



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Marília Vidinhas Peixoto

Um processo na escuta psicanalítica: três sujeitos, três tempos e três caminhos distintos

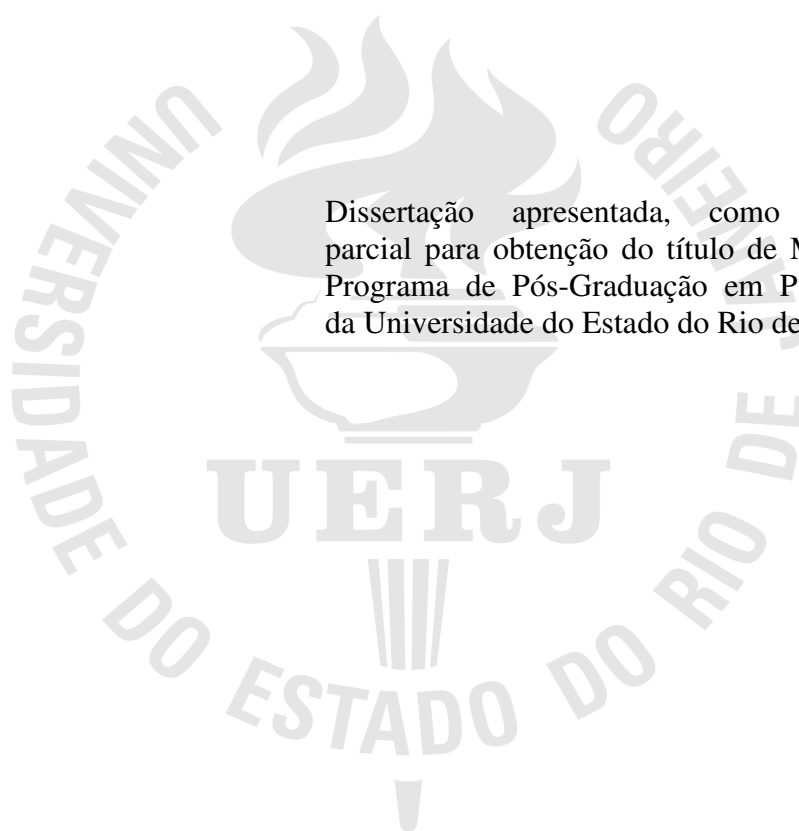
Rio de Janeiro

2014

Marília Vidinhas Peixoto

**Um processo na escuta psicanalítica: três sujeitos, três tempos, três caminhos
distintos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo

Rio de Janeiro
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

P379 Peixoto, Marília Vidinhas.
Um processo na escuta psicanalítica: três sujeitos, três tempos e três caminhos
distintos / Marília Vidinhas Peixoto. – 2014.
79 f.

Orientadora: Ana Cristina Costa de Figueiredo.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Psicoses – Diagnóstico – Teses. 3. Neuroses –
Diagnóstico – Teses. I. Figueiredo, Ana Cristina Costa de. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação.

Assinatura

Data

Marília Vidinhas Peixoto

**Um processo na escuta psicanalítica: três sujeitos, três tempos, três caminhos
distintos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 13 de agosto de 2014

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Ana Cristina Costa de Figueiredo (orientadora)
Instituto de Psicologia da Uerj

Prof.^a Dra. Nuria Malajovich Muñoz
Instituto de Psicologia da UFF

Prof.^a Dra. Sonia da Costa Leite
Instituto de Psicologia da Uerj

Rio de Janeiro
2014

DEDICATÓRIA

Às mães que se aventuram na conturbada tarefa de concluir uma pós-graduação com seus filhos em plena fase de apaixonamento materno.

AGRADECIMENTOS

À Ana Cristina Figueiredo, que desde a graduação me inspira ao trabalho clínico e me incentiva na produção teórica;

À Nuria Muñoz e Sonia Leite que concordaram em participar da banca examinadora desta dissertação, acrescentando considerações importantes para seu desenvolvimento; em especial, à Nuria por ter clarificado o foco do meu estudo;

À minha analista, pois sem ela, eu não daria o devido valor ao meu desejo;

À minha família, que sempre me apoia e encoraja a continuar seguindo meu percurso de trabalho. Ao meu filho que me enche de alegrias; à minha mãe pelas ideias, disponibilidade e carinho dirigidos a mim e ao meu filho; à minha madrinha que desde o início acreditou que eu conseguiria. Ao Everaldo pela gentileza diante da minha tensão;

Aos meus amigos que entenderam a minha ausência e colaboraram ativamente no processo de elaboração desta dissertação. À Lucia Barros que se propôs a me ajudar incansavelmente.

Aos meus pacientes pela paciência em me ensinar todos os dias.

RESUMO

PEIXOTO, Marília Vidinhas. *Um processo na escuta psicanalítica: três sujeitos, três tempos, três caminhos distintos*. 2014. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Quando trabalhamos pela orientação da psicanálise defendemos a escuta do singular, considerando que cada sujeito encontra sua própria maneira de estabelecer, de estar no laço social. Ao mesmo tempo, buscamos um diagnóstico que oriente a direção do tratamento, porém nem sempre conseguimos localizar claramente essa categorização. Nesses casos, devemos ficar atentos aos traços que nos conduzam para um diagnóstico diferencial. Nesta dissertação, partimos de três casos clínicos que seguem em tratamento há pelo menos cinco anos e nos provocam à articulação teórica a partir da psicose. Jonas é um psicótico clássico, com delírio estruturado. Valentina e Caio aproximam-se pela gravidade de seus sintomas, mas quando partimos dos referenciais diagnósticos da psicanálise buscamos traços estruturais que estão para além do sintoma observável e definimos diagnósticos distintos para eles, a saber: neurose e psicose ordinária. Assim, após a descrição dos casos clínicos, trabalhamos com Freud e o Complexo de Édipo, em seguida Lacan com o conceito de Nome do Pai e, por fim a clínica borromeiana que permitiu a teorização acerca das psicoses ordinárias.

Palavras-chave: Diagnóstico na Psicanálise. Psicose. Neurose. Psicose Ordinária.

ABSTRACT

PEIXOTO, Marília Vidinhas. *The listening process in psychoanalysis: three people, three times, three distinct ways*. 2014. 79 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Based on the principles of psychoanalysis, we advocate listening singular of each person, considering that each individual finds his or her own way to establish a life within society. Although we continually seek diagnosis to guide treatment, we are not always able to clearly define this classification. In such cases, we must be aware of the traits that lead us to a differential diagnosis. This dissertation depicts three clinical cases that have been undergoing treatment for at least five years and have resulted in the theoretical articulation from psychosis. Jonas is a classic psycho, with structured delirium. Valentina and Caio could at first glance be comparable based on the severity of their symptoms; however, when we set psychoanalysis diagnoses as a reference, we seek structural features that are beyond the observable symptoms and define distinct diagnoses for them, namely: neurosis and ordinary psychosis. Thus, after the description of these clinical cases, we work with Freud and the Oedipus complex, then Lacan with the concept Name of the Father, and finally the Borromean clinic that allowed theories about the ordinary psychoses to arise.

Keywords: Psychoanalysis Diagnoses. Psycho. Neurosis. Ordinary Psychoses.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 A CONSTRUÇÃO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS	11
1.1 A história de Caio	12
1.1.1 <u>O percurso de seu tratamento</u>	14
1.1.2 <u>A montagem de seu corpo</u>	18
1.2 O caso de Valentina	19
1.2.1 <u>Uma casa para três mulheres</u>	21
1.2.2 <u>O uso que faz de seu corpo</u>	23
1.3 Apresentando Jonas	25
1.3.1 <u>A construção delirante</u>	27
1.3.2 <u>A relação com seu corpo</u>	29
2 SOBRE O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE	31
2.1 O diagnóstico estrutural	32
2.2 O diagnóstico em Freud: complexo de Édipo e psicose	36
2.3 Lacan e psicose: clínica sob a presença ou ausência do Nome do Pai (NP) 41	
2.3.1 <u>Os efeitos da forclusão do NP</u>	47
3 OUTRO TEMPO DE ESTUDO SOBRE AS PSICOSES	53
3.1 Os Nomes do pai: a singularidade das amarrações	54
3.2 Psicoses Ordinárias	56
3.3 Neurose, Psicose e Psicose Ordinária	73
CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS	77

INTRODUÇÃO

Essa dissertação parte de questões suscitadas na clínica e a fundamentação teórica que embasa essa prática.

A escuta do paciente, sem pressa, sem pré-concepções, com profundidade e atenção nos leva a um diagnóstico preciso que orienta nossa ação. Se o caminho se faz ao andar o diagnóstico se dá no processo.

Miller (2008) em “Los inclassificables de la clinica psicoanalitica” refere ao princípio lógico de Guilherme Ockham que defende a ideia de que cada individuo é único e, portanto, não responde a qualquer classificação. É um conceito radical que implica em colocar o sujeito enquanto ele mesmo sem possibilidade de agrupamento classificatório. Nesse sentido, podemos pensar no primeiro tempo do trabalho analítico quando o sujeito inicia seu tratamento e encontra um espaço onde aquele quem o escuta não está preocupado, de início, em categorizá-lo.

O momento de chegada do paciente assemelha-se ao nominalismo na medida em que esta doutrina não admite a existência do universal, prezando a singularidade de cada um, assim como, os analistas que ao receberem o sujeito devem se propor a ouvi-lo sem compará-lo a nada, nem ninguém.

Esse é o primeiro convite que fazemos ao leitor dessa dissertação. Escolhemos por começar pelos casos clínicos, pois foram deles que as questões surgiram. O interessante é que o tema para essa elaboração sofreu consecutivas mudanças e, por fim, o próprio trabalho sobre os casos clínicos nos mostrou o ponto de interlocução deles. Desse modo, não fomos nós que enxertamos teoria neles, mas eles que nortearam a construção teórica desse trabalho.

A construção do clínico inclui sua escrita, discussão em pares, supervisão, atendimentos, levantamento bibliográfico, etc. Todo esse cuidado e investimento possibilita num dado momento destacar traços que se repetem e que correspondem a uma determinada estrutura. Assim, essas marcas objetivas viabilizam por sua reunião um nome que serve a um grupo de pessoas.

Vale ressaltar, porém, que ao destinar um diagnóstico a um determinado paciente deve-se ter cautela, uma vez que esse pode servir como uma couraça que enrijece a evolução do tratamento. Colette Soler (2008) afirma que o diagnóstico produz um efeito sobre o modo como o analista pensa aquele caso, interferindo, então, no próprio desejo do analista e, por isso, definir a estrutura de um sujeito implica em incidências práticas.

Para o capítulo I reservamos o relato tão descritivo quanto possível de três casos clínicos que iniciaram seu tratamento comigo em um instituto de psiquiatria. Atendo Jonas a mais tempo, desde o estágio numa oficina que era oferecida principalmente aos internos dessa instituição. Quando encerrei o estágio, Jonas solicitou a continuidade de seu atendimento que passou a acontecer no consultório.

Jonas com muita tolerância e alguma paciência me ensina todos esses anos seu modo de funcionamento. Sua criatividade aponta para sua potencia de vida – quer contar suas historias, escreve musica, canta e encanta. Ao mesmo tempo, nessa mesma intensidade o que vigora é a insistência de suas vontades caprichosas, dificultando a continuidade da sessão. Pode ser uma sorte de pedidos desde que tenham a marca do excesso, de um *a mais*, assim, pode ser desde um café *a mais* até uma sessão *a mais* naquela semana e o resultado de um limite a esse “*a mais*”, geralmente, não é sem desordem.

O trabalho com Caio e Valentina teve inicio durante o curso de Especialização em Clínica Psicanalítica e continua através do Grupo de Pesquisa em clinica Psicanalítica organizado por Ana Cristina Costa de Figueiredo.

Valentina habitava um corpo amorfo, sem investimentos e desprovido de cuidados, mutilado por uma angústia feroz. Sentia-se presa dentro dele ao ponto de nem mais sair de casa. Com o decorrer do tratamento, sua agressividade, que antes era dirigida às pessoas e a si própria, destinou-se a idealismos raivosos sobre política e um feminismo desenfreado pela igualdade dos sexos. As mutilações agora são cortes cirúrgicos que transformam seu corpo em curvas, cintura e seios.

Caio enfrenta uma luta diária contra qualquer manifestação de sua verdade. Atende, assim, às exigências sociais muito bem: fez faculdade, trabalha, tem amigos, bom vinculo familiar, tem religião, não usa drogas e, por fim, está morando junto com uma mulher o que de início lhe garantiu um tempo de conforto uma vez que algumas perturbações se aquietaram.

Essas três histórias foram destacadas dentre outras, pois elas possuem semelhanças que embora se pareçam produzem ruídos completamente diferentes quando apreciamos a singularidade de cada um. Desse modo, foram construídos os capítulos dois e três. No capitulo dois trabalhamos as balizas diagnósticas na psicanálise considerando o complexo de Édipo de Freud e conceito do significante Nome-do-Pai desenvolvido por Lacan.

Com isso percebemos que existem características estáveis, traços que correspondem ao modo de funcionamento de uma estrutura. Então, ao considerarmos a existência de traços objetivos comuns que podem ser encontrados em mais de um sujeito e que assim podem ser

reunidos em uma classificação nos afastamos do nominalismo e podemos afirmar que a estrutura existe.

Desenvolvemos a questão do diagnóstico destacando características peculiares ao psicótico uma vez que os três casos clínicos se apresentam, pelo menos em algum momento, como tal.

A estrutura psicótica era considerada deficitária à neurose, pois esta era quem portava o falo enquanto à outra lhe faltava, depois a presença ou ausência do significante Nome-do-Pai, com toda a sua primazia simbólica, diferenciava uma ou outra estrutura. No entanto, a própria clínica e seus estudos apontaram que não há uma estrutura faltosa e a outra plena, mas dois modos de funcionamento distintos com características próprias.

Apostando numa clínica continuísta entre neuróticos e psicóticos, Lacan afirma não mais a primazia do simbólico e entende que há mais de uma maneira de articular os registros do real, simbólico e imaginário. Com isso, podemos pensar nas diversas maneiras em que a psicose se apresenta ao analista que cuida do detalhe para que se possa estabelecer com mais segurança o diagnóstico diferencial.

A psicose ordinária é um termo que não é elaborado com o intuito de formalizar nova categoria, ou estrutura. Trata-se de fato da estrutura da psicose, porém com marcas que se evidenciam apenas nos detalhes muitas vezes. Sendo assim é um termo que se opõe a uma posição binária instaurada por Freud e ao mesmo tempo provoca o campo das psicoses.

No capítulo três começamos por algumas noções da clínica borromeana pelas quais conseguimos abordar as questões da psicose ordinária que nos levaram a problematizar dois dos casos escolhidos para essa dissertação. Ao mesmo tempo em que alguns pontos se aclaravam e nos conduziam para uma direção de tratamento outros permaneciam produzindo ruídos o que dificultou uma conclusão sobre o diagnóstico diferencial.

1 A CONSTRUÇÃO DE TRÊS CASOS CLÍNICOS

Neste capítulo nos deteremos no relato apenas descritivo de três casos clínicos que serviram de base para pensarmos a construção teórica desta dissertação. A singularidade de cada sujeito junto aos traços estruturais compõe uma linha de pensamento teórica comum aos três casos e, por conseguinte uma direção similar do tratamento.

Foi a partir de seu trabalho clínico que Freud construiu os conceitos psicanalíticos que encontramos na nossa clínica contemporânea. Inicialmente com a hipnose, e depois com o método da associação livre, Freud interessava-se pela fala do paciente. Após os atendimentos, destinava certo tempo para escrever seus casos, porém não era apenas uma descrição com o intuito de arquivo. Ao contrário, a escrita sobre seu paciente incluía análise e interpretação sobre o discurso e sabemos disso através de algumas de suas publicações - Homem dos Lobos, Homem dos Ratos, Dora. Deixava-se surpreender pelas historietas mais comuns, voltando sua atenção para o que o paciente não podia dizer, para o que estava apenas indicado na sua narrativa.

O acervo teórico nesse sentido serve à clínica e, portanto, não conseguimos prescindir dela para o avanço da psicanálise. É nesse sentido que trouxemos a apresentação desses três casos no primeiro capítulo desta dissertação.

No décimo terceiro tempo da discussão intitulado – “Último todo de palavra” - em *Los inclasificables de la clinica psicoanalítica*, Briole (2008, p. 404) diz:

“A medida que lo escribieron, que siguieron viendo a los sujetos, los casos se fueron volviendo cada vez menos inclasificables y nuestro trabajo aquí hace que ahora, en efecto, estén todos clasificados. Y son al menos neuróticos o psicóticos”.

Briole referia-se aos casos discutidos durante o conciliábulo de Angers – falaremos dele no Capítulo III – os quais num primeiro momento ou no discorrer do processo analítico apresentavam traços que surpreendiam os analistas. Em alguns casos, o paciente foi encaminhado ao analista com um diagnóstico definido, em outros se apresentavam com uma roupagem neurótica, porém surgia em seu discurso em análise características que apontavam para outra estrutura. As inúmeras dúvidas apontavam para a dificuldade de uma direção diagnóstica categórica entre neurose e psicose. Quando isso acontece, o trabalho do caso clínico torna-se fundamental para que elementos novos possam elucidar o que ainda

obscurece. O trabalho do caso clínico pode envolver a escrita, a supervisão, um encontro no qual se põe a discussão clínica acerca dos atendimentos, etc.

Desse modo, fazemos o convite para leitura do capítulo I: sem a pressa para concluir um diagnóstico, mas apostando no modo sutil em que as marcas do sujeito podem aparecer no decorrer do tratamento.

1.1 A história de Caio

Caio é um homem de trinta anos, fisioterapeuta, que se apropria de um modo particular de um dos diagnósticos psiquiátricos que lhe fora dado – depressão. Ele diz: “*A minha depressão não está associada à tristeza. A tristeza passa, não dura. A depressão encarcera o corpo. Eu já falei que sinto coisas que ninguém mais sente e eu sei que outras pessoas sentem, mas que eu nunca senti*”.

Com relação à sua formação acadêmica, contou que depois de prestar vestibular durante alguns anos foi aprovado em uma universidade pública no curso de fisioterapia. Relata que o curso transcorreu sem maiores problemas, mas o final foi bem difícil e precisou contar com a ajuda de alguns professores. Vale destacar que durante os três primeiros anos da faculdade Caio foi monitor de anatomia e diz que não continuou, pois estava concluindo a faculdade e precisava entregar os trabalhos finais.

Ele estava no sétimo período da faculdade quando deixou a monitoria de anatomia, prestes a terminar a faculdade, nesse momento começou a ter dificuldades em concentrar-se e pensamentos negativos voltavam a perturbá-lo.

Sua família é de outra cidade, mas desde que passou no vestibular veio morar no Rio de Janeiro. Caio mora no alojamento da universidade onde cursou fisioterapia e justifica sua permanência pelo trabalho realizado no hospital universitário da mesma instituição. Sua situação no alojamento é “*ilegal*”, explica Caio, pois depois que se formou teve que entregar as chaves e agora conta com a ajuda dos amigos que “*dão uma vaga de favor*”.

A família toda é umbandista e seu pai fazia atendimentos espirituais. Caio conta que sua casa estava sempre cheia de gente e havia muitas filas na porta para esses atendimentos. Em um desses dias, o pai teve um princípio de infarto. Segundo o relato de Caio, depois desse dia seu pai não pode mais atender as pessoas “*incorporado*”, só em situações extremas, pois essas consultas lhe exigiam muito. Além disso, também pediu aposentadoria e parou de

trabalhar, com isso, passou a ficar mais tempo em casa. A partir desse momento, segundo Caio, seu pai não agredia mais verbalmente ou fisicamente ninguém em casa. O paciente conta que nesta mesma época seu pai veio lhe pedir desculpas por toda a agressividade. Caio entendeu que ele estava “*frágil*” e que o medo de morrer fez com que refletisse sobre sua própria vida e, por isso, Caio o perdoou.

A partir disso, começa ter boa relação com o pai: “*hoje ele é meu amigo e não tenho medo dele, só respeito*”. Seu pai o ajuda a entender alguns de seus sonhos e às vezes explica, pela religião, alguns fenômenos que acontecem com ele. Algumas vezes citou que seu pai havia incorporado para ele e, geralmente, isso acontece quando alguma entidade quer falar diretamente com Caio. No entanto, o pai desincorporado sabia sobre o que seu filho havia conversado com a entidade e isso o incomodava muito. Por isso, inventou um recurso em que quando era um assunto do qual não queria que o pai desincorporado soubesse, falava mentalmente, por pensamentos, com a entidade. Esta o entendia e o pai não ficava sabendo sobre o que conversaram.

Sobre a família, destaco também que Caio não fala com uma de suas irmãs desde os onze anos de idade. Segundo Caio, isso aconteceu quando ele “*cansou*” de apanhar por conta dela, pois era a que mais aprontava. Diz que como eram próximos de idade, estavam sempre juntos e ele apanhava também pelas coisas que ela fazia. No início, a briga dos irmãos foi um grande problema para a família e seu pai lhe batia por isso. Mas, mesmo assim, não voltou a falar com ela, até que todos aceitaram e assim continua.

Mesmo diante dessa situação com a irmã, Caio diz preocupar-se com ela uma vez que ela está cada vez pior e não aceita se tratar espiritualmente e nem com algum profissional da área da saúde. Há bastante tempo, essa irmã sofre com alguns fenômenos espirituais: espíritos se apresentam para ela com alguma imagem familiar – do pai ou da mãe. Como é uma imagem familiar, a menina não se protege e, então, o espírito lhe faz mal – joga-a contra a parede, arrasta-a pela casa ou bate nela. Por conta disso, ela dorme na mesma cama dos pais, entre eles. Sempre muito agressiva, não compartilha de momentos junto à família, como datas comemorativas ou até mesmo durante as refeições. Caio diz que ela está anoréxica, muito abaixo de seu peso, e se recusa a comer.

A outra irmã, a mais velha dos três, trabalha em um escritório em outra cidade. Eles relacionam-se muito bem e ele diz que confia nela. Ela já sofreu de depressão, mas ficou “*curada*” com homeopatia.

Sobre sua mãe fala muito pouco e o que trouxe foi a fala de sua namorada sobre a relação que estabelece com ela: “*ela diz que sou muito dependente da minha mãe. Ela se*

incomoda porque acha que minha mãe me mimia muito e que não tinha que continuar levando roupa suja para lavar na casa dela, eu mesmo devo lavar”. Com isso, relata ter reduzido a quantidade, mas que não vai deixar de levar pois acredita que a mãe sofrerá com isso e na verdade isso nunca foi incomodo para ele e nem pra ela.

1.1.1 O percurso de seu tratamento

A história do tratamento psicológico de Caio começa quando, aproximadamente aos treze anos, sente-se cansado, com dificuldade de concentrar-se e bastante ansioso. Nesse período procurou uma psicóloga com a qual se tratou durante quatro anos. Segundo o paciente, ela dizia que quando ele passasse no vestibular iria ficar bem, pois seu problema era a frustração de não ser aprovado. Ao ser aprovado no vestibular, mudou de cidade e seu tratamento foi encerrado com esta profissional.

O segundo momento de seu tratamento na psicologia aconteceu em 2006, quando estava no sétimo período de fisioterapia. O psicólogo que fez sua triagem, o atendeu entre março e julho deste mesmo ano. Na triagem, o paciente queixou-se das dificuldades que a vida lhe impunha. Os atendimentos com o psicólogo não transcorreram bem, pois Caio disse que o psicólogo ficava calado e toda sessão parecia igual, um resumo de sua semana, ele dizia: *“as sessões eram apenas um relato semanal e ele não dizia nada”*. Isso o deixava *“ansioso”, “irritado”, “pior”*, o que o levou a conversar com o psicólogo, avisando que não iria mais comparecer as consultas com ele. Em seu prontuário o psicólogo escreveu: *“Ele já vinha se mostrando desafiador, colocando em questão a todo o momento o lugar do analista”*.

Recebo Caio no ambulatório de um instituto de psiquiatria, encaminhado por sua médica assistente, em março de 2009, recém chegada ao Curso de Especialização em Clínica Psicanalítica. Na sua primeira sessão contou um pouco sobre a sua historia de tratamento e, ao discorrer sobre os atendimentos com o outro psicólogo da instituição, pediu para que eu não fizesse sessões de psicanálise com ele. Nesse primeiro encontro, o paciente esforça-se para se fazer entender e continua com essa exigência a si mesmo durante todo seu tratamento.

Didaticamente, com esse esforço, explica sua depressão a partir de uma escala que varia entre zero e dez. Quando está acima do grau oito da escala – *“pior grau da depressão”* – relata ter visões de pessoas enforcadas, principalmente crianças, e também vê *“pessoas que*

não existem”. Ele só sabe que não existem quando elas atravessam a parede e saem do local onde estavam.

Caio chega muito angustiado às consultas, algumas vezes sem conseguir falar nada, e reclama que toda vez que sai da consulta sente que aproveitou só pela metade por não conseguir colocar em palavras alguns sentimentos: *“não encontro um nome para isso que estou sentindo”*.

Durante o início do tratamento dizia que se sentia inerte e que teria que procurar um emprego que lhe pagasse melhor. Nessa época, trabalhava apenas em um Hospital Universitário (HU) com vínculo precário, entre os chamados ‘extra quadro’, sem contrato de trabalho. Para ele, não há registro de seu trabalho no HU, mas seu salário é depositado na sua conta todo mês sem problemas. Sente-se muito ameaçado, com medo de perder o emprego a qualquer momento.

Há pouco tempo chegou à análise agitado, pois recebeu novas propostas de trabalho. Por não ter negado nenhuma delas, pede minha ajuda para organizar sua rotina. Leva uma planilha com dias da semana e as atividades novas que estavam para começar. Durante toda a semana seus dias e noites estavam preenchidos com trabalho, sendo que alguns dias nem retornaria para seu quarto, iria de um trabalho para outro pelo esquema de plantões. Continua nesse esquema pesado de trabalho, mas tem conseguido seguir com as responsabilidades.

Interessante que quando conheci Caio, ele mal conseguia cumprir com os dias de trabalho no HU. Por vezes não estava sentindo-se bem e precisava faltar seu plantão. Mesmo não se sentindo seguro para as tarefas que já estava acostumado a realizar, escolheu por expandir suas atividades para outros hospitais e tem recebido bom retorno. Com isso, o que antes lhe era impossível – a saber, sair do alojamento de estudantes e alugar ou comprar um espaço para ele – entra em seu discurso como uma meta.

Em sua sessão, conta que acompanhava uma senhora no CTI e durante um de seus plantões viu grande movimentação ao redor de seu leito, mas repentinamente todos saíram e Caio aproximou-se. Disse que percebeu que a senhora estava morrendo: *“fiquei fixado no olhar dela que ia sumindo. Não conseguia parar de olhar até que ela morreu. Não conseguia sair dali”*.

Nesse tempo de seu trabalho no CTI, Caio não referia mais sofrer com pesadelos. Essa é outra questão importante para o paciente, pois conta que sofre com pesadelos desde criança nos quais a temática é a morte, mutilações, uma dor infringida a ele e a outras pessoas. Na maioria das vezes, não se lembra do conteúdo dos sonhos, mas já trouxe alguns relatos,

dos quais destaco dois: *“estou num cemitério, dentro de um túnel, percebo dois homens atrás mim que não me deixam olhar para eles, não posso saber quem são (...)”*.

Em outro, conta que está em um casarão escuro onde não pode ver o que está acontecendo. Ouve muitos gritos e barulhos, *“estava confuso”*. Ouve vozes de uma mulher e percebe uma escada a sua frente. No topo desta, uma mulher grita no alto da escada, mas ele diz que só entende a ordem de agarrar seus olhos e em seguida esta mulher os arremessa. Relata a cena dos olhos descendo pelas escadas e sua angústia quando ele apenas consegue segurar um deles, ficando o outro desaparecido. Diz que fica perturbado, lamentando-se apenas ter conseguido alcançar um.

Em determinado momento de seu tratamento, ele fala sobre alguns assuntos que não traz para as sessões porque pensa que eu posso ficar assustada, com medo dele: *“quando converso com alguém sobre o que acontece comigo, as pessoas se afastam”*. Além disso, diz que receia piorar ao trazer esse conteúdo, pois às vezes falar o faz piorar. Diante disso, propus que caso fosse difícil ouvir qualquer um de seus relatos, colocaria meu limite e ele faria o mesmo.

Ele concordou e a partir desse acordo passou a falar sobre um sentimento que não sabe o nome, mas que se parece com raiva, ele diz: *“parece que sinto raiva, mas não é só isso”*. Diz sentir-se irritado com as pessoas de uma maneira geral, sendo conhecidas ou não, e que essa raiva vem de repente. Ele não associa nenhum desencadeador, como um pensamento ou atitude de alguém, por exemplo. Quando esse sentimento está presente, Caio sente vontade de machucar, enforcar ou até matar as pessoas. Geralmente ele pensa em *“armas brancas”* – facas, canivete e punhal – ou em alguma ação com a própria mão.

Caio fala de seu sofrimento com pensamentos de homicídio e, em sequência, de suicídio. Geralmente esses pensamentos estão articulados um ao outro, mas algumas vezes um deles prevalece, como aconteceu em junho de 2009. Nessa data, disse a sua psiquiatra que havia feito um forca com a corda de um varal de roupas, pois pensou em se suicidar. Sua médica o encaminhou para uma avaliação na emergência em outro hospital psiquiátrico, o que resultou em sua internação. Dormiu duas noites na enfermaria, mas depois sua irmã veio da cidade onde ele morava e pediu alta a termo. Para amigos e familiares, Caio justificou sua internação por uma *“dor insuportável de cabeça no lobo temporal”*.

Contou que durante um dos encontros da pesquisa sobre a atividade sexual dos pacientes da psiquiatria que participou, uma das psicólogas perguntou a ele se alguma vez ele havia *“passado ao ato”*. Nesse mesmo dia fez a forca, mas disse que não seguiu adiante e, então, guardou a forca no armário. Explica que, segundo a umbanda, o suicida depois que

morre sofre com a repetição da sua morte, como se revivesse as dores e os sentimentos de seu ato. Ele concluiu, então, que se seguisse adiante com o suicídio continuaria sofrendo mesmo depois que morresse. Caio associou seu ato com essa entrevista para a pesquisa.

No entanto, na mesma sessão, disse do seu mal-estar por ter saído com uma menina e ter traído sua namorada. Pouco tempo depois, terminou o relacionamento, pois estava difícil aguentar o sogro, uma vez que ele fazia “*piadinha*” e “*ria do jeito que eu comia, da hora que acordava, da minha timidez*”. Cabe ressaltar que essa namorada foi pouco citada por Caio ao longo dos atendimentos comigo, algumas vezes reclamava apenas do excesso de ligações que ela fazia para ele.

Segundo Caio, sua vida amorosa sempre foi complicada, pois não acha “*normal ter beijado pela primeira vez só aos dezenove anos*”. Durante certo tempo, os relacionamentos do paciente eram com mulheres mais velhas, e, em sua maioria, comprometidas. Num outro momento, Caio relata ter sentido falta de fazer “*coisas de namorado*” – andar de mãos dadas, ir ao cinema, poder sair na frente de todos, diz ele.

Ele conta sobre duas mulheres com quem havia saído: a “*ninfeta*” e a “*estudante de psicologia*”. Mesmo saindo com uma de cada vez, a história que narra parece a mesma, pois as duas moram no mesmo alojamento que o seu e estudam na mesma universidade. Com o tempo, as duas quiseram um relacionamento mais sério, mas Caio não aceita. Diz ter medo da oscilação de seu humor e nenhuma mulher entenderia isso. Relata também que quando estava dormindo com a estudante de psicologia sentia vontade de enforcá-la. Isso aconteceu algumas vezes, mas comenta que em um desses dias passou a imaginar a expressão dela sendo enforcada. Com isso, ele entende que precisa se afastar da moça, pois não sabia se conseguiria se controlar.

No entanto, certa vez traz para sessão que está namorando justamente com essa moça e que quando tem “*pensamentos de morte*” afasta-se dela explicando que não está passando bem. Diz que conversam muito e que ela tem muitos problemas de saúde, mas está disposto a ajudá-la. Conseguiu tratamento com psicólogo, psiquiatra, cardiologista e nutricionista. Hoje estão morando no mesmo quarto do alojamento e até os novos trabalhos de Caio, passavam a maior parte do tempo juntos. A maior queixa sobre o relacionamento que traz para a sessão é sobre a vida sexual do casal, que desde que firmaram um compromisso mais sério, eles não conseguem ter relação sexual e quando conseguem geralmente não é satisfatória. Ele diz que não sabe explicar porque, mas que não sente vontade. Ao mesmo tempo, conta que por vezes a chama de mãe em vez de “*mo*” o que incomoda muito tanto a ela quanto a ele.

Antes desse relacionamento amoroso ter início, relatava que se sentia muito sozinho e por vezes não consegue sentir nada, só um vazio. Relaciona esse sentimento ao movimento de beber um copo vazio – “*copo da solidão*”. É como se ele não existisse, sente como se ninguém reparasse que ele está ali, o que o faz sentir-se muito só, mesmo no meio da multidão.

Nesses momentos em que se sente assim, Caio diz que sente saudade das pessoas de quem gosta, pois a “*sensação é de fim de vida*”. Quando encontra com as pessoas, conta que sente como se fosse a última vez que ele irá vê-las e, então, evita qualquer encontro, isolando-se no seu quarto e dormindo a maior parte do tempo. As únicas atividades que não interrompe são a sua análise e o seu trabalho.

Segundo Caio, trabalhar nesses dias é muito ruim porque tudo o deixa muito irritado, com dores de cabeça e com medo das pessoas. Relata que não senta de costas para ninguém, ficando algumas vezes em pé, como no ônibus, por exemplo, onde ele verifica se há alguém suspeito, sem maiores elaborações a respeito, e só senta quando sente que a pessoa é confiável.

1.1.2 A montagem de seu corpo

Embora Caio diga sobre a dificuldade de encontrar palavras para descrever determinados momentos de maior sofrimento, em relação às sensações corporais ele consegue encontrar palavras com mais facilidade por meio da biologia do corpo: “*tive taquicardia, cefaléia, sudorese nas mãos*”. Fala de sua “*marcha*” e como precisa pensar no ato de caminhar para que consiga se locomover. Segundo Caio, ele pensa na maneira como está andando para que as pessoas não percebam que sua marcha é “*diferente*”, “*estranha*”.

Certo dia vem à consulta angustiado, parecia estar irritado. Disse que tinha acordado “*eufórico*” e não conseguia ficar parado, “*eu estou logorréico*”, dizia ele. Durante o caminho para sua sessão teve que ir e voltar do ponto de ônibus para o alojamento, pois pensou que ora tinha esquecido sua medicação, ora era o cartão do IPUB, mas quando chegava em seu quarto dava-se conta que estava tudo com ele. Além disso, contou que estava no ponto de ônibus errado, mas somente notou depois de algum tempo que estava ali parado.

Essas experiências somadas a um desconforto que aparece em seu discurso em relação à sala no momento do atendimento serviram de gancho para que fosse proposto

fazermos a consulta caminhando, e ele aceitou. Nesse momento, relatou sobre o funcionamento de seu corpo, a mecânica das pernas para conseguir sair do lugar. Disse dos seus batimentos cardíacos e tremores nas mãos. Isso durou alguns minutos, mas depois disse que estava se sentindo mais calmo.

Ao mesmo tempo, a relação que estabelece com seu corpo é marcada por muita angústia, uma vez que ele não consegue circunscrever certas manifestações corporais dentro desse funcionamento biológico que tenta elaborar para ele. Como exemplo, podemos destacar a sua relação de estranhamento diante do espelho: *“eu odeio espelho. Tenho vontade de quebrar, me incomoda o fato de saber que tem um espelho perto de mim”*.

Ele pôde, através da análise, criar uma estratégia para poder utilizar o espelho a seu favor: entendeu que poderia utilizá-lo por partes, ou seja, utiliza-se do recorte de seu corpo diante do espelho olhando para cada uma das partes de cada vez – o cabelo para penteá-lo, a barba para se barbear, etc. Nesse mesmo contexto, conta do estranhamento com seu nome, pois não se reconhece por ele: *“as pessoas falam meu nome, me chamam e eu fico um tempo para entender que sou eu”*.

Após o início do namoro, Caio perdeu muito peso, ficando muito preocupado. Fez uma série de exames que não acusaram nenhuma doença, o que o deixava cada vez mais angustiado. Desconfiou que portava o vírus do HIV, mas o resultado do exame foi negativo. Relata que sua namorada não gosta de tomar café da manhã e que desde que dividem o mesmo quarto também não tem conseguido fazer essa refeição. Diz que faz um esforço para almoçar e jantar, mas não tem sentido a mesma fome que sentia.

1.2 O caso de Valentina

Valentina é uma mulher de vinte e sete anos, cursou o primeiro período da faculdade de história em faculdade pública. Diz que não permaneceu estudando, pois o convívio com os outros estudantes era insuportável para ela: *“tinham pessoas com comentários idiotas que ridicularizavam outros”*.

Ela conta que seus problemas começaram desde que estudou em uma escola particular onde era alvo de chacotas que envolviam seu corpo. Tinha apelidos pejorativos e descreve uma cena onde estava sentada e nove meninas em sua volta a encararam. Seu “refúgio” era participar de um grupo que também sofria com “implicâncias” pela parte dos

colegas, embora diga que não tinha amigos nessa escola. Hoje entende que era alvo de bullying.

Nessa época seus pais já estavam separados, e ela ficava em casa sozinha a tarde inteira, pois sua mãe trabalhava e sua irmã estudava no período da tarde. Assim, a saída que encontrava para “preencher o vazio” que sentia era comer. Foi quando teve início sua compulsão alimentar – “comer, comer, comer e se sentir mal em comer”. Certa vez relata que comeu além do que conseguia aguentar e, por isso, provocou vômito. Esse hábito permaneceu durante uma parte do tratamento, mas atualmente não acontece mais.

No entanto, Valentina marca uma diferença entre o momento em que começou a provocar o vômito e os que aconteceram depois: “no início ele não estava relacionado em ficar magra”.

Ela já passou por mais de dezessete internações clínicas para fazer lavagem estomacal devido ao uso abusivo de medicações, e quatro internações psiquiátricas motivadas por tentativas de suicídio. A última internação data de 2009, quando a conheci no instituto de psiquiatria. Em sua primeira internação psiquiátrica, Valentina tinha vinte e dois anos e coincidiu com o dia do aniversário de sua irmã, porém diz que não se lembrava da data comemorativa.

Aos quatorze anos, um ano após sair da escola onde sofreu bullying, procurou atendimento psicológico em um departamento de psicologia aplicada, onde não permaneceu pelas constantes trocas de estagiários. Aos quinze anos procurou outro atendimento, onde também não se manteve pela similaridade entre a psicóloga e sua mãe. Aos vinte anos, ano do falecimento de seu pai, buscou novamente tratamento psicológico e permaneceu até sua primeira internação.

No início de seu tratamento comigo, Valentina não saía de casa e não tinha contato com outras pessoas além da internet. Perguntava-se o que iria fazer da vida, mas não sentia animo em fazer qualquer atividade. Com o tempo, começou a fazer curso de francês, teatro, natação, mas não conseguia dar continuidade a nenhuma atividade; geralmente as desistências eram motivadas por problemas de relação com outros participantes.

Tinha dificuldade em encontrar um trabalho que lhe agradasse e que aceitasse pessoas obesas: “*o mercado não contrata. São preconceituosos*”. Não pode trabalhar de carteira assinada, uma vez que recebe auxílio doença após passar pela perícia do INSS que constatou a incapacidade laborativa no momento. Sentia-se sem saída, sem apoio e sem compreensão em casa por parte da mãe principalmente. Sua família não lhe dava mais crédito, já que as tentativas de ir adiante com suas atividades resultavam em abandono.

Mesmo assim, Valentina continua com suas questões que envolvem um discurso de ser independente e sair de casa. Depois da cirurgia bariátrica, encontrou uma motivação diferente para novas experiências. Assim, entrou em um processo de seleção para trabalhar embarcada por temporadas. Fez cursos, exames, organizou-se burocraticamente e conseguiu ser aprovada. No primeiro dia desistiu, pois ficou com falta de ar: “*o lugar era claustrofóbico*” e, além disso, “*as pessoas eram estranhas*”. Não falavam português e ficavam olhando o tempo todo para ela.

No início desse ano conseguiu trabalho para participar de eventos e permaneceu durante alguns meses até o momento em que uma das coordenadoras a convidou para trabalhar no escritório e receber por comissão. Esse esquema de trabalho funcionou, mas Valentina voltou a engordar e entendeu que estava sendo exigida demais no trabalho, principalmente porque sua chefe era “muito carente” e ligava muitas vezes durante o dia para ela, queria sair depois do expediente para bares e restaurantes, passar finais de semana juntas. Valentina pediu para sair e encerrou o contato com sua chefe acreditando que ela não era uma pessoa confiável.

Nesse mesmo período, conheceu pessoas novas e retomou contato com amigas antigas, fora da internet. Começou a frequentar festas, reuniões na casa de alguns deles, ir à praia e conheceu um rapaz por quem se apaixonou, mas a relação não teve sucesso. Ela diz que certa vez que ele precisou ser hospitalizado devido a um acidente teve comportamentos inadequados. Atualmente o contato com as pessoas não se reduz ao mundo virtual.

Valentina tentou retomar o curso de história na faculdade, alegando à instituição que estava doente e, por isso, precisou interromper os estudos na época, mas seu pedido não foi aceito. Sendo assim, prestou novamente vestibular para o curso de letras, na mesma universidade pública que cursava história. Hoje está no segundo período, dá aulas de reforço para crianças e divulga seu trabalho através da internet.

1.2.1 Uma casa para três mulheres

Durante grande parte do tratamento as queixas de Valentina estavam dirigidas principalmente à mãe – “minha mãe é uma vampira emocional” – e à irmã, pois esta obtinha todo o amor da mãe, sobrando para ela o ódio. A convivência em casa era insuportável para todos que lá moravam.

Sua irmã é, segundo a paciente, egoísta e vingativa. Teve essa percepção quando aos seis anos sua irmã rasgou uma máscara sua de carnaval depois de Valentina fazer algo - não se lembra - que a desagradou. Durante um período mais grave, quando a relação entre as irmãs beirava a agressão física, sua mãe saiu de seu quarto para dividir o quarto com a outra filha enquanto Valentina podia ficar no outro cômodo sozinha.

Apresentava rompantes de raiva dirigidos aos seus familiares, o que culminava em discussões graves dentro de casa, arremesso de objetos, quebra de portas, vidros, espelhos e autoagressões. Depois de muitas brigas e reclamações, a paciente escolhe por falar sobre outros assuntos naquele espaço que era apenas dela. Diz que “ironicamente” hoje ela é a parte saudável da família. Diversas vezes traz uma preocupação acerca de sua irmã – está seguindo o mesmo caminho que o seu – e de sua mãe – está muito deprimida depois que seu cachorro morreu.

Queixa-se que sua mãe não lhe dá carinho e quando pede um abraço, a mãe nega. O único dia em que a paciente relata ter alguma demonstração de afeto é em seu aniversário, isso porque sua mãe preocupa-se muito com o que os outros irão dizer e no dia da comemoração outras pessoas estão presentes.

Valentina é a primeira de uma prole de duas filhas, sendo a diferença de idade entre elas de três anos. Seus pais se separaram quando ela tinha dez anos e embora suas amigas contem sobre uma redação na qual ela dizia que estava feliz com tal fato, ela afirma que estava mentindo. Antes da separação ela era “*gordinha, mas não obesa*”. Além disso, dançava com sua irmã e primas e gostava de fazer companhia ao pai de madrugada quando ele chegava do trabalho.

Depois da separação “*minha mãe jogou todo o peso do meu pai em mim, eu deixei de ser criança*”. Diz que era organizada e responsável quando recebia elogios e era admirada pela mãe: “*minha mãe não cresceu. Ela não sabe se virar sozinha, sempre precisou dos meus tios*”.

No momento em que seu pai saiu de casa, o contato dele com as filhas ficou restrito a raras saídas para almoçarem juntos no shopping. Quando ela tinha vinte anos, seu pai faleceu com câncer. Diz que sente muita falta dele e que ele era o único que a entendia. Lembra-se de uma situação em que contou aos pais que era homossexual e a reação de sua mãe foi catastrófica, brigou e não aceitou a escolha de Valentina. No entanto, seu pai foi compreensivo e lhe deu força para ser feliz.

Nesse sentido, quando sua família não a apoia em alguma ideia, Valentina busca apoio do pai mesmo depois de falecido e diz sempre muito emocionada: *“meu pai com certeza me ajudaria. Ele ia entender. Sinto muito a falta dele”*.

1.2.2 O uso que faz de seu corpo

Conheci a paciente durante sua última internação psiquiátrica, quando ateou fogo em seu próprio corpo que atingiu toda a área dos seios e barriga: *“queria sentir o que Joana D’arc sentiu”*, disse a paciente explicando um dos motivos deste ato. O outro motivo, relatado durante uma de suas entrevistas psiquiátricas durante a internação, é que ela queria provar para seu corpo que ela era mais forte do que ele e, assim, poderia acabar com ele caso ela quisesse. Hoje em dia diz que sentia raiva de si por não ter conseguido se matar quando colocou a cabeça dentro do forno, com o gás ligado. Sua mãe acordou e impediu que continuasse naquele movimento suicida. Ela, então, se trancou no banheiro para punir-se: *“queria sentir dor”*.

Na época em que a conheci, seu corpo era alvo de cortes superficiais, queimaduras de cigarro, machucados feitos com a própria unha sem mesmo perceber que estava se ferindo. Geralmente, durante as consultas, puxava a pele do rosto e dos dedos, fazendo pequenos machucados que deixavam marcas.

Certa vez, em uma de suas viagens para a casa de família fora da sua cidade, Valentina saiu pelas ruas sem destino após uma briga com sua mãe e seus tios. Quando retornou para casa, decidiu raspar a cabeça. Sua intenção, a princípio, era cortar apenas seu cabelo, mas não conseguiu parar até utilizar a gilete e estar sem o cabelo e sem as sobrancelhas. Alguns dias antes desse ato, a paciente entrou em contato telefônico comigo dizendo que queria se matar, pois já não mais aguentava os insultos de sua família que a colocava sempre no lugar de menos valia em relação a irmã e primos.

Valentina não suporta sua própria imagem e estranha seu corpo desde os três anos de idade: *“eu me lembro bem, quando eu tinha três anos eu usava uma calça jeans que deixava meu corpo esquisito. Eu já não gostava do meu corpo desde essa época”*. Relata que desde os doze anos quer *“arrancar seu peitos”*, pois eles já teriam crescido feios e caídos. Quebrava inúmeros espelhos pela casa: *“eu já falei com a minha mãe que odeio espelhos e ela cisma em colocar um no banheiro”*.

Além das mutilações, Valentina ofertava seu corpo através da internet em troca de dinheiro. Nunca chegou a concluir qualquer negociação, mas sempre trazia para a sessão uma conversa com alguém desconhecido que lhe oferecia um trabalho em uma agencia de moda ou em uma recepção. Desse modo, o trabalho pareceria regularizado, mas a deixaria a disposição do contratante para serviços sexuais.

Desde o inicio do tratamento traz questões sobre seu corpo, e com o trabalho nas sessões nomeou o que estranhava em seu corpo de ‘gordura’. Desde então, a análise também se tornou um lugar para ela falar das inúmeras formas de emagrecimento, de como um corpo gordo a prejudicava a entrar para o mercado de trabalho, fazer novos amigos, cursar uma universidade, etc.

Ela explica que geralmente as pessoas querem emagrecer para ter um homem, mas para ela emagrecer significa “*poder viver: ir à praia, andar de bicicleta, viajar*”. Conta que só poderá ser independente quando emagrecer, e com isso “*não ficar mais presa o seu próprio corpo. Bem de corpo é livre de alma*”. Dessa forma, ela vai poder “*sair na rua sem se sentir atacada. Da infância passei para gordura e os peitos vieram juntos e a puberdade*”.

Para ela, ser atacada é ser olhada pelo outro, pois consegue inferir que o outro está pensando através da leitura corporal. Quando está mais gordinha, o olhar do outro é de reprovação e isso é pior uma vez que isso acontece por parte de homens e mulheres. Quando está menos gordinha, porém, o olhar dos homens é de desejo, mas ela não quer ser olhada já que se sente violentada.

Com o tempo, a questão do olhar se modifica neste caso. Ela começa a perceber que ser olhada pelos amigos não é um problema, uma vez que é um “olhar de respeito”, geralmente quando está debatendo sobre algum assunto ou contando uma piada. Assim, Valentina que antes não suportava o olhar de modo algum, e precisava ficar escondida em casa atrás do computador, hoje suporta ser olhada em determinados momentos.

Um dia Valentina trouxe a ideia de fazer a cirurgia bariátrica. Falou sobre os prós e contras desse procedimento e a cada sessão trazia o quanto aquilo era importante para ela. Lutou para fazer sua cirurgia pelo plano de saúde. Teve que passar por diversas entrevistas, exames, aprovações, e, apesar de todas as dificuldades que surgiram durante este processo, ela não desistiu em nenhum momento. Conseguiu tudo que precisava e foi submetida à cirurgia.

Vale ressaltar que a paciente apresenta dificuldades em continuar com o que se propõe a fazer, como aconteceu com a faculdade, com o curso de teatro, atividades físicas, livros que começa, mas não termina de escrever, etc. Com o processo da cirurgia de redução

do estômago foi diferente. Mesmo seus familiares e amigos dizendo da improbabilidade de conseguir realizar tal procedimento, Valentina foi até o fim.

Hoje, depois de emagrecer mais de quarenta quilos, está às voltas com as cicatrizes deixadas pela cirurgia e a possível plástica reparadora para quem sabe conseguir deixar seu corpo menos “estranho” para ela. Vale ressaltar que ela conta o quanto gosta das cicatrizes que ela mesma fez, mas o quanto incomoda as cicatrizes que restam do procedimento cirúrgico.

1.3 Apresentando Jonas

O início do tratamento de Jonas aconteceu em 2006, durante o estágio realizado em uma das oficinas terapêuticas oferecidas aos pacientes internados no instituto de psiquiatria. Quando me conheceu, ele não queria contato e pedia para que eu saísse da sala para poder conversar com a psicóloga responsável pela atividade. Quando a oficina entrou em férias, pediu para que eu o ajudasse a escrever um livro sobre o vampirismo. O livro não foi escrito, mas seus atendimentos tiveram início nesse momento.

Jonas tem trinta e nove anos, cursou até o quarto período de comunicação social em uma faculdade particular, precisando interromper seus estudos após início do quadro psicótico.

Atualmente está morando em uma residência terapêutica próxima a casa de sua mãe, Ursula, e da irmã, Aurora. Estabelece boa relação com a irmã e sua sobrinha, mas não foi assim desde o início. Sua mãe relata que, quando ela nasceu, Jonas teve comportamentos que ela não entendia, como por exemplo, esconder sua irmã recém-nascida embaixo da cama, que só era encontrada quando começou a chorar. Jonas conta que desde que sua irmã nasceu, ele perdeu a atenção não apenas da sua mãe como também dos outros familiares e amigos, além de ter tido que sair da cama de sua mãe.

Jonas diz que sua mãe sempre quis que ele fosse “veado”, pois não deixava que suas amigas e namoradas fossem visitá-lo em casa. Conta que quando saía, Ursula pedia para seu pai o seguir e que isso o incomodava muito: “*ele era um covarde*”. A relação com sua mãe é conturbada, com muitas brigas, e em alguns momentos agressiva. Ele diz que ela não sabe falar: “*fala igual a uma puta*”. Ele acredita que sua mãe faz programas e que recentemente tem usado drogas.

O pai de Jonas faleceu quando ele tinha vinte anos, momento que coincide com o período do seu primeiro surto. Quando adoeceu, seus pais estavam separados, mas o pai retornou para casa quando o mesmo foi diagnosticado com câncer. Nesse período, Jonas foi morar com o avô materno, no fundo de sua loja e diz que ficava trancado durante a noite. Posteriormente, em torno dos dezoito anos, foi morar com seus avós paternos, e iniciou o uso de drogas – álcool, maconha e cocaína.

Jonas não se sente à vontade ao falar do pai, e quando acontece é sempre pejorativamente, com muita raiva. Diz que o pai batia muito na sua mãe e na irmã, mas só o agrediu enquanto ele era menor e mais forte que Jonas. O pai era dependente de álcool e ficava muito agressivo física e verbalmente. Certa vez, disse que para conseguir proteger sua família precisou chamar a polícia, história negada pela mãe do paciente.

Jonas foi proibido pela mãe de comparecer ao enterro do pai, uma vez que ele não participou de todo o sofrimento que as duas – mãe e irmã – passaram no processo de adoecimento e morte dele.

Quando tinha vinte e dois anos, residiu com uma de suas namoradas. Esta relação foi permeada por muitas brigas, pois “*ela era muito ciumenta*”. Diz que algumas vezes pedia para ser internado, pois assim poderia encontrar com outras mulheres. Sua mãe conta que, desde o colégio, ele sempre trouxe para casa histórias de mulheres e em todo seu tratamento conta de várias com quem já se relacionou em diversos lugares por onde passou, geralmente hospitais psiquiátricos e na rua próximo a sua casa.

Hoje, na residência terapêutica, namora com uma das moradoras, mas não pode ter relação sexual com ela, pois quando ela sai ele é proibido de sair e vice-versa. Ele diz que faz muito bem a ela, pois desde que começaram a namorar ela parou de pensar que as pessoas lhe roubavam as roupas. Além disso, ela parou de tirar a roupa ao sair na rua. Jonas a ensinou sobre “o ritual da vida eterna”, e ela é uma “*excelente aprendiz*”; um presente, pois o ama mesmo depois que ele fez contrato com o demônio para ganhar a vida eterna, mas seria privado do amor.

Jonas sempre se interessou muito por música e algumas vezes já se apresentou cantando no grupo do hospital onde faz tratamento. Ele já escreveu várias músicas que falam de formas diferentes sobre o vampirismo. Faz um trabalho, sob o nome de ‘ensaios’, com um psicólogo especializado em acompanhamento terapêutico. Este trabalho culminou na gravação de um CD, com músicas exclusivamente escritas por Jonas e, a partir da filmagem realizada por sua irmã, produzirão um DVD.

Quando o conheci, ele era internado ao menos duas vezes por ano, geralmente por agressividade dirigida a mãe. Em dez anos foram vinte e cinco internações. Em uso recorrente de cocaína e maconha o que por vezes o fazia se sentir mais perseguido. Recebeu alta administrativa de algumas instituições, algumas vezes por ser acusado de levar drogas, outras por agressão grave a outros pacientes ou à equipe. Jonas não é internado desde 2007 e não faz mais uso de drogas.

1.3.1 A construção delirante de Jonas

Dois meses após o falecimento do pai, no ano de 1998, Jonas teve sua primeira internação. Segundo sua mãe, Jonas ficou com juízo e comportamento alterados após uso de cocaína e maconha que foi iniciado durante o período em que morava com os avós paternos. Geralmente, o relato de Jonas quando chega à emergência psiquiátrica gira entorno de estar sendo perseguido, assim como foi em sua segunda internação. Diz que estava sendo perseguido por algumas pessoas e ouvia: “vai morrer mesmo. Você foi estuprado”. Por isso, subiu em um prédio e cortou seu pescoço com canivete uma vez que preferia morrer antes de ser pego por “eles”.

Conta que aos vinte anos, se olhou no espelho e teve a sensação de que iria morrer: “*conseguia ver através da minha pele*”. Somado a isso, viu-se desfigurado ao mesmo tempo em que escutou: “*morreu, acabou. Deus não existe*”. Depois que passou pela “*experiência do espelho*” ficou um ano sem se olhar, tentando entender o que lhe havia acontecido. Disse que começou a estudar “*mentalmente*” - é “*autodidata*” - uma maneira de encontrar a “*vida eterna*”.

Afirma que foi seu tio, irmão de seu pai, quem o esclareceu sobre o vampirismo. Certa vez, chegando a casa desse tio, disse que este havia recebido trotes e haviam pichado a parede do seu apartamento com mensagens que diziam que Jonas seria homossexual – “*veado*”. Neste dia seu tio lhe explicou o que acontecia com quem “*tivesse esse tipo de relação*”. Jonas pergunta: “*e com quem só aconteceu uma vez?*”. Seu tio responde que não importa, o fim é o mesmo: “*cortam-lhe o piru!*”.

Ele relata que participou de um ritual onde viu uma pessoa morta, pois haviam cortado seu pênis, estupravam-na e chupavam seu sangue para depois matá-la. Conta que uma vez foi em uma festa onde deram-lhe um copo com xixi dizendo que era uma bebida e ao

beber, ele desmaiou. Desde esse dia fica a dúvida sobre o que pode ter-lhe acontecido e que pode ter sido estuprado: “*o que mata é a dúvida*”. Diante desta queixa, a mãe o leva a três diferentes proctologistas, e o resultado é que não tinham feito nada com ele. No entanto, até hoje pede para ser examinado, pois teme que alguma vez possa ter sido “*violado*”. Com frequência, ouve ser chamado de veado, geralmente encarnado em alguém próximo, de sua convivência. Isso aconteceu logo que chegou à residência, onde reside hoje em dia, com determinadas enfermeiras e a cozinheira.

Sente muito ao contar sobre dois amigos que viraram seus inimigos após estuprarem sua namorada na sua frente e depois tentaram lhe matar. Sua mãe diz a ele que ambos estão mortos e que ele não deve se preocupar, algo que ele duvida.

O resultado da “*experiência do espelho*” retorna para ele com a certeza de que existem vampiros e rituais que lhes mantém vivo para sempre: “*essa é a lei do mundo, uma pessoa tem que morrer para que outras sobrevivam*”. Diz que essa lei já existe há mais de mil anos: “*Judas fez isso com Jesus. Ele não foi crucificado, mas sim capado e morto, segundo a lei*”.

Jonas explica que este ritual está intrinsecamente ligado à matemática, uma vez que o lugar onde o pênis é cortado se transforma em um zero, onde alguém suga o sangue da vítima. Refere-se sempre às aulas de psicologia que teve durante a faculdade nas quais aprendeu sobre o “*simbólico*” – de onde percebeu que queriam matá-lo. A partir desse conhecimento que Jonas conta sobre a “*neurolinguística*” e a “*grafometria*” – palavras que definem o modo como se comunica e sabe sobre as palavras.

Em suas sessões me ensina sobre palavras que não são pejorativas e aquelas que eu jamais devo utilizar, como exemplo, “*cuidado – cu i dado*”. A relação que ele estabelece com a escrita das palavras é ímpar. Elas possuem sempre um sentido escondido, subliminar e ele concebe o sentido através da fragmentação da palavra. Não precisa ser dividida em sílabas, como ensina a língua portuguesa. A língua que ele fala é outra: as letras separam-se e reagrupam-se formando mais de um sentido na mesma palavra.

Quando eu digo sobre algum cuidado que ele possa ter na sua casa, imediatamente ele devolve que eu não devo utilizar “*cuidado*”, pois é como se eu desvelasse qualquer relação homossexual dele. A mensagem que recebe desse significante remete à cena em que acredita ter sido estuprado – “*cu*” “*i*” “*dado*”. A mensagem, ele explica, que chega é que eu dessa forma o chamo de veado. Assim, essa e outras palavras não devem ser ditas durante as sessões.

Sua escrita também é muito particular: “PIX” – assim se escreve peixe e o numero em romano indica que ele deve “vampirizar” um peixe de nove em nove meses. Segue com a palavra “AV”, significando ave, seguindo com a mesma linha de raciocínio para o numero em romano.

Durante o percurso do tratamento, a construção delirante de Jonas ganha diferentes configurações, sem perder, no entanto, o eixo principal: a obtenção da vida eterna. Ele cria as sociedades das quais é o líder, como a “Ordem aquariana”, a “Seita da Luz” e a “Sociedade secreta do espírito santo”. Algumas vezes Jonas se sente fraco e conta que precisa alimentar o “Deus gato” que existe dentro dele desde que “sacrificou” um gato: “enquanto o deus gato existir, eu existirei”.

1.3.2 A relação com seu corpo

A construção sistematizada desse delírio ajuda a Jonas explicar sobre seu corpo. Conta que não consegue visualizar uma imagem de si mentalmente e entende que isso acontece devido às inúmeras transformações que o vampirismo lhe permite: *“cada dia estou diferente. Posso ser quem eu quiser, minha cor muda, a cor do meu olho muda, basta eu querer e depende do animal sacrificado”*.

Já se transformou em chinês, no diabo, em gato e quando me pergunta o que vejo, respondo: “é o Jonas”. Ele me pergunta sobre sua cor e explico que tenho uma visão limitada, lhe devolvendo a pergunta. Nesses momentos, Jonas recorre ao espelho e diz sobre a cor que consegue ver. Certa vez estava esverdeado, pois havia sugado o sangue de uma lagartixa, outra vez estava com os olhos avermelhados devido ao pombo branco sacrificado.

Seu corpo congrega super poderes, e por isso não precisa de toalha para se secar, por exemplo, uma vez que ele consegue absorver toda a água da superfície de seu corpo em apenas um minuto. Além disso, consegue fazer seu cabelo crescer ou diminuir de acordo com sua vontade e, assim, lista inúmeras transformações que voluntariamente consegue realizar.

Diz que é o “homem cobra” e que conseqüentemente precisa trocar de pele. Em algumas sessões mostra a transformação que está ocorrendo em seu antebraço que, devido à falta de higiene, parece estar com dois tipos diferentes de pele. O trabalho possível foi indicar que durante o banho, ao esfregar a pele com sabão, essa transformação aconteceria de modo

mais eficaz e demoraria menos tempo, assim não chamaria a atenção das pessoas e ninguém descobriria sobre sua identidade de vampiro.

O homem cobra decorre da ideia de cobrar dos homossexuais o que eles devem: “*se eu empresto o dinheiro e ele não me paga, tenho o direito de tirar-lhe a vida*”. Jonas não discorre sobre o que e a quem os homossexuais devem, utiliza-se de uma situação objetiva, concreta que envolve dinheiro, ele e o homossexual para conseguir explicar o “homem cobra”.

Além disso, Jonas conta sobre como seu corpo é forte o bastante para que ele realize inúmeros exercícios físicos. Utiliza o espaço do tratamento também para demonstrar suas habilidades: exibições de golpes marciais, levitações, contorcionismos, garantidos pela energia retirada dos animais que sacrifica: “*ganho toda a habilidade que a vítima possui*”.

2 SOBRE O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE

Independentemente do grau em que a rotulação como efeito do diagnóstico define o tratamento do paciente, vimos a importância que a psicanálise agrega com relevantes informações na avaliação do mesmo. Quando trabalhamos, por exemplo, em parceria com profissionais de outras áreas – psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros; etc - podemos contribuir com a escuta resultante de todo o processo psicanalítico, destacando a dimensão singular de cada um. Com isso, podemos ter como efeito desse trabalho ajustes medicamentosos, aprofundamento de crises, e até alterações diagnósticas. Por isso, não devemos recuar diante de situações aparentemente definitivas, abrindo questões a serem revistas no decorrer do tratamento.

Apostar na clínica do caso a caso é, quem sabe, ajudar o sujeito a construir um saber singular diante desse nome, a saber o diagnóstico, que serve a tantas outras pessoas, mas de forma geral. Assim, o trabalho nos dispositivos de saúde mental nos convoca a problematizar sobre os efeitos da pesquisa clínica psiquiátrica que logo resulta em uma categorização. (MONSENY, 2001)

Em seu texto – “Como se diagnostica hoje?” – Antonio Quinet (2001) aponta, logo no início, que os critérios para a construção do diagnóstico na psiquiatria estão, com o passar do tempo, cada vez mais amplos e variados. (QUINET, 2001). As consultas médicas estão cada vez mais estruturadas em entrevistas, testes, exames, medicamentos, etc. Tal fato aponta para a necessidade do psiquiatra circunscrever no menor tempo, preferencialmente na primeira consulta, nomes que conduzam à prescrição dos psicofármacos.

Freud (1916-17) defende que os analistas devam dar continuidade ao tratamento, à pesquisa sobre o sujeito em análise, antes mesmo de considerar qualquer efeito benéfico de imediato ao paciente. Podemos pensar, a partir dessa ideia, que o tratamento psicanalítico não é apressado, acontece a partir do que emerge no discurso do sujeito e “não podemos fazer muita coisa para conseguir que as pessoas que vêm até nós, em nosso consultório, nos exponham, em um quarto de hora, os sofrimentos de toda uma vida.” (FREUD, 1916-17, p. 293)

Nesse sentido, o diagnóstico em psicanálise é um efeito do tratamento, não a causa ou motivo para tratar alguém. Quinet (2001) afirma: “Como em psiquiatria não há autópsia capaz de confirmar a doença da qual o sintoma era o sinal, é na construção do caso clínico (...)

que um diagnóstico torna-se possível como conclusão do processo de investigação”. (QUINET, 2001, p. 73)

Destacamos neste para este capítulo o estudo sobre a importância do diagnóstico na psicanálise. Para isso, buscamos as balizas de Freud para o diagnóstico através do complexo de Édipo e as referências em Lacan sobre o significante Nome do Pai, elementos esses que orientam a clínica estrutural.

Por fim, discorreremos sobre a estrutura psicótica e os efeitos da ausência da inscrição simbólica do Nome do Pai, os fenômenos elementares.

2.1 Um diagnóstico estrutural

Joel Dor (1991), em *Estruturas e clínica psicanalítica*, destina a primeira parte do livro para discorrer sobre a importância do diagnóstico em psicanálise para que possamos traçar uma direção do tratamento. Desde o início, como afirma Dor, Freud estabelece a importância de uma diferenciação estrutural sobre o sujeito que se apresenta para o tratamento analítico e entende como esta é uma ideia paradoxal. Isso porque, ao mesmo tempo em que devemos averiguar se é um caso pertinente às técnicas da psicanálise, apenas saberemos do que se trata depois de uma análise aprofundada. (DOR, 1991, p. 13)

Quando trabalhamos em parceria com a clínica médica, podemos perceber que seu vetor de trabalho é a correlação entre os sintomas observados e a nomeação de um diagnóstico. Dor (1991) entende que existe um determinismo orgânico que prevê certa eficácia nesta conexão direta. (p.16) Talvez na dimensão de um corpo biológico, orgânico e, portanto, mais objetivo, esse modo de trabalho apresente maior eficácia, porém quando a pauta é o mundo subjetivo essa correlação não fica tão clara. Para o trabalho na clínica psicanalítica, não podemos operar da mesma forma que a medicina, uma vez que consideramos que a realidade é psíquica.

“A realidade psíquica, portanto, não se reduz o ego-realidade, embora o inclua, do mesmo modo que inclui o sintoma. Sua fonte primária é o inconsciente, em sua dimensão desconhecida, que emerge através da fala a que temos acesso e à qual de algum modo respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. (...) Trata-se da única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito, a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se põe no mundo e até mesmo se desconhece”. (FIGUEIREDO, 2000, p.66)

Desse modo, não podemos trabalhar com a lógica das ciências orgânicas, uma vez que lidamos com realidades singulares e não cabe, pois, uma lógica objetiva e generalizável que comporte a regularidade entre os sintomas e um diagnóstico.

Ao mesmo tempo, a técnica psicanalítica não se presta a qualquer direção. Desde a *Interpretação dos sonhos*, Freud (1900) propõe o modo de funcionamento do inconsciente que escapa à observação direta, mas que se manifesta através das suas formações, que alcançamos pelo discurso de nossos pacientes. Assim, é através dos traços estruturais que estão presentes nos sintomas, na fala, que podemos chegar a um diagnóstico.

“A estrutura aparece no que se pode chamar no sentido próprio de fenômeno. Seria surpreendente que alguma coisa de estrutura não apareça na maneira como, por exemplo, o delírio se apresenta. Mas a confiança que depositamos na análise do fenômeno é inteiramente distinta daquela que lhe deposita o ponto de vista fenomenológico, que se aplica em ver nele o que subsiste de realidade em si.” (LACAN, 1955-56, p. 166)

Assim, os sintomas, enquanto uma formação do inconsciente, estão articulados às suas leis de funcionamento – condensação e deslocamento, na teorização de Freud (1900), e metonímia e metáfora, se considerarmos a proposição de Lacan (1985) de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, postulada em *O seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Este funcionamento implica na formação sintomática segundo a lógica inconsciente de cada sujeito, ou seja, os significantes presentes nas formações do inconsciente são escolhidos sem qualquer previsibilidade ou regularidade. Entretanto, obedecem a uma lei que, por sua vez, garante alguma estabilidade dos traços presentes nos sintomas referentes a cada estrutura: a lei do desejo. Dor (1991, p. 22-23) esclarece:

“(...) nesta formação do inconsciente, existe uma determinação incontornável: trata-se de uma determinação cuja intencionalidade do material significativo se efetua apesar do sujeito. Esta intencionalidade é característica do funcionamento da estrutura, ou seja, de um certo modo de gestão do desejo”.

Com isso, retomemos a questão do diagnóstico em psicanálise, que não parte dos fenômenos observados, mas sim do que o paciente diz, da palavra (*parole*) como o campo fenomênico que aponta para a estrutura, para seu modo de funcionamento.

O diagnóstico aparece então como estrutural e não mais fenomenológico. Por diagnóstico estrutural podemos por ora entender como um diagnóstico que se dá a

partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa (FIGUEIREDO, 2000, p.67).

Considerando as distinções entre o diagnóstico na psiquiatria e na psicanálise, percebemos que, com a psicanálise, temos o diagnóstico do sujeito e não um diagnóstico fenomenológico. Como aponta Figueiredo (2000, p. 67): “Este tipo de diagnóstico pode permitir ao analista manter no horizonte a produção de uma verdade singular e emergência de uma história única”.

A regra fundamental da psicanálise é convidar o sujeito a falar o que vier a sua cabeça, considerando não apenas seu saber consciente, mas o que aparece em seu discurso durante a análise. O analista, então, extrai da fala de seu paciente um fragmento ou uma palavra que o situe em relação ao seu próprio discurso, responsabilizando-o por aquilo que ele diz (FIGUEIREDO, 1999, p.3).

Este é o sentido do que Freud chamou de *Durcharbeitung*, ‘trabalho **através**’ do processo, através do analista que aí se põe como suporte dessa verdade. Não se trata de dizer que o sujeito não mente e só diz a verdade. A verdade é antes uma produção da fala recortada pelo analista.

Isso porque, desde Freud e de sua investigação sobre o inconsciente, entendemos que a realidade é psíquica, ou seja, as relações que o sujeito estabelece com o mundo externo são mediadas pela maneira singular com que cada um se relaciona com a experiência. Desse modo, não há realidade universal que seja compartilhada por todos de uma mesma forma. Trata-se, nesta clínica, de reconhecer a realidade psíquica atravessada pelo modo como cada sujeito responde ao que lhe atravessa, isto é, ao seu inconsciente.

Nesse sentido, o trabalho do analista está voltado para o que ele *escuta* e não para o que *vê*, no sentido de abster-se de um *a priori*, isto é, de estar advertido sobre algo que não pode ser totalmente capturado por esta tentativa da psiquiatria de generalização (ANSERMET, 2003).

Como vimos na parte 1 deste capítulo, a fixidez que une a causa e efeito é enganadora do ponto de vista do efeito que a sobredeterminação do inconsciente incide no fenômeno. Em 1900, em *A interpretação dos sonhos*, Freud explica: “É evidente, portanto, que a determinação múltipla deve tornar mais fácil a um elemento impor-se o conteúdo do sonho. No sentido de estruturar um elo intermediário dessa natureza, a atenção é deslocada, sem hesitação daquilo que é realmente pretendido para alguma associação vizinha” (p. 293)

Deste fragmento, podemos extrair a ideia de que, por vezes, apenas através do trabalho de condensação o material inconsciente consegue se expressar na consciência. É neste sentido que chamamos de enganadora a análise de um fenômeno simplesmente por sua característica aparente. Quando partirmos do fenômeno podemos nos precipitar em concluir um diagnóstico formulado a partir de uma estatística.

Quando dizemos que a psicanálise parte dos fenômenos – falas, sintomas, delírios, sonhos – é porque precisamos deles, pois são o que o sujeito nos apresenta. No entanto, buscamos localizar os traços estáveis, traços que correspondem à estrutura de cada um. Sendo assim, será que apenas as histéricas tem um comportamento teatral? Ou todos que lavam as mãos repetidas vezes, ou checam portas incessantemente são obsessivos? Enfim, apenas os loucos deliram?

Segundo Lacan (1955-56): “De fato, quando analisamos uma estrutura, é sempre, pelo menos idealmente, do significante que se trata. O que melhor nos satisfaz numa análise estrutural é a extração tão radical quanto possível do significante.” (LACAN, 1955-56, p. 210) O inconsciente, formado então por uma rede de significantes, procura acesso pela consciência por uma insistência em se fazer ouvir. As ciências que trabalham na direção de um tratamento baseado no estudo justamente do fenômeno não alcançam o sujeito em sua estrutura e contentam-se em elaborar quantos diagnósticos forem necessários para dar nomes aos novos grupos de fenômenos que aparecem.

O trabalho pautado na ética psicanalítica consiste na atenção ao significante, no traço que possa remeter ao lugar simbólico em que o sujeito se apresenta no laço social. Através de uma “atenção desatenta”, o analista se interessa por aquilo que parece não ter nenhuma importância, por um discurso articulado pelo sujeito, mas que nem mesmo ele sabe o que diz. Lacan (1955-56) encontra um modo de escrever sobre o estatuto do significante que diz respeito à comunicação enquanto tal. Nesse nível, não importa o efeito do conteúdo da mensagem, mas o que faz o destinatário ao recebê-la.

“Estou no mar, capitão de um pequeno navio. Vejo as coisas que na noite se agitam, de forma que me leva a pensar que possivelmente se trata de um sinal. (...) Se, em contrapartida, sou um ser humano, inscrevo em meu quadro de bordo – *Na hora tal, em tal grau de longitude e de latitude, percebemos isto e aquilo.*” (LACAN, 1955-56, p.215)

Destaco, então, a importância da fala, já que é através dela que conseguimos ter acesso a qualquer pensamento, consciente ou inconsciente, que emerge. Uma vez inseridos na

linguagem, registro nomeado simbólico por Lacan, não há como experienciarmos o mundo sem sua mediação.

Desse modo, a fala é considerada fundamental no processo de análise, pois através das palavras o sujeito consegue alcançar algo que há de mais intrínseco nele, revelando não apenas suas fantasias, como também ideias insuportáveis à consciência.

Sem ater-se aos fenômenos apresentados na realidade, a atenção do psicanalista está voltada para como o paciente se coloca, sua posição subjetiva atualizada na transferência. Nesse sentido, é através da fala do paciente em transferência que extraímos as balizas para o diagnóstico na psicanálise.

Portanto, entendemos a transferência como pré-condição para o tratamento analítico, sendo um conceito de fundamental importância que pode ser entendido, grosso modo, como um endereçamento de amor à figura do analista. Para Freud 1916-1917[1915-1917], a transferência é um fenômeno necessariamente causado durante a análise como consequência de uma fala endereçada.

Na *Conferência XXVII A dinâmica da transferência*, Freud (1916-1917[1915-1917] p. 107-119) define, de maneira exemplar, a relevância do tema em pauta, ao salientar que “a transferência é o método com que opera o tratamento psicanalítico”. A partir desse apanhado, podemos apreender o trabalho de Freud em sistematizar a importância do conceito de transferência e torná-lo operante na clínica psicanalítica. Sendo assim, nos cabe avançar no modo como esse conceito pode nos encaminhar diante da clínica das psicoses, bem como do estabelecimento da direção do tratamento em psicanálise.

“Se a psiquiatria desde um certo tempo fez uma marcha para trás que consistiu em desconfiar da explicação para pregar a compreensão, é que a via explicativa tinha se comprometido em impasses. Mas temos a nosso favor o testemunho da eficácia explicativa da investigação analítica, e é com a presunção de que aí também uma análise proveitosa do fenômeno nos levará à estrutura e à economia que avançamos no domínio da psicose.” (LACAN, 1955-56, p. 166-167)

2.2 O diagnóstico em Freud – complexo de Édipo e psicose

Em seu texto “*Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)*”, Freud (1912), por mais que se proponha a definir algumas recomendações sobre o tratamento psicanalítico, deixa claro que “A extraordinária diversidade das

constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e as riquezas dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica.” (p. 164). Desse modo, devemos sempre por em suspensão qualquer ideia que prime por generalizar o método, desconsiderando a singularidade dos nossos pacientes.

Assim, nesse texto, além de trazer reflexões acerca do tempo e dinheiro, por exemplo, Freud coloca em questão quais os sujeitos que devem ser recebidos em análise, uma vez que, para ele, não são todos que podem ser aceitos. Isso porque certos tipos clínicos – “demência precoce (“esquizofrenia”, na terminologia de Bleuler; “parafrenia”, como propus chamá-la)” (p.165) – podem não estar desencadeados e, com a análise, virem a apresentar um quadro típico de psicose.

Por isso, menos por falta de interesse e mais pelo tempo de estudo da psicanálise, Freud se deteve a atender os casos diagnosticados – ao menos num primeiro momento – de neurose histérica, neurose obsessiva e perversão, já que a técnica desenvolvida não incluía a possibilidade de atendimento às psicoses. Não é, por exemplo, através da associação livre, um convite a falar sem censuras o que vier à cabeça, que pensamos na estabilização em análise do psicótico. Como veremos adiante, a releitura crítica dos textos de Freud, além do avanço na clínica do psicanalista Jacques Lacan, possibilitou o entendimento de outra estrutura que funciona de modo próprio e que então merece algumas adaptações do método para serem recebidas no dispositivo analítico.

Nesse sentido, devemos ressaltar a importância de uma hipótese diagnóstica logo no início do tratamento, não por necessariamente recusar o sujeito que busca análise, mas para definir a direção de trabalho que devemos seguir. Para isso, Freud (1912, p. 165) propõe que um tempo antes de instituir-se o tratamento faz-se necessário, a fim de que possamos averiguar as razões diagnósticas.

Ao discorrer sobre “A dissolução do complexo de Édipo” em 1924, Freud entende que a saída pela neurose no sexo feminino e masculino dá-se pelo medo da castração, tanto por já ser um fato consumado, como pela ameaça dela acontecer. (p. 223). Além disso, a resposta neurótica inclui a formação embrionária do supereu, instância psíquica “que assume a severidade do pai e perpetua a proibição deste contra o incesto defendendo assim o eu do retorno da catexia libidinal” (FREUD, 1924, p. 221).

Assim, Freud a partir do trabalho clínico, encontrou três modos distintos de organização da estrutura de um sujeito a partir do Complexo de Édipo – neurose, psicose e perversão.

Este é o momento em que ele introduz o complexo de castração, noção cara à

psicanálise, pois diz respeito a uma construção fantasiosa realizada pela criança na tentativa de responder, através dos pares de opostos ausência/presença, o enigma da incompletude própria do humano.

Freud percebe que a tríade – mãe, pai, criança – é um tema específico que costuma ser recorrente em análise e possibilita bastante material para ser trabalhado, a saber, a posição do sujeito no complexo de Édipo, na filiação, na fantasia e na diferença sexual que vai além da distinção de gênero.

A coexistência da identificação com o pai e o investimento libidinal na mãe, possível num momento anterior, não mais pode acontecer sem que haja uma interferência mútua. Assim, o menino começa a perceber o pai como um obstáculo entre ele e a mãe. Agora, sua relação com o pai será não só de identificação, mas incluirá também hostilidade e um desejo de substituí-lo junto à mãe. O pai agora é seu rival.

Diante da ameaça de ser castrado, o menino renuncia ao desejo materno em troca de manter aquilo que lhe é precioso.

Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e a catexia libidinal de seus objetos parentais. Nesse conflito, triunfa normalmente a primeira dessas forças: o ego da criança volta às costas ao complexo de Édipo (FREUD, 1924, 221).

Nesse aspecto, o complexo de castração, instaurado pelo Édipo, porta uma função de ordenação, demarcação de lugares (que antes não existia) pela instauração da relação com a Lei. A castração é o interdito, é aquilo que impõe uma impossibilidade de realização do desejo de forma plena.

No primeiro momento, a mãe toma o bebê como um objeto de satisfação, uma extensão do seu próprio corpo. Porém, para que o desenvolvimento sadio da criança se dê, é necessária uma dissociação desta simbiose primária, dada pela inserção da criança na cultura, através da interiorização das normas sociais. Desta forma, ocorrerá a inscrição da criança como sujeito, permitindo que ela tenha um nome e um lugar para além da satisfação da mãe. Esta, ao apontar para o pai, representante da lei, possibilita este processo: interdição do incesto pela ameaça de castração, havendo a necessidade do investimento libidinal, que no narcisismo encontrava-se voltado para o próprio ego, em objetos externos, que remeterão sempre a este objeto primeiro, da figura materna e desta relação.

Tal interdito é normalmente relacionado à figura paterna. Ao se afastar do complexo de Édipo, o eu introjeta a autoridade paterna, formando uma nova instância psíquica, o

supereu, a qual vai assumir o papel regulador e proibitório em relação ao incesto, ambas as funções que antes competiam ao pai.

Em resumo, frente a esse impedimento, o sujeito simboliza a falta e o interdito da lei e se constitui. Essa perda é antes de tudo libertária, pois dá início ao desejo de um sujeito incompleto que possui o seu lugar. Um desejo que se constitui a partir do Outro, mas não mais subordinado a ele.

Na psicose, há um problema na identificação já que o sujeito não simboliza a falta. Desta forma, não há separação possível, entre o eu e o outro. Alienado na sua identificação ao desejo da mãe, assujeitado a uma lei caprichosa, e não a uma lei maior que excede a todos.

Ao buscarmos em Freud a explicação e teorização no desvelo da psicose, deparamo-nos com sua posição de uma diferenciação do aparelho psíquico envolvendo a posição intermediária do eu, entre o mundo externo e o Isso, na tentativa de satisfazer ambos. Percebe-se, assim, que o eu se organiza de maneira funcional e esta é a grande importância desta instância. Concentra razão e ponderação mesmo que a serviço do Isso, que é o lugar do desejo e das paixões inconscientes. Ao mesmo tempo em que o eu não se equipara ao Isso, não podemos dizer que há uma separação por completo entre essas duas instâncias, como Freud afirma na segunda tópica: há uma parte do eu que é inconsciente.

Esta posição intermediária do eu nos diz que a psicose aponta para um distúrbio entre essas duas exigências, no qual temos o mundo externo tentando seu governo através das percepções presentes e, por isso, renováveis, e também um “mundo interno”, um armazenamento de percepções anteriores que forma e é formado, possui e constitui o eu. O eu utiliza-se de forças emprestadas do Isso para governá-lo, porém, não acontece de maneira clara, uma vez que é o eu que aparece no controle – “o Eu habitualmente converte a vontade do Isso – como se fosse a sua – em atos e ações” (FREUD, 1923/2007, p.38).

Dessa maneira, a psicose, a serviço do Isso, tende à perda da interferência do mundo externo, utilizando-se dos delírios e alucinações como um remendo a esta falha comunicativa do eu com o exterior. O desenlace dessa conjuntura dependerá de considerações econômicas e somente subjugando-se, clivando-se de si próprio é que será capaz de evitar essa ruptura em qualquer das direções.

Essa perda da realidade se dá porque essa percepção perdeu a significação. O distúrbio entre o eu e o mundo externo é consequência da frustração externa de um desejo de infância enraizado, intolerável para o sujeito.

No entanto, há uma busca atribulada de um restabelecimento da relação com a realidade através de um remodelamento do sujeito para com ela, criando uma nova realidade

sem abrir mão da insistência de se manifestar do Isso. Mesmo que seja uma reconstrução, esta atua sobre as reminiscências resultantes da maneira como ela era representada no inconsciente e, então, há uma procura contínua de percepções que sejam coerentes com a atual realidade (FREUD, 1924/2007).

Sendo assim, a excentricidade característica por uma retirada de catexia despachada pelo Eu, contornaria as repressões. Ou seja, poderíamos supor duas etapas durante o processo psicótico, das quais na primeira haveria o distanciamento da realidade e, na segunda caberia uma violenta tentativa de indenização por suas consequências, para restabelecimento da relação com a realidade às custas do Isso – uma realidade sem as mesmas objeções, adaptada à ‘*Angch*’ [necessidade].

Constata-se que, na psicose, o trabalho de reconfiguração da realidade opera sobre os precipitados psíquicos [...]. A relação com a realidade, porém, nunca se encerra ela é continuamente enriquecida e modificada por novas percepções (FREUD, 1924/2007, p.129).

Quando discursou sobre o narcisismo, Freud precisou rever a concepção deste conceito na tentativa de incluir a psicose. Por estes pacientes apresentarem um desvio de interesses em relação às pessoas e às coisas do mundo externo, não era possível, segundo o autor, oferecer um tratamento analítico que viabilizasse o sucesso terapêutico.

Fica claro a existência de um conflito nessa jornada de procura de sintonia e, por isso, o delírio e as alucinações causam uma sensação de desprazer, sofrimento e angústia. Ao mesmo tempo em que essas manifestações são uma das ideias inconscientes, na maioria das vezes, são também insuportáveis ao eu (FREUD, 1925/2007).

Para Freud (1924[1923]/2007), o delírio é um remendo frágil que foi construído na tentativa de embaçar essa fenda que se abriu entre o eu e o mundo externo. Percebe-se então que, na psicose, o delírio desempenharia um papel de abastecedor dos materiais para construção da nova realidade. Ao passo que o novo e imaginário mundo externo de uma psicose tenta colocar-se no lugar da realidade – diferente daquela contra a qual se defende – e emprestar a esse extrato uma importância especial, cria-se uma possibilidade de circunscrever a angústia. Constitui-se, assim, que, tanto na neurose quanto na psicose, interessa a questão não apenas relativa à *perda da realidade*, mas também a um *substituto para a mesma*. Para Freud, “quanto à gênese das formações delirantes [...], o delírio se apresenta como um remendo aplicado no lugar onde originalmente havia surgido uma fenda [*Einriss*] no relacionamento do eu com o mundo externo” (Freud, 1924[1923]/2007, p.97).

Com relação ao delírio, Freud afirma que ele se constrói a partir de uma formação de compromisso, conceito formulado no campo da neurose para dar conta da conciliação entre as moções pulsionais e as exigências da censura. No entanto, o delírio é construído de forma autocrática, ou seja, a partir dos impulsos do Isso, que não admite restrições da realidade (Freud, 1896)

Costumeiramente, diz-se que o inconsciente, na psicose, equipara-se à consciência, isso porque, como já vimos em Freud, há uma escolha do sujeito em atender às exigências de manifestar-se do Isso. No entanto, apreciar a estruturação do inconsciente como uma linguagem, assim como Lacan aponta, nos faz pensar que não é porque o inconsciente aparece na superfície que devemos deixá-lo desarticulado do sujeito. Quando o inconsciente aparece no real, abre-se uma angústia, justamente por se tratar de um registro para o qual não se encontram meios de articulação e, na tentativa de dar conta dessa tensão, surgem os fenômenos psicóticos. Se não é possível falar, ou seja, amarrar pelo simbólico isso que o invade, o psicótico recorre aos delírios e alucinações.

Nota-se que Freud, ao definir o diagnóstico estrutural a partir do complexo de Édipo, estabelece uma relação de comparação entre as estruturas como sendo uma deficitária em relação à outra – a neurose tem o que a psicose não tem.

O tratamento para a psicose foi possível quando Lacan, ao não recuar diante dessa clínica, pode entender que se tratava de uma estrutura de funcionamento que estava para além da relação de comparação com a neurose. Assim, o psicanalista pensou uma clínica na qual fosse possível incluir a estrutura psicótica com sua organização própria no dispositivo analítico.

2.3 Lacan e psicose – clínica sob a presença ou ausência do Nome do Pai (NP)

Lacan, em um primeiro momento de sua clínica, guiou-se também por essas diretrizes diagnósticas freudianas, desenvolvendo o conceito de Nome-do-Pai (NP), que atua no interior da estrutura ordenando-a. Sua inscrição constitui um buraco, que é o falo negatizado no simbólico, e sua lei mantém a consistência do conjunto, fornecendo um funcionamento operatório de lei que ordena os significantes e gera a significação fálica.

Dessa forma, NP é o aparelho regulador da linguagem, pois ele é um ponto de basta frente à intenção de significação na cadeia discursiva que permite fornecer sentido ao que se

diz. Esta primeira concepção do pai como significante corresponde à elaboração do pai simbólico – um pai morto que não opera por sua presença, mas sim como um símbolo –, da garantia da lei no Outro, da metáfora e da função paterna.

Trilhando Freud, Lacan define três tempos para o complexo de Édipo – o primeiro tempo em que o bebê é identificado ao objeto de desejo da mãe, o segundo corresponde à entrada da criança na linguagem, e o terceiro refere-se à dissolução do complexo de Édipo e a identificação ao Ideal do eu.

Aqui, estamos diante do funcionamento neurótico que faz com que o sujeito – após se submeter à alienação ao Outro materno e a responder ao lugar de objeto ideal frente ao desejo da mãe – aceita um terceiro, a saber, a linguagem, que passa a mediar a relação entre a mãe e a criança.

Destacamos, nesse segundo tempo do Édipo, a importância da função do pai que opera como uma função lógica para o interdito da mãe. É ele quem representa a proibição dessa relação, mas não se trata apenas de uma ausência ou presença concreta na realidade, mas de seus efeitos no sujeito: “É por toda sua presença, por seus efeitos no inconsciente, que ele realiza a interdição da mãe” (LACAN, 1955-1956, p.174-175).

A partir deste momento, o bebê deixa de se identificar imaginariamente com o falo materno e aceita a inscrição simbólica do significante Nome-do-Pai. Sabe-se que esse lugar de sujeito, constituído em um *a posteriori*, implica em sua subordinação ao campo do Outro, que passa a mediar suas relações com o mundo e com os objetos.

Em *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/1998), Lacan trabalha a constituição do sujeito pelas operações lógicas da alienação e separação, ou seja, a partir dos processos vivenciados pelo sujeito na sua relação com o Outro. Assim, se o advento do sujeito depende dessa relação, e o Outro, segundo Lacan, é considerado como o lugar onde a cadeia significante se situa, podemos dizer que o significante está em primeiro lugar no campo do Outro e, então, o sujeito é efeito do significante. (LACAN, 1964/1998)

Durante todo o processo de gestação e mesmo depois o bebê ganha um lugar na fala das pessoas que o esperam. Dúvidas sobre qual pediatra cuidará do bebê, se será uma menina ou um menino, qual o seu nome, como será a vida das pessoas em torno da criança, se o bebê nascerá com saúde, etc. Essa produção simbólica acerca do bebê surge através do universo cultural, dos padrões da sociedade onde vive a criança. Desse modo, todo o universo de significantes que envolve o *infans* é uma produção que antecede, mas que faz parte da constituição do sujeito. Em Lacan, “Se o pegamos em seu nascimento no campo do Outro, a

característica do sujeito do inconsciente é de estar, sob o significante que desenvolve suas redes, suas cadeias e sua história, num lugar indeterminado” (LACAN, 1964/1998, p.198).

O fato de o sujeito depender do significante aponta, nesse primeiro momento de constituição, para sua alienação ao campo do Outro. Essa operação é resultado da reunião dos dois campos – do sujeito e do Outro – numa lógica a qual implica “que há, na reunião, um elemento que comporta que, qualquer que seja a escolha que se opere, há por consequência um *nem um, nem outro*.” (p. 200) Assim, quando há essa interseção dos dois campos, há impreterivelmente o desaparecimento de uma parte do sujeito.

Esse é o conceito de *vel* que Lacan desenvolve para explicar o processo da alienação, considerando que há sempre duas partes – o eu e o Outro. Esse conceito indica que há uma escolha em aceitar uma eterna subordinação ao campo do Outro para poder se constituir enquanto sujeito do inconsciente.

No *vel* de Lacan os dois lados não são de modo algum equilibrados: na confrontação com o Outro, o sujeito imediatamente *sai de cena*. Enquanto a alienação é o “primeiro passo” imprescindível para ascender à subjetividade esse passo envolve escolher “o próprio” desaparecimento. (FINK, 1998, p.74)

Nesse sentido, a alienação inaugura um lugar onde se espera encontrar um sujeito, mas que até este momento é um lugar vazio. Essa é a primeira falta com que o sujeito se depara e, como efeito, ganha lugar na ordem simbólica. Assim, o significante é o que funda o sujeito e, ao mesmo tempo em que o assinala, o anula. (FINK, 1998)

Sabemos, porém, que essa falta não se encontra apenas no campo do sujeito, mas também no campo do Outro, a qual aparece, por exemplo, na relação entre a mãe e o bebê. É a partir dessa inconsistência do Outro que a operação lógica da separação acontece como o próximo passo da constituição do sujeito.

Para que o bebê nasça é preciso que exista o desejo por algo ao menos de um dos pais, seja o desejo de ser mãe e/ou pai, seja o prazer, seja por vingança etc. Assim, a criança, em sua presença física no mundo, é causada pelo desejo do Outro. O processo de separação, entretanto, parte do próprio sujeito alienado, que sonda o desejo do Outro na tentativa de encontrar uma maneira de lidar com ele. (FINK, 1998)

Quando a mãe precisa se ausentar por algum motivo em algum momento e, com isso, negligencia alguns desejos do bebê, fica claro que seu interesse está voltado também para outro lugar e não para a criança. O motivo desse afastamento pode ser tanto uma contingência

da realidade – ir ao mercado, trabalho – como também as próprias prioridades do desejo da mãe que não incluem a criança.

O sujeito, então, se depara com o fato de que não é a única fonte de interesse da mãe, o que aponta para o seu fracasso na tentativa de completá-la, evidenciando a falta que existe no campo do Outro. Diante desse furo que aparece, a criança busca reinventar-se para encontrar o que o Outro, então, quer dela. (LACAN, 1964/1998)

Como percebemos, essa inconsistência do Outro é necessária para que o sujeito possa advir. Como explica Fink (1998, p.73): “O fracasso da criança em tentar complementar com perfeição a mãe leva à expulsão do sujeito da posição de desejar-ser e ao mesmo tempo fracassa-em-ser o único objeto do desejo do Outro.”

Assim, é no lugar em que o desejo é desconhecido, o interesse do sujeito no intervalo do discurso dos pais, que se constitui o seu desejo. A primeira relação que o eu estabelece com o Outro, a alienação, indica a possibilidade de um complementar a falta do Outro por uma relação circular que tem seu fim com a separação.

No entanto, nem todos os sujeitos passam pela operação lógica da separação. O psicótico não aceita sua sujeição ao campo do Outro, negando, como consequência, seu próprio advento enquanto sujeito. (FINK, 1998). Lacan, no Seminário 3, coloca que o psicótico é um sujeito alienado que reconhece o Outro, mas não o conhece. Desse modo, escolher sujeitar-se à linguagem, ao desejo do Outro, é reconhecer que é a partir dessa falta que pode constituir-se. O psicótico, porém, recusa a escravidão ao campo simbólico o que não significa a inexistência da linguagem, pois desde o momento em que o psicótico fala, o Outro ganha existência. (LACAN, 1954-55/2002)

Não foi sem propósito que, ao me referir ao trabalho analítico da psicose, utilizei como referência a palavra testemunho. Porque, como destaca Lacan, falar é primeiramente falar a outros, mas como será isso para o sujeito o qual não se relaciona com a palavra pelo que ela tem de fundador, a saber, a diferença entre o eu e o Outro, estabelecida a partir da função lógica da separação. Assim, a palavra do psicótico em análise deve ser tomada como seu testemunho, uma articulação do sistema de linguagem que é produzida pelo esforço do sujeito em fazer-se compreender.

Lacan cita como exemplo o caso de uma paciente no qual precisou prescindir do tempo habitual de uma anamnese para que pudesse encontrar em seu discurso uma outra linguagem. Essa outra linguagem mostra que existem significantes que caem como chumbo na rede e que estão desarticulados da cadeia significante. (LACAN, 1954-55/2002)

Em resumo, a ação da metáfora paterna permite na neurose a constituição de um significante que produz a marca do desejável – significante do desejo do Outro – e, ao mesmo tempo, gera a significação fálica, produzindo, em ambos os casos, uma perda de gozo. A metáfora paterna sempre fracassa, deixando um resto irreduzível do desejo do Outro que não passa pelo significante.

Com isso, podemos construir o diagnóstico em psicanálise também a partir das balizas da constituição do sujeito em sua relação com o Outro. Com a escuta voltada para o dizer do paciente, o analista poderá encontrar os significantes que o representam, apontando em que lugar se coloca na relação com a linguagem. Se o sujeito mostra-se dividido por sua subordinação ao campo do Outro ou apresenta-se sem divisão, relacionando-se com esse Outro absoluto, direcionamos seu tratamento na ordem da estrutura da neurose ou da psicose, respectivamente.

Assim, nos anos de 1950, a clínica lacaniana estava embasada na distinção precisa entre neurose e psicose no âmbito da presença ou ausência do Nome-do-Pai: “O significante Nome-do-Pai coloca ordem na linguagem, inscreve o sujeito na ordem simbólica e nomeia o desejo da mãe fornecendo-lhe a significação fálica.” (DEFFIEUX, 2006, p.167)

O sujeito psicótico, uma vez com o Nome-do-Pai foracluído, precisa descobrir uma maneira de tamponar essa carência significante, ou seja, encontrar uma suplência para compensar esse déficit estrutural em relação à neurose. Nesse sentido, a função da suplência, nesse momento, remete a uma relação indissociável com a não inscrição do Nome-do-Pai no caso da estrutura psicótica. (DEFFIEUX, 2006)

Em *O Seminário, livro 3: as psicoses*, Lacan (1955-1956) aponta que o analista não deve preocupar-se em entender o sentido dos delírios ou considerá-lo apenas um núcleo inicial que pudesse explicar toda produção delirante construída a partir desse desencadeamento. Assim, o analista deve partir da ideia de que não é possível tudo compreender e se há algo da construção do delírio que seja da ordem da compreensão, eis o ponto que não é importante (1955-1956/2002 p.30).

Desse modo, os analistas que oferecerem um tratamento analítico para a psicose devem considerar que é no próprio discurso do delirante que se encontram os elementos que permitem um trabalho clínico. Durante a sessão analítica, o analista, ao voltar sua escuta para a estrutura da linguagem que constitui o delírio, encontra significantes que ganham destaque especial no sentido de remeterem a uma significação irreduzível a ela mesma.

É o registro da fala que cria toda a riqueza da fenomenologia da psicose, é aí que vemos todos os seus aspectos, as suas decomposições, as suas refrações. A alucinação verbal, que é aí fundamental, é justamente um dos fenômenos mais problemáticos da fala (LACAN, 1955-1956/2002, p.47).

Os neologismos são fenômenos da linguagem que nos servem de exemplo para explicar essa peculiaridade que surge no delírio psicótico. Segundo Lacan (1955-1956), no nível do significante, o delírio se distingue porque escapa à linguagem comum, é uma palavra/expressão que não é corriqueira e destoa na fala do paciente. No nível da significação, a condição delirante pode-se apresentar se o analista considerar que toda significação remete a outra significação. O analista, então, poderá encontrar o novo sentido dado a uma palavra que já existe, é a apropriação da linguagem na psicose. Os psicóticos se relacionam com o simbólico criando seu estilo próprio (LACAN, 1955-1956/2002, p.43).

Assim, a escuta do analista, voltada para a verdade do delírio psicótico, permite localizar a relação singular do alienado com a linguagem em suas diferentes ordens. Dar voz à psicose é reconhecer o valor de seu testemunho, pois apenas ele pode testemunhar o modo como se apresenta a virada de sua relação com a linguagem. O testemunho psicótico indica sua própria estrutura da realidade e é por ele que o paciente nos dá sua experiência (LACAN, 1955-1956/2002, p.49).

Esse lugar ocupado pelo analista no tratamento da psicose é o de secretário do alienado. Como esclarece Lacan: “Metodologicamente, estamos, portanto, no direito de aceitar o testemunho do alienado em sua posição em relação à linguagem, e devemos tê-lo em conta na análise o conjunto das relações do sujeito com a linguagem” (Lacan, 1955-1956/2002, p.238).

O analista, dessa forma, independente da estrutura clínica em tratamento, é um operador que faz um recorte no discurso do sujeito, sob transferência, nomeando o modo como ele se localiza na linguagem. (FIGUEIREDO, 2000)

Até esse momento do trabalho prático e teórico, Lacan destacava a importância do registro simbólico, como “o registro que organizava a estruturação psíquica, na captura da cadeia significante, produzindo um furo no real, também chamado de assassinato da Coisa. Mas na mesma medida em que abre um furo no real tem o poder de reconstituí-lo pela palavra”. (FIGUEIREDO, 2000, p.71)

2.3.1 Os efeitos da foraclusão do NP

Como já vimos, a estrutura psicótica comporta um furo no registro simbólico que, por conseguinte, não permite que significante e significado sejam articulados de modo a produzir um sentido. Assim, quando é exigida do sujeito uma resposta que não encontra no Outro nada senão a ausência da inscrição do significante NP e da significação fálica ocorre o desencadeamento da psicose.

O desencadeamento é então um termo reservado à ausência do significante Nome-do-Pai e conjuga uma causa accidental (o encontro com Um pai), a dissolução de um elemento estabilizador (uma identificação) e a operatividade de uma causa específica (a foraclusão do significante paterno). Temos assim um fenômeno agudo com a irrupção de uma causa. (DRUMMOND, 2000, p.11)

Podemos dizer, com o trabalho clínico, que este momento de irrupção delirante é marcadamente angustioso. O sujeito paralisado em sua perplexidade sabe que algo está acontecendo e que isso está diretamente ligado a ele, porém não consegue precisar o que é. (LAUAR, 2000, p.95) Jonas consegue descrever com exatidão o momento em que sua vida segue outra trajetória. Percebe-se de modo diferente desde o dia em que, diante do espelho, tem a sensação de morte e, então, no decorrer daquele ano não consegue ir ao encontro de sua imagem novamente. Com a certeza de que queriam pegá-lo, tenta suicidar-se ao subir no alto do prédio: “prefiro morrer antes que eles me achem”, relata Jonas.

Lacan (1955-56/2002), em seu seminário sobre as psicoses, ao discorrer sobre o estado pré-psicótico, considerando o caso do presidente Schreber, entende que em determinado momento de sua vida é acometido por sentimentos de estranheza, pressentimentos que o afligem. Assim, tomado por esses sentimentos e sensações, o sujeito enfrenta um período que o psicanalista chama de perplexidade, como define Lacan (1955-56/2002, p.219): “É um período de confusão pânica” Em seguida, Lacan questiona o que acontece entre o momento extremo de angústia até a construção da metáfora delirante.

“Há um período de evolução e aparentemente uma causa, uma contingência. (...) O próprio paciente isola seu momento de passagem, qualifica-o de uma forma impressionante “havia nascido de novo”, uma espécie de remanejamento de sua identidade. É algo em passagem, que, por tudo ou por nada não é uma questão de estar evoluindo, é um movimento. (MILLER, 1997, p. 64)

Vale notar que o psicótico sabe que sofre por algo que vem de fora. Um significante que isolado o paralisa, o invade, um sem sentido atribuído ao exterior. Estamos falando do

real, não dialetizável e diante disso o psicótico, com pouco ou nenhum recurso simbólico que possa trazer algum apaziguamento de sua angústia, sente-se imobilizado, o que não diz de uma falta de movimento. Esse movimento fundamentalmente inconsciente pode levá-lo a um estado enigmático, sem resposta prévia, podendo chegar não a qualquer lugar, mas um lugar qualquer. (MILLER, 1997)

O significante é esse que não significa nada e o psicótico é aquele que tem acesso direto a ele, sem fantasia característica da neurose que faz véu ao furo do simbólico, permitindo a produção de sentido. O impasse do psicótico está justamente com a perplexidade diante daquele que está ali para significar nada, o significante. Isolado, sem possibilidade de articulação com o significado, produz no sujeito psicótico uma devastação que ameaça a integralidade de seu ser.

“Assinalei para vocês que devia haver alguma coisa que não se realizara em certo momento, no domínio do significante, que tinha sido a *verworfen*. O que constituiu assim o objeto de uma *Verwerfung* reaparece no real. Esse mecanismo é distinto de tudo o que conhecemos, por outro lado, da experiência, quanto às relações do imaginário, do simbólico e do real.” (LACAN, 1955-56/2002, p. 217)

O enigma, segundo Miller (2008), expressa a não relação entre significante e significado. Desse modo, não é possível o significante atrelar-se ao significado para que haja sentido, ou seja, essa ruptura indica que tem algo que quer dizer alguma coisa, mas não se sabe o que é. Assim, Miller (2008) divide em dois tempos a formação do enigma: primeiro, o significante aparece e, em seguida, busca-se a enunciação do que ele quer dizer, quando não se consegue atribuir um significado, está dado o enigma.

“Qué es el enigma? Algo es reconocido como significante, es decir, como que quiere decir algo –es el sentido más simple de la palabra *significante*: $S \rightarrow (...)$. *Que* eso quiere decir no puede ser enunciado, queda velado, falta. El enigma obliga así a la participación del espacio semántico.” (MILLER, 2008, p. 21)

Lembremos de Jonas novamente quando se pergunta diante do espelho se é homem ou mulher. Um período de terror e assombro se inicia em sua vida e vê-se sem saída algumas vezes. Busca algum apaziguamento através das drogas, principalmente através do uso de canabis. Em seguida, o que está em jogo é uma certeza que decanta de uma enxurrada de significações: “Sou vampiro!” Nasce aqui o sujeito da certeza: “sustentado numa certeza subjetiva irremovível, influenciável e sem possibilidade de conteúdo na realidade objetiva” (LAUAR, 2000, p.95).

Este elemento é crucial para fazermos uma distinção estrutural diagnóstica. O psicótico tem a convicção que algo mudou desde um determinado momento e também a certeza que a realidade é esta a qual ele construiu, com as alucinações e todo o sistema delirante. Não há espaço para dúvida, está convencido de sua assertiva. (MILLER, 1997)

Assim, a invasão do real instaura o momento de perplexidade que, num segundo tempo, leva o sujeito a uma condição enigmática que se conclui com o tempo da certeza, uma convicção própria. Com isso, há a possibilidade de construção de uma realidade singular que não se comunica com a realidade minimamente compartilhável pela maioria das pessoas.

A metáfora delirante tem a função de restituição desse abismo que se abriu diante do desencadeamento da psicose. A constituição de uma nova realidade segue as trilhas da convicção enquanto uma certeza antecipada. Elementos do dia-a-dia, sua história pregressa, as palavras ouvidas e as que se impõe ganham outra articulação na rede de significantes na produção de um discurso ímpar, que inclui neologismos e remendos frágeis que por tudo ou por nada desarticulam-se. É uma realidade que inclui o sujeito psicótico.

Na realidade constituída por Jonas, artistas, principalmente ligados à música, realizam as mesmas experiências vampírescas o que justifica para ele a boa aparência e a vivacidade nos palcos, mesmo depois de muitos anos. Além desses, pessoas do seu convívio, que são em sua maioria mulheres com mais idade e com alguma forma de poder como sua tia, sua namorada, a psicóloga responsável pela residência terapêutica onde mora.

Quando o sujeito inicia o tratamento, nem sempre esta estrutura da evolução do desencadeamento de sua psicose está clara, porém é importante que levantemos o quanto antes uma hipótese diagnóstica para podermos traçar a direção do trabalho. Lacan (1955-56/2002) afirma ao longo do seminário, livro 3, que a psicose é marcada por distúrbios de linguagem. Desse modo, Lacan entende que, na psicose, a exterioridade do inconsciente é demonstrada exatamente pelo registro simbólico, pela linguagem.

Miller (1997) atenta para o fato de que os fenômenos característicos da estrutura em questão podem aparecer mesmo antes do desencadeamento e não estarem presentes no momento em que o paciente se encontra. Desse modo, é importante que possamos identificar no discurso do sujeito traços que indiquem sua estrutura e que possamos localizar se há índices de foraclusão do Nome-do-Pai.

Miller (1997, p.227) esquematiza três tipos de fenômenos elementares: fenômenos de automatismo mental, fenômenos de automatismo corporal e fenômenos concernentes ao sentido e à verdade. Com isso, podemos fazer uma investigação do diagnóstico com mais

segurança apostando que o trabalho do analista não provoque um desencadeamento de uma pré-psicose, por exemplo.

Os fenômenos de automatismo mental são muito comuns em psicoses que já sofreram o desencadeamento – “é a irrupção de vozes, de discursos alheios na íntima esfera psíquica” (MILLER, 1997, p.227). Jonas, um caso clássico de psicose desencadeada, apresenta inúmeros exemplos no seu discurso, como, por exemplo, as conversas diárias com seu mestre, o “diabo”, como ele chama; as trocas de informações entre ele e algumas pessoas da televisão, as conversas que ele escuta mesmo de longe a respeito das cozinheiras de sua casa, sua capacidade de ler o pensamento das pessoas, entre outras. Geralmente, são vozes persecutórias e que dizem respeito à sua sexualidade, sempre colocada em dúvida. As conversas, enquanto discípulo do diabo, são esclarecedoras e por vezes orientam Jonas sobre o que deve ser feito.

“O caráter imposto, exterior, da alucinação verbal requer ser considerado, por um lado, como indicativo de que o real não afastado pelo simbólico, retorna como vindo de fora. E, por outro lado, como indicativo de que sem significante primordial, que garante no afastamento do real o que é falado pelo Outro da linguagem, não pode ser apropriado pelo sujeito.” (LAUAR, 2000, pag. 97)

Destaco também o caso de Caio, pois, durante um período de sua infância, despendia algumas horas no terraço de sua casa, lugar que procurava para ficar sozinho, andando de um lado para outro, conversando com um espírito. Quando questionado sobre o teor das conversas, diz que não se lembra do conteúdo, mas sabe do fato. Depois de algum tempo, que também não sabe precisar, esta rotina foi perdendo força, pois sentia-se incomodado pelos comentários que ouvia de que estava falando sozinho. Será que podemos dizer que o que acontecia com Caio, durante sua infância, eram fenômenos de natureza do automatismo mental?

Os fenômenos concernentes ao sentido e à verdade dizem respeito à fala do paciente sobre as suas vivências de angústia, as quais são experiências inexprimíveis, indizíveis. Além disso, podemos perceber como manifestação desse tipo de fenômeno elementar a convicção absoluta do psicótico, a certeza delirante presente em seu testemunho. (MILLER, 1997, p.228)

Outro ponto que deve ser averiguado para sabermos se se trata de um fenômeno concernente ao sentido e à verdade é se há o sentimento de hostilidade de um estranho ou a respeito da sua própria identidade. Caio deixa claro, durante as sessões, o quanto seu nome não faz função para ele: “não me reconheço por ele”, diz o paciente. Para ele pouco sentido

faz essa articulação de seu nome com a sua própria pessoa. Por vezes, mesmo depois de chamá-lo por seu nome para dirigir-se à sala de atendimento, Caio não respondia, sendo necessário ir até onde ele estava para saber que era sua vez.

Trago também o caso de Valentina, pois, durante o início do tratamento, ela não conseguia se inserir no laço social, o que acarretou no abandono logo no primeiro período de sua faculdade, e dificilmente conseguia seguir com alguma outra atividade que começava, como grupo de teatro, profissionalizante, trabalho etc. Com isso, recebe descrença por parte de seus familiares, ficando com o lugar daquela que não termina o que começa. O laço social estabelecido por Valentina no início de seu tratamento era permeado por muitas brigas e desavenças, mas o que foi identificado no percurso de seu tratamento era a angústia que aparece diante das pessoas com quem se encontra. Por fim, eram consideradas por Valentina pessoas que “ridicularizavam os mais fracos”, “são burros”, “são idiotas” e que, então, “precisavam ser colocados em seus devidos lugares”, diz a paciente justificando as brigas. Essas brigas tinham como consequência o rompimento com as relações sociais, deixando-a cada vez mais isolada e com tentativas de se relacionar apenas pela internet.

Com relação a Jonas, esses traços estruturais são mais evidentes. Fenômenos de certeza absoluta, difíceis de serem trabalhados aparecem em sua análise, muitas vezes dirigidas para a figura do analista. A certeza de que estou tendo relação sexual extraconjugal deixando-o no lugar de objeto de gozo do Outro, é uma reatualização do lugar em que se encontra na casa onde mora, vulnerável a algumas regras arbitrárias impostas na residência.

Os fenômenos de automatismo corporal estão relacionados à estranheza com o próprio corpo. Geralmente, em esquizofrênicos, é comum o relato de que seus órgãos estejam podres, fora de lugar ou até mesmo não existem. Os três casos descritos no primeiro capítulo dessa dissertação apresentam uma relação com seu próprio corpo de modo singular, mas apontam ao mesmo tempo para o incômodo que, em determinadas situações, beira o sentimento de exterioridade naquele corpo que habitam.

No caso clássico de psicose, o de Jonas, a certeza de que é um vampiro contorna alguns estranhamentos vivenciados por ele. Sua imagem no espelho não o aterroriza mais tanto, uma vez que entende a naturalidade do que vê – corpo com transformações diárias de cores, texturas, poderes –, já que é vampiro. Ao mesmo tempo, queixa-se pelo fato de não conseguir visualizar a imagem de seu corpo sem estar refletida, pois, enquanto palco de inúmeras transformações, ela está impreterivelmente distinta da última que viu.

Os fenômenos elementares são índices clássicos da forclusão, mas nem sempre estão dispostos no discurso de nossos pacientes de forma tão clara e apreensível como na

literatura psicanalítica. Para Lacan (1955-56/2002), os fenômenos característicos da estrutura psicótica não são acessíveis para a compreensão de todos, não estão necessariamente aos olhos de uma rápida anamnese psiquiátrica, por exemplo.

“Os fenômenos elementares não são mais elementares que o que esta subjacente ao conjunto de construção do delírio. São elementares como o é, em relação a uma planta, a folha em que se poderá ver um certo detalhe do modo como as nervuras se imbricam e se inserem – há alguma coisa de comum a toda planta que se reproduz em certas formas que compõem a sua totalidade. É sempre a mesma força estruturante (...)” (LACAN, 1955-56/2002 p. 28)

Quando Lacan escreve sobre os fenômenos elementares, ele indica que nem sempre manifestações características da psicose que nos permitem fazer um diagnóstico diferencial responsável por guiar a nossa clínica são claras. No entanto, tal fato não exclui a possibilidade de estarmos ao encontro de uma psicose com uma organização e mecanismos de estabilização diferenciados.

O que podemos pensar sobre Valentina e Caio que, mesmo ao apresentarem características tão aparentemente neuróticas, escapam de seu testemunho em análise elementos que norteiam o diagnóstico diferencial de psicose? Mas, que psicose é essa em que o delírio não é aparente ou estruturado, em que as estranhezas com o corpo, comuns a todos inseridos na linguagem, aparecem de modo tão singular?

3 OUTRO TEMPO DE ESTUDO SOBRE AS PSICOSES

No capítulo II desta dissertação discorreremos sobre a distinção precisa entre neurose e psicose no âmbito da presença ou ausência do Nome-do-Pai. No entanto, com o avançar da clínica, Lacan entende que não há a prevalência de um registro sobre outro, uma vez que aponta que os três registros estão desatados primordialmente para todos. Nesse sentido, a primazia não mais pertence ao simbólico, mas aos possíveis nomes que amarram real, simbólico e imaginário, como um quarto elemento, a saber, o *sinthoma*. (LACAN, 1975-76/2007) Veremos como isso funciona, principalmente, no modo como esse avanço teórico de Lacan, pode nos ajudar a pensar sobre a direção do tratamento de Caio e Valentina.

Na década de 50/60, como vimos no capítulo anterior, o conceito Nome-do-Pai era trabalhado enquanto uma metáfora, uma operação do simbólico. No entanto, com a redução do poder do pai na sociedade, Lacan repensa as balizas que até então orientavam a clínica, a saber, centralização do Nome-do-Pai, enquanto *o* significante que dava consistência aos registros como ponto de basta. Com a clínica dos nós, nos anos 1970, Lacan transformou o estatuto do Nome-do-Pai enquanto uma função. (CHLORNE, 2006)

Miller (2008, p. 319) nos esclarece:

“Del mismo modo que generalizamos la forclusión es preciso, ciertamente, generalizar el Nombre del Padre. Este movimiento está presente en la enseñanza de Lacan. Tal como lo introduzco aquí, el punto de basta generaliza el Nombre del Padre. Pero es una abreviación: el punto de basta del que se trata es menos un elemento que un sistema, un anudamiento, un aparato, que hilvana, engancha”

Assim, esse enodamento pelo NP seria apenas mais um de tantos outros que possibilita a orientação do sujeito no laço social e no corpo, mesmo que seja de forma mais frágil. Segundo Lacan, a partir dos estudos acerca dessas categorias, em 1963, não tem nada que as una *a priori*. Os três aros estão desatados primordialmente para todos e cada sujeito terá de inventar uma maneira de fazer suplência a essa forclusão generalizada. (SKRIABINE, 2006) O termo suplência não mais é restrito ao Nome-do-Pai, mas sim referido à sua pluralização.

3.1 Os Nomes do pai: a singularidade das amarrações

Isso porque o Nome-do-Pai garante a falta no Outro, mesmo na estrutura da neurose na qual é operante, ele não esgota o gozo próprio do significante e, então, ele serve também à função da suplência, sendo a neurose uma das saídas possíveis. Frederico (2008), fazendo referência a Miller (1998, p. 64) disserta:

A estrutura da forclusão é relacionada à própria falha na estrutura da linguagem e deixa, então, de ser um dado constitutivo ligado somente à psicose e se generaliza a qualquer ser falante (Miller: 1998). Essa falha poderá vir a ser suplenciada ou não – tanto pelo Nome-do-Pai quanto por outro significante que cumpra a função de amarrar os três registros.”

Podemos dizer que a suplência tem como função colocar uma espécie de véu que encubra minimamente o real, a partir do seu enlaçamento com o simbólico e o imaginário. Desse modo, nomear é fazer suplência. A obra de Joyce serviu de exemplo para Lacan trabalhar a nomeação no que ela prescinde do pai. Defendeu a posição de que a escrita de Joyce possibilitou nomear-se de maneiras diferentes, fazendo uma costura que lhe garantisse algum ponto de amarração. (BASZ, 2006)

Ao mesmo tempo em que a nomeação pode não estar vinculada ao Nome-do-Pai, esta ainda é a mais sólida e pertence ao campo da neurose. Ela permite ao sujeito o laço social, unir significante ao significado, dar sentido, partilhar de uma linguagem comum etc. O nó borromeano produzido a partir do Nome-do-Pai é um *sinthoma* que garante que os três registros permaneçam articulados entre si, sob a condição de que o desenlaçamento de um dos aros implica a ruptura dos outros dois.

Essa nomeação do mesmo modo em que assegura uma consistência maior na amarração dos três registros, também fracassa, senão não haveria outra e seu plural não seria necessário. Assim a generalização das suplências mostra que há certa fragilidade do nó, independentemente se sua construção partiu ou não do Nome-do-Pai.

Sendo assim, o diagnóstico para Lacan não parte da presença ou ausência do Nome-do-Pai para neurose e psicose respectivamente, permitindo a construção de uma clínica continuísta na direção de afinar a questão do diagnóstico para as psicoses. Vale ressaltar que ao mesmo tempo em que falamos de uma clínica continuísta não abandonamos a diferença entre neurose e psicose onde há um corte, destacando marcas objetivas de uma ou outra

estrutura. Devemos, então, considerar a clínica continuísta articulando a descontinuidade existente entre neurose e psicose.

Encontramos na clínica a particularidade do sujeito pelo enodamento possível ou não das três categorias definidas por Lacan. Algumas nomeações assumem um caráter mais frágil e apontam para uma possível desamarração do nó constituído. Ao mesmo tempo, Miller (2008) destaca que a amarração pelo Nome do Pai é a mais eficaz, e também a mais comum, o que exclui, muitas vezes, uma produção rica e interessante de fenômenos como vemos em amarrações que não se servem desse significante. Lembramos que quando falamos em amarração pelo Nome-do-Pai, devemos considerar que podem ser diferentes significantes nessa função, não reduzindo o NP a apenas um significante.

“No pedimos ningún privilegio para el Nombre del Padre. El Nombre del Padre es un síntoma. Es mucho más banal que los otros. Es un síntoma que sirve para todo, un felpudo, no tiene el refinamiento, el estilo exquisito de algunos síntomas que hemos examinado. Solo que, como instrumento, es sin embargo el más eficaz. Es el mejor y el peor de los síntomas. (MILLER, 2008, p. 413)

Assim, entendemos que não é mais proveitoso ou produtivo nos prendermos no fato em que há dois momentos da clínica de Lacan – descontinuísta, centrada em um significante Nome do Pai como único possível em amarrar os três registros, ou seja, marcando então a diferença estrutural entre neurose e psicose. E outro continuísta em que se consideram outros tipos possíveis de enodamento do real, simbólico e imaginário. Para a clínica, principalmente, é fundamental que possamos entender o modo de funcionamento desses sujeitos e como orientar a nossa clínica diante dessa segunda formalização. O que devemos recolher dos discursos durante o processo analítico que indique, como um elemento diferencial, a direção do trabalho?

Não precisamos falar de uma oposição entre os dois ensinamentos, mas uma gradação entre eles. Miller (2008, p. 320) equivale o significante Nome do Pai enquanto um sintoma e o coloca em uma série dentre outros. Claro que cada enodamento sintomático apoiando-se ou não neste significante terá efeitos distintos, como podemos aprender com a prática. Sendo assim, os efeitos de uma amarração pelo NP organiza a estrutura de modo em que possamos localizar, mesmo com a singularidade de cada sujeito, traços que indiquem sua presença. Em contrapartida, quais traços ajudam na identificação da presença de um ponto de basta que não responde aos modos clássicos? Sobre a gradação esclarece Miller:

“Leibniz es capaz de afirmar que el reposo es un caso límite del movimiento, y demostrarlo. Es articular conceptualmente lo discontinuo y lo continuo. Por un lado, por supuesto, el reposo se opone al movimiento, son dos conceptos polares, pero, según otra perspectiva, el reposo no es más que el caso límite, una atenuación de lo continuo del movimiento. (MILLER, 2008, p. 324).

3.2 Psicoses Ordinárias

Nesse sentido, a clínica que marca uma gradação partindo de uma forclusão generalizada nos leva para caminhos que indicam que o delírio está presente na neurose também. Freud (1924) em “A perda da realidade na neurose e na psicose” já antecipava essa questão, como vimos no capítulo dois desta dissertação. Na psicose, o eu a serviço do Isso, compromete as percepções do mundo externo, causando a perda da realidade. Os neuróticos embora possam contar com o recalque para frear a insistência do Isso em se manifestar, atendendo melhor a relação do eu com o mundo externo, lida com a realidade através do modo de organização herdado na saída do complexo de Édipo. Em casos mais graves, elementos da realidade são tão insuportáveis ao eu que provocam uma verdadeira fuga da vida real. Assim, tanto na neurose como na psicose há uma perda da realidade.

Como nos lembra Miller (2000, p.11): “a vida não tem nenhum sentido. Atribuir sentido já é delirante.” No entanto, a neurose é uma estrutura que garante certa estabilidade, ou seja, conseguimos localizar no discurso do paciente em análise traços bem delimitados que indiquem a presença do significante Nome-do-Pai.

Em 1996 Miller se reúne com psicanalistas e estudantes com a proposta de um debate sobre a psicose, sob o título de “Conciliábulo de Angers”. Logo de início, Miller traz a dimensão da surpresa e do enigma apontando respectivamente para neurose e psicose.

O enigma pressupõe uma cisão radical entre significante e significado, deixando o sujeito a mercê do sem sentido: “Y el enigma destaca esta ruptura, rotura, fractura, em el seno del espacio semântico”. (Miller, 2008, p.23) Em contrapartida, a surpresa restabelece ao neurótico um pouco da separação entre o significante e o significado, o que indica que a norma de início é justamente a não articulação entre eles: “La sorpresa es en este sentido una forma atenuada del enigma, y es entonces cuando estamos más cerca de la verdadera salud mental (...)” (MILLER, 2008, p. 25)

Em seguida, em 1997, “A Conversação de Arcachon” foi sugerida por Jacques-Alain Miller com a proposta de falarem, conversarem, sem programação fechada apostando na força

do improviso como motor para que algo pudesse acontecer. (MILLER, 2008) O tema desse encontro são os casos raros - inclassificáveis - o que suscitou o questionamento sobre uma gradação entre neurose e psicose, como apontado anteriormente.

Após retomarem alguns conceitos lacanianos sobre a pluralização do NP, a forclusão generalizada, entre outros, os analistas trabalharam sobre a possível flexibilidade que as amarrações dos três registros podem ter. Deffieux trouxe um caso clínico com o qual apresentou a diferença entre o afrouxamento do nó e a ruptura deste. Ao mesmo tempo, traz a possibilidade de uma nova amarração após esse desenlace. Dessa forma, durante o encontro também trabalharam sobre a continuidade e a descontinuidade das estruturas clínicas, apostando nos recursos próprios de cada sujeito. Assim, Deffieux (2008, p.324) responde à colocação de outro psicanalista presente:

“no solamente están la continuidad y la discontinuidad, sino también la flexibilidad y la ruptura en los nudos. (...) hay una flexibilidad extraordinaria de los anudamientos; y yo intenté mostrar cómo eso se anuda y se desanuda en varios momentos de su vida. Pero, justamente, hay a la vez una flexibilidad extrema y al mismo tiempo rupturas (...) Hay a la vez en él ruptura y posibilidad de rehacer los nudos.”

Após um ano, em 1998, os psicanalistas reuniram-se na “Convenção de Antibes”, quando surge o termo “psicose ordinária”. Miller (2006) aponta que por ser uma convenção a proposta está em encontrar as terminologias sobre a classificação, a descrição e que isso seja feito em comum acordo entre os presentes. Dessa forma, propõe não apenas “reconceitualizar” (p.200), como também sobreconceitualizar (p.200), visto que este é o terceiro encontro em que se trabalha acerca desses casos - que não é possível, num primeiro momento ao menos, enquadrá-los nas estruturas da neurose ou psicose.

Em contrapartida, Miller (2000) afirma que este significante foi inventado por ele, dando-lhe apenas um esboço da sua ideia acerca dessa nova expressão, de modo que diferentes sentidos pudessem ser atribuídos. Sua aposta era provocar ruídos clínicos e que a partir disso pudssemos avançar para além da rigidez colocada pela clinica binária neurose e psicose. (MILLER, 2000)

Nesse sentido, desde que se interessou pelo estudo dos casos inclassificáveis da clinica psicanalítica e notou que eles não eram tão raros como pareciam ser; Miller apostou na invenção desse nome evidenciando a pluralidade dos modos de apresentação da psicose. Isso nos indica, mais uma vez, que não foi abandonada a descontinuidade entre neurose e psicose, uma vez que as variações de cada estrutura podem ser distintas, mas também devemos

considerar a flexibilidade de cada amarração o que também marca a continuidade entre essas duas estruturas.

Assim, a psicose ordinária não é uma nova categoria diagnóstica, não é uma nova estrutura elaborada por Miller, é um termo que congrega os casos clínicos que apresentam características comuns, como por exemplo, fenômenos elementares sutis dentro de uma vestimenta aparentemente neurótica.

As conversas durante a Convenção de Antibes giravam em torno do material extraído das sessões clínicas do Campo Freudiano que foram selecionadas e agrupadas em três temas: neodesencadeamento, neoconversão e neotransferência. – novos termos que foram elaborados durante a convenção - de modo a compor a primeira parte da publicação: *La psicosis ordinária: la convención de Antibes*.

Como vimos a clinica borromeana permite avançarmos com o tratamento de um sujeito, isto é, não paralisarmos quando não encontramos claramente a presença ou ausência do Nome do Pai. Cada vez mais recebemos em nossos consultórios psicóticos que não tiveram como marco de sua estrutura um desencadeamento clássico, como podemos localizar claramente na história do presidente Schreber.

“El carácter radical de la teoría <<clásica>>del desencadenamiento se explica por su dependencia respecto de una lógica del significante concebida en términos de todo o nada. (...) Es una lógica mecanicista que destaca la acción de la estructura – la falta del significante que indexa la falta en el Otro -, antes que la posición del sujeto como respuesta de lo real y como elección sobre el goce.” (MILLER, 2006, p.47)

Com isso, Miller (2006) nos lembra de que a relação do sujeito com o Outro e sua função, comporta alguma autonomia, e, por conseguinte, fenômenos de corpo, por exemplo, não estariam relacionados apenas à forclusão do Nome do Pai. Assim, podemos pensar nos distúrbios de linguagem que são efeito da articulação do real com o simbólico, característica da própria linguagem, sem necessariamente ser efeito de uma metáfora delirante estruturada tal como Lacan (1955-56, p. 47-48) elabora no *Seminário 3*.

O traço que marca o desencadeamento, como vimos no Capítulo II desta dissertação, é a de falta possibilidade de encontrar uma saída diante do encontro com o real. A carência do NP enquanto articulador de significante e significado tem como efeito comum a proliferação delirante e a busca de uma solução singular.

O neodesencadeamento segue essa invasão de um gozo desmedido do Outro deixando o sujeito em um estado enigmático, marcando seu lugar de objeto desse gozo e reiterando a sensação de morte, a perda da própria existência. No entanto, Miller (2006)

marca que a diferença entre desencadeamento clássico e o neodesencadeamento é por este acontecer de forma menos avassaladora, mais como um desenlace do que uma ruptura abrupta daquilo que sustenta os três registros atados. Sendo assim, o efeito do neodesencadeamento é sentido pelo psicótico de forma mais discreta. (MILLER, 2006)

Como no neodesencadeamento não há uma ruptura radical, e um indício disso é que o psicótico não evolui para fenômenos mais extremos como a construção de um delírio ou fenômenos elementares característicos das psicoses clássicas. Na psicose ordinária não fica evidentemente marcada por um antes e depois. Assim, quando consideramos a existência de outros significantes que possam enodar os três registros, o sujeito conta com outras ferramentas para enfrentar o vazio do real e, assim, como efeito encontramos fenômenos elementares mais discretos. (MILLER, 2006, p. 20)

O neodesencadeamento é característico de certas psicoses que chegam ao dispositivo analítico. O acervo simbólico, imaginário que encontramos na sociedade ditando normas de conduta, maneiras exemplares de ser, como um homem ou mulher deve portar-se diante do trabalho, relacionamentos etc. podem servir de parâmetro para uma identificação imaginária que serve como apresentação do sujeito. Nestes casos, a possibilidade da construção de um significante que enlace real, simbólico e imaginário independente do NP proporciona uma proteção atípica diante desse excesso que invade.

O que vemos na clínica é que essa ancoragem para além do NP ao mesmo tempo em que é frágil, permite alguma flexibilidade do enodamento. No entanto, pode haver rupturas desse laço com posterior reenlace, articulando e rearticulando os três registros. Na clínica da psicose ordinária dizemos: ata, desata e reata ou engancha, desengancha e reengancha. Esse é um movimento possível ao psicótico que não teve um desencadeamento da estrutura tal como descrito no *seminário 3* e o analista deve estar atento para que o trabalho de análise possa ajudar o sujeito nesse esforço contra o desenlace e/ou no reenlace dos registros.

O analista observa com o curso do tratamento que há um refrão, algo, um significante, que diz sobre o sujeito e retorna em seu discurso. Assim, o encontro com esse gozo avassalador que toma o sujeito é fortuito, imprevisível, porém podemos nos orientar a partir de uma análise retroativa ao momento do desencadeamento. Procurar o que mobilizou o desenlace, deixando o sujeito à mercê disso que ele não consegue dizer é uma direção para o tratamento, no sentido de secretariar a possibilidade de um reenlace. O que provocou a ruptura do nó que garantia um entrelaçamento entre real, simbólico e imaginário é, geralmente, também o instrumento para a saída deste momento tão conturbado, confuso aos psicóticos. Segundo Miller (2006):

“De un modo empírico, lo que orienta la clínica puede consistir en localizar eso que en determinado momento para un sujeto se <<desengancha>> en relación con el Otro. Esta localización aclara, retroactivamente, el elemento que hacía de <<enganche>> para ese sujeto, y permite dirigir la cura en el sentido de un eventual <<reenganche>>. Esta noción estrictamente empírica puede entonces revelarse operativa para la dirección de la cura. (MILLER, 2006, p. 18)

Retomemos dois dos casos descritos no capítulo I: Jonas e Caio. O caso de Jonas responde ao desencadeamento clássico: diante do encontro com o vazio da cadeia significativa entra em estado de perplexidade e posteriormente é interpelado por um enigma o que se concluiu na construção delirante na qual ele se nomeia como vampiro. Por vezes essa suplência rateia e ele ouve “viado”; a proximidade com o nada impossibilita qualquer resposta, fazendo com que Jonas seja tomado por uma angustia avassaladora e o enigma reaparece sendo necessário o trabalho de construção de sentido a partir do material que já foi colhido no curso de sua análise. A frequência com que Jonas sofre pela alucinação das vozes diminuiu, mas ainda acontece diariamente. O que utilizamos como recurso no trabalho de sua análise é considerar a possibilidade de estarem falando de outra pessoa e não dele.

Pensemos sobre Caio a partir de sua fala: *“até esse dia eu saía sempre, não me importava estar sozinho. Confesso que bebia, mas me interessava em ficar reparando nas pessoas. Nesse dia, eu me vi sozinho, sentado no meio fio da calçada e comecei a me sentir estranho, fiquei muito mal (...). Tinha alguém em pé me olhando, era eu mesmo. Sabia que tinha que sair dali e sai”*. O que aconteceu para Caio nesse dia fica difícil de saber e dele mesmo dizer, mas esta experiência aponta para uma diferença entre um antes e um depois.

O sentimento de solidão e vazio após este dia, por vezes, voltam a perturbá-lo e pouco ele consegue dizer nestes momentos, apenas aparece a raiva e a desconfiança pelas pessoas. A evolução deste tempo pode culminar com *“o pior grau da depressão”* quando é assombrado por pessoas que atravessam as paredes, visões de famílias inteiras enforcadas diante de si.

Esse quadro até então é possível de ser revertido e Caio volta às suas atividades do dia a dia, sempre considerando que seus esforços são *“tentativas de estratégias”*, nunca para ele são garantias efetivas de que isso que o assola não voltará a acontecer. Diante do exposto, será que podemos pensar que nesses momentos em que Caio é acometido por uma sensação de estranheza, o que enlaçava os três registros se desfaz e conseqüentemente se refaz? Ou seja, pensar em neodesencadeamento para o caso de Caio é pertinente?

“Estos <<neodesencadenamientos>> corresponden al desprendimiento del broche, sea cual fuere, a la desaparición de lo que antes constituía un punto de basta para un

sujeto. Más allá incluso de la pluralización del Nombre del Padre, está en juego aquí, con el nombre del broche, lo que Lacan califica de síntoma, en el sentido en que el Nombre del Padre se considera una forma tradicional e heredada, sin duda particularmente adecuada a la neurosis” (MILLER, 2006, p.43)

Outro termo elaborado durante a convenção de Antibes foi a neoconversão com o objetivo de nomear os fenômenos de corpo nesses casos de psicose não desencadeada, ou seja, psicoses em que o desenlace é característico, indicando, na maioria das vezes, uma invasão do real menos avassaladora. Em a “Sección Clínica de Burdeos” (2006, p.86) na qual os expositores eram Sagna e Deffieux, foi dito que: “La conversión es un síntoma que se inscribe en el cuerpo como descifráble por el saber inconsciente”. A conversão, geralmente, é a transformação de uma coisa em outra. Assim, seguimos com a psicanálise que postula que esta manifestação corporal porta um sentido insuportável à consciência e que diz respeito ao inconsciente. Um traço inconsciente busca sua expressão no corpo já que não pode contar com algum encadeamento simbólico, ao menos num primeiro momento. Esse é um mecanismo típico da neurose que conta com o recalque para a proteção do sujeito.

Fica entendido a partir disso que para que haja um sintoma conversivo é necessário haver um corpo. Um corpo que fala, palco de comunicação, não restrito ao orgânico. No entanto, somos apresentados na prática clínica por sujeitos que apresentam de alguma forma sintomas no corpo e que ao mesmo tempo não são definitivamente neuróticos ou psicóticos. Nestes casos da neoconversão, o tratamento pela palavra pode ajudar o sujeito a fazer um corpo a partir de seu sintoma. (MILLER, 2006, p.86)

Nos casos clínicos relatados durante a sessão clínica referida, o trabalho analítico não implicava a interpretação desses sintomas. Os fenômenos conversivos estavam relacionados a um retorno de gozo sobre o corpo e não uma manifestação inconsciente que busca uma decifração.

Devemos aqui, fazer uma diferenciação entre fenômeno de corpo na neurose e na psicose. Na neurose, uma expressão dessa ordem geralmente tem relação com o que escapa à castração e, por conseguinte, de uma elaboração simbólica. A via de expressão desse conteúdo insuportável ao sujeito se dá pelo corpo. Trata-se do mecanismo de deslocamento, substituição. Na psicose, a carência do significante Nome do Pai indica enquanto função para o fenômeno de corpo a possibilidade, ou não, de fazer um nome.

Podemos pensar como exemplo sobre a possibilidade de fazer um nome, o fenômeno psicossomático, pois “eles decorrem de um curto-circuito no simbólico e mostram como a deformação da estrutura da linguagem acarreta consequências na realidade no corpo.”, como

nos esclarece Tironi. (TIRONI, 2013, p. 148) O significante, em geral, próprio da medicina circunscreve no corpo um lugar destacado e delimitado, ao mesmo tempo, possibilitando ao sujeito psicótico fazer um nome mesmo não estando referido ao Nome do Pai. (MILLER, 2006, p. 101).

Devemos pontuar, então, que fenômeno psicossomático é diferente de sintoma conversivo, embora ambos sejam manifestações no corpo e não estão apenas referidos aos transtornos psicóticos. Relembramos que o sintoma conversivo está ligado ao corpo e ao inconsciente e, portanto, localiza a articulação do sintoma com o significante. Embora esteja comumente ligado ao diagnóstico de histeria, devemos lembrar que o sintoma conversivo não está ligado apenas aos transtornos neuróticos, assim como também, o fenômeno psicossomático não é restrito ao psicótico. Com isso, saímos do geral e partimos para o particular no sentido em que os fenômenos de corpo não dizem de uma estrutura, mas de uma expressão no corpo produzida pelo sujeito do inconsciente. (MILLER, 2006)

A teorização do sintoma como gozo de corpo afetado pelo mais-de-gozar circunscreve melhor as neoconversões. (...) O Campo freudiano as considera desde o paradigma das psicoses ordinárias, pois elas são estruturas cuja fragilidade simbólica e a forte adesão ao mais-de-gozar podem indicar psicoses não desencadeadas, se forem interpretadas pela vertente do desencadeamento clássico. Isso quer dizer que, se estivermos diante de uma psicose extraordinária, cabe falar de não desencadeamento; caso contrário, quando se trata de psicose ordinária, a referência é a descompensação ao invés do não desencadeamento. (TIRONI, 2013, p. 141).

Relembramos o caso de Valentina que toma seu corpo como palco de mutilações e estranhamento. Desde que seu pai não está mais presente em casa devido ao divórcio, Valentina não sabe o que fazer com a solidão que lhe aparece todas as tardes. É um vazio que não diz respeito à presença corporal do pai, pois às tardes ele não estava em casa devido ao trabalho, mas uma lacuna que a deixa à mercê de um não saber fazer que se conclui no excesso de comida ingerida: *“quando me dou conta não resta nada nas panelas.”*

Angústia aguçada, neste período, pela zombaria sofrida no colégio em torno de seu corpo, principalmente os seios que são até hoje motivo de seu desagrado. Até então mantinha algumas amigas que foram diminuindo progressivamente. Foi então que ela entrou em um ciclo em que as descompensações estavam ligadas ao seu corpo, incluindo cortes, queimaduras, extração radical dos pelos do rosto e cabelos; e rompantes de agressividade - geralmente na presença da mãe, culminando com a quebra do espelho do banheiro. Sobre estas mutilações Valentina não consegue dizer sobre o início do ato: *“quando percebo, eu já fiz”*, com exceção do dia em que parte da sua barriga e seios foram queimados. Neste dia ela

buscou como ato frente ao seu corpo de que o domínio, ao menos, sobre continuar ou não viva era dela. Podemos dizer aí que Valentina tem um corpo, mesmo que ela não aceite suas formas.

Comida, corpo e laço social estão articulados neste caso. No tempo de um corpo magro, ela permitiu a proximidade com as pessoas, enquanto sua mãe se disponibilizou aos cuidados necessários pelos efeitos do pós-cirúrgico em sua filha. Após um período de retomada do laço social, incluindo a possibilidade de alguma relação amorosa, cerca de dois anos após a cirurgia bariátrica, Valentina volta a ganhar peso, prestes a reingressar na faculdade de letras. Neste momento, Valentina começa a por em suspenso a entrada na faculdade, voltam as brigas em casa e se queima com cigarro uma vez, em cima da mesma cicatriz que fez em outro tempo.

Uma direção possível do trabalho clínico é oferecer a mínima possibilidade de escolha entre comer ou não comer; ou o que vai comer, etc. Com isso é possível, ao menos por algum período, reduzir o estatuto do Outro, fazendo com que ele perca força. Alguns meses após esse período conturbado, Valentina ingressa no curso de Letras e passa a dar aulas de reforço para crianças.

O elemento surpresa é uma marca deste caso. Considerando dois tempos de seu tratamento, podemos dizer que ao conhecer Valentina seu corpo estava tão recortado quanto sua vida psíquica. Com o tempo do tratamento, Valentina ganhou algum contorno de seu corpo quando conseguiu através das cirurgias (a bariátrica e, após um ano, a plástica) outro corpo para si. Nesse tempo, Valentina expandiu seus laços com as pessoas além da internet, passou no vestibular, e não mais se automutilou.

Sendo assim ficam as questões: como se enlaçam os registros do real, simbólico e imaginário de modo que Valentina tinha seu corpo, todo, marcado pela radicalidade das automutilações? O que aconteceu na mudança de relação com seu corpo que viabilizou alguma possibilidade de laço social? Como Valentina frequenta regularmente às aulas, sem prejuízo no rendimento acadêmico, trabalha, ajuda em casa, estabelece algumas relações, mas, mesmo após as intervenções médicas, apresenta períodos tamanha fúria contra seu corpo?

A aposta nesse caso é que ao longo de seu tratamento pudemos localizar dois períodos distintos que se intercalam. Em um momento Valentina não suporta a relação com as outras pessoas, fica isolada, “*se entope de comida*”, se machuca e não controla sua agressividade. Em outro, possui uma vida dita normal com direito a universidade pública, trabalho remunerado, contato com sexo oposto, etc.

Alguns traços localizados ao longo desse tratamento nos colocam em dúvida quanto ao seu diagnóstico. Retomamos a fala de Valentina na qual ela afirma que sua mãe quis coloca-la no lugar do pai depois que eles se separaram. Ao mesmo tempo, essa ideia jamais foi pronunciada por sua mãe, isso parte de uma elaboração da própria Valentina. Nesse sentido, será que há aí uma identificação ao pai e, por ser, muito intensa os ataques ao seu corpo seguem a mesma ordem de intensidade? Por vezes, o ataque de Valentina ao seu corpo tem como alvo traços do feminino, como os cabelos, seios, cílios e sobrancelhas, com isso, podemos pensar que o estranhamento com seu corpo é resultado dessa identificação com seu pai ou uma recusa do feminino?

Segundo Vera Pollo (2003, p.42), em *Mulheres Históricas*: “Esse é o mecanismo completo da estrutura de um sintoma histérico”, a saber, o efeito das relações edipianas nas quais a emergência de um sentimento hostil com relação à mãe diz respeito ao desejo de ocupar seu lugar, podendo assim, ter o pai. O apaixonamento pelo pai transforma-se no desejo de ocupar o lugar da mãe – ser a mãe – para ter o pai. Nesse sentido, quando pensamos em histeria para Valentina devemos atentar para o fato de sua agressividade se voltar contra sua mãe, principalmente, quando Valentina entende que sua mãe a coloca no lugar do pai, algo que recusa, então, como ter o pai se ao ocupar seu lugar, ele simultaneamente sai de cena? Estaríamos diante do Édipo invertido aqui, porém numa identificação viril fracassada?

Assim, além da hostilidade, digamos natural, presente na relação entre mãe e filha efeito do Complexo de Édipo, no caso de Valentina a agressividade verbal com sua mãe, os rompantes de raiva contra si e contra ela, podem ser justificados pela potencialização de impulsos de hostilidade uma vez que Valentina entende que sua mãe deseja outro lugar para ela que não um possível para alcançar seu pai. Além disso, devemos considerar que há o inevitável fracasso da relação da menina com a mãe que não lhe dá o falo, por sua própria falta.

Freud (1921) diferencia quando há uma identificação com o pai – este equivale ao que o sujeito gostaria de ser - e quando há a escolha do pai como objeto – este representando o que gostaríamos de ter. Diz Freud (1921, p.134): “Podemos apenas ver que a identificação esforça-se por moldar o próprio eu de uma pessoa segundo o aspecto daquele que foi tomado como modelo”. Nesse sentido, pensamos numa identificação de certo modo fracassada com o pai no caso de Valentina uma vez que ela não consegue assumir de início uma posição feminina e, ao mesmo tempo, apresenta um incomodo com traços do masculino como, por exemplo, o estranhamento com seu corpo vestido numa calça jeans. Freud (1921, p.135), sobre a identificação diz:

“Já aprendemos que a identificação constitui a forma mais primitiva e original do laço emocional; frequentemente acontece que, sob as condições em que os sintomas são construídos, ou seja, onde há repressão e os mecanismos do inconsciente são dominantes, a escolha de objeto retroaja para identificação: o ego assume as características do objeto.”

Além disso, Valentina, a principio, adota o homossexualismo como opção para as suas relações amorosas, porém relata apenas um encontro amoroso com outra mulher. No decorrer de sua análise, ela elabora um feminismo radical, no qual o olhar do outro que a coloca no lugar de mulher é rejeitado e sentido como ofensivo, “nojento”. Hoje em dia, se diz bissexual embora tenha apenas relacionamentos heterossexuais; e consegue vislumbrar um lugar de mãe para ela, como um desejo que não pode ser realizado no momento.

Valentina parece não mais ter um sentimento ambivalente com relação à posição feminina e, com isso, podemos pensar que a sua retomada do laço social permitiu outros tipos de identificações. Assim, o fracasso da identificação com seu pai provoca menos ruído e, conseqüentemente, a redução da compulsão alimentar apresentada por Valenina que pode ser lida como uma busca por encontrar algo do pai na comida uma vez que sua relação com ele era associada a idas aos restaurantes. Sendo assim, o estranhamento com o corpo, com eventuais ataques a ele, a relação odiosa com a mãe puderam ser substituídos pelas questões da feminilidade, como por exemplo, a aceitação da cirurgia de seios que também não a agradou, pois “eles ficaram muito pequenos, mas eu briguei comigo mesmo. Reclamava deles antes porque eram grandes e já nasceram caídos, pelo menos agora não estão tão caídos”.

Será que a construção de uma relação mais amena com sua mãe se deu com o fato de que Valentina pode reconhecer o desejo da mãe, porém sem torná-lo um imperativo superegótico e, portanto, ela poderia escrever a própria historia? Valentina disse: “*Minha mãe é assim passa o dia todo reclamando. Reclama de tudo e sempre nos meus ouvidos como fazia com meu pai*”. Nesse momento, Valentina diz que a mãe é assim independente do que ela possa fazer, “*ela reclama porque reclama*”.

Em “Falar com seu sintoma, falar com seu corpo”, Laurent (2012) diz que Lacan fez uma análise de trás para frente dos três tipos de identificação que Freud (1921) descreve no capítulo sete do texto “Psicologia das massas e análise do eu”. Foi a partir do terceiro tipo de identificação histérica – identificação com base na possibilidade ou desejo de encontrar-se na mesma situação - que Lacan pode questionar o segundo tipo – a identificação com um traço do pai, identificação com o objeto de amor – e, assim, o primeiro – a identificação com o pai, buscando ser como ele. Desse modo, o que Lacan quer pontuar para pensarmos na estrutura histérica é a questão da identificação. (p.5)

Segundo Laurent (2012, p.2): “O que constitui o eixo em torno do qual gira a constituição do sintoma histérico é o amor ao pai”. Sabemos que o sintoma histérico é aquele que está endereçado ao outro, é aquele que fala por si só. Sendo assim, ao considerarmos que Valentina encontra-se na esfera da histeria, concordamos que suas automutilações e tentativas de suicídio estão relacionadas ao sintoma histérico e, portanto, há um endereçamento e a necessidade de mais um. Este “mais um” é responsável por receber o endereçamento, sendo seu interpretante.

Certa vez, seu tio, irmão da sua mãe disse a Valentina que suas crises estavam endereçadas a sua mãe uma vez que de alguma forma ela estava presente na cena: como alvo, como expectadora ou como aquela que acode a filha levando-a em hospitais para inúmeras lavagens estomacais que recebia após grande ingestão de medicação. Assim, podemos dizer o dois necessário ao sintoma histérico, como afirma Laurent (2012), está presente na sintomatologia de Valentina.

“Esse sintoma, por ser presença do significante do Outro em si, é marca identificatória (marquage), corte. Nesse lugar, o surgimento traumático do gozo se dá. Baseado no sintoma histérico, Freud reconhece a via na qual se impõe o incômodo do corpo que vem, pelas palavras, recortar mais uma vez, marcar as vias pelas quais o gozo advém. O que constitui o eixo em torno do qual gira a constituição do sintoma histérico é o amor ao pai. Trata-se do que faz com que o corpo histérico esteja sempre prestes a se desfazer (...)”. (LAURENT, 2012, p. 1-2).

Outro caso que ganha destaque pela relação que tem com seu corpo é o de Caio. Em suas tentativas de manter a relação com seus amigos, se dispõe a participar de eventos quando é convidado. Após algum tempo dispendido entre as pessoas, invariavelmente, Caio sentia-se muito cansado, indisposto, com dificuldade em manter seus olhos abertos devido ao sono e pedia para se retirar: “*tenho muita dificuldade em manter minha atenção. Não consigo entender o que as pessoas falam, quando me dou conta perdi uma parte da história*”. A disponibilidade de Caio para o encontro com as pessoas durante um tempo de seu tratamento oscilava frequentemente, algumas vezes de uma semana para seguinte. Os períodos em que se isolava em seu quarto e diz “*não quero ver ninguém*”, eram acompanhados de fortes dores de cabeça e cansaço, procurava passar a maior parte do tempo dormindo.

A sonolência que aparecia apenas diante da exposição ao laço social, começou a ser uma “*sonolência diurna incontrollável*”. Ele explica: “*é uma sensação de cansaço, não consigo ficar com os olhos abertos. Preciso deitar*”. Durante algumas sessões buscou entender o motivo dessa vivência e chegou à conclusão que poderia ser aumento de gás

carbônico no sangue, causado por uma ventilação ruim durante o sono e, por isso, se submeteu aos testes durante uma noite de sono em uma clínica especializada.

Quando Caio estava no sétimo período da faculdade deixa de ser monitor de anatomia, função que o acompanhou desde o primeiro período da faculdade. Relata que adorava dissecar cadáveres e diz que se interessava em saber como era por dentro do corpo. O discurso sobre seu corpo é articulado a partir de significantes da medicina e ganha sentido.

Além disso, explica de um jeito muito particular sobre o que sente em seu corpo quando está muito deprimido e refere ter bebido “o copo vazio da solidão”. Conta que sente seu sangue gelado, como se estivesse entrando nas suas veias um líquido gelado e ele pudesse sentir isso. Nesses momentos, bem diferentes daqueles preenchidos pelos significantes de livros médicos, Caio sente-se angustiado e como um aviso diz: “*a depressão está perto*”.

Assim, o corpo do paciente é palco de experiências que algumas vezes tentam ser explicadas objetivamente com significantes enciclopédicos da medicina, porém em outras, Caio precisa encontrar um jeito próprio na tentativa de dar sentido a esses fenômenos que lhe concernem. Podemos dizer que o recurso ao simbólico de um saber sobre o corpo orgânico adquirido durante a faculdade de fisioterapia é um possível ponto de amarração para Caio, uma tentativa de suplência ao real do corpo em seus estranhos fenômenos.

Segundo Lacan (1955-56) a expressão corpo espedaçado, remonta às origens do processo de constituição do eu. Num primeiro momento, o sujeito está mais próximo da forma do outro do que dele mesmo, na medida em que é a partir dele que pode haver alguma unificação desse corpo a priori espedaçado. O registro imaginário que permite a identificação com o outro é crucial para que o eu possa passar de uma “coleção incoerente de desejos” (p.50) para alguma unidade, mesmo que esta inclua o limite do simbólico.

Dito isso, retomamos o caso de Caio na vertente de seu corpo. O sintoma da “*sonolência diurna*” deu lugar a uma “*inapetência matinal*” desde quando começou um relacionamento amoroso com uma mulher que tem como hábito não tomar café da manhã. Será que podemos pensar que esse movimento metonímico foi mobilizado por uma identificação imaginária que possibilitou Caio tomar para si um comportamento de sua namorada? De fato, ele não questiona ou mesmo se dá conta desse deslocamento, ao contrário, desde o momento em que a “*inapetência matinal*” ganhou força, a estranheza que marca o período da “*sonolência diurna*” não aparece mais por um tempo. Qual a função do imaginário nesse caso?

Por fim, marcamos outros fenômenos que contribuem para a sensação de corpo estranho, como a dificuldade do encontro com o espelho, o modo como aparecem os corpos

em seus pesadelos como mutilados, furados, torturados e, em grande maioria, corpos que sofreram algum tipo de extração. Nesses sonhos tanto o corpo de Caio está incluído nas cenas como também de outras pessoas geralmente desconhecidas.

Percebemos que a relação com o corpo mesmo que a priori seja alienada, tenha que passar pelo Outro, ela é construída de um a um e isso precisa ser considerado quando buscamos encontrar um diagnóstico para o sujeito em análise. Este cuidado se aplica também à psicose ordinária que foi pensada não como um novo diagnóstico, mas enquanto uma modalidade clínica. (TIRONI, 2010, p.5)

“Ao tomar um caso como único, a prática analítica retira do que se mostra típico aquilo que lhe é próprio. É uma resposta aos limites da classificação estrutural dos sintomas da clínica psicanalítica. Diante do impossível de tratar, é possível encontrar de forma contingencial uma solução única que retira o sujeito das classificações padronizadas. Portanto, os psicanalistas precisam estar atentos ao risco de tornarem a psicose ordinária uma classificação clínica”.

Esta posição do analista que requer uma suspensão de saber a priori e o coloca num lugar de vazio permite que sujeito invente por ele o laço transferencial. Nesse sentido, podemos falar da neotransferência característica da clínica da psicose ordinária. Sabemos que diante da clínica da psicose quem é o detentor de saber é ele mesmo e, por isso, o que motiva a neotransferência não é o lugar de suposto saber do analista comum no trabalho com a neurose, mas a língua da transferência com toda sua dimensão de real que comporta. Se o saber está do lado do psicótico, ao analista resta ocupar o lugar de aprendiz. Assim, “se presta a su aprendizaje porque el analista le supone al psicótico un saber hacer *con* la lengua; y gracias al deseo del analista, ese saber ya ahí en el psicótico podría elaborarse entonces como elucubración de saber *sobre* la lengua.” (MILLER, 2006, p.145)

Durante a discussão na “Sección Clínica de Angers” cujo expositor é Henry, foi colocado que: “<<La lengua esta hecha de cualquier cosa, de lo que rueda en las sentinas y tambien en los salones, precisa em 1974” (MILLER, 2006, p.134). A língua diz respeito ao fora de sentido, à dimensão real e o saber fazer com ela está referenciado ao inconsciente que tem o acesso direto ao significante vazio de significação. Como não é possível o acesso do sujeito da linguagem à língua, resta para a linguagem a suposição de saber sobre a língua, é uma construção hipotética de saber sobre o indizível.

O analista no lugar de quem trabalha a partir do saber de seu paciente é um sujeito vazio que se interessa pelo aprendizado de a língua. Com isso, o analista supõe ao sujeito um para além daquilo que é possível de ser enunciado. A produção de um significante que enode

os três elos é da ordem de lalíngua no sentido em que o significante - pode ser tanto uma letra quanto uma frase inteira - não está no campo do sentido, não está articulado com significado. Assim, o analista nesse lugar que implica a suspensão do sujeito, se localiza a partir do convite do psicótico que o renova a cada vez.

“Como subraya Jacques-Alain Miller en su artículo <<Enseñanzas de la presentación de enfermos>>: la enfermedad de la mentalidad está unida a la emancipación de la relación imaginaria y adquiere el estilo de vagabundo; mientras que la enfermedad del Otro está unida a la certeza en el Otro no barrado y adquiere el estilo de una consistencia. En ambos os casos el goce es enfermo: en uno es flotante y esta por todos lados, en el otro es invasor y del Otro” (MILLER, 2006, p.153)

Nesse sentido da proposta de Miller (2006), pensamos nessa posição do analista independente da estrutura. Para a clínica borromeana pensamos no analista no lugar de sinthome, como declarou Lacan em seu seminário sobre Joyce. O lugar do analista-sinthome com a psicose pode dirigir o trabalho no sentido de uma amarração onde o sujeito encontra dificuldades. Pode, também, localizar uma situação que coloque em risco sua amarração frágil, evitando assim um desencadeamento, porém caso isso aconteça, a direção possa ser justamente em ajudar o sujeito em refazer a amarração por ora desfeita. No entanto, o trabalho com a neurose, com a qual é possível a interpretação de um sintoma, a construção da fantasia etc., o lugar que o analista ocupa enquanto analista-sinthome possibilita “a corrección del nudo que se cumple com el pasaje del sintoma ao sinthome” (MILLER, 2006, p.176)

Isso exposto, entendemos que a posição do analista sinthome serve tanto à estrutura da neurose como à estrutura da psicose, marcando a descontinuidade entre as estruturas, tema largamente abordado em Angers. Este lugar permite uma clínica mais centrada na singularidade e, com isso, seu refinamento. Por conseguinte o trabalho que requer uma escuta mais apurada no sentido de localizar que tipo de amarração se encontra nesse ou naquele sujeito torna-se possível, principalmente com a psicose ordinária que traz consigo a sutileza de traços que marcam sua estrutura.

Miller (2010, p. 14) em “Efeito do retorno à psicose ordinária” define três externalidades que organizam a desordem característica do ser falante. Trata-se da externalidade social, da externalidade corporal e da externalidade subjetiva, ele diz: “os indícios devem ser situados nos três registros”.

Relembramos o caso de Caio, sabemos o que ele fala: trabalha no hospital universitário, com vínculo empregatício frágil no qual a ameaça de ser demitido e ignorarem a sua existência durante os anos investidos neste trabalho o apavoravam. Além disso, era mal

remunerado e não tinha boa relação com os companheiros de trabalho. A ideia de poder ser descartado a qualquer momento era equiparada a perda da sua existência, o que aclara o lugar de passividade diante de tal situação. Um saber não sabido era imposto em forma de alerta que indicava que ainda não era a hora de mexer no que está montado, mesmo que lhe traga imensa insatisfação.

Existe algo da natureza do indizível que permeia a relação de Caio com a instituição na qual quase que exclusivamente ele estudou, morou, trabalhou e, ainda, onde era possível algum laço social e onde iniciaram as suas duas relações amorosas. Que tipo de vínculo é esse que mesmo sendo percebido como frágil permeia tantas relações de laço social desse sujeito? Mesmo frágil, o fazia excluir qualquer outra oportunidade de emprego, pois nada era estável tanto quanto continuar onde estava. Não era a hora.

Cerca de um ano após o início do namoro atual Caio inicia dois novos vínculos empregatícios, em diferentes instituições, o que resulta na escolha de pedir demissão do hospital universitário pelo excesso de trabalho. Sua namorada é uma mulher que cursa duas faculdades, uma no Rio de Janeiro e outra numa cidade vizinha, cumpre estágio em dois serviços e ainda garante a continuidade da permanência de Caio no alojamento, pois é estudante da universidade e já possuía um quarto antes mesmo de conhecê-lo. O que permeia hoje o seu discurso em análise é a ameaça de ser abandonado por esta mulher o que pode ser confirmado pela angústia radical que sente por não conseguir satisfazer a todos os caprichos, muito menos sexuais. Vale lembrar que esta era a mulher da qual teve que se afastar inúmeras vezes, pois a sensação e a imagem que lhe aparecia era dele a enforcando. O que mudou para Caio após o encontro com esta relação amorosa? Como o enodamento dos três registros se rearrumou, permitindo algum movimento na vida de Caio e deixando-o bem?

As modalidades de trabalhos que Valentina se propunha no início do seu tratamento também são dignas de nota. A cena em que se encontrava era a de exclusão do mercado de trabalho devido ao seu corpo: “*ninguém contrata gente assim*”. No seu primeiro trabalho ela ficava sozinha no escritório executando o serviço de auxiliar de serviços gerais de uma empresa que não tinha sua sede no Rio de Janeiro. Com isso fez inúmeras dívidas – que permanecem até hoje - nas lanchonetes próximas devido aos inúmeros salgados ingeridos por dia: “*não me dava conta que estava comendo. Às vezes quando eu notava já estava nos últimos pedaços do sexto salgado. Aí eu fazia questão de jogar fora o que restava*”. Essa compulsão alimentar era repetida diariamente.

Além disso, depois de um tempo fora do mercado de trabalho, Valentina começa a aceitar propostas de trabalho sexual por homens desconhecidos cujo contato se dá pela

internet, o que não se realiza de fato, sem em nenhum momento trazer o significativo prostituição para este contexto. O horror para esta paciente estava em ter que trabalhar na lanchonete da família localizada numa cidade praiana durante o período de férias – *“vou assar naquele lugar. Faz muito calor e ainda tenho que aturar um monte de gente hipócrita e mal educada. Fora que tenho que sentir o cheiro de comida o tempo todo”*. Isso incluía também voltar para a casa com toda família depois do horário de expediente. Períodos conturbados e confusos, permeados por suas famosas explosões de agressividade, contra si e o outro.

No entanto, Miller (2010) alerta que os analistas devem ficar atentos quando encontram identificações sociais positivas em que o sujeito está fixado na sua posição social, na relação com seu trabalho etc. Uma psicose não desencadeada, com fenômenos elementares discretos ou inexistentes, pode conhecer o desencadeamento a partir de uma demissão. É um investimento intenso e contínuo, não sem esforço, nesse lugar que ganha o valor de uma amarração simbólica.

Fazemos nota também sobre a relação que Valentina estabelece com as pessoas. Quando estabelece algum laço social mesmo sendo de natureza virtual mediada pela internet, alguma coisa acontece que resulta na quebra brusca daquela relação. De uma semana para outra, vínculos que pareciam estáveis, tornam-se alvo de sua agressividade com consequente rompimento do laço. O que permite a Valentina, no momento em que está hoje manter vínculos empregatícios, amizades e ainda um apaziguamento da angústia, do modo como goza de seu corpo? Sabemos que algumas vezes estes laços se estremeçam, como por exemplo, a discussão via internet com uma outra aluna no início do primeiro período do curso e também ao *“querer desmascarar uma professora que dá uma péssima aula”*, o que tem sido possível, pela análise, algum contorno do excesso que aparece.

A segunda externalidade está na relação do sujeito com o corpo. Nesta, o corpo é o Outro. Explica Miller (2010, p.17): *“Na psicose ordinária, vocês devem ter algo a mais, uma brecha”*. A desordem do corpo, na carne e não apenas na ideia como é na neurose, é um indício a partir do qual podemos elaborar uma direção do tratamento. Essa descompensação que induz uma desintegração do corpo indissociável do próprio ser do sujeito pode levá-lo a inventar uma saída que diz respeito apenas a ele mesmo e que lhe garante alguma preservação de sua unidade. Esclarece Miller (2010, p.17): *“Para dizê-lo num termo de mecânica, ele tem a necessidade de um grampo para se sustentar com seu corpo”*.

Para diferenciar fenômenos de corpo na histeria e na psicose ordinária, Miller (2010) propõe partirmos da castração da neurose. Sendo assim, podemos localizar um limite, mesmo com toda angústia e inquietação da histérica com seu corpo, diferente da psicose ordinária em

que podemos encontrar a dimensão do infinito na brecha presente na relação com seu corpo. Recortamos da produção simbólica de Valentina a seguinte frase: “*Após ter colocado fogo na minha barriga pude entrar embaixo do chuveiro, pois minha missão estava cumprida*”. A paciente não se refere à dor, estava envolvida tão radicalmente com sua determinação em mostrar-se mais poderosa que seu corpo que não pode sentir dor. Ali estava em jogo sua vida, sua própria existência enquanto sujeito.

Ao mesmo tempo, será que esses ataques ao seu corpo não possuem um endereçamento a sua mãe? Isso porque nesses momentos de tentativas de suicídio, sua mãe sempre a socorre, ou seja, está sempre por perto. Quando ingere excessivamente medicamentos é a sua mãe que a leva para o hospital. Com isso, nos resta outra pergunta: será, então, que podemos dizer que nesse caso Valentina reconhece o Outro e essa intensidade dos ferimentos é proporcional à carência de investimento e a não predileção materna, dita por Valentina? Além disso, será que a rivalidade com a irmã indica que Valentina busca ocupar o lugar de objeto que falta à sua mãe, reconhecendo no Outro uma falta?

Por fim, Miller (2010) destaca a externalidade subjetiva em que a experiência do vazio não dialetizável é a marca da psicose não desencadeada. A estrutura da neurose também comporta uma experiência similar, porém, na maioria dos casos, o neurótico consegue endereçar essa estranheza a alguma coisa ou a alguém. O neurótico possui mais recursos uma vez que pode contar com a união dos registros real, simbólico e imaginário pelo Nome do Pai. A atribuição de sentido é primordialmente garantida pelo enlaçamento com o simbólico na neurose.

Nos casos em que tratamos de uma psicose ordinária podemos identificar certa fixidez desse nada em sua relação com o real, dificultando qualquer dialetização. A definição de externalidade subjetiva nos remonta a sensação descrita por Caio quando faz referência ao beber o copo vazio da solidão. Geralmente, a vivência que segue a esta é a de um estranhamento sentido no corpo, evoluindo ou não para experiências que não consegue explicar. Essa fixidez pode ser também notada quando o sujeito se identifica com o objeto a enquanto dejetado, assumindo esse lugar para si.

Miller (2010) refere às essas três externalidades ao Outro social, Outro corporal e Outro subjetivo. Qualquer um dos três ou a composição de um ou mais desses traços descritos acima são sinais de algo mal engatado, ou seja, trata-se de uma psicose com uma ancoragem simbólica ligeira, uma psicose ordinária. Assim, não é do puro e simples não saber o que fazer sobre o sujeito que se apresenta no dispositivo analítico que devemos partir. De alguma forma isso está sempre presente e a pressa em concluir um diagnóstico pode fazer com que se perca

o sujeito colocando-o no saco das psicoses ordinárias. Para isso ser bem feito, é necessária a identificação de características que são próprias a essa modalidade de psicose, sem esquecer, no entanto que uma vez circunscrita a direção de tratamento de psicose ordinária, a estrutura em questão é a psicose. (MILLER, 2010)

Ficarmos atentos a esses índices favorece uma direção de tratamento ética de acordo com a psicanálise orientada pelo segundo tempo do ensino de Lacan, e, assim, devemos considerar as inúmeras possibilidades de amarração do real, simbólico e imaginário. Isso garante o um a um do sujeito psicótico que se recria a cada vez que é invadido pelo gozo desmedido do Outro.

3.3 Neurose, Psicose e Psicose Ordinária

Quando tomamos como referência o estudo das neuroses e psicoses extraordinárias, podemos considerar o estudo recente das psicoses ordinárias e, por isso, acreditamos que alguns pontos ainda se mostram menos esclarecidos, como, por exemplo, quando pensamos na continuidade entre essas três modalidades.

Miller (2010) em seu texto *Efeito do retorno à psicose ordinária* estabelece três colunas distintas: uma para neurose à esquerda, a do meio para psicose e, por fim, à direita para psicose ordinária; localiza o Nome do Pai apenas na coluna da esquerda. Com esse esquema de Miller podemos detectar, primeiramente, que uma vez recolhidos os traços que indiquem a presença do NP, trata-se da estrutura da neurose. Com isso, reafirmamos a descontinuidade entre neurose e psicose.

Então, nas colunas da psicose e psicose ordinária, Miller não inclui o NP, mas ao mesmo tempo, acrescenta algo a mais na coluna da direita, marcando a diferença entre as três. Na coluna da esquerda localizamos o NP, na do meio a ausência dele, e na direita a ausência do NP, porém com algo que suplementa a sua ausência, marcando a presença de uma solução singular. Miller (2010, p.22) esclarece:

“Na neurose, o Nome-do-Pai está em seu lugar. O Nome-do-Pai tem seu lugar ao sol e o sol é uma representação do Nome-do-Pai. Supõe-se que na psicose, quando ela é detectada e construída à maneira lacaniana clássica, há um furo nesse lugar. É uma diferença nítida. Na psicose ordinária, não há o Nome-do-Pai, mas há alguma coisa, um aparelho suplementar.”

Assim, a psicose ordinária é uma categoria incluída na estrutura da psicose, porém com alguma possibilidade de ajuste a partir de uma suplência. Ajuste no sentido de amenizar de forma mais eficaz os índices de uma forclusão. Desse modo, quando não conseguimos detectar objetivamente traços que definam a neurose ou psicose, devemos continuar pesquisando, pois não ter indícios claros de uma estrutura não justifica o diagnóstico de psicose ordinária.

A psicose ordinária como afirma Miller (2010, p.24) a partir de Lacan: “evidencia a existência de “uma desordem na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito”.” Na clínica, então, conseguimos localizar traços no discurso do sujeito que mesmo que não estejam, a princípio, próximos uns dos outros, estão remetidos a uma desorganização central.

Neste capítulo indicamos que o momento de maior desorganização na psicose ordinária é, em geral, efeito de um desenlace, de um neodesencadeamento, diferente do modo como ocorre com as psicoses extraordinárias, um desencadeamento abrupto que desencadeia uma série de fenômenos intensos que, em grande parte, se mantêm presentes na vida do sujeito. Outro ponto é quando conseguimos colher pela história do sujeito uma vida antes do desenlace muito parecida com a que se estabeleceu depois.

Por fim, a diferença entre neurose e psicose permanece orientando a clínica, mas não devemos recuar diante do conceito de gradação entre as estruturas. Isso porque encontramos cada vez mais na nossa clínica sujeitos que apresentam traços discretos de uma psicose e precisam de uma direção de trabalho singular no seu tratamento.

CONCLUSÃO

Após esse tempo de estudo consideramos que a busca pelo material que fundamenta, organiza e esclarece a prática clínica é um convite de nossos próprios pacientes ao trabalho, à pesquisa da teoria.

Esta dissertação foi elaborada considerando esses dois vetores do trabalho analítico – a teoria e a clínica - e conseguimos recolher novas ferramentas para a continuação do tratamento, novos questionamentos acerca dos diagnósticos, perguntas inéditas entre outros pontos enriqueceram o texto e a clínica. Nesse sentido, este trabalho ganhou seu contorno ao longo de seu desenvolvimento.

Cabe destacar que escolher por não rotular precipitadamente aqueles que nos procuram para o tratamento, é condição para que o trabalho de análise possa provocar algum efeito positivo na vida desses sujeitos. Quando o diagnóstico não é claro, devemos ficar atentos aos pequenos indícios que apontem para uma ou outra estrutura. Ao mesmo tempo, quando concluimos um diagnóstico é importante cuidarmos para que esse não se torne uma verdade absoluta sobre o sujeito. Nesse sentido, podemos pensar em Jonas, Caio e Valentina.

No caso de Jonas, o diagnóstico é claro, trata-se de uma psicose típica, extraordinária. No entanto, isso não exclui a singularidade de sua produção delirante que ele monta e desmonta a partir de seu próprio estilo. Circunscrever Jonas a um caso de psicose clássica pode resultar em perdermos algum detalhe ímpar que apenas esse sujeito pode nos ensinar no trabalho com as psicoses.

O plural garantido com o “s” no final da palavra “psicose” deve chamar a atenção para aquilo que o caso clínico apresenta de singular e, uma vez estando atentos a isso, nos deixamos ser surpreendidos por eles. A clínica ganha movimento, mas isso não quer dizer que diminuimos a importância do diagnóstico para a orientação do tratamento. Ao contrário, sabemos que precisamos ao menos de uma hipótese diagnóstica para que possamos conduzir eticamente o trabalho.

No entanto, algumas vezes, a conclusão na direção de um diagnóstico diferencial requer outro tempo. Mesmo assim devemos seguir com os atendimentos, afinando nossa escuta com o intuito de destacar índices objetivos que apontem para uma ou outra estrutura. Assim seguem os tratamentos de Caio e Valentina que suscitam questionamentos acerca do diagnóstico, mesmo após esses anos de trabalho.

É importante ressaltarmos que os três sujeitos caminham hoje com menos dificuldade desde quando começaram o tratamento. Jonas gravou um cd em parceria, estabelece relacionamento amoroso com outra moradora da casa, consegue se estabelecer dentro de uma residência terapêutica e está há alguns anos sem precisar de internação. Caio procurou novos empregos, fora do hospital universitário, sustenta um relacionamento amoroso no qual escolheram por dividir o mesmo espaço e está concluindo sua especialização. Valentina encontra outra possibilidade de se relacionar com seu corpo, estabelece relações sociais fora da internet, foi aprovada no vestibular e as automutilações não estão mais presentes até esse momento. Acreditamos que o trabalho apresenta esses resultados, a saber, sujeitos que conseguiram de alguma forma se proteger da invasão do real, pois não encarceramos os pacientes em suas hipóteses diagnósticas. Apostar no funcionamento ímpar de cada um, nos desperta e, com isso, podemos tratá-los na direção do que existe de mais singular, como únicos que são.

Além disso, visto o exposto nos capítulos desta dissertação, não devemos considerar que um traço é exclusivo de uma determinada estrutura, por mais comum ou frequente que seja. Corroborando com esta ideia, quando estamos diante de um sintoma conversivo, não devemos dizer, precipitadamente, que se trata de uma histeria. Ao mesmo tempo, o delírio não pode mais, ser atribuído apenas à estrutura da psicose, pois como afirma Miller (2010, p.11): “A vida não tem sentido, atribuir sentido já é delirante.”.

Jonas explica o que motiva a criação da música, do trabalho, dos prédios, etc.: “Caso essas coisas não existam não tem porque viver, levantar da cama. É tudo criado pra isso, uma enganação”, diz ele. Nesse sentido, a vida do neurótico também é uma criação, porém compartilhada por um maior número de pessoas, como já apontava Freud em “*A perda da realidade na neurose e na psicose*”. Vale ressaltar que isso não exclui as características particulares de cada estrutura que as tornam distintas, o que marca, por um lado, a descontinuidade entre neurose e psicose.

Podemos perceber, portanto, que um diagnóstico em psicanálise só é possível se considerarmos que precisamos de um tempo para ir além do que observamos no paciente. O tempo da escuta que permite ao analista localizar a partir da fala o lugar que o sujeito encontra na relação com o Outro, por exemplo. O tempo da transferência, que é motor do tratamento e permite o encontro com os efeitos do inconsciente. Assim, o que está em questão é o tempo do sujeito que nos dará as ferramentas singulares para o trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, E. Estabilizações. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Belo Horizonte: EBP-MG, n.14, 2000.
- BASZ, S. Nomeação. In: Scilicet dos Nomes do Pai. AMP, Textos preparatórios para o Congresso de Roma de julho de 2006.
- CHORNE, M. Falo. In: Scilicet dos Nomes do Pai. AMP, Textos preparatórios para o Congresso de Roma de julho de 2006.
- DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DEFFIEUX, J.-P. Nome-do-Pai e suplência. In: Scilicet dos Nomes do Pai. AMP, Textos preparatórios para o Congresso de Roma de julho de 2006.
- DRUMMOND, C. Formas de desencadeamento. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Belo Horizonte: EBP-MG, n.14, 2000.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: de fenômeno a estrutura. *Ágora: estudos em clínica psicanalítica*, Rio de Janeiro, v. I, n.1, jul.-dez. 2000.
- FIGUEIREDO, A. C. A relação entre psiquiatria e psicanálise: uma relação Suplementar. *Informação Psiquiátrica*, v.18, n. 03, 1999.
- FREDERICO, C. *A psicose não desencadeada: um programa de investigação clínica*. Dissertação (Mestrado). - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de psicologia. Programa de pós-graduação em Teoria Psicanalítica, 2008.
- FREUD, S. (1912) A dinâmica da transferência. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro, Imago, 1996. Volume XII.
- _____. (1912) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro, Imago, 1996. Volume XII.
- _____. (1916-1917 [1915-1917]) Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII: Transferência. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro, Imago, 1996. Volume XVI.
- _____. (1916-1917 [1915-1917]) Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVIII: Terapia analítica. In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro, Imago, 1996. Volume XVI.

_____. (1924) A dissolução do Complexo de Édipo In: _____. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Rio de Janeiro, Imago, 1996. Volume XIX.

FINK, B. *O sujeito lacaniano; entre a linguagem e gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GUERRA, A.M.C. *A psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LACAN, J. *O Seminário. Livro 3: As Psicoses (1955-56)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

_____. *O Seminário. Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LAUAR, H. Perplexidade e enigma nas psicoses. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Belo Horizonte: EBP-MG, n.14, 2000.

LAURENT, E. Há algo de novo nas psicoses. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Belo Horizonte: EBP-MG, n.14, 2000.

LAURENT, E. *Falar com seu sintoma, falar com seu corpo*. Argumento sobre o VI ENAPOL. Buenos Aires, 2012.

MALEVAL, J.C. Foraclusão. In: Scilicet dos Nomes do Pai. AMP, Textos preparatórios para o Congresso de Roma de julho de 2006.

MILLER, J. Discurso do método analítico. In: _____. *Lacan Elucidado: Palestras no Brasil*. Coleção Campo Freudiano no Brasil, org Angelina Harari, Jorge Zahar, 1997.

_____. Psicanálise e Psiquiatria In: _____. *Lacan Elucidado: Palestras no Brasil*. Coleção Campo Freudiano no Brasil, org Angelina Harari, Jorge Zahar, 1997.

_____. A psicose. In: _____. *Lacan Elucidado: Palestras no Brasil*. Coleção Campo Freudiano no Brasil, org Angelina Harari, Jorge Zahar, 1997.

_____. et al. *Los inclassificables de la clinica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2008.

_____. et al. *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós, 1998/2006.

SAGNA, C. D. Suplências e Nome-do-Pai. In: Scilicet dos Nomes do Pai, AMP, Textos preparatórios para o Congresso de Roma de julho de 2006.

POLLO, V. A estrutura da histeria. In: _____. *Mulheres históricas*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

SKRIABINE, P. Nó e o Nome-do-Pai. In: Scilicet dos Nomes do Pai, In: Scilicet dos Nomes do Pai. AMP, Textos preparatórios para o Congresso de Roma de julho de 2006.

TEIXEIRA, A. Forclusão generalizada – como é possível não ser louco? *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Belo Horizonte: EBP-MG, n.14, 2000.

TIRONI, A. C. *O que as psicoses ordinárias ensinam?* Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2012.