

## Dores e odores<sup>1</sup>

Cristiane Curi Abud

*No presente trabalho apresento um caso clínico cuja queixa principal é uma alergia a determinados odores. A Sra.. Bernarda acorda todos os dias à meia - noite sentindo um cheiro de borracha queimada que a desperta de seu sono e a impede de dormir novamente. Em seu relato, aparece associado a esse fato o episódio da morte de sua filha mais velha que sofreu, à meia-noite, um acidente de carro na esquina de sua casa. Da. Bernarda lembra do cheiro do pneu do carro derrapado. Entretanto, a paciente não consegue estabelecer uma ligação entre seu sintoma e o acidente ocorrido, mostrando-se muito refratária ao trabalho de análise. Surge então a questão de como conduzir esse trabalho de análise. Para responder essa questão, elaboro uma compreensão do funcionamento psíquico da paciente, explorando dois conceitos psicanalíticos que considero fundamentais quando a questão é a relação entre mente e corpo: o primeiro referente aos caminhos e desvios pulsionais, o que pode indicar com que tipo de sintoma estamos lidando (somatização, conversão, hipocondria), assim como a capacidade psíquica de metabolizar experiências afetivas, dependendo do grau de simbolização e da disponibilidade de representações; o segundo referente ao narcisismo e seu contraponto, as relações de objeto estabelecidas por essa paciente, por meio do estudo da transferência e contratransferência.*

**Palavras-chave:** Olfato, somatização, psicossomática, pulsão, narcisismo

<sup>1</sup> Este trabalho recebeu Menção Honrosa no Concurso Pierre Fedida de Ensaio Inédito de Psicopatologia fundamental, em 2006.

*“...as pessoas podiam fechar os olhos diante da grandeza, do assustador, da beleza, e podiam tapar os ouvidos diante da melodia ou de palavras sedutoras. Mas não podiam escapar ao aroma. Pois o aroma é um irmão da respiração. Com esta, ele penetra nas pessoas, elas não podem escapar-lhe caso queiram viver. E bem para dentro delas é que vai o aroma, diretamente para o coração, distinguindo lá categoricamente entre atração e menosprezo, nojo e prazer, amor e ódio. Quem dominasse os odores dominaria o coração das pessoas”.*  
(Suskind, 1985)

O Ambulatório de Somatização do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo recebe, em sua triagem, pacientes das diversas enfermarias do hospital geral com queixas somáticas sem substrato orgânico, ou casos cuja patologia orgânica é insuficiente para justificar as queixas. Em dezembro de 2000, a Sra. Bernarda foi encaminhada à triagem com uma queixa muito curiosa de alergia a cheiros: *“Cada coisa que eu entro em contato, a reação no físico é diferente”*. Para citar algumas: tinta causa dor de cabeça, *“parece que vou ficar cega”*; cheiro de cola gera moleza nas pernas, falta de ar, *“fecha o meu esôfago”*; cândida ou produtos de limpeza ocasionam uma certa *“queimação”* na cabeça, no rosto e na sola dos pés, além de tontura.

Nas entrevistas realizadas na triagem, Bernarda conta sua história: nascida em Sergipe é a filha mais velha de uma prole de quatro mulheres. Sempre foi a *“filha doente”*, os pais preocupavam-se muito com sua saúde. Desde cedo desmaiava sem causas ou motivos aparentes, e os médicos nada detectavam nos exames. Por ser mais *“fraca”*, Bernarda era poupada de trabalhar na roça junto ao pai e às irmãs, e foi mandada para o colégio. Como há males que vêm para bem, Bernarda estudou até o segundo ano primário, diferentemente das irmãs. Lembra que sempre

carregava um paninho com o cheiro da mãe e não conseguia dormir sem ele. Aos 14 anos casou-se e mudou com seu marido para São Paulo, onde passou um ano e voltou para sua cidade em Sergipe sozinha, pois o marido lhe agredia. Com idas e vindas devido às dificuldades da relação, acabou tendo duas filhas com esse marido e separou-se dele. Quando a segunda filha tinha um mês, casou-se novamente com um “senhor” que tinha quatro filhos, bebia muito e também batia em Bernarda. Perdeu a mãe aos 19 anos, e mais adiante na sua história, perdeu a filha mais velha num acidente de carro... “*Eu que já tinha perdido minha mãe, perdi minha filha*”. Após vinte anos de casamento, Bernarda separa-se desse “senhor”, sua filha mais nova se casa, e ela muda de residência, passando a morar sozinha. Nessa mudança, ocorrida há dez anos, aparecem “os cheiros”. Um dia em casa, com uma moça que trabalhava para ela, Bernarda, sentindo-se sozinha, começou a sentir dor de cabeça e tontura. Saiu de casa para ir a um hospital, e chegando ao ponto de ônibus melhorou. Voltou para casa e passou mal novamente. Como perto da casa tinha uma fábrica de tintas, achou que era isto que estava fazendo-lhe mal. Assim, começou a associar seu mal-estar aos cheiros que apareciam. Nessa época casou-se com um “rapaz” vinte anos mais novo, com o qual mora até hoje. De lá para cá, os problemas com “os cheiros” vêm crescendo progressivamente, restringindo cada vez mais sua vida. Bernarda sempre trabalhou vendendo *lingerie* como sacoleira e deste modo comprou sua casa e, quando acabou de pagá-la, comprou outra “à prestação”, e que, uma vez alugada, passou a gerar uma renda que pagaria a prestação de uma terceira casa. Atualmente Bernarda recebe uma pensão e vive da renda destes imóveis. Sua filha, seu genro e sua neta não trabalham e dependem de Bernarda para viver. Por um lado, Bernarda reclama do fato de todos estarem “encostados” nela; por outro espera em troca, gratidão, espera que não a deixem só e que cuidem dela quando passa mal. Trata-se de uma família fusão em que ninguém tem autonomia ou vida própria e todos sentem-se presos, atados uns aos outros.

Durante estas entrevistas preliminares considerei, como já disse, o sintoma bastante curioso e sugeri que iniciássemos um processo de psicoterapia individual, realizado uma vez por semana, para tentarmos investigar sua origem e elucidar suas determinações, compreender seu sentido e, quem sabe, propiciar uma elaboração psíquica do sintoma. Expectativas e esperanças de um começo de análise...

## Desilusão

Freud descreve (1893-1895, p. 154-166) o caso de *Miss Lucy R.*, uma jovem de trinta anos, governanta da casa de um viúvo, que perdeu o sentido do olfato,

com exceção de duas sensações olfativas que lhe eram muito aflitivas: cheiro de pudim queimado e cheiro de charuto. Freud interpreta suas sensações olfativas como sintomas histéricos crônicos, e segundo a teoria do trauma vigente na época, era preciso encontrar a experiência na qual esses odores, hoje subjetivos, foram objetivos: “Essa experiência devia ter sido o trauma que as sensações recorrentes do olfato simbolizavam na memória”. Assim iniciam a investigação da cena traumática que teria relação com o cheiro de pudim queimado, e Lucy lembra da primeira vez em que sentiu o cheiro: brincava de cozinhar com as duas filhas do patrão quando recebe uma carta de sua mãe, e as meninas a impedem de ler a carta deduzindo que esta chegara em virtude de seu aniversário, que só seria daí a dois dias, e nesse meio tempo, queima o pudim que estava assando no forno. Lucy andava considerando parar de trabalhar nessa casa e voltar para a mãe o que gerava um conflito, pois a falecida mãe das meninas era uma parenta distante, a quem prometera cuidar das filhas após a sua morte. Assim, “... a sensação de cheiro que estava associada a este trauma persistiu como seu símbolo”. Freud não se contenta com este achado intuindo haver alguma idéia que foi “intencionalmente reprimida da consciência”, excluída da cadeia associativa e convertida à inervação somática. Arrisca dizer a Lucy que ela estava apaixonada por seu patrão, ao que ela concordou, e por este caminho se seguiram outras associações até que a sensação do cheiro foi ficando menos freqüente e desapareceu. Entretanto, seu desaparecimento deu lugar ao cheiro de charutos. Determinado, Freud escreve: “eu eliminara um sintoma somente para seu lugar ser ocupado por outro. Não obstante, não hesitei estabelecer a tarefa de eliminar esse novo símbolo mnêmico através da análise”. Lucy cumpre sua tarefa, trazendo à lembrança duas cenas relacionadas com o cheiro do charuto, cenas nas quais estão presentes seus sentimentos amorosos dirigidos ao patrão, assim como sua desilusão por notar que não era correspondida. Após nove semanas de tratamento, Lucy recobra os sentidos do nariz.

Adotei inicialmente este modelo, um tanto cirúrgico, nas investigações com Sra. Bernarda. Em uma sessão ela reclama de uma tosse, que tem a ver com o ventilador que liga para dormir, e que dorme na sala, e

*“por que na sala?”, “porque perto da meia-noite eu acordava suando, a cabeça quente, pesada, parecia que eu ia morrer. Aí fui dormir no sofá da sala, e melhorei, lá eu conseguia dormir. Antes de dormir fecho a casa toda, as portas, as janelas, e se tem alguma fresta fico tampando, porque senão quando chega perto da meia-noite começa a entrar um cheiro de óleo, de borracha quente, bem fraquinho, ninguém percebe, mas eu sinto, acordo e não durmo mais”.*

Ao estilo freudiano ilustrado acima, pergunto: “Quando a senhora começou a dormir na sala?”, e Bernarda responde:

*“Há muitos anos, não lembro mais. Eu acho que dormia lá por causa da minha filha que morreu. Ela foi velada naquela sala, e a cabeça dela ficou bem perto de onde minha cabeça fica no sofá. Acho que ela olha por mim, me protege e me ajuda a dormir”.*

Nesse momento da sessão, lembro-me, em silêncio, do relato que Bernarda já havia feito a respeito da morte da filha: numa noite, as filhas (a mais velha tinha 17 anos) pediram para sair com amigos, iriam a um baile. O pai não quis deixar, mas Bernarda encobriu e as meninas foram ao baile. Já dormindo, Bernarda ouviu um barulho, saiu de casa correndo e viu um acidente de Kombi na esquina. Lembra o cheiro da borracha queimada do pneu. Em meio ao desespero, alguém diz que sua filha mais velha estava morta, dentro da Kombi. Digo que o cheiro de borracha quente que sente à meia-noite me fez lembrar o cheiro do pneu da Kombi que ela sentiu no dia do acidente em que sua filha morreu. Bernarda responde que uma coisa não tem nada a ver com a outra, e que seu problema com cheiros é uma alergia mesmo.

Mais adiante na sessão lembra que o acidente da filha ocorreu à meia-noite, e eu apenas repito “meia-noite”, e Bernarda se dá conta de que é justamente a hora em que começa a sentir os cheiros em casa. Mas, novamente, descarta a possibilidade de relacionar os fatos e integrar as associações.

A esta altura do processo analítico já era notório o caráter refratário de Bernarda ao trabalho de análise. Descarta suas próprias percepções e tentativas de elaboração. Sem propiciar um alívio de suas aflições, as sessões pareciam muito traumáticas e exaustivas. Como funciona o psiquismo desta paciente e como conduzir sua análise?

Figueiredo (2000, p. 74) nos auxilia, ao descrever num artigo pacientes que preservam áreas importantes de contato com a realidade, captando-a e armazenando-a.

Esses registros ficam à disposição da consciência, sendo que os pacientes lembram facilmente, inclusive, de situações de vida extremamente dolorosas. Portanto, não há uma recusa da percepção da realidade. Entretanto, são lembranças que não se conectam com outras representações, vêm à consciência, mas não são integradas ao psiquismo, permanecem como cistos, desvinculadas e encapsuladas. Parece uma tentativa, por parte do paciente, de manter a realidade como realidade material, evitando a passagem pelo filtro da subjetividade e sua decorrente transformação em realidade psíquica. Para tanto, o paciente desautoriza a percepção da realidade que não perde significado, uma vez que não é nem recusada, nem desmentida, mas perde significância. “Nessa medida, não há uma obstrução total do processo de simbolização, pois se isso ocorresse, a percepção não se completaria na forma de uma figura fechada e dotada de algum

significado”. Deste modo, o paciente transforma a percepção numa “quase-coisa”, numa lembrança muito vívida, mas inútil, desintegrada do fluxo psíquico. Tenta evitar o contato com o sofrimento inerente a estas situações traumáticas, abortando, talvez, sua única forma de processamento, de metabolização possível, uma vez que estas “quase-coisas” inevitavelmente retornam sob a forma de uma “névoa” em situações mais tranqüilas ou como um bombardeio, com “características demoníacas e persecutórias”, em ocasiões de maior desestabilização.

Essa descrição está mais para Sra. Bernarda do que para Miss Lucy, uma vez que esta última conserva a significância de suas sensações olfativas facilitando seu processo de simbolização e integração psíquica. Constatamos, assim, estarmos diante de um psiquismo bastante comprometido na sua capacidade de metabolizar e elaborar experiências afetivas, o que nos levou a mudar o foco desta análise. Diante da fragilidade egóica da paciente, pensamos que antes de um trabalho de análise, propriamente dito, há de se fazer um trabalho de síntese egóica. Exploreemos a constituição psíquica da paciente através do estudo do narcisismo e seu contra-ponto, as relações objetais, inferidas por meio do exame da relação transferencial e contra-transferencial estabelecida entre a paciente e analista.

### Narcisismo

*“Os elos filosóficos existentes entre o olfato  
e os centros da linguagem do cérebro  
são lamentavelmente fracos.  
O que não acontece com os elos entre  
o olfato e os centros de memória...”  
(Ackerman, 1996, p.27-34)*

Não é qualquer lembrança que Bernarda mantém desligada de seu fluxo psíquico. Trata-se de um luto que permaneceu congelado, claramente patológico. Numa dessas “sessões-trauma”, Bernarda descreve o dia em que teve que exumar o corpo da filha para liberar a cova no cemitério e, surpreendentemente, ao abrirem o caixão, encontraram-na “igualzinha, nem parecia que estava morta”.<sup>2</sup> Não puderam tirar seu corpo da sepultura, e o processo foi repetido três vezes até que o corpo estivesse decomposto o suficiente para ser exumado. “Um verdadeiro milagre, Doutora.”, milagre de que só um psiquismo inconformado é

capaz! Bernarda impede a decomposição psíquica da filha, com toda putrefação, dor e fedor inerentes a este processo.

Num trabalho de luto normal, descrito por Freud (Freud,1915) em “Luto e melancolia”, o teste de realidade revela o fato de que o objeto não existe mais, e, não de bom grado, o sujeito deve retirar do objeto a libido investida nas ligações com o mesmo. Normalmente a pessoa vai retirando a libido, pouco a pouco, o que dispense muita energia e tempo, daí o nome *trabalho* de luto. Nesse meio tempo prolonga-se a existência do objeto perdido. A pessoa evoca lembranças que são hipercatexizadas e então desligadas, gastas. Concluído o trabalho de luto o ego fica outra vez livre e desinibido.

Infelizmente as coisas não se passaram assim para Bernarda. Após a morte da filha, ela relata que, tudo aquilo que vivia com essa filha passou a viver com a outra filha: “*Transferi tudo para a outra filha, Doutora.*” Inferimos, a partir desta fala, que parte da libido ligada à filha mais velha, diante da separação, desligou-se e investiu esta filha que sobreviveu. O marido de Bernarda tem a mesma idade da filha que morreu, e às vezes Bernarda desconfia que esta relação pareça uma relação entre mãe e filho. Desde que a filha morreu Bernarda começou a atrair e sentir atração por homens mais jovens; antes disto, pelo contrário, preferia homens mais velhos. Assim, não é difícil imaginar que parte da libido que “sobrou” deve estar investindo este marido. Novas pessoas encarnando antigos objetos.

Através das ansiedades hipocondríacas que Bernarda apresenta, deduzimos ainda que parte da libido desligada da filha falecida retornou ao próprio eu de Bernarda. Esta admite ter sido sempre hipocondríaca, mas após o falecimento da filha sente que piorou. Bernarda apresenta várias queixas somáticas, mas a mais insistente é a alergia a cheiros, o que nos permite pensar que a libido está mais concentrada na região nasal. Provavelmente, Bernarda tem uma maior sensibilidade para odores. Há, nos Estados Unidos, um Instituto chamado Monell Chemical Senses Center que estuda distúrbios de olfato, e segundo informa seu site ([www.monell.org](http://www.monell.org)), as regiões olfativas localizadas na parte superior das narinas são de cor amarela e quanto mais profundo for o tom de amarelo mais sensível e agudo será o olfato. Esta maior sensibilidade faz da região nasal de Bernarda uma região complacente ao investimento libidinal.

Estes dados descrevem um luto no qual a libido continua presa ao objeto, impedida de fazer novas ligações. Uma verdadeira prisão.

Devemos abrir um parêntese para considerar o peso que um trauma como este carrega e as conseqüentes dificuldades de superá-lo. Perder um filho não é a mesma coisa que perder uma avó, ou mesmo perder pai ou mãe. Dependendo das circunstâncias (idade, motivo da morte...) o evento pode ser mais ou menos

traumático. Entretanto, como afirma Mezan (1998, p. 47), “Uma definição adequada do trauma, a meu ver, não enfatizaria tanto a violência de um dado acontecimento, mas o efeito que ele pode ter sobre uma pessoa. Esse efeito é bem menos função da intensidade intrínseca do evento e muito mais função da maneira como o indivíduo o acolhe em si, num contexto plurideterminado em cujas malhas o evento vai adquirir uma série de significações”. Que contexto é este? O que aconteceu na constituição psíquica de Bernarda de modo a impedi-la de elaborar normalmente este luto?

Voltando a seguir Freud, as précondições para que um luto patológico ocorra são uma forte fixação no objeto amado e, contraditoriamente, uma catexia objetal com pouco poder de resistência; a escolha objetal deve ter sido feita numa base narcisista. Bernarda amava profundamente a filha que faleceu, mas rapidamente a substituiu. A catexia erótica com o objeto é substituída pela identificação narcisista com o objeto. Desta maneira, o sujeito evita renunciar à relação amorosa, protege-se do sofrimento envolvido numa separação. Ocorre uma regressão da libido, da escolha objetal para o narcisismo original. A identificação é uma forma preliminar da escolha objetal, é a primeira forma pela qual o ego escolhe um objeto.

Desejando incorporar a si esse objeto o ego o devora, numa atitude oral, canibal. O ego pode, ainda, sorver o objeto, aspirando seu cheiro. Um dado interessante fornecido pelo Instituto Monell é que “sentimos somente quatro sabores: doce, amargo, salgado e azedo. Isso significa que tudo o que podemos chamar de sabor é, na realidade, odor”. Nota-se uma confusão entre as pulsões oral e nasal. Como aponta Hornstein (1990, p. 39), esta identificação descrita por Freud em “Luto e melancolia”, conceitualizada como forma patológica de resolver o luto, passa a ser considerada como processo constitutivo do ego. Freud (1923, p. 43) nota que a substituição da catexia objetal pela identificação “tem grande parte na determinação da forma tomada pelo ego, e efetua uma contribuição essencial no sentido da construção do que é chamado de seu caráter”. Na fase oral primitiva, catexia do objeto e identificação são indistinguíveis uma da outra. Quando uma pessoa tem que abandonar um objeto, acontece uma espécie de regressão a esta fase, onde o ego confunde-se com o objeto, e o processo de abandono se torna mais fácil. Este processo ocorre o tempo todo, e podemos supor que o ego seja “um precipitado de catexias objetais abandonadas e que ele contém a história dessas escolhas de objeto”.

A libido investida no objeto-filha não completou o trabalho da identificação, “vicissitude que converte o objeto em parte constitutiva do ego”. Neste caso, a libido regrediu à fase oral, na qual objeto e ego se confundem, e ponto. O que nos permite falar numa identificação narcísica, melancólica. A não aceitação da perda do objeto explica por que a libido tomou o destino de ansiedade

hipocondríaca relativa ao sintoma de alergia a cheiros, e não pôde, por exemplo, destinar-se à sublimação. Outras condições egóicas, narcísicas, propiciariam a Bernarda a possibilidade de usar sua sensibilidade nasal para trabalhar, quem sabe, com perfumes ou degustação de vinhos.

### Um trauma universal

Portanto, um luto mal resolvido encontra a origem de suas dificuldades na fase oral primitiva, início da infância no qual se constitui o ego, e no qual ocorre aquilo que McDougall (2001, p. 129) chamou (citando Christopher Bollas) de “trauma universal inevitável da humanidade: a exposição à alteridade”.

Em *Teatros do corpo* (1996, p.33-36) McDougall descreve a vivência deste trauma, o primeiro luto vivenciado pelo infante. Dependendo de como a criança passar por esta experiência, ela estará mais ou menos equipada psiquicamente para enfrentar novas situações de separação. Ainda segundo essa autora, a vida psíquica de um lactente começa com uma experiência de fusão com a mãe, o que cria a fantasia de que existe um só corpo e um só psiquismo para duas pessoas. Para o bebê a mãe não é ainda um objeto distinto. “A nostalgia de um retorno a essa fusão ilusória, o desejo de tornar-se mais uma vez parte desta mãe-universo onipotente do início da infância, sem nenhuma frustração, nenhuma responsabilidade, nenhum desejo, jaz profundamente enterrada no fundo de cada um de nós”. O problema é que na fusão não existe identidade individual, portanto o desejo de fusão equivale à perda da identidade pessoal, à morte psíquica.

A fantasia de um corpo-único é primordial em todo ser humano, e é biologicamente ilustrada pela vida intra-uterina. Quando o bebê é incomodado por algum sofrimento que ameaça esta ilusão de fusão com a mãe, por exemplo, fome, dor, angústia, ele busca desesperadamente restaurar o paraíso perdido. A mãe, com seu calor, ritmo, a proximidade protetora de seu corpo e a música de sua voz, alivia o lactente recriando a ilusão do Um. Mantendo esta ilusão a mãe possibilita ao filho integrar uma imagem interior do ambiente maternal.

Por outro lado, o bebê tem também necessidade de separação. Numa relação mãe-filho *good-enough*, progressivamente mãe e filho vão se diferenciando, a criança separa seu próprio corpo do corpo da mãe e, paralelamente, o que é psíquico vai se diferenciando do que é somático, na mente da criança. “Essa lenta dessomatização do psiquismo é acompanhado desde então de uma dupla busca psíquica: fundir-se completamente com a mãe-universo e ao mesmo tempo ser completamente diferenciado dela”. Em momentos de sofrimento o bebê tenta recriar a ilusão de unidade corporal com a mãe; em outros momentos luta para

diferenciar seu corpo e seu *self* nascente do corpo e do *self* da mãe. Uma mãe que não atravesse esses movimentos do bebê, ora de fusão e ora de diferenciação, permite que ele através dos mecanismos de introjeção, incorporação e identificação, crie uma imagem do ambiente maternal, depois uma representação mental da própria mãe enquanto figura tranquilizadora e benevolente, capaz de acalmar tempestades afetivas do bebê e de modificar seu sofrimento sem se opor a seu desejo de alcançar autonomia somática e psíquica. Isto assegurará, posteriormente, a identificação com uma imagem materna atenciosa e reconfortante, que cuida do bem-estar interno da criança.

Neste momento do desenvolvimento a criança elege algum objeto, um “paninho” cujo cheiro lembre a mãe (!), através do qual cria a ilusão da presença desta. Adiante substitui este representante materno por outros mais sofisticados (urso de pelúcia, rituais particulares). Nesse momento surge também a linguagem, possibilitando a pronúncia da palavra mamãe. Através de uma simples palavra a criança pode evocar o calor e a proteção da mãe, podendo renunciar à sua presença concreta. O contato corporal e concreto com a mãe vai sendo substituído pela linguagem, pela comunicação simbólica. Até então a mãe assumia a função de aparelho de pensar para seu filho; conforme este vai entrando no mundo simbólico, libera a mãe dessa função. “A partir deste estágio o desejo contraditório de ser ela mesma e de, ao mesmo tempo, continuar sendo parte indissolúvel do outro é recalçado, a nostalgia é compensada pela dupla ilusão de possuir uma identidade separada, inabalável, enquanto se conserva um acesso virtual à unidade original, inefável”.

Qualquer fracasso neste processo compromete a possibilidade da criança integrar e reconhecer como seus, o seu corpo, seus pensamentos e seus afetos. Para que a criança conquiste a subjetividade, um *self* coeso, há que haver uma relação com a mãe que possibilite a introjeção de um ambiente maternal protetor. A mãe, que não consegue acalmar e proteger seu filho diante de estimulações traumáticas, pode levá-lo a uma incapacidade de distinção da representação dele mesmo da representação do outro. Pode suscitar uma representação arcaica na qual os contornos do corpo não são bem delimitados; a criança não forma um escudo protetor de estímulos externos ao aparelho psíquico. Conseqüentemente, no decorrer da vida, sempre que se defrontarem com situações traumáticas tais pacientes, incapazes de elaborar tais vivências de forma simbólica, somatizam. Deste modo, a separação e a diferença são vividas como ameaça e não oportunidade de individuação. “Por conta disto, mais tarde na vida, a dor psíquica e o conflito mental, decorrendo de uma fonte de estresse interna ou externa, ao invés de serem reconhecidos ao nível do pensamento verbal – e por aí mesmo podendo ser evacuados através de formas de expressão psíquica, como o sonho,

o devaneio, a meditação ou outros modelos de atividade mental capazes de suspender a tensão ou reduzi-la – podem desembocar em soluções psicóticas de tipo alucinatório ou descarregar-se em manifestações psicossomáticas como na primeira infância.” A estruturação do ego, que antes de mais nada é corporal, fica comprometida.

### **Relação de objeto, transferência e contratransferência**

*“El alérgico tiene un solo deseo,  
único y primordial, acercarse  
lo más posible al objeto  
hasta confundir-se con él.”  
(Marty, 1998, p.38)*

Ao descrever pacientes de “difícil acesso”, Betty Joseph (1990, p. 62) trata de questões técnicas da análise de pacientes que dificilmente são atingidos com interpretações. A autora constata uma cisão da personalidade, de tal forma que parte do ego é mantida distante do analista e do trabalho analítico. O paciente pode mostrar-se cooperativo com o processo analítico, mas a parte do ego que colabora está a serviço de manter escindida outra parte mais necessitada. “Algumas vezes a cisão toma a seguinte forma: uma parte do ego mantém-se à parte, como que observando tudo que se passa entre o analista e a outra parte do paciente, e destrutivamente impedindo que se faça um contato verdadeiro, utilizando-se de vários métodos de evitação e evasão”.

A autora propõe como objetivo destas análises, propiciar uma maior integração do ego destes pacientes, sendo mais importante focalizar nossa atenção em seu método de comunicação, em seu modo de falar e reagir às interpretações, do que preocuparmo-nos com o conteúdo da sessão. São pacientes que atuam, intensamente, na própria fala.

Seguindo esta direção técnica, proponho agora focalizarmos algumas falas e situações transferenciais que podem ilustrar o tipo de relação que Bernarda estabelece com seus objetos.

No começo, “tudo eram flores”, com todo perfume a que têm direito. Vivemos uma fase que chamo de lua-de-mel, onde frases do tipo “*gostei muito de você*”, ou “*minha mãe tinha o cabelo castanho como o seu*” ou ainda “*minha filha é branquinha, assim como você*”, eram muito freqüentes. Nessa fase, entretanto, alguma coisa não cheirava bem. Eu vivia um sentimento de paralisação,

minha capacidade de pensar, refletir e, portanto interpretar, ficavam bastante intimidadas. De tal forma que até que eu me apercebesse disto, as sessões transcorriam, cheias de elogios, mas sem cumprir com sua função analítica. Se por um lado havia um certo conforto narcísico, por outro me sentia dispensável, pois, afinal, de que vale uma analista que “não cheira, nem fede?!”

Nessas falas de Bernarda nota-se o que McDougall chama de desejo de fusão com o outro. Marty (1998) também aponta para esta questão, num artigo sobre relações de objeto de pacientes alérgicos, em que salienta a dificuldade destes pacientes de distinguir-se do objeto, estabelecer limites claros de separação. Pelo contrário, seu movimento é sempre de fusão com o objeto, de tomá-lo como algo já conhecido e familiar, um prolongamento narcísico. Este movimento em direção ao objeto é brusco, ativo e maciço, sendo a sensação contra-transferencial, de paralisia. Como a relação estabelecida não considera características individuais, ao contrário, tenta transformar tudo numa só coisa, homogênea e indiferenciada, as propriedades do objeto são praticamente desprezadas e este pode ser, portanto, facilmente trocado.

Comecei, a partir da supervisão e destas reflexões, a pensar mais e a interpretar mais e, portanto, a existir mais. Desta maneira, o infalível teste da realidade pôs fim à nossa lua-de-mel, e frases do tipo “*que cheiro de tinta, você andou pintando esta sala?*”, “*estou com a boca seca, tem lustra-móveis nesta mesa?*”, “*aquele dia que vim aqui, e tinha aquele cheiro de verniz no corredor passei tão mal*”, começaram a aparecer. Com a mesma facilidade como que os pacientes alérgicos grudam no objeto, na medida em que o objeto começa a “cheirar mal”, quer dizer, a existir como alteridade, desgrudam e encontram rapidamente um substituto que preencha suas exigências narcísicas. Falando do marido, em determinada sessão, Bernarda afirma: “*Quando ele desfaz de mim eu falo que ele pode ir embora, cuidar da vida dele. Falo mesmo, porque tem uma coisa: eu me apego demais às pessoas, gosto muito dos outros, mas se tiver que me separar e ficar sozinha eu fico muito bem*”.

Uma questão técnica: em que medida intervir nas sessões de tal modo a não se deixar devorar pela paciente, mas ao mesmo tempo, não “existir demais”, o que poderia criar algo muito frustrante e disruptivo? Esta medida é muito difícil de ser encontrada. Ao descrever antianalisandos, McDougall (1983) afirma tratar-se de pacientes que não reconhecem a realidade subjetiva do analista, que se insistir em colocar-se como Outro na relação levará o paciente a achar que o analista é que é doente, ou poderá se sentir perseguido por este. A recusa da alteridade cria um abismo entre o sujeito e seus objetos, causando profunda perturbação das primeiras identificações do sujeito e, conseqüentemente, nas suas relações objetais. A recusa nestes casos não se refere apenas àquela descrita por Freud em relação à angústia de castração e a denegação da diferença entre os sexos; trata-se de uma

recusa mais global e recobre o que Freud denominou repúdio para fora do ego (Verwerfung). A angústia de castração aqui aparece na sua forma prototípica, angústia de separação, de espedaçamento, de morte, muito aquém da questão da identidade sexual; trata-se mais da questão da identidade subjetiva do ser. Recentemente, Bernarda viajou para sua terra, Sergipe, e ao despedir-se de mim falou chorando, que ao voltar retornará para a terapia, que só quer separar-se de mim através da morte. Fica clara nessa fala a equivalência estabelecida entre morte e separação. Além da culpa que sente quando se afasta; para viajar, Bernarda precisou afirmar e reafirmar, inúmeras vezes, que só estava viajando porque achava que se sentiria melhor da sua alergia em outro lugar, longe de São Paulo e das fábricas de tinta.

Voltando às falas referentes ao meu “mau cheiro”, deslocado para minha sala ou minha mesa ou meu corredor, nota-se o jogo de culpa que a paciente faz com a analista, que é responsabilizada pelo seu mal-estar. No seu dia a dia, controla a vida das pessoas através deste jogo: sua filha não pode usar xampu de camomila, suas roupas não podem ser lavadas com sabão em pó, há um inquilino na sua casa que só pode usar perfume fora de casa (Bernarda guarda uma cópia da chave do quarto deste inquilino para averiguar se ele cumpre com o combinado no contrato, ou guarda produtos de limpeza e perfumes que a incomodem).

Bernarda tenta preencher seu narcisismo poroso, esburacado, cheio de frestas (representado pela casa com frestas por onde entram os cheiros ruins), com cheiros bons, exigindo das pessoas, principalmente da filha, que a gratifiquem sempre e que nunca causem frustração. Na presença da filha, as crises de Bernarda são menos freqüentes, o que corrobora esta função de “tampão” que a filha tem para ela.

Cria-se, desta maneira, um clima de culpa e persecutoriedade, que é deslocado das pessoas para os odores. O aroma assume, para Bernarda, esse caráter persecutório. Invisível, volátil, etéreo e fugaz, caminha pelo ar, invade ambientes através das frestas em direção à sua vítima, que, sem o saber, o aguarda, atenta ao mais ínfimo sinal de sua aparição. Envolvente, o perfume enevoa a presa que, inebriada, sucumbe. Demonicamente a possui, penetrando através dos poros, preenchendo seus orifícios até que não se possa mais distinguir um do outro. Inferniza e, ao mesmo tempo, seduz.

### Referências:

ACKERMAN, D. *Uma História Natural dos Sentidos*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1996.

FIGUEIREDO, L.C. Verleugnung – A desautorização do processo perceptivo, 2000

FREUD, S. (1893-1895). Estudos Sobre a Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. II.

\_\_\_\_ (1915). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. XIX.

\_\_\_\_ (1923). O ego e o Id. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976, vol. XIX.

HORSTEIN, L. Cura psicanalítica e sublimação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

JOSEPH, B. (1990). O paciente de difícil acesso. In: *Melanie Klein Hoje - Vol.II.*, Rio de Janeiro: Imago, 1990, p. 62 - 75.

MARTY, P. La relación de objeto alérgica. In: *Pierre Marty y la psicossomática*. (pp. 37-63). Buenos Aires: Amorrortu, 1998, p. 37- 63.

MCDUGALL, J. *As Múltiplas Faces de Eros*. São Paulo: Martins Fontes, 2001

\_\_\_\_ *Teatros do Corpo*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

\_\_\_\_ *Em defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MEZAN, R. O estranho caso de José Matias. In: *Tempo de muda*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 15 - 61.

SÜSKIND, P. *O perfume*. Rio de Janeiro: Record, 1985

**Resumos:**

*En este trabajo, presento un caso clínico cuya queja principal es una alergia a determinados olores. La señora Bernarda se despierta todos los días a media noche sintiendo un olor a caucho quemado que la despierta y le impide dormir nuevamente. En su relato, asociado a este hecho aparece el episodio de la muerte de su hija mayor que sufrió un accidente de coche en la esquina de su casa a la media noche. La señora Bernarda se acuerda del olor de la llanta del coche frenando. Sin embargo la paciente no logra establecer una relación entre su síntoma y el accidente ocurrido, mostrándose refractaria al trabajo de análisis. Surge así la cuestión de cómo conducir el trabajo de análisis. Para responderla, elaboro una comprensión del funcionamiento psíquico de la paciente, explotando dos conceptos psicoanalíticos que considero fundamentales cuando la cuestión es la relación entre la mente y el cuerpo: el primero se refiere a los caminos y desvíos pulsionales, lo que puede indicar a que tipo de síntoma nos estamos enfrentando (somatización, conversión, hipocondría) así como la capacidad psíquica de metabolizar experiencias afectivas, dependiendo del grado de simbolización y de la disponibilidad de representaciones. Y el segundo referente al narcisismo y su contrapunto, las relaciones de objeto establecidas por esa paciente, a través del estudio de la transferencia y contra transferencia.*

**Palabras-claves:** olfato, somatización, psicósomática, pulsión, narcisismo.

*Ce travail présente un cas clinique dont la principale plainte consiste à sentir de la joie face à certaines odeurs. Madame Bernarda se réveille toutes les nuits à minuit à cause d'une odeur de caoutchouc brûlé qui la réveille et l'empêche de se rendormir. Selon son rapport, cette odeur est associée à la mort de sa fille aînée, qui a souffert un accident de voiture à minuit au coin de sa maison. Madame Bernarda se rappelle l'odeur du pneu de la voiture dérapée sur l'asphalte. Par contre, la patiente ne réussit pas à établir une liaison entre son symptôme et l'accident et a adopté une posture très réfractaire au travail de psychanalyse. C'est à ce moment-là que naît la question de comment conduire cette analyse. Pour y répondre, on a construit une compréhension métapsychologique du fonctionnement psychique de la patiente en investiguant deux concepts psychanalytiques considérés fondamentaux pour la compréhension du rapport entre l'esprit et le corps: le premier se réfère aux chemins et déviations pulsionnelles qui peuvent indiquer le type de symptôme qui se manifeste (somatisation, conversion, hypochondrie), ainsi que la capacité psychique de métaboliser les expériences affectives selon le degré de symbolisation et la disponibilité de représentations; le deuxième se réfère au narcissisme et son contrepoint, les rapports d'objet établis par cette patiente, à travers l'étude du transfert et du contretransfert.*

**Mots clés:** odorat, somatisation, psychosomatique, pulsion, narcissisme.

*This article is based on the psychotherapeutic process of a patient who was allergic to certain smells. Every night at midnight Bernarda would wake up to the smell of burnt rubber, and couldn't get back to sleep. In her associations linked to this fact, she recalled the episode when her daughter was killed in an automobile accident near her house, at midnight. The patient remembered the smell of burnt rubber from the tires skidding on the pavement, but she was unable to make a connection between this accident and her symptom, and seemed to be very resistant to her work in psychoanalysis. This posed a question as to how her therapy should be managed. To answer this question, I investigated the patient's psychic functioning by exploring two basic psychoanalytical concepts regarding the relation between body and mind. The first was in regard to the paths and detours of the drives, to help define the kind of symptom we were dealing with (somatization, hypochondria, hysteria), as well as the degree of symbolization and accessibility to psychic representations. The second concept refers to the patient's narcissism and the object relations she established, by investigating the transference and countertransference.*

**Key-words:** *smells, somatization, psychosomatics, drive, narcissism.*

**Cristiane Curi Abud**

Psicanalista; membro do Instituto Sedes Sapientiae; professora da UNIFESP;  
mestre em  
Psicologia Clínica pela PUC-SP; doutoranda em Administração de Empresas  
pela

Fundação Getúlio Vargas.  
Rua Sampaio Viana, 519/111 – Paraíso  
04004-001 São Paulo, SP  
Tel: 55 11 3885-8354, 3284-1652  
e-mail: criscabud@uol.com.br

Recebido em 16 de Janeiro de 2007

Aceito em 30 de janeiro de 2007

Revisado em 10 de maio de 2007