, como contra uma despersonalização do ego e uma consequente regressão libidinal para um estado psicótico:

[...] a técnica obsessiva – deslocamento, isolamento, simbolização – permite ao sujeito manter, por meio de um jogo psicológico complexo, relações de objeto concretas e estáveis, graças a um esfrelamento dos afetos cuja intensidade e alternância rápida teriam sido insuportáveis para o ego, evitando o sujeito, desse modo, os perigos de introjeções irremediáveis de objetos maus, pela sucessão rápida de condutas de introjeção e projeção. (BOUVET, 1954, p. 58)

A solução obsessiva, contudo, não resolve, de forma completa, o problema da ambivalência amor e ódio. Uma vez que um indivíduo se estrutura a partir de uma organização libidinal sádico-anal, e tenha na introjeção uma das formas principais de relação objetual, existiria o risco de uma forte carga de agressividade acompanhar o movimento de incorporação de um objeto parcial. Segundo Bouvet (1954, p. 80), o indivíduo correria o risco de estar habitado por um agente destruidor: “O sujeito se sente habitado por uma substância má, perigosa, tóxica, que põe em perigo sua própria existência ou simplesmente sua individualidade.” Remissão imediata ao fenômeno do mau cheiro, no caso de Sandra.

Outro ponto que chama a atenção é o complexo movimento de introjeção e expulsão realizado por Sandra. O modo como a paciente vive as relações amorosas faz com que pareça deslizar por dois polos: ora se dedica completamente à parceira e sente que essa é a solução para todas as suas angústias, ora se põe no lugar do objeto e coloca toda a responsabilidade da relação na mão do outro.

Para exemplificar essa movimentação, presenciei, algumas vezes na análise, as leituras das incontáveis mensagens de texto enviadas entre Sandra e suas parceiras amorosas, com o intuito de que eu opinasse sobre variados assuntos.

A paciente precisava, a todo momento, de uma confirmação do amor do outro: as mensagens de texto, às vezes mais de cem por dia, pareciam funcionar como um sistema de incorporação.

A surpresa e a angústia da paciente diante dos rompimentos amorosos, por outro lado, remetem a uma posição de extrema submissão ao desejo do outro. Nessas ocasiões, Sandra é invadida pelo mau cheiro, que a intoxica e ameaça sua unidade egoica, mas que também parece funcionar como meio de projetar sua angústia e sua agressividade para fora de si. Assim, de acordo com o arcabouço teórico-analítico desenvolvido até então, o mau cheiro seria, na verdade, a garantia contra um quadro psicótico.

Essa constatação, contudo, também passa pela discussão acerca das relações de objeto com as manifestações transferenciais nas sessões analíticas. E uma pergunta norteadora desse debate é: De que forma as relações de objeto vão se dar na transferência, uma vez que ora presenciamos relações de objeto muito rígidas, ora muito sugestionáveis?

Já foi dito que o modo como a transferência foi se instalando ao longo das primeiras sessões compunha algo um tanto enigmático para o analista. Grande parte dessa estranheza inicial ocorre pela aparência física bastante masculina da paciente. De fato, na primeira entrevista, houve dificuldade em não reiterar mentalmente a seguinte pergunta: Ela é homem ou mulher?

Um exame dessa sensação contratransferencial de estranheza leva a pensar na complexa situação erótica e afetiva vivida pela paciente: como mencionado, o significante “lésbicha”, palavra criada pela paciente, seria uma representação de si própria com importante função no sistema de deslocamento de seus sintomas.

Mesmo com o estranhamento inicial, a análise começou a ser desenvolvida, assim como a transferência. A paciente mantinha frequência semanal e parecia obter uma satisfação quase catártica nas sessões¹⁴.

Para compreender essas relações em questão, recorre-se a Bouvet (1954). Segundo o autor (id., p. 77), nos sujeitos que possuem relações de objeto predominantemente obsessivas, se as primeiras resistências são vencidas, existe uma grande possibilidade de a relação analítica ser inserida no bojo das relações narcísicas objetais desse paciente: “[...] o sujeito se interessa pelo objeto apenas em função do acréscimo do sentimento de si que sua posse lhe proporciona, em função de um papel imediato que representa ante ele e da necessidade inextinguível de possui-lo.”

Dessa forma, instala-se uma transferência que funciona nos moldes das relações de objeto infantil, em que o ego procura uma satisfação narcísica total e imediata. Logo, o analista seria conclamado, na transferência, a ocupar o lugar desse objeto, que teria como objetivo último o fortalecimento da unidade do ego do paciente.

Quanto à posição transferencial adotada pelo analista diante de um sujeito que apresente relações de objeto predominantemente obsessivas, Bouvet (ibid.) sustenta que há uma regressão libidinal ao estágio sádico-anal, em que predomina tanto o medo de ser destruído pelos objetos como o medo de destruí-los. Para o sujeito, a intimidade com o objeto é perigosa, pois o objeto possuiria em si uma carga inerente de agressividade (esta que, na verdade, seria a projeção da agressividade inconsciente do sujeito). Nessa linha, propõe uma relação de objeto a distância:

Se recordarmos que o obsessivo na análise está orientado pela necessidade de uma relação a distância e que em seu foro interno se tornou mais sensível que outros, por causa da estreiteza de sua dependência a toda frustração real, talvez compreendamos melhor a razão de alguns fracassos do colóquio analítico. Se o médico se aproxima, o sujeito tomará distância enquanto não tiver feito a experiência da irrealidade de seu medo; se o médico se subtrai, e são muitas as maneiras de o fazer, o mais se pode esperar é que o sujeito frustrado de um contato real agrave seus procedimentos obsessivos, no sentido lato do termo, quer se trate de verdadeiras obsessões ou de uma neutralidade afetiva reativa. (BOUVET, 1954, p. 114-5)

¹⁴ Esta função catártica da análise para Sandra, logo no início do tratamento, também provocou curiosidade e surpresa ao analista e permanece como incógnita.

Esse modo de transferência (da relação a distância), se empregado conscientemente pelo analista, auxiliaria a lidar com a contratransferência, pois poderia compreender melhor as reações de fuga, as vacilações, os comportamentos paradoxais e negativos do paciente.

Tais reações, relata Bouvet, viriam de uma crença do paciente de que todas as pessoas, inclusive o analista, poderiam, a qualquer momento, demonstrar suas verdadeiras facetas más, de tal forma que todo relacionamento possuiria a potência de ser perigosamente destruidor.

Como já reiterado, fui acometido pela estranha sensação de não saber ao certo se a pessoa em sua frente era homem ou mulher. Mas, de forma parecida, com o desenvolvimento da transferência percebemos que Sandra parecia não se importar ou, talvez, negasse, inconscientemente, o fato de o analista ser homem. Era difícil compreender por que fazia análise com um homem, já que, diversas vezes, declarava não gostar dos homens, descritos como machistas, grossos, ignorantes e com mau cheiro. Esses pensamentos estereotipados, contudo, nunca surgiram em relação ao clínico: era como se o seu gênero tivesse sido apagado por Sandra. Sobre o prisma do modelo transferencial da relação a distância, esse apagamento do gênero e do cheiro, provavelmente, foi necessário para que o estabelecimento da transferência acontecesse.

Apesar de a transferência ter sido estabelecida dessa forma, ainda continua enigmático o processo como ocorreu, uma vez que esse movimento não foi produzido conscientemente pelo analista. Ao estudar a narrativa clínica diversas vezes, acabamos percebendo que Sandra talvez tivesse, inconscientemente, apresentado essa posição transferencial afetiva ao analista ao contar que preferia trabalhar nas casas quando os patrões não estavam e que, muitas vezes, deixava de trabalhar quando precisava conviver com eles; ou seja Sandra conseguiu estar dentro de uma análise (trabalhando), se o outro (analista) estivesse praticamente fora.

Bouvet (1954) ainda tece algumas considerações sobre as implicações transferenciais nos casos de pacientes com neurose obsessiva: muito facilmente as perguntas e interpretações do analista podem ser vividas como um ataque agressivo, pois, previamente, o paciente havia projetado uma imagem fálica sobre o terapeuta. Logo, o autor sugere que:

Com eles, mais que com outros, é necessário manter-se neutros, para não assustá-los e lhes dar a oportunidade de superar plenamente a identificação arcaica, permitindo-lhes projetá-la inteiramente no analista e ser também benevolentes para compreender sempre qual é seu dilema e ajudá-los a vencê-lo. (BOUVET, 1954, p. 120)

Além da neutralidade e da benevolência, o paciente tem a necessidade da presença efetiva do terapeuta, porque este ocupa o lugar de objeto narcísico indispensável para sua segurança. O paciente precisa ter a certeza de que o analista o compreende.

Essa qualidade de presença, em que o analista funcionaria como um suporte egoico, foi uma posição analítica que surgiu desde o início do tratamento. Já nos primeiros atendimentos, Sandra apresentava uma sustentação subjetiva bastante frágil, isso se mostrou evidente na solicitação do telefone pessoal do analista, pois não conseguia falar com a secretária do hospital caso fosse necessário.

A comunicação por mensagens de celular, já descritas na narrativa clínica, também parecem cumprir, de alguma forma, a função da presença efetiva do analista. Mesmo que as trocas de mensagens tenham ocorrido poucas vezes durante os dois anos de atendimento, entendemos que somente a possibilidade de poder encontrá-lo fora dos horários da sessão a confortavam, bem como, quando necessário, tais mensagens tiveram grande função clínica como apoio subjetivo.

Havia duas formas diferentes de comunicação por mensagem: a primeira correspondia a uma espécie de pedido de socorro em momentos de intensa angústia, ocasiões em que oferecia sessões extras e, em uma ocorrência, telefonei para ela porque, diante de um rompimento amoroso, fui acometido por uma intensa angústia da paciente: Sandra tinha passado uma noite inteira tomando banhos, na tentativa de eliminar o mau cheiro. Visto que o cheiro não se dissipava, a paciente, muito angustiada, escreveu, de madrugada, que “iria acabar com tudo” (sic). Ao telefone, chorava bastante, mas concordou em marcar um horário naquela mesma manhã. Já na sessão, a angústia tinha dado lugar a um sentimento de vergonha e de raiva contra si própria, pelo reconhecimento de repetição do ocorrido.

A segunda função que as mensagens de texto pareciam imprimir era a de compartilhar um momento de alegria. Mais de uma vez, ela adicionou o analista em mensagens que enviava para um grupo de amigos e família, com expressões como “Bom dia para quem é de bom dia”(sic). Não respondia a tais mensagens, nem tão pouco comentávamos sobre elas durante as sessões. Entretanto, é curioso e significativo que ela colocasse o analista nesse grupo de pessoas com quem mantinha relações afetivas.

Ainda sobre as implicações transferenciais em pacientes obsessivos, de acordo com Bouvet (1954), uma vez estabelecida, a análise teria a potência de produzir novas qualidades de relações de objeto:

Esses pacientes verão refletir-se nele sua própria imagem agressiva que considerarão primeiro como alheia, depois a considerarão e assim dominarão as angústias retaliativas que se opunham a que fossem integradas no conjunto de seu ego, segundo a terminologia clássica: O outro é como eu e eu sou como ele. (1954, p. 117)

Assim, no momento em que as relações obsessivas dão lugar a novas relações de objeto do tipo adulto, ou seja, a relações em que o indivíduo encontra um sentimento de si, a vida desses sujeitos passaria a ter um livre exercício, extrapolando a mera expressão de sua defesa.

Na medida em que a relação analítica possa propiciar novas formas de relações, que não se pautem apenas pelo sintoma obsessivo, ou seja, propicie relações que promovam a capacidade de amar de um sujeito, há de se concluir que a relação transferencial em si funciona como base de sustentação psíquica para o paciente.

Diante dos elementos trazidos e das análises propostas acerca das bases da sustentação psíquica de Sandra, pertinente o aprofundamento das investigações acerca das relações entre o mau cheiro e o sonho, a alucinação e o feminino, conteúdos da narrativa clínica que ainda não foram explorados, e que serão que serão tema do próximo capítulo.

O mau cheiro: o sonho, a alucinação e o feminino

[...] os sonhos humanos são assim, às vezes pegam em coisas reais e transformam-na em visões outras vezes põe o delírio a jogar às escondidas com a realidade [...]

Saramago (2000, p. 197)

O objetivo central deste capítulo é verificar a função do mau cheiro em um sonho da paciente, bem como suas associações e seus deslocamentos, a fim de reconhecer, além do mecanismo de defesa e do narcisismo, as bases da sustentação psíquica de Sandra.

Necessária, para tanto, a retomada de um fragmento da narrativa clínica:

Após mais ou menos um ano do início do tratamento, Sandra relata um sonho de angústia: está em uma casa bem grande e antiga, há algo de familiar nela que não consegue definir, mas não se parece com uma das inúmeras casas em que trabalha. No meio da sala principal, há um buraco muito grande no chão. Outras pessoas estão na casa, mas não parecem notá-lo. Ela caminha até um quarto e, subitamente, começa a entrar em trabalho de parto. Nasce uma criança envolta em um líquido amarelo, que emite um cheiro insuportável. Nesse momento, Sandra acorda suando e angustiada.

Não fazia muito tempo que a paciente havia trazido a questão do cheiro. Ela fala um pouco da estranheza que o buraco na casa lhe provocava e também sobre ter filhos, o que lhe inspirava uma sensação de nojo. Associa o mau cheiro da criança a um momento de sua puberdade em que tinha pouco dinheiro e não se preocupava em passar desodorante. Conta que era muito “muleca”, e que o pai a tratava como um menino. (BONOMI, 2015, p. 24)

Considerando que um sonho é passível de várias interpretações, restringe-se à análise clínica a dois elementos centrais dos conflitos inconscientes de Sandra: o mau cheiro e o parto.

Sustentada a hipótese de que o mau cheiro protegeria o ego de uma possível desintegração diante do sexual recalado, o fenômeno do odor apresenta-se, na economia psíquica da paciente, como um sintoma que cumpriria a função de integração identitária e corpórea.

Alonso (2011) sustenta que as neuroses, assim como os sonhos conteriam mensagens enigmáticas passíveis de serem decifradas pela desconstrução. A mesma autora (2011, p. 244) também estabelece um paralelo entre o sonhar e a formação dos sintomas, posto que o sintoma “[...] sempre contemplaria algo tanto da ordem do desejo quanto da defesa: o sintoma é a figuração da fantasia sexual inconsciente e surge como consequência do recalque e do seu fracasso.”

Nesse enquadramento, o sintoma seria uma intersecção entre corpo, história e linguagem, ao permitir a ressignificação de uma situação traumática pelo processo metafórico.

Visto o fenômeno do mau cheiro como uma metáfora para um conflito, tal representação surge como uma percepção externa para a paciente, isto é, não se configura apenas como um conflito intrapsíquico.

Eis que a estrutura e a função das alucinações, das ilusões e dos delírios precisam ser investigadas.

6.1 Sobre alucinações, ilusões e delírios

Edmund Gurney, escreveu no fim do século XIX um extenso texto sobre as alucinações. Um de seus principais questionamentos se refere à necessidade ou não da criação de uma categoria particular de fenômenos que as abrangesse. Os fenômenos alucinatórios estão associados, na maioria de suas ocorrências, a uma falsa crença. Mas, como adverte Gurney (2013, p. 281): “Independente de seu caráter de inverdade, uma crença não é chamada de alucinação se estiver espalhada pelo ar e aflorado naturalmente em diversas mentes.”

Para o autor (id.) haveria duas categorias de alucinação: sensoriais e não sensoriais. As alucinações que não se fundamentam em sensações sensoriais seriam denominadas *ideias fixas* e *concepções delirantes*, sendo ambas fenômenos idiossincráticos e não compartilhados.

Quanto às alucinações dos sentidos, Gurney (2013, p. 282) assim as define: “[...] uma percepção na qual está ausente a base objetiva por ela sugerida, mas cuja ausência só pode ser reconhecida mediante distinta reflexão.” Em outras palavras, a alucinação sensorial seria uma percepção de algo que não é compartilhado com todas as pessoas.

Essa definição também contribui para a diferenciação entre alucinações, imagens mentais e devaneios diurnos, posto que, nesses fenômenos, há a percepção de algo sem que haja base objetiva para tal; porém, sabe-se de imediato: isto é, não é preciso refletir para distinguir tais percepções da realidade. Por outro lado, nas alucinações, é necessário um complexo processo de pensamento para que a distinção entre realidade e alucinação apareça; por vezes, mesmo com um intenso trabalho mental, ela insiste em se confundir com a realidade.

Logo, para Gurney, as imagens mentais e os devaneios diurnos não correspondem à lógica das alucinações; esta que estaria presente nos sonhos:

Sonhos, por outro lado, são, em regra, casos puros de alucinação, forçando-se sobre nós independentemente de nossa vontade e contendo uma impressão de realidade objetiva que não é contradita por nenhum conhecimento, seja reflexivo ou instintivo, de que eles são criatura de nosso cérebro. (GURNEY, 2013, p. 283)

James Sully, filósofo e psicólogo - contemporâneo de Gurney - escreveu importante trabalho acerca das ilusões¹⁵. Um dos principais objetivos deste estudo consiste em diferenciar o conceito de ilusão da ideia de falácia. O autor almejava introduzir tal conceito no campo da psicopatologia e distingui-lo do uso no senso comum.

Uma importante contribuição do estudo de Sully está na criação do conceito de ilusão de introspecção. O autor (2014) propõe quatro tipos de ilusões: *ilusões de sentido*, *ilusões de introspecção*, *ilusões de memória* e *ilusões de crença*. Interessa-nos as relações entre *ilusões de sentido* e *ilusões de introspecção*.

Sully (2014, p. 895) adota a *ilusão de sentido* como modelo e a define como “[...] uma interpretação incorreta de uma impressão sensorial resultando em um objeto percebido que, posteriormente, descobre-se não corresponder ao objeto de fato presente ao sentido.” Já as *ilusões de introspecção* correspondem a uma apreensão equivocada dos estados subjetivos da mente, ou seja, não possuem um objeto ou uma causa externa determinante.

Sobre essas duas categorias de ilusões, o autor afirma que, em determinados fenômenos, seria difícil ou quase impossível diferenciá-las, pois, diversas vezes, uma ilusão sensorial provoca uma projeção errada de ideias que sucederia a primeira impressão objetiva da realidade. (cf. SULLY, 2014)

Um exemplo desse processo corresponde ao senso comum da beleza: a simples ideia de um objeto causador de um prazer estético comum corresponde a uma percepção ilusória, pois não leva em conta a individualidade e o momento de cada um. (id.)

Da mesma forma, quando uma mãe enxerga destreza e sagacidade em seu filho favorito, haveria uma percepção ilusória dada a hiperexcitação de seus sentimentos. (ibid.)

Acerca da influência das sensações e dos sentimentos internos na percepção externa, Sully (2014, p. 905) afirma que, “[...] nos momentos de maior intensidade, nossas emoções carregam nossos intelectos com elas, confundindo as regiões da verdade, da certeza e da pura imaginação, e até mesmo o estreito domínio do presente e o vasto domínio do passado e futuro.”

¹⁵ O texto “Ilusões de Introspecção” foi originalmente publicado em *Mind*, 21, 1-17, jan 1881. Tradução de Luana Villac. Neste trabalho Sully faz referência ao texto de Gurney “The power of sound” (1880), para concordar com a leitura de que determinadas músicas provocariam sentimentos específicos nos apreciadores, pois na verdade estariam na mente dos artistas e, desta forma seria uma leitura ilusória.

Jean Claude Maleval (1987), por sua vez, pretende diferenciar a estrutura dos delírios nas psicoses dos delírios na histeria. As próprias noções de delírios e alucinações, presentes nos quadros neuróticos, ainda levantam controvérsias no meio psicanalítico.

De acordo com o autor (1987), no fim do século XIX e começo do século XX, existia a noção psicopatológica das loucuras histéricas, que consistiam em quadros neuróticos com a presença de delírios e alucinações. Um exemplo típico desses casos reside nas manifestações bizarras de possessões e exorcismos, presentes nas bruxarias.¹⁶ Tal noção, contudo, foi, aos poucos, desaparecendo da Psicopatologia, de modo que os delírios e as alucinações, tanto na Psiquiatria quanto em parte do pensamento psicanalítico, passaram a ser fenômenos praticamente exclusivos dos quadros psicóticos.

Maleval descreve o caso de Maria e cita a paciente Elizabeth Von R, de Breuer e Freud (1893-95)¹⁷, além da paciente Natalia, de Tausk (1919)¹⁸, para sustentar que apresentariam manifestações delirantes, mas, na verdade, seriam pacientes neuróticas. A hipótese sustentada reside na diferença entre o *delírio histérico* e o *delírio dissociado*.

A projeção é o mecanismo de defesa que opera nas formações delirantes e alucinógenas. Segundo Maleval (id.), o conteúdo das projeções corresponde a um material sexual reprimido ou foracluído, tanto nos casos de psicose quanto nos casos de neuroses.

Nos casos de psicose, o conteúdo que foi foracluído/abolido pelo consciente retorna pelo real. Dessa forma, a consciência do sujeito se encontra radicalmente dissociada do significado original dos conteúdos traumáticos. A dissociação na psicose é persistente, e com frequência, definitiva; diferentemente da dissociação na neurose, que é mais superficial e temporária. A projeção delirante aconteceria pela regressão do psiquismo a um estado arcaico, em que o corpo próprio se busca mediante uma projeção identificatória.

Na projeção neurótica, um conteúdo reprimido passa pelo trabalho da censura (deslocamento e condensação) e retorna de fora, por alucinação ou delírio. Assim, o sonho estaria bastante próximo do delírio histérico, posto que é projeção de uma exteriorização do interior:

Na projeção de um delírio histérico reconhecemos os mecanismos próprios dos sonhos: o deslocamento (metonímia) e a condensação (metáfora). O primeiro se mostra bastante presente no delírio dissociado, já a metáfora implica na revelação de

¹⁶ Para aprofundamento desse assunto, sugere-se o estudo de Pierre Janet (1894): *Un cas de possession et l'exorcisme modern*.

¹⁷ BREUER, J; FREUD, S (1893-95). *Estudos sobre a Histeria*.. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II.

¹⁸ Tausk, V. La genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizophrénie. In V. Tausk, *Œuvres psychanalytiques*. Paris: Payot & Rivages. (Trabalho original publicado em 1919).

uma conexão entre o significante delirante com um conteúdo latente. (MALEVAL, 1987, p. 39)¹⁹

Nos delírios histéricos, seria possível captar o sentido oculto do delírio, pois os elementos constitutivos da projeção delirante não estariam foracluídos, mas surgiriam como significantes reprimidos que retornam na realidade. O conteúdo dos delírios histéricos, assim como o dos sonhos, pode levar a sentidos ligados à história sexual infantil do sujeito através das associações livres. Já o conteúdo dos delírios psicóticos, geralmente, não encontrarão sentido na consciência do sujeito; nos melhores prognósticos, ele permanece ocupando um lugar de pouca expressão no psiquismo da pessoa.

Com isso, nos delírios histéricos, há mais riquezas de metáforas, e não há uma dissociação das manifestações delirantes. Já o psicótico seria incapaz de restaurar, autenticamente, o sentido de sua produção delirante, pois enfrenta uma ruptura de sua unidade psíquica, uma ruptura radical entre o Eu e o Outro.

Verdade é que podemos encontrar metáforas nos delírios dissociados. No entanto, tais metáforas, geralmente, só fazem sentido para o ouvinte, e não para o próprio sujeito que delira. Em contrapartida, nos delírios histéricos, os sujeitos sabem que há algum sentido por trás de tal manifestação.

Sandra, entre outras razões, procura a análise para atribuir algum sentido para o mau cheiro. Recorde-se que a paciente, em geral após os rompimentos amorosos, atingia um estado psíquico bastante frágil. Nesses momentos de intensa carga emotiva, alucinava um forte fedor que viria dela própria e, ainda que tivesse acabado de tomar banho e de ter colocado roupas de cama e vestimentas completamente limpas, o cheiro perdurava.

Não é possível dizer se há, ou não, alguma percepção externa que baseie essa sensação, isto é, se nesses momentos de angústia ela realmente sua e emite algum cheiro. Mesmo que exista, provavelmente seria eliminado com os recorrentes banhos e produtos de limpeza que modificam os odores. Dessa forma, é verificável que sua percepção e sua vivência do mau cheiro ocorrem de forma muito intensa e dolorosa. Provavelmente, se houvesse outras pessoas em sua companhia, não sentiriam o odor com a mesma intensidade.

Certo dia de muito calor, a paciente, no início da sessão, perguntou ao analista se estava fedendo. A pergunta o surpreendeu e, ao focar a atenção nos odores, não sentiu nada de diferente. Respondeu que não sentia nenhum fedor. Se fosse hoje, esse questionamento seria mais explorado, pois, naquela sessão, a negativa apenas encerrou seu discurso.

¹⁹ Tradução nossa.

Fora dos momentos de intensa angústia, Sandra conseguia questionar a certeza de que seus problemas seriam causados pelo mau cheiro. Em análise, conseguiu construir uma linha de pensamento imbricada na sua história sexual infantil, que permitiu um distanciamento desse fenômeno e uma importante diminuição em seu aparecimento.

De acordo com o exposto, viável a continuidade do estudo sobre o percurso do mau cheiro no processo analítico da paciente: de fenômeno alucinado para conteúdo onírico, passando por memórias infantis e lembranças traumáticas, até se mostrar menos presente e menos importante na sustentação psíquica da paciente.

6.2 O sonhar e os modelos psicopatológicos

Antes de relacionar o sonho de Sandra ao fenômeno do mau cheiro, algumas considerações psicanalíticas sobre o sonho se impõem.

Freud (1900) sustenta que uma das principais funções dos sonhos é a de realizar desejos inconscientes. Essa realização, contudo, só seria possível por meio do trabalho do sono, em que os conteúdos inconscientes são deformados (condensação e deslocamento) e, assim, tornam-se passíveis de habitar a consciência.

Outra função dos sonhos, segundo Freud (1900) consiste em ser o guardião do sono. Ao sonharmos ocorreria uma regressão libidinal do aparelho psíquico, que permite ao sujeito desligar-se dos estímulos externos e se recolher, em uma espécie de estado narcísico primordial. Contudo, não se atinge um estado de desligamento total, uma vez que os restos diurnos associados aos desejos inconscientes continuam a produzir alguma atividade psíquica.

No livro “O tempo a escuta e o feminino” (2012) a psicanalista Silvia Alonso destrincha o sonho em três categorias e as relaciona com a alucinação. Para isso realizou uma distinção entre sonho como realização de desejo, pesadelo e o sonho traumático.

De acordo com Alonso, uma primeira aproximação entre sonho e alucinação se refere ao estado de regressão libidinal:

[...] no sonho apaga-se a diferença entre representação e percepção, reproduzindo-se assim uma condição do início da vida psíquica em que tal distinção não existia, e em que o objeto é alucinado quando sua necessidade se faz sentir. Só mais tarde é que ocorre a renúncia à satisfação alucinatória, concomitante à instalação da “prova de realidade”, que funciona à maneira de um freio, inibindo o caminho alucinatório. (ALONSO, 2011, p. 248)

Nesse sentido, a realização de um desejo no sonho ocorreria de forma semelhante à realização alucinatória de um desejo no início da vida dos bebês. Em ambas as situações, a prova da realidade (que permite ao indivíduo distinguir os investimentos internos dos externos) estaria anulada.

Em contraposição aos sonhos, os pesadelos falham na função de deformação dos conteúdos oníricos e, por consequência, perturbam o sono, já que o sonhador acaba despertando pela irrupção da angústia. Mesmo com o despertar, Freud (id.) diz que os pesadelos ainda funcionariam como protetor do psiquismo, pois, frente à presença de fortes estímulos angustiantes, o pesadelo despertaria o sonhador, como medida protetora do psiquismo.

O sonho traumático²⁰, por sua vez, corresponderia à pura repetição de um trauma vivido que não foi elaborado. Nesses casos, falha a principal função do trabalho de sono: a de transformar os conteúdos inconscientes. No âmbito das catexias psíquicas, o sonho traumático funcionaria como uma simples descarga pulsional.

Para pensar diferentes formações psíquicas, Alonso (2011, p. 252) se utiliza desses modelos de apagamento da realidade, propostos pela diferenciação entre sonho, pesadelo e sonho traumático:

[...] se a prova de realidade se apaga durante o sono, Freud (1895/1989b) afirma que ela pode, da mesma maneira, apagar-se durante o estado de vigília, em função da intensidade do afeto ou frente à perda, abrindo-se assim o caminho para a alucinação, em que também se confundem alucinação e percepção.

A autora (2011) aproxima o sonho enquanto realização de desejo ao processo de conversão histérica, pois tanto a formação dos sonhos quanto o sintoma conversivo ocorrem através de processos primários, como o simbolismo, o deslocamento e a condensação. Já a alucinação seria uma ação psíquica mais primitiva: surge justamente em resposta a uma dificuldade de simbolização.

As alucinações corresponderiam a dois modelos psicopatológicos distintos. O primeiro modelo seria a alucinação na psicose que, na Psicanálise, pode ser definido pela fórmula lacaniana do *retorno do real*, em que o conteúdo que não pôde ser simbolizado retornaria via alucinação. Aproxima-se da compreensão feita sobre o sonho traumático porque a repetição da cena traumática ocorre quando o aparelho psíquico não consegue realizar o processo de

²⁰ O sonho traumático, presente em neuróticos de guerra, foi analisado por Freud, em 1920, em *Além do princípio do prazer*. A repetição pura do trauma encontrada nesses sonhos levará o autor a postular o conceito de *pulsão de morte*.

censura primária; logo, a imagem, no sonho, corresponderia à representação em si, à percepção pura da realidade traumática (cf. ALONSO, 2011).

O segundo modelo psicopatológico corresponde às alucinações na neurose, que diferente da alucinação psicótica (em que não há figurabilidade), participam de um processo de representação, mesmo que empobrecido. Nessa linha, Alonso aproxima as alucinações na neurose ao pesadelo:

Nesse sentido, podemos enunciar uma aproximação entre a alucinação e o pesadelo, pela função de defesa que ambos cumprem em momentos nos quais o excesso não encontra possibilidades de ligação. No caso do pesadelo, ele protege porque acorda; no caso da alucinação, sua função de proteção consistiria na criação de um espaço onírico, permitindo a reconexão com um elemento da história. (2011, p. 262-263)

No caso de Sandra, essa aproximação entre pesadelo e alucinação pela noção de proteção do psiquismo reforça a compreensão do mau cheiro como mecanismo de defesa contra um excesso de libido sexual não ligada. Além disso, permite refletir sobre o espaço onírico produzido pelo fenômeno do mau cheiro e sua conexão com a história da paciente.

6.3 O mau cheiro alucinado como protetor do psiquismo

Como visto, diante de uma situação angustiante o ego pode se deformar provocando uma alucinação para manter algo distante da consciência; a alucinação assim constitui-se como uma defesa contra o recalcado, contra vivências penosas recalçadas.

Por mais que a vivência alucinatória do cheiro portasse uma carga enorme de desprazer, o mau cheiro também tinha a função de reinvesti-la narcisicamente, permitindo que encarnasse seu próprio corpo sexual uma vez mais.

Voltemos ao sonho numa tentativa de inseri-lo na cadeia de pensamento construída. O sonho se passa em dois ambientes de uma casa: uma sala e um quarto.

Na primeira cena, a paciente relata uma sensação de estranhamento ao olhar um buraco na sala, orifício que as outras pessoas presentes no sonho não enxergam. A sala seria como um hall de entrada de uma grande casa, geralmente o local em que os visitantes são recebidos.

Na segunda cena, Sandra está sozinha em um quarto, dando à luz a um bebê que nasce envolto a um líquido mau cheiroso. Toda essa experiência é vivida com muita angústia até o seu despertar.

Destaca-se a ligação entre o buraco da sala e o parto, através do orifício vaginal: as duas cenas parecem condensar conteúdos ligados à sexualidade. Veja que se trata de uma paciente homossexual, muito preocupada em transparecer uma imagem corporal masculina e que afirma jamais ter pensado em conceber um filho. No sonho, surgem referenciais importantes da sexualidade feminina, justamente em uma paciente que, de forma explícita, tenta apagar tais elementos.

Outro destaque é a presença do mau cheiro no sonho. Apesar da aproximação entre alucinação e pesadelo como proteção de um excesso libidinal, sonhar um mau cheiro corresponde a uma atividade psíquica mais complexa do que aluciná-lo: o mau cheiro, no sonho, já é um significante em uma cadeia; portanto, apresenta-se como um conteúdo mais simbolizado do que uma alucinação.

O mau cheiro provém das entranhas da mãe e envolve o bebê. Entretanto, não é fácil precisar se o fedor é da vagina, de fezes, da urina, se é do bebê ou da placenta (*Inter urinas faeces nacimur*²¹). Talvez todos esses elementos possam ser vistos como símbolos equivalentes e referentes à sexualidade de Sandra.

Nesse contexto, a sexualidade aparece como conteúdo latente no sonho, e o mau cheiro seria uma tentativa de acobertar tal elemento inconsciente. Na medida em que esse conteúdo sexual torna-se demasiado tóxico, o aparelho psíquico lança mão do mau cheiro para acordar a paciente e dar um basta nesse contágio. O mau cheiro funcionaria como proteção de um buraco que nem Sandra e nem os outros podem ver. No fundo, o mau cheiro protege Sandra do excesso acometido pela sexualidade.

Sobre a capacidade lúdica e onírica da alucinação em barrar o horror do contato imediato com o recalcado, Alonso (2011, p. 262) sintetiza: “Assim a alucinação permitiria recriar uma temporalidade não redutível ao imediato.” Oportuno constatar que uma temporalidade redutível ao imediato levaria o ser humano à loucura. Mas que justamente a alucinação, um dos principais marcos da loucura, possa permitir a ampliação do espaço-tempo existencial de um indivíduo.

Quando Sandra relatou esse sonho, e o clínico pediu para que associasse livremente, surgiu uma memória de sua adolescência: um momento em que sua família passava por

²¹ “Nascemos entre fezes e urina”. Aforisma atribuído a Santo Agostinho. Freud o utiliza em nota de rodapé, em *Mal estar na civilização* (1930, p. 111).

graves dificuldades financeiras, e não tinham dinheiro para comprar desodorante. O mau cheiro do sonho a faz pensar no mau cheiro da adolescência: uma memória olfativa foi ativada, ampliando consideravelmente a temporalidade da situação vivida e abrindo espaço para um trabalho psíquico ainda mais complexo que o mau cheiro sonhado. O que antes era somente alucinado, foi sonhado e, agora, conecta-se a elementos de sua história pessoal.

Registre-se também que a associação de Sandra envolve um momento específico de sua existência. O mau cheiro da adolescência é o mau cheiro do despertar dos hormônios: é o cheiro de uma sexualidade que desperta de sua latência.

A associação do mau cheiro no sonho com a lembrança do mau cheiro da adolescência corrobora a hipótese do lugar central que o recalque da sexualidade ocupa na economia psíquica da paciente.

Em uso popular, a expressão “isso fede” designa uma situação ou um contexto em que se constata ou antecipa um mau acontecimento, algo que possivelmente deu, dá ou dará errado. Em certo grau, o mau cheiro também corresponde a essa operação. O ego da paciente, diante do enfrentamento do recalque, emite um sinal de angústia que provoca uma inibição; um sintoma aparece para evitar um dano maior ao aparelho psíquico e, conseqüentemente, promove a diminuição da angústia.

Introduzida a análise do sonho via a questão da sexualidade, pertinente a investigação mais aprofundada do tema da feminilidade.

6.4 O mau cheiro e o feminino

Passaram-se alguns meses após a sessão em que o sonho foi relatado, sem que a paciente mencionasse qualquer conteúdo relacionado ao mau cheiro, nem como preocupação, nem como fenômeno alucinatório. A associação que havia feito entre o mau cheiro presente no sonho e a memória olfativa de sua adolescência também não parecia provocar nenhum outro deslocamento associativo. Porém, em uma sessão que ocorreu alguns dias antes do feriado de Nossa Senhora de Aparecida, dia 12 de outubro, quando também é festejado o Dia das Crianças, surgiram elementos auxiliares à discussão da hipótese clínica sobre o funcionamento psíquico da paciente.

Sandra contou que, regularmente no Dia das Crianças, sua família se reúne para almoçar. Em geral, nessas ocasiões, não se sente à vontade, pois acredita que todas as conversas giram em torno de fofocas e, além disso, diz não ter muito o que falar com as

irmãs, por possuírem interesses muito distintos dos seus. Relatou também que, nesse dia, suas amigas e a irmã mais nova costumavam presenteá-la com carrinhos de brinquedo, algo que apreciava até a idade adulta.

Nesse momento, o clínico interrompeu seu relato e, surpreso, pediu que falasse mais de sua história com os carrinhos. Sandra contou que, desde sua primeira infância, seu pai a presenteava com carrinhos. Tal memória recuperou que o pai também a levava aos jogos de futebol, para passear de carro e, às vezes, para acompanhá-lo no bar.

Disse, então, que o pai a havia tratado como um menino e lembrou de algo que nunca conversou com ninguém: por volta dos seis anos, um primo mais velho mostrou-lhe o pênis e disse que queria colocá-lo em sua vagina; ao dizer que não, o primo foi embora. Sandra afirma que foi somente após essa vivência que percebeu a diferença dos gêneros.

Para chegar às consequências psíquicas das diferenças anatômicas dos sexos, Freud (1925) inicia sua investigação perguntando-se como as meninas acabam tomando o pai como objeto ao final do complexo de Édipo. Dessa pergunta decorre o questionamento sobre as razões de as meninas abandonarem a mãe como objeto de amor, uma vez que tanto as meninas quanto os meninos encontram na mãe nutridora o primeiro objeto amoroso.

Freud (1925) declara que, além de a menina abandonar o objeto de amor (mãe), haveria um segundo desafio: o abandono do clitóris como zona genital, em favor da vagina. A função sexual infantil do clitóris seria análoga ao papel do pênis nos homens. Assim, somente com o incremento do papel da vagina na sexualidade da menina é que surgiria uma sexualidade feminina propriamente dita.

Em geral, quando a menina nota a diferença anatômica dos sexos, admite a ausência de um pênis e, automaticamente, deseja tê-lo. Sustenta Freud (1925, p. 281): “A esperança de algum dia obter um pênis, apesar de tudo, e assim tornar-se semelhante a um homem, pode persistir até uma idade incrivelmente tardia e transformar-se em motivo para ações estranhas e doutra maneira inexplicáveis.”

Em casos excepcionais, embora a recusa da castração na infância faça parte do processo normal das meninas ascenderem à posição sexual feminina, a persistência de tal recusa até a vida adulta seria um fator considerável na constituição de um quadro psicótico.

O mesmo autor (1931) afirma que a menina, diante do complexo de castração, teria três reações possíveis: primeira, abandono de toda e qualquer atividade fálica levando à inibição sexual como forma de defesa em face ao horror da castração; segunda, meninas que recusam a castração e se agarram à esperança de que conquistarão um pênis. E uma terceira reação que consiste na fantasia de tornar-se homem: denominada *complexo de masculinidade*

por Freud, que o explicita: “[...] uma menina pode recusar o fato de ser castrada, enrijecer-se na convicção de que realmente possui um pênis e subsequentemente ser compelida a comportar-se como se fosse homem.” (FREUD, 1925, p. 281-2).

Dessa forma, a menina passaria a buscar, incessantemente, no pai, o pênis que sua mãe não deu, formatando, assim, um posicionamento libidinal que traria complicações ao acesso à feminilidade.

Alonso e Fuks (2012) retomam a noção de loucura histérica e, assim como Maleval (1987), entendem que os delírios e as alucinações podem fazer parte dos conflitos neuróticos, eis que tratariam de conflitos intrapsíquicos entre as forças de satisfação erótica e as forças que reprimem os conteúdos da consciência. Sobre o complexo de masculinidade, os autores afirmam:

A conflitiva edipiana não resolvida presente no pai pode facilitar o bloqueio do jogo e o sobreinvestimento compensatório. O Pai pode assustar-se com o jogo sedutor da criança, afastando-a, o que é vivido como rejeição e reforça na filha o sentimento de desvalorização, levando-a a ativar o complexo de masculinidade ou o recalque. (ALONSO; FUKS, 2012, p. 186)

Em diversos momentos do atendimento de Sandra, surgiram elementos instigantes acerca de sua organização psicosssexual. Na formulação da hipótese clínica, já se discutiu sobre as dúvidas que a acompanhavam quanto: ao tamanho de seu clitóris e se, na verdade, não seria um pênis. Chegara mesmo a consultar um ginecologista: o tamanho de seu clitóris era normal. Apesar da consulta médica, em seu imaginário, essa dúvida, de alguma forma, parecia persistir.

Além dessa posição peculiar do clitóris na organização psicosssexual da paciente, a vagina também possuía um lugar particular: relatou, diversas vezes, que, mesmo tendo realizado muitos atos sexuais, continuava virgem, pois ainda tinha o hímen intacto. Dizia que, na atividade sexual, sempre ocupava uma posição ativa e que não conseguia deixar-se penetrar por suas companheiras.

Sandra apresenta uma organização genital em que o clitóris parece ser mais presente e importante do que a vagina. A paciente chega a duvidar que seu clitóris pudesse ser um pênis, mas tal dúvida não atinge o âmbito da recusa. Por mais que quisesse ter um pênis, ela sabe que não o tem. A paciente chega perto, mas não recusa a castração e, embora apresente mecanismos de defesa bastante primitivos, estes não se configuram como uma defesa psicótica, porque não operam uma verdadeira cisão entre Eu e Outro.

O caminho associativo da paciente sobre o sonho e a equivalência simbólica entre carrinho-presente-pênis-pai revelam conteúdos auxiliares à construção de hipóteses a respeito de sua organização psicossexual.

O gosto pelos carrinhos em idade adulta levou-a à lembrança do momento em que descobriu a diferença anatômica entre os sexos, que, por sua vez, descobriu as memórias de um laço afetivo com o pai dominado por identificações masculinas.

Na fala de Sandra, o momento traumático não fora aquele em que o primo havia forçado uma atividade sexual, mas sim a percepção de que era mulher, pois teria que abandonar a relação erótica com o pai. Este, ao perceber que sua filha estava excessivamente identificada com ele, rejeitou-a amorosamente. “Ele percebeu que não podia mais me tratar daquela forma.” (sic)

Sandra fala que um excesso do pai a impediu de ver o feminino, a diferença dos sexos. A paciente é impedida de ver a mãe, que aparece tão pouco em sua fala. No fundo, é justamente isso que procurou durante sua análise: desde o início, procurou descobrir como se relacionar com as mulheres. Ela quer um contato físico, mas não consegue. Tal como uma cena infantil que se repete. Ela permanece identificada com o lado masculino asqueroso (relata sentir nojo dos homens e do órgão peniano) e, lá longe, estão as mulheres. Nos momentos de crise, ela fede igual a um homem.

A própria criação do significante “lésbicha”, uma condensação dos vocábulos *lésbica* e *bicha*, indica uma indiferenciação entre feminino e masculino. A paciente tem nojo dos homens, mas, esteticamente, escolhe se parecer com um. Julga ridículas as mulheres homossexuais que forçam a voz para soarem como homens, mas fica brava com as mulheres que a tomam por homem no banheiro feminino.

Apesar de a paciente fugir bastante dos padrões estéticos de gênero, tal característica não a impede de criar uma saída pulsional original que lhe permite construir laços afetivos com alguma profundidade. Provavelmente, o aprofundamento de uma relação erótica exigiria dela o enfrentamento do trauma primitivo contido na rejeição amorosa do pai e, por consequência, o abandono das identificações masculinas. Justo as identificações que a permitem trafegar na vida social, mas que a impedem de atingir o que deseja. Sandra vive um paradoxo: por um lado, possui um aparato complexo de defesas e identificações que a mantêm sustentada psiquicamente, mas, por outro, almeja amar com intensidade.

Nesse contexto paradoxal, a terceira reação possível ao complexo de castração para as meninas surge como uma solução: o caminho da feminilidade. Ao reconhecer a diferença anatômica, a menina tende a abandonar a masturbação clitoriana para, mais tarde, destrinchar

o caminho da sexualidade vaginal. Dessa forma, é possível que a menina substitua o desejo de ter um pênis pelo desejo de ter um filho, e, assim, passa a rivalizar com a mãe e a desejar o pai, ascendendo à posição feminina que:

“ [...] opera pelas equivalências simbólicas, sendo algo que não corresponde a um mero deslocamento, mas a uma mudança de estrutura subjetiva e da posição do sujeito perante a sexualidade. Na passagem do “querer um filho” ao “querer um homem”, avança-se no processo de reconhecimento das diferenças sexuais, e abre-se um caminho de alocação do erotismo feminino. (ALONSO; FUKS, 2012, p. 164-5)

Nas meninas, em oposição aos meninos, o complexo de castração marca a entrada, e não o fim, do complexo de Édipo, pois somente após a vivência da castração são iniciadas a mudança da zona genital (da clitoriana para a vaginal) e a troca do objeto amoroso original (da mãe pelo pai). O reconhecimento das diferenças sexuais inaugura um processo por que a menina mudará sua posição simbólica frente à sexualidade e, após o período de latência, desenvolverá, na puberdade, uma forma erótica própria do feminino.

Em muitas mulheres, o desejo de ter um pênis acarreta, através de um deslizamento pulsional, o desejo de ter filho e, conseqüentemente, o desejo de ter um homem. Contudo, essa cadeia pulsional não se apresenta em posição imutável, pois sempre há o risco de regredir.

Embora alguns elementos da economia psíquica e da história de Sandra apontem para a ideia do complexo de masculinidade, também se observam, ao longo do tratamento, outros aspectos referentes à saída da feminilidade: há uma maleabilidade pulsional, que ora regredia, ora avançava, em relação à sexualidade.

Quanto à organização psicosssexual da paciente, o relato e a interpretação do sonho, já apresentados, apontam que grande parte da catexia libidinal presente concentra-se no momento em que está dando à luz a um filho que nasce envolto de um líquido mau cheiroso. Tal cena aporta tamanha intensidade ao psiquismo da sonhadora que acaba por despertá-la.

O conteúdo desse sonho ganha importância pelo fato de a paciente dizer que “jamais passou por sua cabeça” a vontade, o desejo ou, até mesmo, qualquer referência à ideia de ser mãe.

Freud afirma que a feminilidade só se realizaria através do desejo de ter um filho, manifestação essa que surge do inconsciente no sonho de Sandra. Interessante notar que o mau cheiro, mesmo no plano onírico, parece tê-la protegido do contato com a sexualidade feminina.

Outra manifestação da via feminina ocorreu no corpo de Sandra. Passados mais ou menos dezoito meses do início da análise, a paciente, que antes tinha o cabelo raspado, passou a deixá-lo crescer. Ainda se vestia com roupas masculinas, porém o crescimento do cabelo contribuía para uma mudança em sua imagem corporal, pois o cabelo raspado constituía peça importante no plano inconsciente de identificação narcísica masculina.

Um último aspecto que vai ao encontro com a saída feminina, se deu em uma única sessão após a saída do analista do hospital em que ocorria o atendimento. Analista e analisando haviam acordado o seguimento dos atendimentos em consultório particular, no entanto, Sandra não fez essa passagem. Passados uns oito meses do encerramento, a paciente escreveu ao analista solicitando uma sessão. Marcada, compareceu: estava angustiada após um término de namoro, mas o mais importante é que queria contar que tinha se apaixonado muito por uma mulher e que tinha perdido a virgindade com ela.

Durante a sessão, não houve a compreensão, de fato, da importância desse acontecimento. Somente com o estudo aprofundado deste caso é que foi apreendida a riqueza desse conteúdo: Sandra, pela primeira vez, durante uma relação sexual, havia feito a passagem da zona genital clitoriana para a vaginal, processo constitutivo no percurso da feminilidade.

A paciente relatou esse fato com felicidade e disse que fazia tempo que não sentia o mau cheiro. Estava bastante triste pelo fim do namoro, mas parecia mais preparada para aguentar esse término. Na medida em que Sandra consegue maior contato com sua sexualidade, o mau cheiro parece perder importância em sua sustentação psíquica, abrindo espaço para outras qualidades de relacionamento, que antes estavam inibidas.

Após essa sessão, o clínico não obteve mais notícias suas.

7 Considerações Finais

Será, então, possível colocar a ideia de que para cada paciente em análise, o sintoma desempenha o papel de um aparelho psíquico inédito que realiza, às vezes, sua própria ficção pelo uso que faz de uma função de um órgão.

Pierre Fedida (1998, p. 119-20)

A partir da enigmática e obscura manifestação de uma alucinação olfativa vivida pela paciente Sandra, foi realizado um mergulho profundo na narrativa clínica, à procura de pistas que pudessem fornecer elementos à constituição de uma hipótese clínica.

Atender Sandra despertava no analista sentimentos e sensações distintas. Apesar da primeira impressão ter sido de certo estranhamento, por não ter certeza se estávamos diante de um homem ou de uma mulher, estabelecemos um laço transferencial com alguma facilidade (fato surpreendente), principalmente pelo questão de, logo de início, afirmar que não confiava em homens.

De modo geral, eram atendimentos leves, com muitas risadas; era prazeroso atendê-la. Normalmente, chegava chateada e preocupado com algo; no entanto, seu estado de humor mudava rapidamente e acabava saindo das sessões mais tranquila. Sempre agradecia ao final. Algo operava ali, que fugia do controle e entendimento do analista.

Sandra, contudo, também enfrentou tempos difíceis. Passados cerca de seis meses do início do atendimento, vivenciou um período de grande isolamento: sua vida se resumia ao trabalho e às arrumações de sua casa. Sempre sozinha. Faltava bastante à análise, deixou de trabalhar em algumas casas, por se sentir malquista, e se via perseguida pela ideia de que teria algo de errado. Tal ideia se confirmava quando, em determinados momentos, percebia exalar um mau cheiro.

Um exemplo dessas situações aconteceu durante o processo analítico. Sandra reencontrou um grande amor e viveu um intenso romance durante um final de semana. Contudo, o relacionamento encerrou-se, novamente, de forma dramática. Esse episódio intensificou seu sofrimento e, durante uma noite, sentiu exalar um fedor ininterrupto, independente do que fizesse para eliminá-lo. Tal experiência a jogou em uma situação em que o suicídio parecia ser a única solução. Sandra me procurou, nesse momento, por mensagens de celular. Telefonei de volta e pedi, insistentemente, para que viesse a uma sessão extra, no

mesmo dia. Escutá-la, nessa ocasião, parece ter assegurado um contorno para a situação, pois, quando chegou à sessão, já se encontrava com algum equilíbrio e pôde elaborar aspectos dessa crise.

Por um lado, Sandra apresentava grandes dificuldades afetivas: evitava os contatos sociais e procurava o isolamento. Sentia-se muito só e incompreendida pela família; tinha nojo dos homens; em momentos de crise, sentia exalar um fedor e pensava em se suicidar. Por outro, era detentora de um humor rico, conseguia rir de si mesma; gostava muito de seu trabalho, por que se sustentava financeiramente; possuía alguns amigos e atividades de lazer; gostava de flertar com mulheres nas ruas; e teve a iniciativa de procurar uma análise.

O enigma desse caso era justamente compreender como uma pessoa com tamanhas angústias e com mecanismos de defesa arcaicos conseguia se sustentar subjetivamente. Em que pilares se sustentava?

Para tentar construir uma cartografia sobre os elementos que pudessem dar conta desse enigma, o mau cheiro foi eleito o elemento central dessa trama. Ao longo do tratamento, por diversas vezes, mudamos de opinião sobre o que esse fedor poderia significar. A principal dúvida residia na dificuldade em entender o mau cheiro como elemento de um quadro neurótico ou psicótico. Em determinado momento, estava tão impregnado por esse pensamento que tinha dúvida se sentia, ou não, um cheiro em sua presença.

A escolha de realizar este projeto no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP foi devida a dois fatores: 1) entre os diversos campos do conhecimento, a Psicopatologia Fundamental elege a subjetividade humana e os modos singulares de expressão do *pathos* como objeto de estudo central; e 2) o método clínico utilizado em seus estudos propõe a formulação de um problema de pesquisa, por um enigma gerado por uma situação clínica obscura. O caso de Sandra alcança os fatores mencionados.

Como base teórica norteadora, o conceito de humano para a Psicopatologia Fundamental foi essencial:

O humano, nesta perspectiva, é uma espécie pática, ou seja, sofredora de um excesso, podendo ser caracterizado como dor, depressão, angústia, autismo, histeria e etc. O pático, aquilo do que o humano sofre e, portanto, encontra-se submetido, é o fundamento mesmo do psíquico - outra característica fundamental desta espécie -, organização narcísica do vazio, possuindo função eminentemente defensiva.(BERLINCK, 2000, p. 7)

Um dos primeiros passos dados foi o de compreender esse excesso para, então, constatar que o fenômeno do mau cheiro ocorria de início, por duas formas distintas: como acontecimento concreto, quando Sandra se apresentava muito fragilizada e, assim, era invadida pela sensação real do mau cheiro; como uma preocupação recorrente de que outras pessoas estariam sentindo o seu cheiro em situações do cotidiano.

Após esse primeiro mapeamento, sucedeu-se à identificação das situações que antecediam os momentos de crise, bem como o que nelas poderia suscitar o surgimento de uma formação tão arcaica quanto uma alucinação olfativa. Uma das principais fontes de angústia para Sandra era o fato de estar só e não conseguir encontrar um par amoroso. Tal angústia se manifestava pela certeza de que ela tinha algo de errado. Uma das respostas que ela encontrava era de que seu problema residia em emitir um mau cheiro: ele seria o responsável por afastar as pessoas.

Aos poucos, este analista foi compreendendo que os momentos de crise se relacionavam com os términos de namoros. Dessa forma, a hipótese inicial: a principal função do mau cheiro na economia psíquica de Sandra seria a de protegê-la de um intenso pathos que ameaçaria sua estrutura egoica, nos momentos das desilusões amorosas. Tal dinâmica produziria o ganho secundário de isolá-la dos contatos humanos, algo como uma barreira social.

O mau cheiro, entendido como um sintoma que se sustenta em seu corpo, estaria no lugar de uma representação que não pôde habitar sua consciência. Freud (1925, p. 95) declara: “Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão.”

Um segundo mapeamento estaria no encontro do conteúdo afetivo que tinha ameaçado, inicialmente, a integridade egoica da paciente e que havia sido recalcado. Uma passagem da análise foi essencial nessa formulação: no feriado de Nossa Senhora Aparecida, Sandra contou sobre ainda gostar de ganhar carrinhos no Dia das Crianças; tal fala a deslocou para uma lembrança infantil esquecida, sobre o momento em que descobrira a diferença anatômica dos gêneros. Apesar de esse evento ter sido vivido com certa violência, é perceptível que a verdadeira representação traumática ocorreu pelo fato de Sandra ter aqui vivenciado a perda do amor do pai. Até essa idade, ela e o pai viviam juntos, era tratada como se fosse um menino e acompanhava o pai em várias situações; após esse momento, houve um rompimento nessa relação afetiva.

O trauma ficou adormecido durante o período da latência do desenvolvimento da sexualidade. Entretanto, durante sua puberdade, parece ter sido reativado e, em consequência,

surtem as primeiras manifestações do mau cheiro. O segundo tempo do trauma ocorreu ao escutar uma namorada dizer ao chefe de ambas que não queria ficar com Sandra porque ela fedia. Na mesma época, seu pai a renegou, pela segunda vez, diante de sua homossexualidade.

Um sonho da paciente em que dá à luz a um filho envolto por um líquido mau cheiroso é associado a uma memória olfativa de sua adolescência. Nessa ocasião, desprovida de recursos para comprar desodorantes, lembrou-se de que exalava um odor mau cheiroso. No sonho, a presença do mau cheiro acaba acordando-a diante do horror do contato com a sexualidade feminina, esta que também se mostra presente em sua associação, na análise.

De acordo com Freud, toda defesa seria uma defesa contra a sexualidade. As relações amorosas de forma geral portavam para Sandra um quantum de excesso de erotismo. Ela ama a distância; estar perto é perigoso. Esse excesso tem a potência de enlouquecê-la e de desintegrar seu ego. Nessas situações, o cheiro a invadia e dava contorno a um corpo que estava à beira da desintegração, tal como um cueiro que envolve o bebê e restaura um estado narcísico primordial.

As relações humanas tinham sempre o potencial de desestabilizá-la. Havia nelas um equilíbrio delicado: estar muito próximo era amedrontador; porém, estar só também proporcionava sentimentos de angústia. Enquanto Sandra tivesse o horror (nojo) de viver sua sexualidade, os relacionamentos seriam desestruturantes, e o fedor teria razão para existir.

De forma geral, ficou evidenciado que a capacidade olfativa da paciente parece reger sua relação com o mundo. Nesse sentido, o próprio trabalho como diarista, intimamente relacionado à limpeza, é uma atividade central em sua sustentação psíquica, pois Sandra consegue sustentar-se financeiramente e, assim, conquista uma independência pessoal e uma tranquilidade emocional, sem depender de ninguém. Além disso, o trabalho de diarista não implica um relacionamento muito próximo com pessoas, posto que a cada período do dia ela estava em uma casa diferente, condição que trabalha a favor do sintoma e do equilíbrio psíquico de Sandra.

A capacidade de se relacionar e, de modo específico, a de amar também foram pensadas como bases importantes de sustentação psíquica. Essa dinâmica em Sandra é perceptível por sua forma negativa, ou seja, pelas dificuldades encontradas nas relações e, primordialmente, pelo complexo sintoma construído para se proteger do erótico.

Quanto ao problema de pesquisa proposto, chega-se, assim, a uma conclusão irônica: se, no início do estudo, a pergunta girava em torno do modo como uma pessoa com sintomas complexos e tamanhas angústias conseguia se sustentar subjetivamente, no final da pesquisa, e não sem alguma surpresa, encontra-se a resposta de que a sua sustentação se deu justamente

pelo próprio sintoma. O mau cheiro a protege de diversos estímulos assustadores, tanto internos quanto externos: um excedente de pulsão sexual e o horror vivido nas decepções amorosas. O sintoma, através de uma metáfora, permite ressignificar uma situação traumática e, com isso, abrir um espaço egoico e existencial para que a paciente encontre alguma satisfação nas relações e na vida.

Nesse contexto, o rigoroso estudo de uma afecção phática teria sempre a potência de revelar algo de original, principalmente no que diz respeito ao percurso de um sintoma no psiquismo: sua formação, os momentos em que se faz presente, o estudo de sua dinâmica e as possibilidades de sua dissolução.

Uma última consideração a respeito das bases da sustentação psíquica reside na relação entre a análise (fundamentada no amor de transferência) e a diminuição do papel do mau cheiro na economia psíquica de Sandra: na medida em que a análise pôde operar como substituta do sintoma²²: quando phatos foi desviado ao analista liberando parcialmente a paciente da compulsão a repetição; foi possível o trabalho de análise do mau cheiro.

Reitere-se que, no início do processo analítico, o mau cheiro surgiu apenas sob a forma de uma preocupação da paciente com um excesso de suor. A demanda inicial situava-se na impossibilidade de encontrar um amor e na certeza de que teria algo de errado na própria paciente.

Após alguns meses do início do processo analítico, o mau cheiro ressurgiu em seu discurso, na forma de uma memória traumática que serve como substrato para confirmar a ideia de que o seu odor provocaria o fracasso de seus relacionamentos. Nesse momento de sua vida, uma pessoa com quem se relacionara disse que não ficaria com ela por causa de seu cheiro. Eis uma mudança: o mau cheiro, que antes surgia atrelado à ideia de um excesso de suor, passa a ocupar uma representação mais central em sua economia psíquica, pois, agora, concentra a importante função de ser o responsável por grande parte de seus males, isto é, uma representação muito forte e indesejável para o ego. Tal representação, enquanto sintoma, desempenha um papel importante em sua dinâmica psíquica, ao permitir o recalque de um pathos ainda mais primitivo e aterrorizante ao ego, que provavelmente se conectava às angústias de Sandra presentes nas relações amorosas.

O próximo deslocamento do mau cheiro se deu em um momento de grande angústia da paciente, quando reaparece via alucinação. Sandra, ao vivenciar um novo rompimento amoroso, vive uma situação intensa de desestruturação psíquica e alucina o mau cheiro. Nesse

²² Jacques Lacan aprofunda esse tema no desenvolvimento do conceito de *sinthoma*, (1975-1976) presente em seu *Seminário XXIII*.

instante, falha a função do mau cheiro como representação psíquica que mantém um conteúdo recalçado, uma vez que não dá conta de um novo excesso pulsional, provavelmente despertado pela vivência em ato de uma desilusão amorosa. Diante desse excesso de pulsão sem ligação, que provoca um estado psíquico caótico, a alucinação surge como um mecanismo de defesa primitivo, maciço e efetivo, em sua função de restaurar a integridade do ego.

O mau cheiro alucinado impede que ela realize um processo de pensamento, com exceção da ação de tentar eliminá-lo. Uma vez que suas ações não encontram sucesso, procura o analista, ou seja, consegue nomear um afeto e transferi-lo à figura e ao corpo do analista. Nesse momento, já existe um pequeno espaço de elaboração e forma que, pelo menos é possível, falar sobre sua perturbação para uma outra pessoa.

Passam-se alguns meses sem que o mau cheiro surgisse no discurso da paciente, até que narrou o aparecimento de tal conteúdo de forma bastante explícita no sonho. O mau cheiro aparece como conteúdo angustiante e acaba por despertá-la. Conforme já exposto, o mau cheiro sonhado, de forma semelhante à alucinação, tem a função de protegê-la do recalçado.

Por mais que anteriormente a alucinação do mau cheiro tenha conseguido entrar no discurso e encontrado um destinatário, a sua presença no sonho e sua narrativa em análise parecem corresponder a um processo psíquico mais elaborado, se comparado à alucinação. Sonhar um mau cheiro é um processo defensivo menos arcaico que aluciná-lo, principalmente pela razão de provocar um processo associativo que conduziu a paciente a uma memória olfativa de um mau cheiro presente no início de sua adolescência.

Mais uma vez, houve um deslocamento da função que o mau cheiro possui na economia psíquica de Sandra, pois agora aparece em um plano um pouco menos revestido de processos defensivos. Na memória olfativa, o mau cheiro deixa de representar apenas um sinal de angústia e inaugura um novo caminho associativo relacionado à conteúdos de sua sexualidade. Tal linha associativa levará a lembranças relacionadas à história sexual infantil da paciente e ao surgimento, na consciência, de conteúdos traumáticos que aparentemente estavam recalçados.

Ao passo que tais conteúdos foram sendo elaborados e historicizados em análise, a paciente preocupava-se menos com as questões referentes ao mau cheiro. Além da diminuição da preocupação, Sandra também parecia mais organizada psiquicamente, a ponto de não chegar a vivenciar as intensas crises em que alucinava o mau cheiro. Uma prova de sua maior integridade psíquica ocorreu após já ter encerrado os atendimentos há cerca de seis meses. Ela

procurou o analista para contar que tinha se apaixonado por uma mulher, com quem experimentou, pela primeira vez, uma sexualidade plena. A relação tinha acabado, e ela se encontrava triste, mas não desamparada, e, na mesma ocasião disse, sem dar muita importância, que fazia tempo que não pensava no mau cheiro.

O ato de Sandra voltar para uma única sessão para relatar essa parte de sua história parece-nos um indicativo da importância da transferência na diminuição do sintoma. Dessa forma, o processo e a relação analítica, neste caso, também se constituíram como bases de sustentação psíquica e, em última instância, promoveram na paciente a possibilidade de criar novas formas de se relacionar.

Chegado ao fim dessa dissertação, percebemos que, seguindo Freud, fomos levados a pensar sobre diversas funções e características dos cheiros e do olfato. Dos primórdios da raça humana, quando o olfato tinha função sexual, passando pelo lugar da limpeza como um dos principais valores na constituição das civilizações, até um minucioso mergulho nos múltiplos papéis que o cheiro pode ocupar na psique humana.

Ao pensarmos os cheiros como algo primitivo do humano, remetemos as primeiras relações do bebê, aos primeiros objetos, ou seja, ao seu papel ativo na constituição subjetiva do homem: sua função sexual, narcizante e de representação de uma ausência.

Justamente por serem constituintes de processos psíquicos tão primitivos e estruturantes, os cheiros parecem funcionar bem como suporte para os sintomas; apesar disso, não aparecem com grande frequência na literatura psicanalítica.

No campo dos mecanismos de defesa, os cheiros se manifestam de diversas formas: como manifestação real no corpo através de uma alucinação; como ações e pensamentos obsessivos que visam eliminar um odor; através de uma representação de um cheiro específico que condensa elementos traumáticos; ou mesmo, na forma de uma inibição olfativa.

Logo, percebemos que são muitas as formas e as funções que os cheiros podem ter no dinamismo psíquico e, talvez, seja esta nossa principal contribuição com esta pesquisa: ter mapeado algumas destas funções que podem vir a ser úteis em outros casos clínicos. Além desse aspecto, investigar um pathos sob o prisma das bases da sustentação psíquica é uma forma produtiva e instigante de pesquisa.

Após este estudo, posso afirmar que, como pesquisador e clínico, encontro-me modificado. Em meu raciocínio, em meu olhar e, até mesmo, em minha essência.

Referências Bibliográficas

ABRAHAN, K. Contribuições à teoria do caráter anal. In: BERLINCK, Manoel Tosta (Org.). *Obsessiva neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.

ABUD, Cristiana Curi. *Dores e odores, distúrbios e destinos do olfato*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALONSO, S. *O tempo, a escuta, o feminino*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. (Coleção Clínica Psicanalítica).

_____. O tempo na escuta do analista. In: FERRAZ, Flávio Carvalho; FUKS, Lucía Barbero; ALONSO, Silvia Leonor (Orgs.). *Psicanálise em trabalho*. São Paulo, Escuta: 2012.

_____; FUKS, M. *Histeria*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. (Clínica Psicanalítica)

ANZIEU, Didier. *Eu pele*. Trad. Zakie Yazigi Rizkallah e Rosali Mahsuz. Rev. téc. Latife Yazigi. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

BERLINCK, Manoel Tosta. O que é Psicopatologia Fundamental. In *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. Considerações sobre a elaboração de um projeto de pesquisa em Psicopatologia Fundamental. In *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

BOUVET, Maurice. O ego na neurose obsessiva. Relação de objeto e mecanismo de defesa. In: BERLINCK, Manoel Tosta (Org.). *Obsessiva neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.

CHAUSSEGUET-SMIRGEL, Janine. *O ideal de ego*. Trad. Francisco Vidal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

DOLTO, Françoise. *No jogo do desejo*. Trad. Vera Ribeiro. São Paulo: Ática, 1981.

_____. *A imagem inconsciente do corpo*. Trad. Noemi Moritz Kon e Marise Levy. São Paulo: Perspectiva, 1992.

DSM-III. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

DSM-IV. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DSM-V. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FÉDIDA, P. De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: I, n. 3, 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FREUD, Sigmund (1894). *As neuropsicoses de defesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. III. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud)

____ (1893-1895). *Casos clínicos: Miss Lucy R.* Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

____ (1895). *Rascunho H. Paranóia*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

____ (1895). *Projeto para uma psicologia científica*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

____ (1896). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. III. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

____ (1897). *Carta 55*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

____ (1897). *Carta 75*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

____ (1897). *Rascunho K*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. I. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

____ (1900). *Interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IV. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1905). *Três ensaios sobre a sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1920). *Além do princípio do prazer*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVIII. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1925). *Algumas consequências psíquicas das diferenças anatômicas dos sexos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1925-1926). *Inibição, sintoma e ansiedade*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1930). *Mal estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1931). *Sexualidade feminina*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

_____. (1937). *Análise terminável e interminável*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas)

GARCIA-ROSA, Luis. *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995, v. III.

GEBARA, C. NETO. Considerações sobre a clínica e o tratamento de uma manifestação incomum do transtorno dismórfico corporal: a síndrome de referência olfativa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000400018>. Acesso em: 20 de abril de 2015.

GREEN, André. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1988.

_____. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Coord. ed. bras. Paulo Cesar Sandler. São Paulo: SBPSP, 2008.

GURNEY, E. Alucinações. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 16, n. 2, jun. 2013.

LACAN, Jacques (1953-1954). *O seminário*. Livro I: Os escritos técnicos de Freud. Trad. Betty Millan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. (1954). O estágio do espelho como formador da função do Eu tal como nos é revelada na experiência clínica. In: _____. *Escritos*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1975-1976) *O seminário*. Livro XXIII: o sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. *Vocabulário da Psicanálise*. 4. ed. Trad. Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEMINSKI, Paulo. *La vie en close*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MAGTAZ, Ana Cecília; BERLINCK, Manoel Tosta. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 1, mar. 2012 .

MALEVAL, J. C. *Loucuras histéricas y psicoses dissociativas*. Buenos Ayres: Paidós, 2005.

MCDUGALL, J. *As múltiplas faces de eros*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

POTTS, C. S. Two cases of hallucination of smell. *University of Pennsylvania Medical Magazine*, 1891, p. 226.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Trad. Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Sup. ed. bras. Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SARAMAGO, J. *A caverna*. Lisboa: José Saramago e Caminho, 2000.

SULLY, J. Ilusões de introspecção. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 17, n. 4, dez. 2014 .