

INTRODUÇÃO

Nadja Ribeiro Laender

Esta dissertação se originou de um questionamento clínico da analista diante do impasse teórico colocado pelo atendimento de uma cliente. Confrontar a orientação diagnóstica passível de se depreender da clínica psicanalítica freudiana e da clínica de Lacan é, portanto, o que nos levou a avaliar, a partir dos diagnósticos, o alcance da teoria clínica da psicanálise praticada em nossos dias. Nesse confronto, privilegiaremos as referências que possam se articular ao que tradicionalmente se diagnosticava como “neurose” ou como “psicose”, devido ao modo como os casos nos chegam à clínica. Esses casos nos levaram a problematizar e questionar essa divisão tradicional.

Nesse contexto, descrevemos e avaliamos mais detalhadamente o caso de Maria das Dores que norteia esta dissertação de Mestrado. A paciente figura muito bem, a princípio, a chamada “poliqueixosa”: seu corpo produz muitas dores, mas sem muita especificidade. Ao mesmo tempo, sua fala é monossilábica e fixa o sentido das palavras; possui poucas lembranças do passado e se referencia quase sempre aos acontecimentos do seu cotidiano. Trabalhar com ela é um constante desafio: parece exaurir as energias da analista, testar-lhe a paciência e pôr à prova o seu saber. É complicadíssimo atribuir-lhe um diagnóstico específico: pode-se considerá-la psicótica, por sua fala colada a um significado literal dado às palavras, pela pobreza de simbolização e por uma transferência “maciça” na analista; pode-se considerá-la uma histérica decidida, devido a sua insistência em apresentar o pai como deteriorado e devido a seu insaciável apelo por uma mãe perdida quando ainda era muito pequena, e por alguém capaz de acabar com a sucessão de abandonos ocorridos ao longo de sua vida.

Maria fala muito pouco e conseguir dados mínimos para se começar a fazer um diagnóstico ou mesmo a montagem de um pensamento clínico, demandou um esforço extra por parte de sua analista que ficou desde o primeiro momento intrigada com os dados esparsos, pobres e desconexos que sua cliente lhe trazia. Enfim, Das Dores pôs a analista à procura de teorizações que possam fazer entender a profusão de sintomas apresentados e delimitar, dessa forma, a sua estrutura que não se insere em nenhuma das grandes divisões clínicas: neurose e psicose.

Porém, no âmbito mesmo da teoria e da clínica psicanalíticas, também encontramos orientações que parecem mais próximas da dispersão diagnóstica. Assim, diante de um quadro clínico com ausência sistemática de sonhos e fantasias, associada a uma demonstração de pouco saber sobre si mesmo, é possível encontrarmos perspectivas analíticas que o diagnosticam como um caso em que o recalçamento, como mecanismo próprio à neurose, não opera e conduz a um déficit na capacidade onírica e no fantasiar, a uma forma de psicopatologia mais grave do que a neurose. Entretanto, Flávio C. Ferraz, psicanalista, afasta tal quadro de uma psicose ao nos propor o diagnóstico de “normopatia” a partir do que se apresenta com características que também podemos detectar, no quadro de Maria das Dores. Ora, essa descrição de “normopatia” se assemelha muito ao que Joyce McDougall classificou como “analisandos-robôs” ou “antianalisandos”: ambos designam uma obstrução no acesso ao seu mundo subjetivo, para uma grande falta de afetividade, devido a uma falha na constituição da identidade subjetiva, considerando-a, portanto, com uma patologia não-neurótica, mas que tampouco poderia ser diagnosticada como psicótica. Não poderíamos então indagar se, a seu modo, encontramos também no âmbito da teoria e da clínica psicanalíticas uma certa dispersão diagnóstica? Investigar tais questões, conforme nos propusemos nesta dissertação, parece-nos importante para enfrentarmos os

desafios que encontramos hoje em nossa clínica e também para o futuro da clínica psicanalítica.

Nesta investigação, será importante levarmos em conta a chamada “segunda clínica de Lacan” porque, ao mesmo tempo em que ela faz valer uma descontinuidade, mantém certos princípios que, segundo os lacanianos, a defendem contra a dispersão e a fluidez diagnóstica que encontraríamos em perspectivas psicanalíticas como aquelas de Ferraz e McDougall. Na primeira clínica formalizada por Lacan, o significante Nome-do-Pai, como referência fundamental à Lei simbólica, é o elemento diferencial que introduz a oposição entre neurose e psicose: quando há Nome-do-Pai, teríamos a neurose; se o Nome-do-Pai não se faz presente no simbólico, tratar-se-ia de psicose. Por sua vez, com a “segunda clínica de Lacan”, o Nome-do-Pai, ainda que mantendo sua dignidade de ser um enlaçamento mais coletivizado, torna-se uma amarração sintomática entre outras, uma referência entre outras pelas quais um sujeito pode pautar sua vida: torna-se mais importante “privilegiar a referência... às maneiras particulares que cada sujeito encontra para se haver” com a satisfação libidinal e os impasses que atravessam a vida¹. Assim, esse novo enfoque oferece elementos para a delimitação do diagnóstico de psicose para sujeitos que, embora apresentem um estado de desorganização, com queixas que revelam vacilações subjetivas decorrentes da própria degradação das referências sociais, não apresentam características mais tradicionais da psicose, como a escuta alucinatória de vozes, as fragmentações corporais ou sistematizações delirantes. Cristina Drummond afirma que “o colocado em questão é a insuficiência do pai para garantir o Outro, para regular o gozo apenas pela lei e pelo ideal. Agora o psicótico, tanto quanto o neurótico, recorre ao sintoma para tratar o real pelo simbólico. Cabe a nós acompanharmos suas soluções particulares”². Considerando essa referência à “segunda clínica de Lacan”, será

¹ DRUMMOND, Cristina. O desencadeamento da psicose. In: *Curinga*, n.13, BH: EPB-MG, set.1999.

² idem, p.138.

que o caso Maria das Dores, brevemente descrito no início desta introdução, apresenta-nos alguma “solução particular?”

Se a nossa própria prática nos convida a perguntar se as categorias diagnósticas atuais são insuficientes para responder ao que estamos encontrando em nossas clínicas, o intuito desta dissertação é pesquisar, teorizar e escrever sobre o funcionamento psíquico dos pacientes que se expressam de maneira diferente às formas mais tradicionais de diagnóstico em psicanálise. Assim, tanto a dispersão contemporânea dos diagnósticos quanto a indefinição clínica e a urgência que nos são apresentadas por muitos casos da prática dos analistas justificam e ao mesmo tempo exigem a investigação a que esta dissertação se propõe a realizar. O nosso intuito foi buscar esclarecimento nesta questão atual, que nos parece muito pertinente à clínica psicanalítica atual e convoca o rigor da problematização e da pesquisa que um trabalho de dissertação de Mestrado pode efetivar.

1. A PSICANÁLISE AINDA EXPLICA?

Já há algum tempo, os analistas têm sido interpelados por pacientes cujos quadros clínicos, além de apresentarem uma dificuldade para se adequarem ao dispositivo e às recomendações que tradicionalmente caracterizam a psicanálise, manifestam um não-enquadramento aos diagnósticos que fundam a psicopatologia psicanalítica a partir de grandes divisões como neurose, perversão e psicose.

São pacientes freqüentemente desencantados com a realidade em que vivem, sem grandes questionamentos a respeito de si próprios e mesmo do mundo e que apresentam sintomas nos quais a dimensão corporal, por ser tão intensa, acaba por dificultar ou mesmo impedir consideravelmente nosso acesso ao sentido inconsciente que Freud nos orientou a decifrar. As palavras se apresentam muitas vezes com um significado fixo, e quando interpelados sobre algum sentido latente em sua fala, esses pacientes freqüentemente se limitam a respostas como: “não sei...”, “não entendi...”, “nada a ver...”. Suas ligações afetivas e sociais são instáveis e pouco freqüentes, e, quando acontecem, quase sempre revelam uma tendência de “cola”, justificada por eles a partir do que chamam de “grande carência”. Seu tempo existencial e verbal é o presente: o passado está esquecido e o futuro parece não lhes pertencer. Muitos utilizam medicação psiquiátrica, não faltam jamais às sessões, que pagam regularmente. Ainda assim, algo falha. Eles não entram no dispositivo analítico, não associam livremente, sonham muito pouco e sua transferência varia do “posso lhe abandonar a qualquer momento” ao “eu não posso viver sem você”, numa repetição dos laços afetivos e sociais. Seu diagnóstico estrutural fica em suspenso porque, apesar de sua sintomatologia se apresentar como uma neurose grave, parece que lhes faltam os elementos fundamentais a uma neurose e, embora isso os aproxime das psicoses, não encontramos na vida desses pacientes grandes rupturas como aquelas presentificadas

pelos “surtos”, nem outros traços bastante característicos das psicoses como alucinações verbais, delírios de influência, querelâncias, dispersão corporal ou ideias persecutórias.

O problema que se coloca é: Como é que um analista, com uma formação freudiana e uma boa leitura do Lacan estruturalista, conduz o tratamento de clientes que não se enquadram nos diagnósticos estruturais da psicanálise por apresentarem traços de várias estruturas que afinal impedem seu pertencimento a uma determinada classe diagnóstica? O quadro clínico apresentado a seguir ilustra de maneira exemplar as considerações feitas acima, os impasses que surgiram durante o tratamento de Maria das Dores e a busca por novos aportes teóricos.

1.1 Maria das Dores: impasse diagnóstico

Maria das Dores está sendo acompanhada pela analista há mais de seis anos. O seu nome fictício retrata com fidedignidade a paciente. Como fica evidente pelo seu nome, seu corpo lhe proporciona muitas dores. Sua queixa vem entremeada de dores de garganta, dores no peito. Sua cabeça dói, seu joelho incha e a faz mancar, seus seios também incham. Periodicamente aparece com uma coceira nas costas, no rosto, tem gastrite, miomatose, enfim, é a própria poliqueixosa. Quem a enviou foi um médico que, por não achar causa orgânica em seus sintomas, deduz serem as suas dores de ordem psicológica.

Das Dores é uma pessoa que fala muito baixo, obrigando a analista a ficar extremamente atenta para poder ouvi-la. Possui uma dificuldade enorme para falar, não se lembra de nada. O tempo do seu discurso é sempre o presente, o passado está esquecido e o futuro lhe parece incerto. “Tenho um buraco na cabeça, não me lembro de nada, é tudo preto” (sic). Tal fato é justificado por ter levado uma pedrada na cabeça, quando vinha da igreja, dada por um doido do bairro, tendo sangrado muito. Nessa época ela tinha 8 anos. Seu atendimento demanda uma cota extra de investimento, ela quer todos os minutos até o

último segundo, não admite atraso, a ausência da analista por causa de férias é motivo de regressão, por se sentir abandonada, e reclama de muitas dores. A sensação que a analista tem é de que ela suga as suas energias, testa a sua paciência e além de tudo põe à prova alguns conceitos clínicos psicanalíticos. Estabelecer o seu diagnóstico estrutural demandou muito tempo e requereu, além de uma busca de novos aportes teóricos, mudança de supervisão. Seu quadro clínico se caracterizava pelos seguintes aspectos: enorme dificuldade em falar, convívio social restrito, fala colada no significante, simbólico muito pobre atestado por não sonhar, não cometer atos falhos, recordações sempre ligadas aos fatos do presente e uma reclusão ao leito, que ela mesma se impôs, diagnosticada pelos médicos como depressão. As lembranças do passado apareciam em alguns momentos pontuais e se encontravam ligadas a fatos traumáticos. Falar para ela é um problema. Ela sempre diz: “Eu não me lembro da minha infância, eu não me lembro de nada. Falar dói.” Após dizer estas palavras, ela se queixa de dor de garganta e tem naquele instante uma rouquidão que torna sua voz praticamente inaudível. Aliado a esse sintoma, piora a dor no peito que vem acompanhada da sensação que vai lhe faltar ar. A dor é descrita como um aperto que começa no peito e se irradia até a região da garganta, é como se ela estivesse tomando uma facada, o que a leva a pensar, algumas vezes, em realmente se esfaquear para ver se melhora.

Trabalhar com ela é um constante desafio. O seu lado corporal é de tal forma hipertrofiado que a questão da palavra, do significante, do significado, praticamente torna-se de menor importância. Ela no começo não dava conta de se escutar. O que fazia mais barulho era a dor. Passaram-se alguns meses com ela descrevendo suas dores e esperando da analista uma resposta que desse significação às suas dores e as fizesse melhorar. As sessões eram cansativas porque ela não falava quase nada e sempre pedia, e pede até hoje, para “fazer diferente”. Ao ser perguntada sobre o que queria, a resposta era: “Você sabe,

acha um outro jeito de me tratar.” Algumas vezes a analista pediu-lhe que desenhasse, mas ela só conseguiu rabiscar, com giz de cera preto, toda a folha com muita força até tampar tudo, e depois explicar que aquilo era o aperto. Outras vezes ela rasgava com as mãos as folhas de uma revista em pedaços minúsculos, dizendo estar com muita raiva e com muito aperto. Quando era perguntada se tinha acontecido alguma coisa, ela nunca conseguia correlacionar um dado evento com seu mal-estar. Após esses anos todos, agora, algumas vezes, ela consegue ligar um fato ao aumento de sua angústia.

Das Dores foi criada pela tia paterna que se muda para sua casa após a morte de sua mãe, quando ela era ainda bem pequena. A tia assume o lugar de mãe, mas era uma mãe cruel, que lhe batia com varinha de cipó por qualquer motivo e, também, a mando do pai, deixando-lhe marcas para que ela se lembrasse. Enquanto era batida, Das Dores não podia chorar nem fazer escândalo, tinha que apanhar calada. O pai de Maria aparece sempre como o pai imaginário, aquele que goza de todas as mulheres, tudo pode fazer. É um pai temível e, sobretudo, destrutivo. Numa sessão ela relata que nenhum de seus irmãos foi bem-sucedido na vida porque o pai sempre dizia: “Vocês são barricada perdida.” À medida que vamos trabalhando, suas dores abrandam um pouco, ela começa a perceber que pode se salvar dos vaticínios paternos, mas todas as vezes que se chega perto de algum ponto que a aflige muito, ela se cala e começa a sentir dores e aperto no peito. Em duas ocasiões, Maria retira a pele do dedo mínimo dos pés com alicate justamente após sessões em que ela se sentiu muito angustiada.

Seu universo familiar lhe parece hostil e propiciador de conflitos. Sua história de vida consiste em uma sucessão de abandonos e perdas ocorridos em sua maioria durante a sua infância. Ela não conversa com a tia, nem com o pai nem com os irmãos. Das Dores é a caçula de uma prole de sete filhos, sendo dois irmãos e cinco irmãs. Todos são casados, exceto Maria e um irmão que é toxicômano. Constantemente, ela briga com a tia e com o

pai, por motivos banais. Diz não gostar deles nem eles dela. Desconfia que o pai e a tia tenham relações sexuais porque a tia nunca foi casada e faz exame ginecológico para ver se tem câncer de colo de útero. “Aí, ela não é virgem, né? Com quem ela transou? Quando a gente era menor as minhas irmãs também desconfiavam.”

Outro fato marcante na história de Das Dores é ela ter perfurado o olho de sua irmã quando brincavam no terreiro da casa. Nessa época ela tinha 4 anos. Maria estava segurando uma finca e a irmã cai justamente em cima da finca, se machuca e perde o olho. Apesar de ter dito que não era sua culpa, que foi um acidente, ela acha que todo mundo a culpou. “Eu não pude nem ir ao hospital visitá-la. Depois ela chegou lá em casa com aquele olho branco. Eu nunca mais brinquei com ela. Eu sou a culpada de tudo de minha casa. Tudo que acontece de errado, eu sou culpada.” Quando se machucava, ela mesma se tratava, não pedia ajuda a ninguém. Sua cama, já nessa época, constituía seu refúgio preferido.

Das Dores tem segundo grau completo e trabalha como funcionária pública. Jamais falta ao trabalho, relaciona-se pouco com os colegas, mas é muito assediada pelos colegas de sexo masculino por ter um corpo bonito e não dar bola para ninguém. Namorou poucos rapazes, mas não tolerava nenhuma intimidade sexual considerada como nojenta. Aos 18 anos, foi noiva de um rapaz que exigiu que ela lhe desse prova de amor. Ela relata ter sido uma experiência horrível, com muita dor e sem derramamento de sangue. Pergunta como pode ser se ela era virgem. O noivo diz ter sido um erro tê-la levado para a cama, mas, ainda assim, fazem sexo algumas vezes, sempre com o mesmo comportamento de Maria: ela fica imóvel, ele é que faz tudo, ela sente muitas dores e seu desejo é de que ele acabe logo. Após um tempo, o noivado termina porque ela queria fazer um curso e ele não deixou. Depois disto, nunca mais namorou. Tentou sair com alguns rapazes, mas eles, sempre no final, desejavam levá-la para um motel e isto ela não quer. Certa vez um deles a

leva a um *drive-in* e, após alguns beijos, pede para que ela toque em seu pênis. Ela reluta, ele insiste e coloca a mão dela no seu pênis e ela fica desesperada. Diz-lhe que tem medo daquilo grande e duro, mas o rapaz mesmo assim pede que ela o masturbe. Maria se solta dele transtornada, entra no carro e pede para ir embora. Diante do estado dela, ele concorda em levá-la dali. Após este evento, o aperto aumenta muito de tamanho e força, sua ojeriza em relação ao sexo se intensifica. Das Dores não se masturba porque dói e também porque não tem vontade, não vê sentido em se tocar. Mas mesmo assim quer ser igual às outras moças que gostam de transar e pergunta o porquê de ter tanto medo do sexo, e o porquê de ser diferente das outras moças. “Eu queria ser igual a elas, fico ouvindo as histórias delas com os namorados, como elas dizem que é bom, e eu só me lembro de ser ruim e ter muita dor. Eu queria ser normal. Muda isso para mim.”

Após a leitura de um livro no qual a protagonista tem problemas psicológicos devido a um estupro feito pelo pai, Maria traz um sonho no qual uma criança é estuprada. A cena consiste num quarto meio escuro no qual alguém segura seus braços, um outro força as pernas para que se abram e a criança sente dor e sangra muito. Enquanto fala, Maria cruza as pernas com força e seu rosto reflete desespero. Essa cena, logo após o relato, é suprimida das sessões, mas meses depois volta a ser relatada com frequência. A partir daí, seu quadro clínico se desestabiliza, passa ao ato ingerindo grande quantidade de medicação psiquiátrica, é submetida a uma cirurgia ginecológica (retirada de miomas) e o comportamento de automachucar acontece com mais frequência – retira a pele do dedo mínimo do pé com alicate para ver sangue. O sonho vira obsessão. As dores no corpo recrudescem, seu relato volta a ser monossilábico, seu mundo se resume a permanecer na cama até a hora do trabalho, ir às sessões de análise com o pedido de “me faz esquecer”, “me deixa morrer”, “me diz uma palavra de morte.”

Como seu corpo lhe traz muitas dores, ela vive indo a médicos. Certa vez foi encaminhada para fazer fisioterapia. Após algumas sessões, ela diz para a fisioterapeuta que queria morrer e iria pular de um prédio. A fisioterapeuta diz para ela pular de prédios altos com mais de 15 andares, porque de um de quatro andares ela não iria morrer, no máximo iria quebrar alguma perna. Maria passa a andar por BH olhando os prédios altos para escolher de qual deles poderia pular. O prédio do consultório da analista tem 19 andares e nesse período ela teve medo que Maria percebesse este fato e pulasse após alguma sessão.

Pouco tempo atrás, ela foi a uma ginecologista que, desconcertada diante da ausência de vida sexual de Maria, a incita a ler livros explicativos sobre sexo, a masturbar-se, a procurar um psicólogo. Diante da informação de já ter uma psicóloga, a médica a manda para um sexólogo. Maria chega muito tensa ao consultório e pergunta se era preciso se masturbar. De novo, retorna a cena do estupro, o aperto aumenta e ela ameaça tomar toda a medicação que tem em casa, ou ingerir remédio de rato. Como em sua tentativa anterior de auto-extermínio ela utilizou a medicação e foi socorrida a tempo, diz que tomar remédio não mata. Assim, começa a pedir para que a analista a ajude a morrer, pois não quer mais viver, não tem sentido ela estar viva, ela não faz falta a ninguém. “Me ensina um jeito de morrer. Tô cansada de viver. A culpa não é sua, você já fez muito por mim, eu tenho o direito de morrer.” Aumento o número das sessões e ela se pergunta: “Como o pai pôde fazer isso comigo, aonde estavam os outros quando ele estava comigo, por que era comigo e não com as outras?”

Atualmente, ela mudou de psiquiatra e este lhe receitou geodom 80mg à noite e 40mg pela manhã, manteve diazepam 10mg, fluoxetina 30mg duas vezes ao dia, haldol 2 mg 20 gotas pela manhã. Para conseguir o geodom ela teve que entrar com o pedido em um órgão público, que lhe deu acesso a informações sobre sua doença. Ao ler o

diagnóstico de esquizofrenia, fica extremamente perturbada. Pergunta se ela era louca, porque ela tinha que tomar aquele remédio, que aquilo era para gente louca e ela não era louca. Consegui, após inúmeras sessões repetitivas e idênticas, fazê-la entender que algumas pessoas que não são loucas também tomavam essa medicação, e que no caso dela era para ver se ela saía um pouco da cama e ajudava em casa. Só assim ela entrou com os papéis na Prefeitura. A primeira prescrição ficou quase um ano no consultório da analista porque ela não levou para casa com medo que os outros soubessem o que ela estava tomando. Logo no princípio, o geodom a ajudou, ela diminuiu a sensação do aperto, começou a ajudar a tia nos trabalhos domésticos, a suportar melhor as ausências e atrasos da analista. Após seis meses de uso, o quadro clínico começou a se reverter: ela volta a ficar só na cama e apresenta atualmente sintomas de anorexia. Está muito magra, reclama que as roupas estão muito largas e que está usando calça 34. Não tem fome, às vezes fica sem almoçar (única refeição sólida do dia) e não lancha à noite no serviço, só toma café. Relata, também, vômitos constantes após a ingestão de qualquer alimento.

Atualmente, a medicação parece não fazer mais nenhum efeito e ela continua passando o dia deitada na cama até a hora do trabalho. Está extremamente magra e frequentemente, após se alimentar, vomita. O aperto a acompanha como um manto invisível, em alguns dias é mais intenso, em outros menos. Sua desvitalização é patente e a demanda de que eu a deixe morrer, devido à ausência de sentido em sua vida, é proporcional ao tamanho do aperto. Hoje, ela já faz relação entre algum fato ocorrido e o aumento do aperto, mas continua a afirmar que não pensa e que dentro de sua cabeça tem um buraco preto que a impede de pensar.

Se a questão sintomática de Maria das Dores é tão florida, por que seu diagnóstico torna-se complicado ao considerarmos o ponto de vista freudiano, o de Joyce McDougall e a Primeira Clínica de Lacan?

1.2 As histéricas de Freud

A porta de entrada de Freud para a psicanálise foi a histeria, com seus ataques poliformes e a anatomia singular de cada histérica. Entender os seus mecanismos conversivos, buscar a causa precipitante dos casos e inseri-los em um contexto psicológico torna o pai da psicanálise um médico sensível e perspicaz, dono de uma escuta refinada, além de imbuído de uma sede de saber que não media esforços para comprovar a legitimidade de seus achados.

Em 1889, três anos depois de ter voltado de sua temporada em Paris com Charcot, Freud qualificava a histeria como uma doença psíquica bem definida, de etiologia sexual e traumática devido a uma sedução. A teoria do trauma e a da sedução foram uma etapa necessária para Freud descobrir as relações existentes entre sexualidade e inconsciente. A passagem da noção de trauma como realidade para o enfoque na fantasia abre as portas para um olhar mais abrangente do psiquismo humano, e a relevância da ocorrência do fator traumático torna-se uma questão de pouca monta.

Os casos relatados em “Estudos sobre a Histeria” apresentam com riqueza de detalhes a maneira como Freud articula sua clínica aos conceitos psicanalíticos, ainda não muito formalizados, mas que serão mantidos ao longo de sua obra. Aqui serão utilizados dois de seus casos com o intuito de fazer um estudo comparativo entre esses casos relatados por Freud e o caso clínico apresentado no início do capítulo.

1.2.1 Miss Lucy R.

Miss Lucy trabalhava como governanta na casa do diretor-gerente de uma fábrica perto de Viena. Seus sintomas eram fadiga, depressão e, o que mais a atormentava, um cheiro de pudim queimado que sentia constantemente e que serviu como pretexto para o começo de sua análise. Contrariamente às outras histéricas, Miss Lucy não se deixou

hipnotizar, só entrava em um sono profundo, o que leva Freud a abandonar o método catártico, que tinha como precondição este estado modificado da consciência para que a paciente tivesse acesso às lembranças traumáticas e suas múltiplas conexões.

Ao utilizar o método de concentração, Freud tem a certeza de que seus pacientes sabiam a origem de seus sintomas e por isto começa a perguntar: “Há quanto tempo tem este sintoma?” ou “Qual foi sua origem?”. Se ele recebia um “não sei”, colocava sua mão na testa da paciente e dizia: “Você pensará nisso sob a pressão de minha mão. No momento em que eu relaxar a pressão, verá algo à sua frente ou alguma coisa aparecerá em sua cabeça” (Freud, 1893/1989:157). Freud se surpreendeu com a eficácia do método, pois ele já há algum tempo o empregava com sucesso em outros pacientes e sempre era brindado com recordações muito importantes e precisas.

Ele pergunta para Lucy quando ela sentiu o cheiro de pudim queimado pela primeira vez e ela responde que tinha sido dois dias antes de seu aniversário. Ela estava brincando com as crianças e recebeu uma carta da mãe. As crianças não a deixaram ler porque achavam que era a respeito de seu aniversário e que ela deveria lê-la somente na data. Enquanto as crianças brincavam com ela, se esqueceram que tinham colocado um pudim para assar e só se lembraram dele quando sentiram o cheiro de queimado.

A resposta dada por Lucy levou a uma série de perguntas que irão revelar o real motivo da sua atual condição histérica. Ela relata que prometera à mãe da criança em seu leito de morte que iria tomar conta de suas filhas e que tomaria o lugar de mãe junto a elas. Ao receber a carta da sua mãe, Lucy estava passando por um momento de conflito com os outros serviçais da casa e se sentiu pouco apoiada pelo patrão. Por isto comunicou-lhe estar decidida a abandonar seu emprego e voltar para perto de sua mãe na Inglaterra. Ao dar este aviso ela sentiu que estava quebrando a promessa.

Freud então estranha o aparecimento da conversão e se interroga por que o conflito entre a promessa e a ruptura da promessa adquirira valor de trauma, fazendo com que a sensação olfativa fosse isolada da cena, tornando-se símbolo do trauma no momento em que Lucy recebera a carta de sua mãe. A conclusão a que ele chega é que ela está apaixonada pelo patrão e que tem a esperança secreta de tomar o lugar da mãe das crianças; além do mais, teme que as criadas suspeitem das suas esperanças e estejam se divertindo à sua custa. Lucy responde afirmativamente a esta interpretação dada por Freud, que se espanta e diz: “Mas se você sabia que amava seu patrão, por que não me disse?” Ela diz: “Não sabia ... ou antes, não queria saber. Queria expulsar isso da minha cabeça e não pensar mais no caso; e acredito que ultimamente consegui”(Freud, 1893/1989:164-5).

O tratamento se encerra com o desaparecimento dos sintomas. Ao tornar consciente através da fala o que ela não queria saber, o recalcado se reintegra na consciência e deixa de ser motivo de conflito. No caso Lucy, a questão da simbolização é predominante. A conversão se dá com o recalque da idéia incompatível com o inconsciente e um órgão do corpo, no caso o nariz, é superinvestido no momento da ocorrência da cena traumática. A dor psíquica é convertida em dor somática, ou seja, ela faz uma conversão. No caso Maria das Dores, sua dor psíquica também se transforma em dor somática, mas desligada de qualquer fato que pudesse levá-la a descobrir o porquê de suas dores, não há simbolização, restando somente uma queixa recorrente e repetitiva, monossilábica, refratária a qualquer interpretação.

1.2.2 Frau Cäcilie

O caso de Frau Cäcilie foi escolhido devido a sua abundância de fenômenos corporais simbolizados e outros que Freud explica como sendo uma descarga não simbolizada, direta no corpo, típica da histeria de angústia.

Frau Cäcilie sofria de uma nevralgia facial extremamente violenta, que surgia algumas vezes no ano e já datava 15 anos. Essa nevralgia era resistente ao tratamento e cessava abruptamente. Em uma das crises Freud a hipnotizou proibindo-lhe que sentisse dores e elas pararam na mesma hora, fazendo com que ele duvidasse de sua veracidade.

Após um ano, ela volta a ter acessos histéricos, caracterizados por estreitamento da consciência, alucinações, dores, espasmos e longos discursos declamatórios, que se seguiam por um quadro alucinatório de uma experiência passada que determinava seu quadro atual. Freud era chamado no auge do acesso, induzia a hipnose, evocava a reprodução da experiência traumática, o que determinava o final do acesso.

Nos exemplos em que Freud conseguia que a paciente, ao reproduzir sua dor facial, chegasse à sua causalidade psíquica através da evocação da cena traumática – um insulto do marido que ela sentiu como uma bofetada no rosto –, ele justificava o sintoma como simbolização por meio de expressão verbal, sendo portanto a dor psíquica modificada em dor somática como conversão histérica.

Freud relega o mecanismo de simbolização a uma importância secundária quando Cäcilie tem uma dor lancinante no calcanhar que a impossibilita de andar, sendo esta relacionada ao contato com o médico que a ajudou a caminhar, porque pensou naquele instante que seu comportamento talvez não fosse apropriado. Portanto, a manifestação somática (dor no pé) foi a causa necessária para o aparecimento do sintoma histérico.

Em um outro exemplo, o aparecimento dos sintomas histéricos através da simbolização é preponderante. Cäcilie tinha 15 anos, estava deitada na cama e a avó a vigiava. De repente, ela solta um grito porque sentira uma dor penetrante na testa, entre os olhos, que persistiu por semanas. Durante sua análise com Freud, ela reconstitui esta cena e diz que “a avó lhe dirigira um olhar tão ‘penetrante’, que fora direto até o cérebro” (Freud, 1893/1989: 229). Freud relata ainda ser esta paciente a que mais lhe trouxe exemplos de

simbolização e teoriza que o histérico “ao tomar uma expressão verbal literalmente, e ao sentir a ‘punhalada no coração’ ou a ‘bofetada na face’ após uma observação desatenta vivida como um fato real, o histérico não está tomando liberdades com as palavras, mas simplesmente revivendo as sensações às quais a expressão verbal deve sua justificativa (Freud, 1893/1989: 230).

No caso de Frau Cäcilie, abundante em sintomas corporais, fica evidente a demarcação entre as duas formas de somatização: uma de origem psíquica incide sobre o corpo, mas usa o mecanismo da simbolização, levando à histeria de conversão; outra de origem somática afeta o psíquico através da descarga direta da angústia, ou seja, sem a mediação do simbólico, dando origem a sintomas predominantemente somáticos, sendo característica da neurose atual.

A diferença entre histeria de conversão e neurose atual se dá através da maneira como a excitação psíquica é processada, pois ambas têm origem sexual, e o fator temporal tem papel relevante. No caso da histeria, haveria uma ligação com os conflitos sexuais da infância que remetem a um corpo pulsional, imaginário, e o recalçamento atua como mecanismo de defesa que possibilita as formações substitutivas como o ato falho, o sintoma e o chiste. Na neurose atual, os sintomas, por não serem mediados pelo simbólico, não se constituem como retorno do recalçado, se apresentam no corpo, no momento presente, e não levantam um questionamento nem interligações que possibilitem uma pergunta que faça aparecer uma questão do sujeito. Eles são pontos cegos e opacos que nada significam para o sujeito.

1.3 Neurose ou psicose, eis a questão

Para Freud, tanto a neurose quanto a psicose se originam de um conflito devido a um distúrbio de relacionamento entre o ego e o mundo externo. Na neurose há um

recalcamento das representações incompatíveis com a realidade; o trabalho psíquico é de manter essa representação recalçada fora dos limites da consciência. As formações do inconsciente – sonhos, sintomas, atos falhos e chistes – são um modelo do funcionamento do retorno do recalçado e de como o inconsciente se estrutura em um caso de neurose.

Apesar de na neurose ocorrer uma perda da realidade, esta acontece somente na parte recalçada, é pontual e se resume a uma restrição do Id. Já na psicose, o eu cria um novo mundo externo de acordo com os impulsos desejosos do Id. A principal alteração da psicose acontece, portanto, na consciência do eu, o que é atestado pelo delírio e pelas alucinações. Freud sabiamente escreveu: “o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo” (Freud, 1923-1924/1989: 191).

Na psicose, o ego por se afastar de um fragmento da realidade e em sua tentativa para reconstruir uma realidade adequada às necessidades imperiosas do Id, via delírio ou alucinação, necessita de um mecanismo defensivo muito mais radical do que a neurose. Freud descreveu esse mecanismo como uma regressão narcísica da libido até o eu. Ao desinvestir o objeto externo e introjetá-lo como algo pertencente ao eu, a realidade externa, além de ser excluída, é substituída por uma realidade mais de acordo com os desejos do Id. Ou seja, se pensarmos com Lacan, o que acontece é uma rejeição do simbólico e uma exacerbação do imaginário.

Enquanto na neurose o conflito se apresenta inserido na realidade de uma maneira simbólica, circunscrito pelo significante, na psicose o fragmento da realidade rejeitada, por não possuir um ancoramento significativo e simbólico, retorna sem parar no delírio ou nas alucinações.

Ora, se o caso clínico focado neste trabalho fosse diagnosticado como uma psicose, estaríamos esbarrando num dos pilares da teoria da psicose: a cliente não

apresenta nenhum relato de delírio ou alucinação. De acordo com a teoria freudiana, ela não rejeita a realidade, tentando remodelá-la. Seu comportamento retraído e de pouca sociabilidade pode ser compreendido como fuga de uma realidade que lhe desagrada e por este motivo recorre ao sintoma de ficar no leito, sempre que se encontra em casa. Por outro lado, ela está aparentemente inserida em sua realidade social, ajuda no orçamento familiar e almeja melhorar seu ganho financeiro. Além do fato de estar sempre deitada, não ajudando nos afazeres domésticos, sua queixa principal é o aperto, que é a principal justificativa para a sua ausência de atividades, porque “ele” não a deixa fazer nada, a não ser ficar deitada devido a sua dor paralisante e avassaladora. Até este ponto, pode-se pensar num caso de uma neurose histérica com forte somatização, mas o modo precário como simbólico se apresenta fica bastante comprometido não só em se tratando da fala, mas também quando se trata das formações do inconsciente. Nas sessões ela raramente relata um sonho – porque não se lembra, atos falhos se os comete nada revelam – porque as palavras não a remetem para nenhum significado novo, e o chiste lhe é desconhecido porque não existe uma maleabilidade na significação, as coisas são aquilo que parecem ser ou representam. Seu inconsciente é uma caixa blindada tanto para ela quanto para sua analista, o que nos leva a pensar que Maria não é uma psicótica e tampouco o diagnóstico de neurose se lhe aplica, porque as suas queixas não a remetem a nenhum questionamento sobre os fatos já relatados. Suas dores corporais não se conectam com questão alguma e seu discurso é um relato (quando o faz) dos acontecimentos do dia relacionados diretamente a ela. Alguns fatos deixam a analista de sobreaviso: a ausência de sexualidade de Maria e sua evitação em ter relacionamentos amorosos ou mesmo amizades mais próximas.

1.4 Joyce McDougall e o conceito de normopatía

Em busca de mais esclarecimento para a questão diagnóstica de Maria, fez-se necessário pesquisar novas perspectivas teóricas, visto que a teoria freudiana não levava à solução dos impasses encontrados em seu atendimento.

Flávio Ferraz, em seu livro *Normopatía*, levanta algumas questões relevantes. Ele escreve que o analista ao se deparar com um quadro clínico com ausência de sonhos e fantasias, associadas ao pouco saber sobre si mesmo, pode levantar a hipótese de uma estrutura em que o recalçamento não está operando. Na neurose, o mecanismo de defesa é o recalçamento, que mantém preservado o universo simbólico do sujeito assim com também o alimenta. Se existe o fracasso do recalçamento, há um bloqueio da vida fantasmática do sujeito, caracterizando uma forma de psicopatologia mais grave do que a neurose. Apressadamente se poderia concluir que se trata de um quadro de psicose; porém, Ferraz acena com uma nova possibilidade ao escrever sobre a normopatía, quadro clínico que possui as seguintes características:

“...empobrecimento ou, até mesmo, a supressão da vida fantasmática, seja pela via do sonho, seja pela via do fantasiar. Do mesmo modo, o mundo interno encontra-se desinvestido; o sujeito pouco ou nada se refere a ele, demonstra baixa capacidade de introspecção e seu discurso refere-se quase que exclusivamente a objetos concretos do mundo exterior. [...] ocorre na normopatía é, na verdade, uma cisão entre a realidade interna e a realidade externa, a primeira sendo praticamente suprimida e a segunda sobre-investida de modo compensatório. O sujeito perde o contato consigo mesmo, passando a funcionar à moda de um robô, ...” (Ferraz, 2002: 48).

O fato é que muitas das dificuldades que Ferraz descreve como normopatia se assemelham ao que Joyce McDougall classificou como analisandos-robôs ou antianalisandos. Em seu livro *Em defesa de uma certa anormalidade*, no capítulo “O antianalisando em análise”, ela formaliza a figura do normopata, um analisando que, apesar de seu aparente enquadre no *setting* analítico, não entra em análise. Eles vêm assiduamente às sessões, aceitam bem a situação analítica, não fazem *acting-out*, nem durante a sessão, nem fora dela, não se atrasam jamais e pagam regularmente ao analista. No entanto, algo não funciona, eles não conseguem associar livremente, falam apenas de acontecimentos atuais, e se alguma lembrança da infância aparece é relatada de forma impessoal, desprovida de afeto, como se estivesse petrificadas em suas falas. O afeto que expressam não é de angústia nem de depressão, mas de uma irritação contumaz contra tudo e contra todos. A análise chega invariavelmente a um impasse devido à impossibilidade do analisando de entrar em contato com seu mundo interior. McDougall chama-o de normopata por se tratar de uma falsa normalidade, uma fachada que se rompida vai demonstrar toda a fragilidade da estrutura do sujeito. É uma normalidade estereotipada, que decorre de um processo de sobreadaptação defensiva.

São clientes que invariavelmente levam seus analistas a terem uma sensação de fracasso ao se depararem com a inoperância dos dispositivos analíticos. Por mais que eles se empenhem ou inventem técnicas novas, nada demove esses clientes da sua posição petrificada de não querer saber.

O conceito de normopatia evidencia a questão da norma, estabelecida a partir de algo que serve como base ou medida para a realização ou avaliação de alguma coisa. Os normopatas são a encarnação dessas normas. Eles vivem à moda dos robôs, as coisas são como elas são, as regras foram feitas para serem seguidas, jamais questionadas. Tal definição aponta para a ausência de um sofrimento mental nos normopatas que os leve a

fazer do sintoma uma pergunta. Geralmente suas queixas são exteriores, dirigidas aos outros que não se enquadram no seu modo de vida.

O normopata, por possuir um simbólico empobrecido, se identifica com figuras de autoridade: com o pai, com um significante que venha nomear a lei, com o outro especular ou mesmo com algum ideal imposto pela cultura. Ou seja, é através de identificações fundamentais — “eu sou como meu pai”, ou “eu não sou como minha mãe” — que o sujeito se define. O “eu sou como o Outro”, qualquer que seja este outro, serve de base identificatória que permite ao sujeito escapar às perguntas “quem sou eu para o Outro”, “para onde vou” ou “por que existo?”. A identificação tampona a relação com o objeto e impossibilita entrever o fantasma.

Esses analisandos, por utilizarem uma linguagem rica em chavões e constituída de idéias convencionais, jamais se expressam de maneira estranha ou incompreensível, falam de coisas e pessoas, mas não conseguem estabelecer relações entre as coisas e as pessoas. São antianalisandos porque, no entender de McDougall, eles encarnam o conceito de antimatéria,

“... isto é, algo que *só revela sua existência em negativo: uma força massiva que impede qualquer possibilidade de ligação.* [...] eles fazem da antianálise uma atividade que não é percebida, ou melhor, que é *observável em função de uma ausência*, constituindo uma força estática, negativa, de antiligação, que mantém no lugar tudo aquilo que está clivado, espedaçado, entranhado.” (McDougall, 1983: 84).

O sonhar e/ou a transferência não trazem à tona o inconsciente, que permanece como algo fora de significação, ou seja, são sujeitos grudados nos significantes e desconhecem a multiplicidade de sentidos engendrados pela metáfora. A metonímia se dá comandada por uma repetição alienada no dizer do Outro, representado pelo social ou por uma figura de

liderança. A autora também menciona que todos esses pacientes possuem um sistema de crenças que serve de explicação-chave para os seus problemas.

A linguagem do ponto de vista gramatical é perfeita, porém deixa entrever a rigidez normótica em que o sujeito está aprisionado. Ela é linear, sem nuances e vazia de afeto. Tal fato demonstra sua pobreza imaginativa e uma dificuldade de compreender a fala do outro, o que justifica a maneira rígida como esses clientes se adaptam às normas analíticas. McDougall afirma ainda que o analista se vê afetado por sentimentos de exasperação e impotência quando lida com tais clientes, por se sentir como mera testemunha de seu esforço e tenacidade no compromisso assumido, comparecendo assiduamente às sessões, e da seriedade com que acham que se aplicam à regra fundamental da psicanálise ao longo de vários anos de trabalho. No entanto, eles não se apropriam deste saber. Permanecem estagnados no mesmo discurso, levando o analista a suspeitar de sua competência profissional e de seu discernimento no diagnóstico. Para ela, um analisando que depois de cinco anos de análise continua com o mesmo discurso dos primeiros dias de trabalho, leva o analista a se questionar se não estaria atuando de maneira errada, se não seria resistência de sua parte, se não deveria ter sido mais incisivo ou mais maleável, se deveria tê-lo analisado face a face ou mais informalmente. Se o analista pontua suas carências ou faz alguma construção visando à via da fantasia, apenas suscita nesses clientes a idéia de que ele é quem tem problema. Às vezes, ao ser demandado que expresse seus pensamentos, dão como respostas: “De que mais você quer que eu fale? Mas eu já contei isso tudo a você!...”

São clientes que provocam sono, que fazem o analista sofrer quando, ao longo de suas intermináveis repetições e explicações, pára de escutá-los, pois percebe que toda intervenção é sentida como fora de sentido, como uma forma de se manterem na mesmice do mundo interno, que eles querem preservar de qualquer mudança possibilitadora do

novo. Seu sistema de crenças deve permanecer imutável, a organização de seu mundo se sustenta na fixidez e inalterabilidade das regras, nos conceitos e explicações que criaram para si, como uma maneira de manter sua identidade própria. As coisas são assim porque assim sempre foram. A transferência durante a análise dá a impressão de vazio. Apesar de exprimirem uma agressividade com seus familiares e pessoas de seu convívio, esse afeto não aparece direcionado ao analista.

A expressão afetiva do seu mundo interno é linear, fria — exceto no que diz respeito às queixas que às vezes se transformam num sentimento de cólera contra os semelhantes ou contra a própria condição humana. Se no seu passado não faltam acontecimentos traumáticos, e muito menos no seu cotidiano, ele parece extirpar-lhe a vitalidade, sobrando apenas o aspecto estritamente corriqueiro (McDougall, 1983: 89).

McDougall levanta a hipótese de que esses clientes não tenham feito recalçamento, responsável pela formação de sintomas, sonhos, sublimações e pela manifestação da transferência em análise.

Eles parecem ter perdido o contato com eles próprios. A vida fantasmática, extremamente primitiva, não possui nenhuma forma de expressão organizada; entretanto, algumas raras irrupções na vida onírica durante a análise atestam a sua existência sufocada. É como se houvesse um corte, um abismo que os separasse dos objetos internos e da vida pulsional. Eles nos dão a impressão de repetir incansavelmente uma situação passada, na qual a criança de outrora teve de criar um vazio entre ela e o Outro, negando a realidade deste último e, desta forma, anulando os afetos que lhe eram insuportáveis. A distância entre o ser e o Outro é destruída, sem que o Outro, objeto perdido, seja restaurado no interior do sujeito ou levado ao plano de objeto amado-odiado, passando então a ser parte inseparável dele próprio (McDougall, 1983: 89).

É interessante ressaltar que apesar de ser uma estrutura que McDougall diz ser feita sem recalçamento, portanto não neurótica, também não é considerada como psicótica, pois, segundo ela, um cliente como este não se perde no Outro, confunde-se com ele, e esse Outro torna-se um objeto perdido internamente. Neste processo não ocorre um mecanismo identificatório, mas sim a projeção de sua realidade psíquica no Outro. O Outro se torna igual a mim mesmo. Portanto, a alteridade é recusada, e a qualquer discordância de opiniões relativa a crenças, opiniões ou gosto, eles respondem agressivamente.

McDougall acredita que a recusa da alteridade leva a perturbação profunda das primeiras identificações e, conseqüentemente, das primeiras relações objetais. Assim, ela entende que essa recusa é muito mais da ordem da psicose, um repúdio para fora do eu por se tratar de uma forma da angústia de castração sob sua forma prototípica — a angústia de separação, de espedaçamento, de morte. Os mecanismos de defesa utilizados por essas pessoas não serão o recalçamento, nem o delírio, nem a identificação projetiva. Seguindo seu pensamento,

“... esses sujeitos sobrevivem graças a uma série de regras de conduta, a um sistema imutável quanto ao mundo exterior, desligado de qualquer referência objetal no que concerne o interior. Eles são como essas pessoas que, apesar de conhecerem as regras, ignoram a lei. [...] fazem suas próprias leis, e só o medo de sanções externas é capaz de contê-los.” (McDougall, 1983: 90).

O que parece ocorrer é um engessamento da subjetividade, que se complementa com a recusa da alteridade impedindo as trocas entre o eu e o Outro. Por não conceberem uma alteridade psíquica, eles não percebem que sofrem psiquicamente, sua dor interior passa despercebida. Como os seus comportamentos e sensações são introjetados por meio de aprendizagem do certo e do errado, as nuances metafóricas dos sentimentos não se

encontram presentes, transmitindo a sensação de congelamento do afeto. São pessoas que se irritam facilmente e confundem as queixas e a agressividade dirigidas ao Outro com um sofrimento psíquico. O corte sofrido durante a estruturação de seu aparelho psíquico, que inviabilizou suas trocas libidinais, tem como consequência o desinvestimento da pulsão de saber, levando de roldão o desejo de explorar ou de compreender. Em lugar da fantasia encontram-se o raciocínio operatório e as regras de conduta.

1.4.1 Sr. X. – Um normopata exemplar

Com o intuito de ilustrar o conceito de normopatia, tão bem descrito por McDougall, passo a seguir a relatar uma vinheta clínica que ela inseriu em seu livro para exemplificar a sua teoria.

O caso clínico foi escrito quase todo por McDougall durante uma sessão típica que se repetia pela enésima vez durante a longa análise de quase cinco anos do Sr.X. Ele fora enviado a McDougall por um colega experiente, que conhecia a família dele e o considerava um “bom caso”. No começo parecia realmente ser um bom caso. Ele era inteligente, de um meio cultural que valorizava a psicanálise e o mundo das idéias, e muitos membros de sua família já haviam feito uma análise. Trabalhava como arquiteto, era casado, pai de dois filhos e tinha quarenta e quatro anos. Apresentava sintomas neuróticos, fobias, inibições e problemas sexuais passageiros. No começo ele tinha sessões quatro vezes por semana. Após dois anos de estagnação, elas foram reduzidas para duas vezes por semana.

Nas primeiras entrevistas ele falou a respeito de suas insatisfações em suas relações, em especial com sua esposa. Talvez para fisgar a analista, ele diz possuir algo que ignorava, mas que fizera com que sua esposa quisesse abandoná-lo. Mais tarde, durante a sua análise, ao comentar a vontade de sua esposa de se divorciar dele, declara ser um

comportamento muito inadequado “porque isso não se faz quando se é de boa moral” (McDougall, 1983:87) O que a esposa desejava ou o fato de ele vir a perdê-la, isto não entrou em cogitação.

Apesar de falar do pai fraco e libertino, da mãe severa e religiosa, do irmão morto, questões que poderiam levar uma análise a deslanchar, suas sessões eram monótonas e tediosas. Queixava-se sempre da mulher, dos filhos, das exigências incompreensíveis que lhe faziam e de algum projeto que tinha em mente, mas tudo era relatado de forma impessoal, isenta de qualquer colorido subjetivo. As outras pessoas de sua convivência também eram culpadas por seus padecimentos. Esta certeza de a infelicidade ser devida ao outro é entendida por McDougall como um sistema de crenças que não deveria ser questionado de maneira alguma, pois faziam parte integrante da personalidade de X, estabilizando a sua identidade, e serviam como explicação-chave para seus problemas cotidianos e existenciais.

Ao cabo dos quatro primeiros anos de análise, ele afirmou que algumas pessoas haviam lhe dito que uma análise demorava em média quatro anos e que ele após todos esses anos achava que nada mudara. Como a culpa era sempre do outro, questionou se a analista não haveria fracassado em conduzir sua análise. Ela lhe faz uma pergunta, na esperança de que ele desistisse, sugerindo que talvez fosse o caso de ele procurar um outro analista, mas ele responde com um pedido de que a sua sessão volte a ser quatro vezes por semana. Com isto ele nega qualquer sentimento de rejeição possível por parte da analista e se prontifica a fazer mais quatro anos de análise, o que leva a analista a se desesperar. Tal fato revela que o cliente é refratário a qualquer tipo de afeto e quem vem a sofrer é a analista por se sentir incapaz de direcionar essa análise, levando-a mesmo a se perguntar onde teria falhado (McDougall, 1983: 86/7).

O que vem comprovar esta vinheta clínica? Primeiramente, a inoperância do dispositivo psicanalítico nestes casos. De um modo geral, o cliente chega ao analista queixando-se do sofrimento que o sintoma lhe causa. Por estar identificado ao sintoma, o sujeito se faz representar por ele, o sintoma é a significação do seu mal-estar. Ao sistematizar este saber sobre o sintoma, ele produz o que denominamos de sintoma analítico – que pode ser identificado quando o sintoma deixa de ser aquilo que representa o sujeito, tal como um signo –, desestabilizando as certezas inabaláveis, e produz uma pergunta direcionada ao analista: que queres de mim? (*Che vuoi*). O sintoma analítico e a instalação da transferência se dão de forma simultânea, aparecendo assim o Sujeito-suposto-saber, pivô de toda transferência. Esta passagem do sintoma como signo para um questionamento demonstrativo da divisão do sujeito leva à histericização do discurso, pois ao se representar pelo discurso da histeria, o analisante vai supor que alguém na posição do Outro (o analista) detém um saber sobre o seu gozo.

A questão que se coloca é: Como fazer no normopata a passagem daquele que se queixa para o questionamento do usufruto que ele faz do seu sintoma? Sabemos que para ele o sintoma é visto como uma questão inteiramente impessoal; ele procura um analista somente porque os outros acham que ele deveria procurar ajuda, ou porque em seu meio social tal fato é bem-visto. Sua demanda é de continuar a ser o mesmo. O analista é aquele suposto deter o saber, e as respostas para as questões que lhe são direcionadas trazem uma expectativa de resposta imediata.

O normopata pode ser definido como um cliente que não consegue desgrudar do significado de uma palavra e, por conseguinte, o dispositivo analítico não funciona. Uma pessoa que não entende qual a sua parcela de culpa na mesma queixa relatada ao longo dos inúmeros anos em que ela se instalou no divã, e que descreve um armário por suas medidas lineares, revela um discurso concreto, utilização do pensamento lógico formal e uma

aderência aos fatos da realidade justamente por possuir uma enorme dificuldade em utilizar o simbólico. Seria uma defesa? Certamente que sim. Uma defesa que utiliza a identificação primária, que impossibilita o aparecimento do recalçamento e da identificação projetiva devido à precariedade dos laços libidinais existentes entre ele e o outro da maternagem, provocando uma falha no psiquismo do sujeito que o faz ficar ancorado em regras de conduta, fixidez de seu mundo exterior, como forma de controle e sobrevivência do eu.

Como a lei se internaliza ao final do complexo de Édipo, sob a forma de supereu, e, segundo McDougall, essas pessoas não chegam a alcançar a organização fálica, elas utilizam de mecanismos arcaicos para se protegerem da angústia de separação, de espedaçamento, de morte, que ela classifica como repúdio para fora do eu. Tudo que é ruim não é meu, vai para fora. É necessário, então, se proteger do que está fora e é mau, não deixando que isto retorne para o eu. Daí a necessidade de que as coisas sejam imutáveis, dentro de um ordenamento lógico; é preciso organizar o mundo de uma maneira previsível com o intuito de que assim elas possam se sentir inseridas naquele lugar e tenham o entendimento de como ele funciona para poderem mantê-lo sob seu comando. Sem isto é o caos. Elas utilizam as regras porque são apreendidas ao longo da vida, mas desconhecem a lei. Somente o medo das sanções externas as impede de infringir a lei, o que nos leva a pensar que o supereu não exerce o seu papel legislador devido à precariedade de sua estrutura.

Apesar de ser descrito como um sujeito incapaz de simbolizar, utilizando-se de mecanismos de defesa arcaicos, de anular a alteridade e de agir como um robô programado, McDougall não classifica o normopata como psicótico, tampouco o insere na categoria da psicossomática devido a sua relação deslibinizada com o objeto e o uso do raciocínio operatório. Entretanto, ao afirmar que os normopatas “perdem totalmente a capacidade de se identificarem com os outros, posto que o Outro é considerado uma réplica

exata do sujeito” (McDougall, 1983: 89), ela nos leva a indagar se o normopata não é de fato um psicótico. Na estruturação do psiquismo humano, uma das etapas de maior relevância é a fase do espelho. Nela acontece a passagem do corpo que era vivenciado como várias partes desarticuladas e autônomas para a assunção do corpo unificado do sujeito. Neste esquema, há um momento de confusão entre a criança e o outro. Ela olha para a imagem, vê o outro e, ilusoriamente, se identifica com ele. O normopata parece estar petrificado neste instante da imagem jubilatória. Ele e o Outro compartilham a mesma imagem, o que pode indicar uma estrutura psicótica.

A normopatía se apresenta, em seu princípio, como um quadro de neurose e ao longo de seu tratamento, McDougall descreve um sujeito que possui uma grande precariedade simbólica, com uma prevalência do imaginário. A hipótese diagnóstica se desloca para a possibilidade de uma estrutura psicótica, mas assim como no caso Maria das Dores, a ausência de qualquer manifestação alucinatória ou delirante no quadro clínico desses pacientes não permite embasar tal diagnóstico. Não aparece em sua história de vida nenhum relato de rupturas bruscas ou grandes modificações que poderiam ser indicativas de uma crise psicótica; ao contrário, as coisas se repetem monotonamente ao longo dos anos, não existe um questionamento subjetivo que deixe antever uma fantasia ou pensamentos que levem a metáforas, o deslizar da cadeia só acontece no eixo das metonímias. Se não é uma neurose, também não se configura claramente como uma psicose, justificando, talvez, o uso do termo normopata devido à falta de elementos essenciais que configure uma psicose.

Maria das Dores seria uma normopata? Apesar de em muitos pontos a sua maneira de ser possa ser entendida como um caso de normopatía, sua referência ao corpo e uma certa aura melancólica que a recobre nos fazem pensar que este conceito, assim como o diagnóstico de neurose e psicose clássica, não apreende e nem explica a sua questão

diagnóstica. Suas dores a fazem lembrar constantemente da existência de um corpo que serve muito mais como um palco para a pulsão do que um corpo libidinizado pela maternagem de um Outro. É relevante marcar que o corpo não aparece como queixa na normopatía devido, talvez, a ser entendido ou vivido apenas na sua dimensão de organismo e funcionamento, um suporte corporal em sua acepção plena da palavra. Maria das Dores continua no limbo diagnóstico.

2. DA PSICOSE EXTRAORDINÁRIA À PSICOSE ORDINÁRIA

A loucura sempre se constituiu como um enigma do funcionamento da mente humana. Estigmatizado ao longo dos séculos e até em nossa contemporaneidade, ao louco são atribuídos papéis diversos que variam da encarnação de divindades até a figura mais abjeta e nociva da sociedade. A loucura possui esta característica de ocupar o lugar de exceção, excluindo, na maioria das vezes, do contato com a sociedade aqueles que são acometidos por ela.

Freud ao teorizar os caminhos da neurose esbarra, freqüentemente, no terreno da psicose. Em vários dos seus textos mais axiais como “Sobre o Narcisismo: uma Introdução”, “Luto e Melancolia”, “O Inconsciente”, “Neurose e Psicose”, o mecanismo de funcionamento da mente humana se norteia tendo como referência o problema da paranóia, da melancolia e a maneira singular da estruturação do inconsciente em casos de psicose. Apesar de se interessar pela questão, ele preconiza a não utilização da técnica analítica nos tratamentos de casos psicóticos.

Na história da psicanálise, a psicose paradigmática é o caso Schreber, cujos delírios e alucinações demonstram de forma exuberante os transtornos de linguagem e de pensamento e não deixam nenhuma margem de dúvida quanto ao seu diagnóstico ser considerado como uma psicose. Ao quadro com características inequívocas de psicose denominaremos de psicose extraordinária. Hoje em dia, o que aparece com mais freqüência em nossa clínica é uma psicose menos florida, sem muito alarde, o que não impede a existência de casos schreberianos. É a psicose compensada, a psicose medicada, a psicose não desencadeada, a psicose em análise, a psicose que desafia o analista quanto ao diagnóstico.

Se nos embasarmos no que se chama hoje de primeiro Lacan, a clínica da psicose possui um operador teórico de enorme relevância: a presença ou ausência do significante Nome-do-Pai. Com o conceito de psicose não desencadeada ou psicose ordinária pretende-se definir um funcionamento psicótico do sujeito sem que se possa localizar um momento efetivo do desencadeamento da psicose. De fato, o desencadeamento revela, sem nenhuma dúvida diagnóstica, a existência de uma estrutura psicótica do sujeito. Quando ocorre o desencadeamento, este produz efeitos clínicos (delírios e alucinações) inerentes ao que Freud nomeou como um “inconsciente a céu aberto” e Lacan explicou como sendo o retorno no real daquilo que não foi simbolizado devido à ausência de significação fálica.

A psicose ordinária, por prescindir do desencadeamento e de toda a sintomatologia inerente a um quadro clínico de psicose, coloca-se como um desafio para a clínica psicanalítica. Justamente por não se apresentar de forma tão extraordinária, o seu diagnóstico pode dar ensejo a múltiplas especulações: seria um obsessivo grave, uma histérica fronteira, um caso *borderline*?

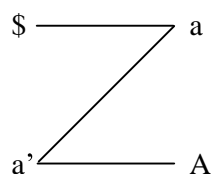
2.1 A Foraclusão e o Nome do Pai

A foraclusão do Nome-do-Pai designa o mecanismo essencial da psicose e equivale à não inclusão da norma edipiana. O que está excluído do lado de dentro está incluído do lado de fora e retorna sob a forma de delírios e alucinações. Em “Uma Questão Preliminar a todo Tratamento Possível da Psicose” a importância do Nome-do-Pai e as consequências de sua ausência são evidentes:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *Verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito.

“É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante.” (Lacan, 1998: 584).

Lacan faz a releitura do complexo de Édipo freudiano que havia sido relegado a um segundo plano pela psicologia do ego e se encontrava restrito aos mecanismos de defesa do ego, ao narcisismo e seus fenômenos imaginários. Ele retoma o Édipo como um fator necessário para que o sujeito seja introduzido no mundo simbólico, demonstrando a importância do Nome-do-Pai na estruturação do psiquismo humano como fator essencial da estruturação edipiana. Se não há Nome-do-Pai o sujeito fica com o registro simbólico comprometido, algo falta. Lacan, no Seminário 3, *As psicoses*, se utiliza da imagem de um tamborete que necessita ao menos de três pés para ficar em pé. Um tamborete com dois pés não se equilibra, o terceiro pé é que faz com que ele fique estável. Traduzindo para o psiquismo humano e utilizando o esquema L, os dois pés fazem o eixo do imaginário (a – a’) e é o terceiro pé que dará a sustentação necessária para mantê-lo de pé, resultando o triângulo a, a’, A.



ESQUEMA L

O pai, ao intervir junto à mãe, barra a relação dual e imaginária existente entre a mãe e a criança, proibindo-a de reintegrar o seu produto, e sinaliza para a criança que ela não é o objeto que é suposto faltar à mãe, ou seja, o falo. Esta intervenção faz com que o pai apareça como o detentor do falo, aquele que é suposto deter o objeto de desejo da mãe. O

processo de simbolização acontece devido a esta mediação do pai que produz a interdição do desejo da mãe e dá ensejo ao aparecimento da instância paterna como metáfora da lei de interdição. “Mas, o ponto em que queremos insistir [...] é a importância que ela [a mãe] dá à palavra dele – digamos com clareza, a sua autoridade –, ou, em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-Pai na promoção da lei” (Lacan, 1998: 585). Assim, a instância paterna torna-se a metáfora do Pai, isto é, aquilo que no discurso da mãe representa o pai: o Nome-do-Pai. Significa, também, que o Desejo da Mãe se encontra em outro lugar e que ela está submetida a uma lei, melhor dizendo, o Nome-do-Pai é o novo significante que vem barrar o Outro onipotente e sem falhas. Ele substitui para a criança o significante do desejo da mãe, é o significante da lei no Outro e produz a significação fálica, que testemunha a inscrição da castração e, por conseguinte, introduz a criança no simbólico como sujeito desejante. A metáfora paterna demonstra que o sujeito, por possuir a inscrição do Nome-do-Pai, pode interpretar o desejo da mãe em termos de significação fálica.

Se o Nome-do-Pai inaugura a simbolização para o sujeito, a forclusão do Nome-do-Pai na psicose corresponde à não inclusão da lei simbólica, indicativo de que o complexo de Édipo não conseguiu finalizar o seu percurso com o advento da castração simbólica. Sendo assim, o Outro continua onipotente, não barrado e por isto é entendido como consistente e absoluto. A posição estrutural do sujeito na psicose é a de ser o objeto do gozo do Outro, que reproduz o primeiro tempo do Édipo, o da identificação imaginária da criança com o falo que completa a mãe e a coloca (a criança) como objeto do uso caprichoso da mãe. O sujeito na psicose fica à mercê dos significantes devido à ausência da metáfora paterna, que possibilitaria a ordenação de um novo campo; ele está preso num momento anterior à inauguração da cadeia significante. Explicando melhor, a criança ao nascer se encontra imersa num mar de significantes. São incontáveis estimulações que,

captadas pela percepção, se inscrevem no aparelho psíquico da criança formando um enxame (*essaim*) de S_1 s, todos eles destituídos de significações. A partir da extração de um S_1 qualquer, um campo de significações se organiza, dando início, com a introdução de um S_2 , ao deslizamento da cadeia de significantes com a produção de significação. Isto não ocorre na psicose. A ausência da metáfora paterna impede que o S_1 se conecte a um S_2 , o intervalo entre significantes está colabado, impedindo a significação simbólica de advir, o que é demonstrado de forma tão dramática nos delírios e alucinações, representativos de um retorno no real daquilo que não foi simbolizado.

A ausência da metáfora paterna aparece, então, como um traço eficaz para o diagnóstico de psicose. Nome-do-Pai sim indica uma neurose. Nome-do-Pai não indica uma psicose. Se é uma psicose, teremos a ocorrência de P_0 (foraclusão do Nome-do-Pai) e Φ_0 (ausência de significação fálica e dos efeitos ordenadores do falo). P_0 pode se presentificar como alucinações ou alterações de linguagem exemplificadas pelos fenômenos de eco do pensamento, diversas formas de automatismo mental como palavras que se repetem sem significação, neologismos e a questão da certeza inabalável que todo psicótico carrega em relação a seus delírios ou alucinações. Φ_0 , por se caracterizar pela ausência da significação fálica que permitiria a pessoa se localizar como homem ou como mulher na questão da sexuação, retorna como idéias delirantes ligadas à sexualidade e ao corpo, nas automutilações e vivências ligadas ao corpo que vão desde se sentir manipulado por terceiros até ter a certeza de que já está morto e em estado de decomposição (Drumond, 2000: 10).

Algumas vezes, antes do primeiro surto, o psicótico encontra-se numa posição dual com a mãe, está no eixo do imaginário a — a' descrito acima no esquema L. O pai da realidade, por não ter função simbólica, é apenas mais um entre os outros que povoam o seu imaginário ou sequer existe. O desencadeamento do surto psicótico marca esse tempo

de desestruturação da cadeia significante decorrente do encontro com Um-Pai que aparece em posição terceira e desestabiliza a dupla imaginária mãe-filho. O encontro com Um-Pai pode se dar quando o sujeito tem a primeira relação sexual, assim como quando é chamado a exercer a função simbólica de pai, tanto na paternidade quanto em alguma atividade que corresponda à função simbólica paterna. É no momento em que o Nome-do-Pai é chamado a significantizar o desejo do Outro que se instalam os fenômenos alucinatórios e delirantes.

Na ausência de referências simbólicas, o psicótico se utiliza de identificações retiradas de seu cotidiano devido à pregnância do registro do imaginário e à relação especular com que ele medeia sua vida. É o que Lacan vai nomear como compensação imaginária, que funciona como um estabilizador da posição do psicótico. Podemos chamá-la também de prótese imaginária, pois ela permite ao sujeito psicótico uma identidade que supre o Édipo ausente embora não garanta uma triangulação simbólica. O sujeito continua fixado numa relação especular, sem uma subjetivação efetiva, preso ao eu ideal, que produz um tipo de identificação mimética que reproduz massivamente o objeto da identificação. Não é incomum ele se identificar com figuras de liderança, como professores, médicos, assim como também, atores, políticos ou santos. Esta relação faltosa com o simbólico explica os fenômenos de transitivismo, projeção, rivalidade, onde identificação e erotização se confundem, o que inevitavelmente nos leva a comparar a descrição feita por McDougall ao se referir aos normopatas.

Segundo ela, o normopata, por possuir um simbólico empobrecido, se identifica com figuras de autoridade: com o pai, com um significante que venha nomear a lei, com o outro especular ou mesmo com algum ideal imposto pela cultura. Ou seja, é através de identificações fundamentais — “eu sou como meu pai”, ou “eu não sou como minha mãe” — que o sujeito se define. O “eu sou como o Outro”, qualquer que seja este outro, serve de base identificatória que permite ao sujeito escapar às perguntas “quem sou eu para o

Outro”, “para onde vou” ou “por que existo?”. A identificação tampona a relação com o objeto e impossibilita entrever o fantasma (McDougall, 1998).

Evidentemente, a hipótese já levantada de o normopata ser considerado um psicótico se fundamenta em sua maneira mimética de utilizar as figuras de autoridade como referencial identificatório e ser extremamente semelhante com que Lacan nomeou como compensação identificatória ou bengala imaginária. É relevante lembrar que em sua teorização McDougall não os considera como psicóticos e o seu modo de ser é explicado como um mecanismo de defesa que protege o seu aparelho psíquico das possíveis agressões oriundas do outro. Ela não consegue inseri-lo em nenhuma categoria diagnóstica devido à ausência de fenômenos alucinatorios e delirantes. Mais uma vez, o conceito de psicose vigente na Primeira Clínica nem sempre é suficiente para apreender o que está se vivenciando no exercício da psicanálise.

2.2 Do sintoma como metáfora ao sintoma como função

Após localizarmos a importância do Nome-do-Pai na estruturação do aparelho psíquico e quais as conseqüências de sua ausência, faz-se necessário demonstrar que até mesmo a leitura feita do sintoma se modifica com o deslocamento do enfoque dado à presença ou ausência do Nome-do-Pai.

Se Freud em seus primórdios entendia o sintoma como uma reminiscência de um trauma efetivamente ocorrido, logo a seguir ele questiona a facticidade do trauma. Ocorre, então, um desdobramento teórico e o sintoma, apesar de continuar a ser um monumento ligado a um evento traumático não necessariamente verdadeiro, demonstra não só a força latente que impulsiona o psiquismo humano como também a parte que revela a estrutura do funcionamento mental. O sintoma, por ser sobredeterminado, ilustra o conflito entre as instâncias psíquicas, possuindo um sentido latente à espera de decifração. Ele é como o

sonho e os atos falhos, mensagem do inconsciente carregada de desejo. Tanto para Freud quanto para Lacan, o sintoma encerra em seu bojo um sentido recalçado que inevitavelmente leva ao complexo de castração e, assim, determina destinos diferentes no final de cada análise.

Ao fazer a releitura da obra freudiana, Lacan priorizou a palavra com as suas múltiplas significações. Ao registro do simbólico concerne a questão paterna, a delimitação do registro do real e o domínio do registro do imaginário. O inconsciente é estruturado como uma linguagem e o sintoma possui uma mensagem a decifrar. O tratamento se conduz pela liberação da fala plena trazida pelo inconsciente quando se consegue transformar o enunciado (aquilo que está por cima da barra, sentido manifesto) em enunciação (o que está sob a barra, sentido latente, carrega a verdade do sujeito). O sintoma é linguageiro e o recurso da assonância semântica é a via régia para liberar a verdade subjacente ao sintoma. Posteriormente, Lacan vai trabalhar a importância da letra e do gozo em detrimento da significação. Assim, o seu ensino possui duas vertentes bastante distintas embora não excludentes: uma estruturalista e outra borromeana. A primeira é considerada descontinuista e categorial, e a segunda fundada sobre a forclusão generalizada que deixa de evidenciar o Nome-do-Pai como referência *princeps* para a questão diagnóstica. Enquanto na primeira clínica a referência norteadora era o Nome-do-Pai – se ele estivesse presente a estrutura seria a neurose e a sua ausência indicaria uma psicose –, na segunda, o que se destaca é a forma particular com a qual cada sujeito faz o enodamento dos três registros, mas, ainda assim, a referência ao Nome-do-Pai permanece. A hiância deixada pela clínica estruturalista propicia o aparecimento de casos em seus intervalos que se perdiam no limbo movediço da falta ou do excesso de sintomas, casos que acabavam por ser diagnosticados como *borderlines*, casos de difícil acesso, normopatas.

Na primeira clínica o Nome-do-Pai era entendido como uma categoria representável, na medida em que era ele que constituía efeitos sobre a simbolização da castração, e por isto mesmo a metáfora paterna era considerada como um atributo. Na segunda clínica, com a pluralização dos nomes do pai, a metáfora paterna torna-se uma função. Essa passagem fundamental da idéia de metáfora para a idéia de função é o que marca a diferença da primeira para a segunda clínica de Lacan. Isto acontece tanto em relação ao sintoma (visto também como função) quanto em relação ao pai, que aparece inclusive como uma função de gozo, confundido com a dimensão do real. Um pai que antes era redutível à função simbólica. Quando o pai deixa de ser o fator de estruturação e de ordenação da cadeia significante, o que vem ficar com a função de articulação do sujeito com a linguagem é o sintoma, na medida em que o sintoma não é mais apenas metáfora, e exerce a função de cifrar o gozo do sujeito. Melhor dizendo, ele se torna aparelho de sintoma, aquilo que assegura a articulação entre uma operação significante e suas conseqüências sobre o gozo do sujeito. Ao localizar o gozo, o *sinthoma* dá uma significação a esse gozo e o circunscreve, amarrando a cadeia significante de forma singular que estrutura o psiquismo do sujeito.

A partir daqui, o Nome-do-Pai é equivalente ao sintoma. O desafio, o horizonte da prática analítica considerada como a segunda clínica é produzir para cada sujeito uma aparelhagem de sintoma própria, singular, um sistema de amarração a quatro que possibilita a estabilização do quadro, tendo Lacan apontado os escritos de Joyce como a solução sintomática princeps para ilustrar a noção de *sinthoma*.

O *sinthoma* deixa de ser entendido enquanto metáfora devido à inexistência de uma mensagem embutida, latente nas expressões sintomáticas desse sujeito. Ao contrário, o que temos é a dimensão do real presentificada nas inúmeras atuações, adições e compulsões que aparecem em nossa clínica e por nós nomeadas como novos sintomas. Em Freud temos

a noção do sintoma enquanto metáfora, mas também temos o viés do sintoma relacionado com a pulsão representado pelas reações terapêuticas negativas e compulsões à repetição. Há uma tendência articulada diretamente ao gozo e o fato de se ter uma satisfação substitutiva não quer dizer necessariamente que há uma metáfora. É muito mais do lado do gozo do sintoma que pode aparecer na dimensão do ato dirigido como uma ação sobre o corpo, num registro metonímico.

O que vai ser importante na segunda clínica é menos o efeito de determinação, ou seja, a dominância do simbólico sobre os três registros, do que as maneiras como os registros vão fazer a amarração. Na primeira clínica temos uma perspectiva centrada na lógica da determinação e na segunda temos uma perspectiva inteiramente calcada na lógica das amarrações e dos enlaçamentos. Se uma amarração sintomática pode enlaçar os registros sem a presença do Nome-do-Pai, temos a equivalência entre o sintoma e Nome-do-Pai. Um sintoma pode assumir a função do Nome-do-Pai e o Nome-do-Pai pode ser um sintoma. O que nos permite dizer que o ponto de capitonê pode ser tanto o nome do pai como o sintoma. “O ponto de capitonê generaliza o Nome-do-Pai. Mas é uma abreviação: o ponto capitonê em foco é menos um elemento do que um sistema de atar, um aparelhamento fazendo ponto capitonê, fivela, grampo” (Sagna, Carole Dewambrechies-La & Deffieux, Jean-Pierre, 1997: 105).

Vamos dizer que esta concepção da clínica do sintoma surge como uma contraposição à primeira formalização dos tipos de sintomas denominada descontinuísta, porque exatamente a clínica descontinuísta se baseia no fator ordenador do Nome-do-Pai. O Nome-do-Pai tido como um elemento que faz parte do sistema; ao mesmo tempo em que está fora, ele está dentro, mas ele está dentro de maneira a ordenar os elementos do sistema.

Já na clínica do sintoma, na clínica da aparelhagem do sintoma, na clínica borromeana, vamos encontrar uma perspectiva continuísta que enfatiza não as oposições, mas as gradações. O que interessa não é o fator diferencial, não é o elemento do sistema, mas sim o fato de que há diversas formas de aparelhamento do gozo. O que diferencia, portanto, não são mais as oposições, mas as distintas espécies, formas, meios de aparelhamento, as formas de enlaçamento dos diferentes registros.

A grande inovação de Lacan na segunda clínica foi tratar a variabilidade e as gradações dos tipos de sintoma, e recorrer ao uso das topologias dos nós. Com relação à variabilidade do sentido, não é mais o elemento ordenador que interessa, mas o próprio sistema, a própria configuração, a própria maneira em que se dá, em que ocorre o chamado ponto de capitonê. As formas de sentido, a variabilidade de sentido do sintoma continua existindo, a *varité*³ do sintoma continua existindo, mas ela não decorre mais da presença desse efeito organizador do Nome do Pai, decorre sim das distintas formas de amarração e de grampeamento dada pelo aparelho do sintoma. A *varité* do sintoma já não tem relação com o sentido, mas sim com a verdade do sujeito. Uma verdade que é variável, que retorna das falhas do saber que denota a variedade de verdades que estão envolvidas no sintoma. Sob esta ótica, o elemento só interessa levando em consideração o sistema. Então, os diversos elementos presentes não interessam mais. Eles não devem ser considerados como na sua própria lógica interna, mas devem ser considerados na medida em que fazem parte de um sistema de organização, de articulação.

Então o Nome-do-Pai vale menos pelo fato de constituir-se como o elemento crucial para produzir uma ordenação do que pela sua equivalência aos sintomas. Se o fator crucial do Nome-do-Pai com relação aos outros elementos era preservar o seu valor transcendente

³ Neologismo criado por Lacan com a junção das palavras francesas *variété* e *vérité*. *Varité* = vari(é)té + *vérité*

do sistema, agora ele vale como sendo um equivalente à própria aparelhagem do sintoma. Ele assume um valor inerente, intrínseco ao próprio sintoma.

2.3 Um caso nem tão raro

Para melhor embasar este trabalho utilizaremos o caso clínico apresentado por Jean Pierre Deffieux na Conversação de Arcachon intitulado: Um caso nem tão raro. O que o torna relevante é o fato de ser um caso paradigmático que demonstra claramente que a clínica do sintoma não contrapõe a barreira estrutural neurose-psicose estabelecida por Lacan a partir dos anos 50. Pelo contrário, a segunda clínica permite dispor ao lado das psicoses toda uma gama de sujeitos até então classificados como neurose e que a partir desta torção passam a ser vistos como casos de psicose. Porém, não estamos nos referindo a uma psicose igual às aquelas bem conhecidas nossas e sim a casos de psicose que não coincidem com as psicoses extraordinárias cujo exemplo é a paranóia delirante com ou sem alucinações, e a esquizofrenia com seus fenômenos dissociativos.

A exposição do caso é dividida em duas vertentes: as entrevistas preliminares e o que permitiu ao analista se indagar a respeito de uma psicose e demarcar as amarrações sintomáticas do sujeito⁴.

“B. tem 36 anos e vem de uma família numerosa da alta burguesia do norte da Europa. O pai é industrial. Ele me é dirigido por um colega, com o diagnóstico de neurose histérica. Já na primeira entrevista, ele se mostra simpático, encantador, bem à vontade; na segunda sessão ele se apresenta ao porteiro pelo seu prenome e ao mesmo tempo usando ostensivamente os modos de polidez.

⁴ A autora transcreve na íntegra o caso clínico para que não se perca nenhum de seus elementos.

Ele se apresenta com uma queixa repetida. Não tem vontade nenhuma, é incapaz, está parado na vida, não deseja nada, não se decide sobre nada, “cuida dos negócios correntes” etc. No seu discurso volta sempre a afirmação “falta-me energia”.

Desde a idade de 17 anos, quando numa cabeçada boba interrompeu seus estudos – alguns anos depois fez o seu bacharelado como candidato independente, e teve brilhante sucesso –, ele montou três modestas empresas, onde sempre trabalhou sozinho, a última sendo uma empresa artesanal de marcenaria. Seu pai acompanhava sempre de perto seus negócios. No total, suas empresas funcionaram bem.

Ele decidiu, em maio de 93, cessar a atividade logo depois de lhe terem feito, numa revista de decoração, um artigo elogioso. Já há muitos anos ele queria “romper com a sociedade de consumo” e com o comportamento rígido e social de sua família. Ele queria estudar ecologia e depois trabalhar para obra de preservação social num país do Terceiro Mundo. Obteve em 94 um diploma de ecologia, tendo sido o primeiro da sua turma.

Em março 94, outra reviravolta, desta vez, de caráter afetivo. Ele tivera, até então, muitas aventuras femininas: “As mulheres se interessavam por mim”, dizia ele, mas cada vez que havia a menor questão de compromisso ele as largava imediatamente. Em março de 94, quando acabara de deixar uma mulher jovem, ele faz um encontro homossexual apaixonado que dura três meses. Para superar esta separação, ele se mete numa construção muito difícil, que ele rapidamente leva a bom cabo, trabalhando fora do comum. Ele admite ter tido na vida atração por homens, com alguma regularidade, mas a moral paterna o tinha impedido até então. A partir desse momento ele só havia tido aventuras com homens, múltiplas e efêmeras.

Desde 95, nada dá certo. Inscreveu-se na faculdade para continuar seu cursus, mas não aprende nada, e custa-lhe seguir os cursos. Está à toa na vida, vive com o RMI. Não está isolado socialmente, é mesmo muito cercado, pois frequenta o ambiente homossexual,

sai muito, passa as noites nos clubes. Liga-se facilmente, mas são ligações efêmeras e superficiais.

Ao chegarmos ao final da primeira entrevista, já não estou muito convencido de uma neurose, pois, de um lado, choca-me o paradoxo entre sua imediata familiaridade e sua polidez acentuada de jovem bem-educado, de outro lado, seu laço social me parece bem mínimo, sem engajamento afetivo, e uma vida profissional artesanal sob a dependência do pai, com mudanças cujas causas não se percebem bem, a não ser uma certa instabilidade. Também é de surpreender a radicalidade com que ele rompe com a férula do pai aos 35 anos, quase cortando a partir daí todos os vínculos familiares.

Enquanto minha atenção é voltada para estes poucos elementos que nada têm de decisivo, tendo constatado a sua magreza e pensado, desde sua entrada no consultório, numa eventual dimensão depressiva, eu lhe pergunto se teve sempre esse peso. Ele responde pela negativa dizendo que em toda sua juventude cuidara da disciplina do corpo, tinha sido campeão de natação na adolescência, mas em 1990, brutalmente em três semanas, perdera doze quilos. Embora eu tenha insistido, com perguntas objetivas, ele não pôde explicar esse brutal emagrecimento; aliás, o mesmo aconteceu com os médicos por ele consultados.

Aí eu paro a primeira sessão, muito interessado no funcionamento desse corpo que, segundo ele, não obedece a ninguém.

Vou portanto orientar as entrevistas seguintes a partir de minhas primeiras dúvidas sobre a estrutura. Estas dúvidas vão conduzi-lo a fazer transparecer mais a particularidade de seus modos de enlaçamento R.S.I.

No começo do segundo encontro, eu lhe faço reparar que os seus dois momentos marcantes desses últimos anos aconteceram, os dois, em março.

Ele aí então, depois de uma breve hesitação, evoca uma lembrança “na qual ele nunca pensa” e da qual se lembrou pela primeira vez no momento da separação dolorosa do primeiro homem que ele encontrou: era na primavera, ele tinha oito anos e se dirigia a um treino de natação; um homem ofereceu conduzi-lo em sua bicicleta, e B. aceitou sem hesitar. Esse homem o levou a um terreno arborizado e lá lhe bateu em todo o corpo com um bordão, depois sacou uma faca e quis lhe cortar o sexo; B. conseguiu então escapar. Dois comentários desta cena, longe de evocar o trauma da cena primitiva no neurótico, só fazem aumentar minhas dúvidas sobre a estrutura. Ele diz destas bordoadas: “Nem sei se doeu muito”. Regressando a sua casa, ele conta tudo ao pai, “que não o acreditou”. De fato, ele estava coberto de equimoses, e o médico que o examinou ficou apavorado. Esta falta de afeto, totalmente discordante, virá esclarecer o emagrecimento inexplicado. Pelo que ele diz, a posição adotada pelo pai, nesse momento particular, combina com a atitude por ele assumida em geral, que se pode resumir em duas palavras: pai legislador: ele sabe o que convém para seu filho, mas não atende a seu apelo.

- em março de 93 ele rompe com a vida profissional e social ditada por seu pai, depois de uma revista de decoração ter acreditado nele – o significante madeira da primeira cena, “num terreno arborizado”, e o bordão provavelmente terão uma ligação com a escolha do artesanato de madeira que ele fará mais tarde;

- em março de 94, nessa nova ruptura com a moral sexual do pai, a cena do encontro com o homem remete precisamente às circunstâncias da cena infantil; ele vem da praia, atravessa uma floresta, de automóvel, pega o homem numa parada. Mais tarde, no decurso das entrevistas fica-se sabendo que sua relação sexual com o homem era baseada essencialmente sobre o exibicionismo, misturado a jogos sádicos.

Diante da importância dos laços que me aparecem entre essas três cenas – primavera de seus oito anos, primavera de 93 e primavera de 94 –, eu lhe peço que me narre esta cena infantil o mais detalhadamente possível. Ele me conta que, quando começou a ser batido por aquele homem, tem lembrança de ter abandonado seu corpo, de distanciar-se dele, de desaparecer: “Em dado momento vi um meninozinho, era eu, foi aí que eu fugi”. O abandono de seu corpo, como uma vestimenta velha, vem confirmar o “nem sei se doeu muito”, e relembra de maneira impressionante a história de Joyce, menino batido por um de seus colegas.

A partir deste segundo encontro com B., fiquei com a quase certeza de não estar diante de um neurótico. A orientação que pude depois imprimir às entrevistas lhe permitiu entregar pouco a pouco o que lhe possibilitava entregar-se na vida, sem o amparo da metáfora paterna.

Até os 35 anos ele teve dois apoios, a regra paterna e o artesanato, sendo que este tinha para ele muita importância: a preocupação de fazer bem e belo. Acrescento que ele praticamente nunca fala de sua mãe, e, sobretudo, que ele descreve uma família de treze filhos, na qual os pais nunca estavam juntos.

Nas entrevistas ele nos fará conhecer um outro apoio essencial em sua vida. Sua sexualidade está basicamente fundamentada na exibição de seu corpo nu, e do corpo do outro, seja homem ou mulher. Quando tinha 12 anos, houve intervenção da polícia porque ele exibia seu sexo, andando de bicicleta no parque da cidade. Continuou a fazer isso na bicicleta, e depois no automóvel.

Dos 15 aos 25 anos ele fazia regularmente sessões de fotos de seu corpo nu no espelho, que ele mesmo revelava. Isso terminava sempre com uma masturbação.

Esta prática perversa manifestamente lhe serve para emendar o ego com o corpo e não deixa de ter ligação com a tentativa de secção do pênis aos 7 anos.

A partir de 95, podes-se dizer que ele foi parcialmente largado, devido ao corte da regra paterna e ao fim daquela paixão amorosa narcísica, baseada no exibicionismo, que ele havia estabelecido um ano após a ruptura com o pai.

Vê-se agora que aparecem duas amarrações novas: inscrição sobre o corpo de um fenômeno psicossomático, psoríase, e uma metáfora delirante discreta.

Isto não deixa de evocar a função do fantasma na pantomima do sujeito neurótico.

Disso B. fornece um belo exemplo, que não posso aqui desenvolver. A frase capital do seu delírio foi mencionada na primeira sessão: “Falta-me energia”. Essa frase suporta uma metáfora delirante cósmica, que ele desenvolverá aos poucos, devagar, e da qual não tardará que eu seja o centro na figura de “Def (ier D) ieu”.

B. não volta ao consultório. Ele remete um cartão de Boas Festas no Natal, no qual me participa, discreta e alusivamente dali, como ficamos na reconciliação com nossa “centelha de vida”. Ele leva o que se chama uma vida normal.”

Após a apresentação do caso B., o que nos chama a atenção é, de novo, a ausência de fenômenos elementares, elementos dissociativos ou atividade alucinatória. É justamente em Arcachon que Miller designa também como psicose casos clínicos em que a sintomatologia florida típica das psicoses extraordinárias está ausente. Seriam nomeadas como psicoses sem desencadeamento ou não desencadeadas e têm como foco principal a ausência do Nome-do-Pai, que caracteristicamente levaria a P_0 ou Φ_0 com seus desencadeamentos característicos, que nestes casos não acontecem.

A Conversação de Arcachon enfoca as dificuldades que alguns casos clínicos apresentam para se definir um diagnóstico estrutural. Evidentemente, tivemos que priorizar alguns pontos que consideramos essenciais para o entendimento do caso clínico do

Deffieux e do apresentado neste trabalho, e desta maneira pinçamos os nove pontos de Agnès Aflalo (p.107) dos quais recortaremos cinco pontos.

Caso clínico do Deffieux

1. No caso relatado por Deffieux não aparece um desencadeamento que possibilita o diagnóstico de psicose. O que se evidencia é um agarramento ao Outro sem distúrbios da linguagem, demonstrando uma falha no enodamento dos três registros RSI. Como exemplo tem-se uma ancoragem precária no simbólico, uma pregnância do imaginário, uma relação de estranheza entre o eu e o corpo, indicativa de uma desconexão entre a pulsão e a forma com que o inconsciente se apresenta.
2. Laço social frágil.
3. A presença do pai real. Agnès marca a referência ao pai como uma figura legisladora, ele sabe o que convém ao filho, mas não atende a seu apelo. Os dois momentos de ruptura estão ligados com a questão paterna: seu rompimento profissional e social ditado pelas normas do pai e quando ele faz a escolha homossexual, afronta à moral paterna.
4. A questão da homossexualidade pode ser vista como uma questão da histeria que interroga o ser do sujeito (sou homem ou mulher?) ou é presentificação de um empuxo à mulher, tão característico da psicose?
5. A metáfora delirante é a madeira: ele é marceneiro, levou bordoadas com um bastão de madeira, a cena de seu assédio sexual enquanto criança se passa em um bosque, assim como também seu primeiro encontro homossexual ocorre em uma floresta.

Caso clínico Maria das Dores

1. Maria das Dores também não apresenta um desencadeamento. Ela não manifesta nenhum fenômeno elementar, seu simbólico apresenta-se empobrecido, o imaginário é exacerbado e as dores que ela sente no corpo apontam para uma invasão do real, posto que elas recrudescem quando alguma situação põe em evidência a precariedade da solução encontrada por seu sintoma.
2. O isolamento e a inércia em que ela se encontra, descritos como uma depressão, são a maneira, que ela achou para si mesma, de responder à demanda do Outro, sentida sempre como invasiva e que faz com que, ao longo dos anos, seu laço social se torne cada vez mais frágil. Atualmente, ela só sai da cama para ir à sua analista e trabalhar. Sua vida social inexistente, ela raramente visita alguém e quando o faz pede para deitar-se.
3. Seu pai aparece sempre como um pai cruel, que abusava dela sexualmente e maltratava seus irmãos com surras imotivadas. É uma figura da qual a cliente não gosta e a quem ela quase nunca dirige a palavra. Aliás, o silêncio que se estabeleceu em Maria possivelmente tem origem nos episódios sexuais paternos, e a pergunta recorrente é: Onde estavam os outros que nada viam, nada faziam para ajudá-la? Este pai aparece como o pai da horda primeva, não castrado, todo potente, que detém o poder de vida ou morte sobre os filhos, inclusive de usufruir de seus corpos.
4. Há uma negação de sua sexualidade. O seu corpo só lhe proporciona dores e é palco de um mal-estar difuso e contínuo. Em algumas épocas, Maria quer ser “normal” (que significa ficar com rapazes, ter relações sexuais) e começa a sair com algum rapaz, mas qualquer contato lhe é repugnante, levando-a à presença de mais angústia, aumento do “aperto” e à pergunta: por que eu não sou igual às

outras? Aqui, podemos notar a presença de Φ_0 com a conseqüente ausência da significação sexual, explicando a ausência de sexualidade de Maria. É possível também pensar esta dificuldade de Maria como um exemplo de desconexão da pulsão, que retorna sobre si mesma sem a presença do Outro, curto-circuitando seu percurso que é traduzido em seu psiquismo como dores.

5. O “aperto” pode ser indicativo de uma metáfora delirante que de alguma forma sustenta e dá consistência ao seu corpo. Ao ser questionada sobre desde quando sentia o aperto, ela responde: “desde sempre”. Ao ser batida pela tia, Maria relata que endurecia o corpo para não sentir dor nenhuma, o que pode ser compreendido como uma forma de gozo, que é o de receber pancadas. O que acontece com o corpo de Maria não passa ao saber, o que pode ser entendido como uma forma de forclusão do gozo.

Tanto no caso relatado por Deffieux quanto no caso de Maria das Dores, a presença de uma metáfora delirante – por ele circunscrita como “Falta-me energia”, e por ela como “Aperto” – se faz presente. Porém, uma questão procede: Como pode ocorrer uma metáfora delirante sem um desencadeamento, se classicamente o que chamamos de psicose desencadeada implica em um começo ou um desencadeamento, e está relacionado com uma experiência particular de vazio de significação decorrente da ausência da metáfora paterna (Φ_0) ou do encontro com Um-pai (NP_0), que se traduz como uma vivência catastrófica e que leva a uma ruptura visível e detectável?

Em “Uma questão preliminar”, o desencadeamento corresponde a um mecanismo coerente com as eclosões delirantes. Ele necessita de uma causa acidental (o encontro com Um-pai), da dissolução de um elemento estabilizador (uma identificação) e da operatividade de uma causa específica (a forclusão do significante paterno). O

desencadeamento indica um momento preciso do começo de uma psicose; demarca um antes e um depois da crise. A metáfora delirante é um arranjo que o sujeito faz para frenar e reordenar os significantes que estão desordenados, sendo a via possibilitadora de uma estabilização. Ora, tal fato está inteiramente baseado na forclusão do Nome-do-Pai e com o encontro do sujeito com a falta no Outro ou com Um-pai. Acontece um retorno no real daquilo que não teve significação fálica e o desencadeamento desemboca em uma dissolução imaginária e conseqüente regressão ao estágio do espelho, tendo a metáfora delirante a função de localizar, ordenar, limitar a invasão do gozo. Por isto, de um modo habitual supõe-se já ter ocorrido o desencadeamento quando nos referimos à metáfora delirante.

Mas como pode haver uma metáfora delirante sem o aparecimento de um desencadeamento? Quando pensamos em metáfora, imediatamente nos reportamos a um significante que substitui um outro, mantendo a mesma significação. Na primeira clínica a questão significante/significado delineia uma estrutura linguageira baseada em combinações, oposições e deslocamentos. O sintoma reafirma a sua posição de metáfora que possui uma significação recalçada no inconsciente. Quando ocorre o desencadeamento, a metáfora delirante se faz para reordenar o caos pulsional que se instalou no sujeito. Como ela vem metaforizar o buraco aberto pela psicose, e se configura como um autêntico trabalho subjetivo que visa à reestruturação da realidade do sujeito e sua relação com o Outro, podemos fazer um paralelo entre metáfora delirante e sintoma. Uma das maneiras de se estabilizar a psicose é a compensação imaginária que é feita pelo enodamento entre o imaginário e o real, sob a forma de uma identificação maciça ao outro especular. Ora, a compensação imaginária aparece, então, como um sintoma que estabiliza e reorienta a vida do sujeito, sendo possível mesmo a ausência de novos desencadeamentos. Entretanto, se a metáfora delirante tem como função localizar o gozo, isto nos remete à noção de aparelho

de sintoma proposta por Miller em Arcachon, que o descreve como um aparelho que “assegura a articulação entre uma operação significativa e suas conseqüências sobre o gozo” (Sagna, Carole Dewambrechies-La & Deffieux, Jean-Pierre, 1998: 118). Com a nova teorização borromeana, o Nome-do-Pai modifica o seu *status* e além de localizar o gozo como significação fálica, é um sintoma que também pode enodar os registros. Enquanto na primeira clínica o sintoma é entendido como uma metáfora, na segunda clínica ele é visto como função de grampo, como mais uma maneira de se amarrarem os três registros. Ao fazer equivaler o Nome-do-Pai e o sintoma como possibilidades de se ter o ponto de capitonê, fica claro como uma metáfora delirante pode ser feita sem a presença do Nome-do-Pai. Deffieux, ao explicar a metáfora delirante como alguma coisa que reorientou a vida do sujeito, prova que ela se constitui como um exemplo do que seria uma amarração sintomática. O que gostaríamos de salientar é que com o deslocamento da noção de metáfora como substituição e sua nova leitura que tem como função o enlaçamento dos três registros, a metáfora passa a exercer a função de *sinthoma* e pode ser um caminho para se explicar o que designamos, hoje, como as psicoses ordinárias.

3. A PSICOSE ORDINÁRIA

A Psicose Ordinária foi o título da terceira conversação realizada em Antibes (1999) e marca um ciclo aberto em Angers (1996) ao redor da clínica das psicoses. A Conversação de Arcachon (1997) teve como título “Os casos raros e inclassificáveis da clínica psicanalítica” e enfoca alguns casos com diagnóstico de neurose que dissimulam uma psicose fora dos parâmetros clínicos usuais. O caminho percorrido delineia um percurso que evidencia as modificações na clínica da psicose, sendo muito mais um “*brainstorm*” (tempestade cerebral) decorrente do que se apresentou na clínica de cada um do que uma enunciação de conceitos estabelecidos. É como salientou Miller em Arcachon: “Uma Conversação não é forçosamente conclusiva” (Sagna, Carole Dewambrechies-La & Deffieux, Jean-Pierre, 1998: 125). Ali, como em todas as outras duas, foi um momento de reflexão e intercâmbio de idéias, com elaborações que anunciaram um novo manejo diante da constatação da falha e de invenções de novas maneiras de administrar os fenômenos de significação pessoal, a fuga de sentido e de gozo da psicose.

Por ser um conceito novo, a psicose ordinária não possui uma teoria sistematizada. Fruto de uma mudança gradual da clínica psicanalítica e das mudanças decorrentes de um mundo no qual a figura do pai foi eclipsada por uma pulverização de sua função ordenadora e conseqüente perda dos ideais, a psicose ordinária configura um embaraço para os que ainda se agarram ao Lacan estruturalista da primeira clínica.

Enquanto a primeira clínica tinha seu fundamento no conceito do inconsciente estruturado como uma linguagem, a metáfora paterna advinda do Édipo estabelecia estruturas clínicas definidas, o que impedia a passagem de uma estrutura à outra ou a possibilidade de existência de um núcleo psicótico na neurose. Se a relação da clínica estruturalista se funda na presença ou ausência do Nome-do-Pai, ela explicita que sua

essência repousa em uma oposição binária: sim/não, significante/significado, NP/DM, neurose/psicose. Por este motivo, a primeira clínica é considerada descontinuísta, categorial, sendo o aspecto deficitário desta clínica evidenciado pela falta de um significante no simbólico: o Nome-do-Pai, que teria como efeito a ausência de significação fálica. A resposta do sujeito a esta falta é a eclosão de um delírio, e o surgimento da metáfora delirante atesta uma tentativa de reestruturação do sujeito para significantizar o furo aberto pela ausência de significação fálica.

A segunda clínica é uma clínica borromeana, portanto pautada na teoria dos nós e fundada na generalização do conceito de foraclusão e na pluralização do Nome-do-Pai. Em Arcachon, seu funcionamento foi descrito como elástico, gradual, e como tal não implica em uma classificação. Existe a diferença, mas não há oposição como na primeira clínica. Sua especificidade repousa nos enodamentos dos registros e quando ocorrem os enlaçamentos, eles podem ser ou não borromeanos. A generalização do conceito de foraclusão e a pluralização dos Nomes-do-Pai implicam na substituição do Nome-do-Pai pelo ponto de capitonê, já utilizado na primeira clínica como o momento em que ocorre a significação e agora denotando um tipo específico de amarração. Existem casos em que o ponto de capitonê é feito pela presença do Nome-do-Pai e com a ocorrência da metáfora paterna, e em outros casos em que o capitonê se faz devido a outros elementos ou não se faz.

Outro ponto interessante de se ressaltar é a utilização do termo suplência, embora tenha um significado diferente da primeira clínica. Nesta a suplência vem no lugar da metáfora paterna que não se deu de forma eficaz, portanto serve para estabilizar o sujeito; na segunda clínica, o Nome-do-Pai e o sintoma são suplências que tem como função o enlaçamento dos três registros. A pluralização da segunda clínica faz com que o Nome-do-Pai equivalha ao sintoma e a seguir ele passa a ser definido como um aparelho de sintoma,

ou seja, o que assegura a articulação entre um significante e o gozo do sujeito. O sintoma é o que permite conectar o gozo com o significante, por isto, Jacques-Alain Miller em Arcachon reafirma que o Nome-do-Pai é um sintoma e como instrumento de aparelhagem de gozo é o mais eficaz porque é aquele que está sempre à mão.

O que se configura como uma novidade da clínica borromeana é o modo particular com que os aros dos registros real, imaginário e simbólico se enodam, como eles se ligam ou desligam, e assim determinam a estrutura do sujeito. A maneira como esses registros se enlaçam, abrindo novas combinações de amarração, revela soluções particulares a cada sujeito diante do gozo. Assim, a possibilidade de um sujeito ser psicótico sem nunca ter desencadeado uma psicose torna-se plausível.

O novo enfoque possibilita o entendimento de vários casos que antes permaneciam sem um diagnóstico e uma condução de tratamento, se nos basearmos mais nestas novas maneiras de amarração do que na questão da orientação diagnóstica, que repousa sobre os fatores da forclusão do Nome-do-Pai e seus conseqüentes distúrbios.

Um dado relevante, embora empírico, é o de se poder localizar o momento em que determinado sujeito faz um desligamento (*débranchement*) do Outro e também localizar qual elemento permitiu que ele fizesse ligação (*branchement*) e se mantivesse estabilizado. Desta maneira teríamos um dado valioso para a direção da cura que visasse um eventual religamento (*rebranchement*).

A sessão clínica de Aix-Marseille-Nice trabalha os neodesligamentos como uma expressão maior da psicose ordinária. Eles nos convidam a colocar neste grupo os casos considerados como atípicos, se levarmos em conta a forma abordada em “Uma questão preliminar”, cujo paradigma é o desencadeamento schreberiano devido ao encontro com Um-pai, tendo como conseqüência P_0 e Φ_0 . Os neodesencadeamentos correspondem ao desprendimento da amarração que mantinha os registros juntos, ao enfraquecimento do que

fazia a ancoragem do sujeito e às soluções feitas pelo sujeito para significantizar o real e o gozo. Algumas formas levam em conta a temporalidade, e o desencadeamento se revela como um momento de concluir, porque “não somente há todos os fenômenos elementares que precedem, mas precisa-se mostrar como todos eles estão em relação com o desencadeamento” (Sagna, Carole Dewambrechies-La & Deffieux, Jean-Pierre, 1997: 153).

Assim, a forma como aquele sujeito constrói sua ligação com o Outro é uma boa indicação para se perceber as várias maneiras encontradas por ele para poder se situar perante o gozo. Em outras formas, a estrutura do desencadeamento se evidencia pelo encontro com o gozo do Outro, sentido como totalmente enigmático, e reduzindo o sujeito ao lugar de objeto, mas é interessante notar como o sujeito se desembaraça e as escolhas que faz para poder remanejar o buraco que se abriu e fazer uma nova ligação.

Jacques Alain Miller, em Arcachon, ao final da conversa, esclarece que a segunda clínica não abdica do Nome-do-Pai enquanto metáfora. No entanto, é necessário entender a metáfora não como substituição, mas como função; assim, pode-se utilizar elementos raros ou individuais e colocá-los em função, como o aperto de Maria das Dores. O Nome-do-Pai, por ser um sintoma,

“É bem mais banal que os outros. [...] Somente que, como instrumento, é assim mesmo o mais eficaz. É o melhor, e o pior, dos sintomas.

Aliás, notem que Lacan acentuou *o saber como fazer aí com o sintoma*, ele não reclama outro estatuto para o Nome-do-Pai, pois ele fala em *servir-se dele*. Pois bem *saber como fazer aí com o sintoma* é equivalente a *servir-se do Nome-do-Pai*. Quer dizer: é da ordem do instrumento.” (Sagna, Carole Dewambrechies-La & Deffieux, Jean-Pierre, 1997: 186).

O *sinthoma* se configura como um sintoma que tem como função fazer com que as coisas fiquem juntas, enodando o real, o simbólico e o imaginário. O Nome-do-Pai por ser apenas mais um tipo de *sinthoma* pode ser considerado como uma das diversas soluções encontradas pelo sujeito para fazer o seu aparelho de sintoma funcionar. O Nome-do-Pai pode ser considerado tanto como mais um instrumento de amarração dos registros quanto pode ser aquele que define sua estrutura. Vai depender do uso que se faz dele.

Na Convenção de Antibes, a sessão clínica de Lille escreveu sobre o tema “Pesquisa sobre o início da psicose” e abordou a questão de entradas na psicose sem um desencadeamento típico, onde a presença da forclusão do Nome-do-Pai passa quase despercebida devido à ausência de distúrbios de linguagem, aparecendo muito mais na vertente de Φ_0 , ligada às questões referentes ao sexo e ao corpo. Somente após um exame acurado perceberam-se idéias delirantes discretas, assim como certas passagens ao ato (automutilação) e alguns tipos de disfunções corporais (Sagna, Carole Dewambrechies-La & Deffieux, Jean-Pierre, 1999: 71-72).

Massimo Recalcati, em seu texto “Psicose não desencadeada”, teoriza sobre desencadeamento afirmando que a ausência de transtornos de linguagem não deve ser considerada como um fator conclusivo para que se descarte o diagnóstico de psicose. Se o desencadeamento com seus fenômenos elementares não se acha presente na história de vida do sujeito, uma maneira segura de se chegar até o diagnóstico de psicose é procurar o modo particular com que o sujeito estrutura sua relação com o Outro e com o gozo, ou, ainda, se o sujeito apresenta fenômenos que afetam o corpo. Ele lista cinco índices que podem referendar uma posição psicótica do sujeito:

1. Uma mortificação real e não simbólica do sujeito que se apresenta clinicamente como uma deserotização e desvitalização do corpo

O corpo na neurose é um corpo colonizado pelo significante do Outro, que transforma o corpo biológico em corpo pulsional mediante o tratamento significativo que esvazia o gozo do corpo, o mortifica, desloca-se e se condensa em suas zonas erógenas. A não incorporação significativa implica em um defeito de erotização do corpo presentificada pela agressividade, auto e heterodestruibilidade, passagens ao ato e operações de anulação da vitalidade do corpo, e são exemplos da des fusão pulsional descritos por Freud em “O problema econômico do masoquismo”. A pulsão de morte aparece no aparelho psíquico sob a forma de agressividade, que é desviada para fora devido à ação da pulsão de vida. Como a pulsão de morte e a pulsão de vida não aparecem sozinhas, por se misturarem em graus variáveis, a sua fusão designaria um grau elevado de mistura entre as duas, e a des fusão indicaria um funcionamento quase que separado das duas espécies de pulsão, mostrando a face mais pronunciada da pulsão de morte – a agressividade. Recalcati nomeia esta des fusão pulsional como mortificação real do corpo que, segundo ele, “demonstra uma espécie de abolição total do desejo ditado pelo predomínio – fora do discurso – da pulsão de morte” (Recalcati, 2003: 204).

No caso clínico Maria das Dores, a questão da mortificação real do corpo aparece como um exemplo digno de nota. O seu corpo parece ser muito mais um corpo deserdado pelo significante, devido à ausência de erotização pelo Outro materno, do que um corpo pulsional que demandaria a nomeação do Outro. As dores no corpo, os vômitos constantes e o emagrecimento acentuado de Maria das Dores são exemplos indicativos de uma desvitalização do corpo, assim como também demonstrativo de uma deserotização. A sua depressão com traços melancólicos, o seu desinvestimento libidinal nos laços sociais vêm confirmar esta hipótese.

2. Transformação da falta em orifício do corpo percebido como real por parte do sujeito

Devido à ausência de significação fálica, as zonas erógenas podem ser sentidas pelo sujeito como orifícios que se impõem em sua dimensão de real. Recalcati afirma que se trata de um indicador preciso da não localização do gozo nas zonas erógenas posto que a significação fálica não ordena simbolicamente os objetos pulsionais (oral, anal, invocante, escópico). Assim, no caso Maria das Dores não foi observado a ocorrência deste fenômeno embora tendamos localizar o seu problema na ausência de significação fálica.

3. Uso de apoio (*Anlehnung*) da imagem do outro exemplificado pelas aderências identificatórias a pares imaginários que funcionam como suporte narcísico

Indicativo de uma ausência do Nome-do-Pai e de um suporte simbólico. Evidencia a posição dual do sujeito que pode chegar até a representação mimética do outro. Se há uma ruptura deste par imaginário, a psicose que estava sustentada por esta identificação se desestabiliza e ocorre o surto psicótico.

Tal fato também é observado por McDougall em sujeitos normopatas. O par imaginário é formado a partir de uma identificação do sujeito com figuras de autoridade: com o pai, com um significante que venha nomear a lei, com o outro especular ou mesmo com algum ideal imposto pela cultura.

Esta aderência imaginária remete ainda ao conceito de compensação imaginária, descrito por Lacan em seu Seminário 3, *As psicoses*. Igualmente, a pessoa se utiliza de próteses imaginárias para compensar a ausência de simbolização. A relação especular é que possibilita o não-desencadeamento do sujeito.

A seção clínica de Aix-Marseille-Nice, na Convenção de Antibes, também teoriza esta questão nomeando-a como sobreidentificação. Ela pode ser observada em sujeitos pré-melancólicos que apresentam toda uma série de traços muito mais normativos do que

vinculados a questões do ideal do eu. Uma contradição entre dois traços frequentemente leva ao desencadeamento.

São traços indicativos de uma identificação literal ao traço significante e não com a sua função de representação. Esses traços são tomados do Outro, traduzem uma cópia de um tipo de ideal, não sendo advindo do eu (*moi*), mas da norma social. Trata-se de uma efetividade imaginária que leva a uma articulação da identidade do sujeito e se produz pela equivalência do sujeito a cada um dos seus traços, sendo, portanto, compatível com o registro do imaginário e a adequação biunívoca entre o sujeito e sua imagem.

A suplência ocorre na articulação do imaginário e do real, possibilita a sua montagem e desmontagem e explica a estabilidade deste tipo de suplência. Apesar disto, o desencadeamento (sempre latente) pode ocorrer por um motivo corriqueiro, situado, às vezes, mais no imaginário do que no simbólico, e sua ocorrência se deve à perda da cobertura imaginária que desestabiliza o sujeito e provoca a eclosão do desencadeamento. A cura se dá pela nova aderência imaginária que irá reconstruir suas identificações.

Parece-nos que a descrição feita acima reafirma e corrobora a tendência, detectada não só por Lacan e Recalcati, mas também por McDougall, de sujeitos que, por aderirem a ideais impostos pela cultura, conseguem de alguma maneira, apesar da ausência da metáfora paterna, se manter instáveis se apropriando das insígnias dos Outros e fabricando para si vestimentas feitas com remendos imaginários que intermedeiam sua relação com o mundo.

Quanto à cliente Maria das Dores, esta identificação aparece muito mais na transferência com a analista do que com pessoas de seu convívio cotidiano. Sua transferência é eivada de erotismo, o que se demonstra por sua piora todas as vezes que sua analista tira férias ou por sua raiva quando ocorre algum atraso em seu horário. Também é digno de nota o fato de Maria jamais ter faltado às sessões durante esses anos todos.

4. Presença de práticas ou de alterações no corpo com a finalidade de introduzir no real a função de castração

As mutilações, as inscrições sobre o corpo e as práticas anoréxicas ou bulímicas são tentativas de inscrever no real do corpo a castração que não ocorreu no simbólico. Se por um lado ocorre, na neurose, uma falha na inscrição da significação fálica ao se formar a imagem do corpo próprio, de tal sorte que uma espécie de S_1 vem preencher essa falha da imagem fazendo às vezes do falo; por outro, na psicose, as marcas no corpo têm a função de borda como contenção de um gozo sem limites. As marcas no corpo produzem um efeito de armadura que detém o gozo impedindo-o de ir ao encontro de sua infinitização. Mas se o gozo infinito na psicose rompe os diques que o contêm, ele pode acarretar toda sorte de mutilações no corpo. Pode-se aventar que a condição do não-todo na psicose não garante as bordas necessárias para conter o gozo infinito, de sorte que ela lança mão da mutilação e de outras formas de inscrição no corpo para delimitá-lo, assim como também pode ser um recurso de extrair o gozo não regrado da psicose.

Recalcati descreve a anorexia como uma tentativa de separar o significante do corpo que leva a uma desvitalização, entendida como uma “castração atuada do gozo excessivo”. Segundo ele, essa prática é freqüente em sujeitos psicóticos que não desencadearam suas psicoses (Recalcati, 2003: 206).

No nosso entender, o quadro de anorexia e de bulimia apresentado por Maria das Dores nos últimos meses evidencia de maneira surpreendente essa tentativa de separação ou expulsão do mal-estar inominável que a acomete. Não podemos deixar de rememorar a sua atuação de retirar a pele do dedo do pé, após alguma sessão em que ela se sentia particularmente angustiada, como uma extração do mal-estar inominável que a acometia e hoje é deslocado para o sintoma anorético.

5. Dificuldade de se inscrever em um vínculo social estável

Há um desligamento gradual do sujeito com o Outro até chegar ao isolamento ou à errância. Na Conversação de Arcachon, Hervé Castanet apresenta um quadro clínico em que o sujeito vai se desligando aos poucos das coisas do cotidiano, até chegar à errância e sumir no anonimato da multidão. Ele faz pequenas rupturas, configurando um processo lento e gradativo em que ele vai se desconectando do trabalho, da família, até chegar ao abandono de seu analista. Sua queixa recorrente é “Vivo no nevoeiro”. Finalmente, ele desaparece engolido pelo nevoeiro.

Quanto a Maria, esse movimento de deligamento gradativo do Outro vem se apresentando sob a forma de depressão. Tudo se configura a partir de seu término com o namorado e da primeira experiência sexual adulta. Só depois ela apresenta o quadro de depressão, que ao longos dos anos vai impedi-la de ir a barzinhos, dançar, namorar ou mesmo à igreja. Se ela ainda está trabalhando, deve-se ao fato de estar indo ao analista, que tenta impedir que mais este laço se desfaça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar o Mestrado para formalizar o que estava percebendo em nosso consultório ou em conversas com colegas foi um dos motivos desta dissertação. O aumento da demanda de intervenção psicanalítica em casos diagnosticados como depressões, anorexia, hiperatividade, com preponderância de sintomas corporais; os esvaziamentos do simbólico evidenciado pela dificuldade de trabalhar com a palavra, bem como a evidente insuficiência da interpretação pela via do mito edípico levaram-nos a buscar novos referenciais teóricos que pudessem melhorar as nossas intervenções clínicas.

A clínica psicanalítica de nossos dias se depara com uma dificuldade a mais em seu manejo: a palavra perdeu o seu poder, o simbólico encolheu ou se modificou. Algumas pessoas que temos recebido parecem ignorar solenemente o que seu sintoma quer lhes dizer ou pouco se queixam dele. Apesar de todo trabalho feito pelo analista tendo como visada a retificação subjetiva, na esperança de que se instaure um sintoma analítico e análise se inicie, e de balde todo o esforço, o sujeito do inconsciente continua adormecido, o que leva a indagar se os mitos ou as narrativas em torno do sintoma estão realmente escasseando ou estamos nos deparando com uma nova clínica que atesta a falência de nossas ferramentas edípicas.

Embora haja diferença na apreensão do sintoma entre a psicanálise e a medicina, em seus primórdios, era o olhar da medicina que o nomeava, e as históricas respondiam com suas conversões a esse Outro do saber médico. A medicina e a psiquiatria entendiam e entendem o sintoma como um distúrbio indicativo de um estado mórbido que tem uma função de signo. O cliente queixa, o médico faz um levantamento do sintoma através das evidências clínicas, enquadra num diagnóstico a doença e utiliza a propedêutica adequada. O grande achado freudiano foi justamente o de subverter a noção de sintoma como signo,

que leva à sua leitura causal, portanto exclui toda a sua significação subjetiva e o separa da noção de corpo como organismo, demonstrado de forma exemplar pelas históricas. No entanto, a via trilhada por Freud na apreensão do sintoma parece estar em desacordo com o que estamos vivenciando em nossos consultórios. O sintoma elevado à categoria de enigma, portador de uma mensagem cifrada do inconsciente, está cada vez menos freqüente de ser encontrado.

O caso clínico Maria das Dores que norteia esta dissertação de mestrado chega ao consultório da analista com relatos de somatizações constantes que tem seu clímax em um “aperto” no peito da cliente que a leva ter a sensação de sufocamento. Maria encarna a figura da poliqueixosa médica. Ela freqüenta os seus consultórios sempre que um novo achado a acomete pois o seu corpo produz dores diversificadas.

Das Dores formou-se no segundo grau, tendo cursado magistério. Exerceu, primeiramente, a profissão de vendedora em uma loja de departamento, depois com o seu fechamento, vai trabalhar como ajudante de professora numa escolinha infantil. Ela percebe, então, sua dificuldade tanto motora (“eu era muito lenta para recortar, fazer os cartazes para sala”), quanto sua falta de jeito para lidar com os pais dos alunos (“detestava ter que conversar com eles, sou muito tímida, me sentia toda enrolada”). Pouco tempo depois é despedida e vai conseguir um novo emprego em uma empresa de transporte de sua cidade onde trabalha desde 2000.

Maria fala muito pouco e conseguir dados mínimos para se começar a fazer um diagnóstico ou mesmo a montagem de um pensamento clínico, demandou um esforço extra por parte de sua analista que ficou desde o primeiro momento intrigada com os dados esparsos, pobres e desconexos que sua cliente lhe trazia.

Primeiramente a analista se depara com a enorme dificuldade de fala de Maria. Seu discurso é monossilábico, grudado no sentido das palavras. Possui poucas lembranças do

passado e sua fala se referencia quase sempre aos acontecimentos do seu cotidiano, mas isento de qualquer crítica que a fizesse se implicar em algo. Falar para ela é um problema, pois “falar dói” e a faz ter sintomas que variam de dor na garganta, a rouquidão, dor de cabeça, potencializada por uma dor no peito que a leva a pensar, algumas vezes, em se esfaquear para ver se melhora.

Trabalhar com ela é um constante desafio. A sensação que se tem é de que ela suga as energias do analista, testa a sua paciência e além de tudo põe à prova o seu saber, porque chegar a um diagnóstico estrutural é complicadíssimo. Ora pode-se considerá-la psicótica por sua fala colada no significante, pobreza de simbolização e uma transferência erotizada, ora uma histérica decidida que demanda uma suplência de mãe por tê-la perdido ainda muito pequena, alguém que dê fim à sucessão de abandonos ocorridos ao longo de sua vida. Como sua questão corporal é hipertrofiada, trabalhar a palavra e seus significados não surte efeito. Ela não se escuta e também não escuta as intervenções do analista.

Das Dores foi criada pela tia paterna que se muda para sua casa após a morte de sua mãe enquanto ela era ainda bem pequena. Sua tia assume o lugar da mãe mas é descrita como uma pessoa cruel que a batia com varinha de cipó por qualquer motivo e, também, a mando do pai, deixando marcas para que ela se lembrasse. Enquanto era batida, Maria não podia chorar nem fazer escândalo, tinha que apanhar calada. O pai de Maria é um pai temível, que batia por qualquer motivo nos filhos, mas inexplicavelmente, nunca encostou um dedo em Maria.

Enfim, Das Dores pôs o analista à procura de teorizações que possam fazer entender a profusão de sintomas apresentados e delimitar dessa forma a sua estrutura, propiciando assim um melhor manejo clínico.

Os casos de Freud citados no primeiro capítulo da dissertação, Miss Lucy e Frau Cäcilie, possuem duas explicações diferentes para as crises conversivas de suas clientes. No caso Lucy a questão da simbolização é predominante. Ao tornar consciente através da fala o que ela não queria saber, o recalado se reintegra na consciência e deixa de ser motivo de conflito. A conversão se deve ao recalque da idéia incompatível com o inconsciente e um órgão do corpo, no caso o nariz, é superinvestido no momento da ocorrência da cena traumática. A dor psíquica é convertida em dor somática, ou seja, ela faz uma conversão. A questão simbólica fica bem evidenciada, assim como o sintoma como uma formação de compromisso. Exemplo típico de uma formação substitutiva cheia de indícios do inconsciente, esperando por uma escuta atenta que possibilitaria seu deciframento. No entanto, Frau Cäcilie é muito mais um exemplo de fenômenos histéricos que não passavam pela via da simbolização, e que apareciam como uma dor corporal, devido a descarga da angústia acontecer de forma direta no corpo da paciente sem ter se ligado previamente ao simbólico.

Se Freud em seus primórdios descreve o sintoma como uma reminiscência de um trauma efetivamente ocorrido, logo a seguir, vai se perguntar sobre a facticidade do trauma, e o sintoma, apesar de continuar a ser um monumento ligado a um evento traumático, não necessariamente verdadeiro, demonstra a força latente que impulsiona o psiquismo humano. O sintoma por ser sobredeterminado ilustra o conflito entre as instâncias psíquicas e é passível de desvelamento através de uma cuidadosa análise simbólica. Todo sintoma possui um sentido latente à espera de decifração, é como os sonhos e os atos falhos à espera de uma interpretação. Mas, no entanto, o que se encontra no caso clínico de Maria das Dores é justamente essa precariedade simbólica, muito mais compatível com uma descarga direta da angústia do que com um processo de simbolização. Suas dores são dores que a atormentam e não possuem nenhuma significação. O sentido do

sintoma, numa perspectiva freudiana, não consegue explicar o seu padecer. O sintoma não faz enigma para ela. O real do corpo é muito mais avassalador do que qualquer tentativa de simbolização.

Mesmo dentro da perspectiva da segunda tópica, com a descoberta da pulsão de morte, da compulsão à repetição, do masoquismo primordial e da reação terapêutica negativa, o sintoma freudiano encerra em seu bojo um sentido recalcado que inevitavelmente esbarra no complexo de castração. Podemos concluir então que até o final de sua vida, Freud manteve a posição do sintoma como um enigma a ser descoberto e decifrado e teve como objetivo de uma análise a possibilidade de tornar consciente parte do inconsciente que estava recalcado. Ele não explica a inércia provocada pelo sintoma, por se tratar de uma satisfação proveniente da vertente pulsional, dificilmente redutível através da fala; o lado de gozo do sintoma, embora sinalizado por ele, resta intocado.

Mas seria Maria das Dores neurótica ou psicótica, se pensarmos com Freud? A neurose e a psicose se originam de um conflito entre o ego e o mundo externo. Na neurose há um recalçamento das representações incompatíveis com a realidade, o trabalho psíquico é para manter essa representação recalcada fora dos limites da consciência. O retorno do recalcado, as formações do inconsciente são um material precioso para se trabalhar as questões emergentes em um caso de neurose; o significante se apresenta como um tesouro que sinaliza o mapa da mina que leva ao inconsciente.

Na psicose, o ego se afasta de um fragmento da realidade e tenta reconstruir uma nova realidade via delírio ou alucinação. O mecanismo de defesa utiliza a regressão narcísica que desinveste o mundo externo e introjeta no ego uma parte da realidade que foi abandonada e cujo retorno acontece no real. A nova realidade se adéqua aos desejos do Id, mas o preço pago pelo ego é a perda da realidade atestada de maneira exemplar nos fenômenos delirantes e alucinatórios.

No entanto, Maria das Dores não se enquadra na neurose, nem na psicose. Seu simbólico pobre e inexpressivo possui pouca representatividade em seu quadro clínico. Aliás, é um dado que não permite que ela seja entendida como neurótica devido a uma vida fantasmática precária, uma ausência de sonhos e apego ao significado literal das palavras. Seu mundo interno parece estar desinvestido, as lembranças do passado são escassas e sua fala está ligada a dados concretos do seu cotidiano. Sua pouca sociabilidade e atual confinamento ao leito podem ser indicativos de uma fuga da realidade, mas ela é desprovida de nenhuma crítica ou tentativa de mudança. Por outro lado, o diagnóstico de psicose não acena no horizonte como uma possibilidade. Ela não alucina, não delira, não possui nenhum distúrbio que se coadune com o que chamamos de psicose. Ela é apenas uma pessoa estranha, introspectiva, solitária e infeliz ou estes adjetivos indicam uma classe de casos cuja simples pronúncia arrepiam os analistas mais ortodoxos, como *borderline*, casos de difícil acesso, inclassificáveis.

Diante de tal impasse, recorreremos à literatura psicanalítica e encontramos Joyce McDougall e a figura de seu analisando robô ou antianalisando. Em seu livro, *Em defesa de uma certa anormalidade*, ela nos pareceu muito investida na busca de entendimento e melhoria de seu fazer psicanalítico, além de se mostrar profundamente impressionada com as questões contratransferenciais suscitadas por tais clientes. A descrição que ela faz do antianalisando revela-se animadoramente parecida com o que tínhamos encontrado em Maria das Dores. São clientes que não entram em análise, provocam sono, fazem o analista sofrer devido às suas intermináveis repetições e explicações, que os leva a parar de escutá-los, pois toda intervenção é sentida como fora de sentido e obviamente eles são refratários a qualquer mudança possibilitadora do novo. Possuem um sistema de crenças imutável, a organização de seu mundo é fixada pela inalterabilidade das regras, criam conceitos e explicações para si, como uma maneira de forjar sua identidade própria, e nunca faltam às

sessões. Apesar da similaridade da sintomatologia e dos percalços relatados por ela e sentidos também por nós, não há uma definição quanto ao seu diagnóstico. Eles parecem não ter tido um recalçamento, mas também não apresentam nenhum fenômeno psicótico. O antianalisando continua no limbo fronteiro entre a neurose grave e a psicose.

Um fato interessante notado por nós na construção da dissertação foi a percepção de que o pensamento de Lacan está de tal forma impregnado na maneira com que lemos Freud que pensar a neurose ou a psicose sem fazer uso da presença ou ausência do Nome-do-Pai, torna-se complicado. Hoje, muitos autores comprovadamente não lacanianos, como Joyce McDougall, se apropriam de termos lacanianos e os inserem em seus textos. Como exemplo temos a palavra *Verwerfung*, utilizada por ela com o sentido de um repúdio para fora do ego e ligada à angústia de castração em sua forma prototípica: angústia de separação, de espedaçamento, de morte (McDougall, 1991: 90). Sabemos que Lacan definiu a forclusão como uma falha, uma ausência no nível do Outro: a ausência de um significante do Nome-do-Pai e de seu efeito metafórico que tem como consequência uma estruturação psicótica. Apesar de poder se inferir o repúdio para fora do ego com o que é foracluído no simbólico e retorna no real, a angústia de separação com a questão da alienação/separação, são aproximações que resultam numa perda do rigor teórico do conceito.

Porém, se Freud não explica, McDougall descreve, mas não decifra, e o primeiro Lacan mostra-se insuficiente para se entender o quadro clínico Maria das Dores. É necessário, mais uma vez, buscar novos paradigmas.

O grande debate ocorrido durante as Conversações de Arcachon e de Antibes se configurou como um momento fecundo de troca de experiência que culminou no desenvolvimento de uma teorização clínica que ainda está sendo estudada e demonstra todo frescor e força de uma teoria que, atenta às mudanças do seu tempo, não se acovardou

frente ao desafio e produziu, e estando em plena efervescência, uma reorientação teórica essencial para que possamos esclarecer os casos tidos antes como inclassificáveis e hoje, sob nova ótica, como uma psicose ordinária.

O diagnóstico estrutural na primeira clínica baseia-se na presença ou na ausência do Nome-do-Pai. Nome-do-Pai sim é uma neurose. Nome-do-Pai não é uma psicose. Por muitas décadas a questão diagnóstica baseou-se neste conceito, que se mostrava como um balizador seguro. Até hoje ele permanece como um conceito axial, mas as novas leituras dos últimos seminários de Lacan descortinaram um novo campo conceitual rico e fecundo. Porém, sabemos da dificuldade encontrada no caso Maria das Dores frente à questão diagnóstica. A primeira clínica e a sua conceituação de psicose centrada na problemática da castração e de diversas manifestações clínicas devido à ausência do significante Nome-do-Pai e sua conseqüente falta de significação fálica: P_0 e Φ_0 . Esta ausência de significante pode ser detectada clinicamente pelo aparecimento de fenômenos alucinatorios e distúrbios de linguagem indicativos de P_0 . Assim como também Φ_0 pode ser sinalizado pela presença de idéias delirantes ligadas à sexualidade e ao corpo, algumas passagens ao ato do tipo automutilação, suicídio e a mortificação do gozo e algumas disfunções corporais.

Lacan ao descrever a psicose de Schreber determina passos vitais que de um modo geral caracterizam os desencadeamentos nas psicoses extraordinárias:

1. Apelo ao significante foracluído do Nome-do-Pai.
2. Formação de P_0 .
3. Formação de Φ_0 .

Maria das Dores não apresenta um momento de encontro com Um pai, nenhum indício de P_0 , mas, no entanto, apresenta sinais de Φ_0 . Se Φ_0 está na dependência de P_0 como tal fato é possível? De novo, a primeira clínica não consegue responder com o seu arsenal teórico conceitual a questão diagnóstica de nossa cliente.

Freqüentando o núcleo de psicose da Escola Brasileira de Psicanálise, seção Minas, do Raul Soares, tivemos contato com o conceito de psicose ordinária ou psicose não desencadeada. Alguns dos internos que eram entrevistados nas apresentações de paciente também não apresentavam fenômenos delirantes ou alucinatorios e, no entanto, o seu diagnóstico clínico era o de psicose. Revelou-se importante perceber que quando o sujeito não apresenta sintomas de uma psicose clínica e chega até nós com uma inconstância nas identificações, uma desorientação quanto a sua existência, estes são indícios que podem nos ajudar a diagnosticar uma psicose ordinária. A questão concernente às psicoses ordinárias é justamente desvelar novos meios de abordar uma clínica que não responde mais a uma abordagem típica centrada no mito edípico e no Nome-do-Pai. Deste modo, articular Nome-do-Pai e sintoma mostrou-se mais do que necessário para entender o percurso de Lacan até a segunda clínica.

O deslocamento da primeira clínica começa paulatinamente com os conceitos de Nome-do-Pai e sintoma. A pluralização dos Nomes-do-pai se faz em paralelo com a passagem do sintoma prenhe de sentido, passível de deciframento, lugar-tenente de um inconsciente estruturado como uma linguagem, para o *sinthoma* que está fora do inconsciente, que usa o nó borromeano para enodar o simbólico, o imaginário e o real. No final, o Nome-do-Pai não vai passar de um *sinthoma*, ao localizar o gozo do sujeito e articular sujeito e linguagem. Do mesmo modo, uma amarração sintomática pode enlaçar os registros sem a presença do Nome-do-Pai, o que nos leva a concluir que o ponto de amarração pode ser tanto o Nome-do-Pai quanto o sintoma.

O modo de enodamento particular à estrutura de Joyce que prescinde do Nome-do-pai, torna-se o paradigma do sintoma lacaniano. O enodamento não-borromeano do imaginário, real com um simbólico operado por um ego costurado por um sintoma de escritura, é entendido por Lacan como um desabonamento do inconsciente porque a

articulação de sua cadeia significante $S_1 - S_2$ não remete a nenhuma significação dada pelo Outro, é letra sem Outro que localiza e fixa um gozo opaco. O *sinthoma* torna-se o quarto termo que na topologia aparece como o quarto nó, que pode ser ou não borromeano. O sintoma passa a ser definido como sendo a maneira como cada um goza do inconsciente enquanto o inconsciente o determina, e se antes a questão da metáfora abordava o processo de fala, agora o que se busca é o processo de escrita do gozo.

Para Lacan, o *sinthoma* tem como função reparar a falha estrutural do enlaçamento. Ele é o quarto elemento, suplência à função do Pai, considerado como um dos nomes do pai porque além de fixar o gozo na letra, ele é um elemento que prescinde da cadeia de significantes e que tem como função a nominação ao enlaçar os outros três registros: o real, o simbólico e o imaginário. Lacan, tendo em mãos o conceito de *sinthoma*, constrói um novo avatar para a psicanálise, a clínica das suplências, que é também chamada de forclusão generalizada ou a clínica do real; quer dizer, a lei do sujeito se encontra em seu sintoma, é o que ele tem de mais particular, une em um traço o significante e o gozo.

No nosso entender, a grande virada lacaniana concernente ao sintoma é a possibilidade de o sintoma existir sem ser necessário um conflito. Miller acredita que a segunda clínica, ao privilegiar o sintoma sem o conflito, desarticula a questão do sofrimento e delimita a questão do gozo. Ele diz: “A dificuldade é retirar a perspectiva de conflito apesar do sofrimento e privilegiar o real da satisfação. A clínica dos nós é uma clínica sem conflito (MILLER, Sem. Barcelona: 52)”. Miller diz que se trata de uma clínica de enodamento e não de oposição, por se caracterizar muito mais como uma clínica de arranjos, que permite a satisfação, do que uma clínica cuja questão é o sofrimento. Esta afirmação parece vir a calhar com o que se encontra hoje na clínica psicanalítica. Os pacientes que procuram os analistas não possuem uma pergunta sobre o seu ser e, além do mais, não querem se fazer perguntas que os levem a uma busca interior. O que os

incomoda é uma inadequação ao *status quo* vigente, que desestabiliza a rotina de suas vidas enquadradas num consumismo alienante possibilitador de um arremedo de ser.

O processo apresentado por Maria das Dores coloca em evidência uma estrutura original do sintoma encontrado em alguns casos de psicose ordinária. Na ausência de qualquer tipo de desencadeamento, o seu sintoma pode ser atribuído a Φ_0 . Nos embasamos no fato de que o falo é o significante do sexo, intermedeia as questões do amor e das relações sexuais, localiza o sujeito do lado homem ou mulher na sexuação e ainda significantiza o ser do sujeito; por isto, no nosso entendimento, os problemas de Maria das Dores são da ordem de Φ_0 . Ela constrói uma representação de seu ser que ajuste o trauma ocorrido em sua infância, encarnado em seu corpo por uma dor que o contorna e o sustenta. O gozo de seu sintoma se inscreve em seu corpo como dor, “um aperto” que se desloca a seu bel-prazer e a torna prisioneira de um gozo cuja significação lhe escapa totalmente. A significação sexual lhe escapa por completo; ela quer transar por que todas as moças fazem e gostam, uma tentativa especular para ser normal igual a elas. Mas, no entanto, à menor possibilidade de realização do ato, ela entra em angústia e se afasta o mais rápido possível da cena.

A segunda clínica privilegia muito mais flexibilidade nas amarrações e enlaçamentos que cada sujeito faz com seu sintoma e as soluções encontradas por ele para se estabilizar. Além do mais, mesmo a noção tão estranha a princípio de Φ_0 sem a ocorrência de Φ_0^5 pode ser entendida se pensarmos que a maneira singular que Das Dores arrumou para si foi a de ter um aperto, um sintoma que faz grampo, dá um significado a sua existência e que a acompanha desde sua infância, que a faz viver um pouco diferentemente dos outros mas inserida num laço social mínimo. O que importa na clínica borromeana é a *varité* do

⁵ Para questão de Φ_0 com ausência de P_0 ver: SANTIAGO, Jésus. Vontade de ser infiel ao gozo fálico. In: *A droga do toxicômano: Uma parceria clínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p.176 e DEFFIEUX, Jean-Pierre SAGNA & Carole Dewambrechies-La. Branchements, Débranchements, Rebranchements. In: *La psychose ordinaire: La convention D'Antibes*. Paris: Agalma, 1999. p.17.

sintoma, as diversas formas de enlaçamento, o aparelhamento de gozo que cada sujeito engendra para si. É o saber fazer com o sintoma, servindo-se dele.

Para finalizar, gostaríamos de marcar um fato curioso. Por ser uma teoria que ainda está em elaboração, ela se apropria de significantes de uso cotidiano como grampo, laço, enodamento, enlaçamento, ligar ou desligar, assim como de muitos termos referentes à primeira clínica, que são empregados para explicar os fenômenos específicos da segunda clínica. As operações para um tratamento não-edípico do gozo como a compensação imaginária, a metáfora delirante e a suplência frequentemente são citadas nas Conversações de Arcachon (1997) e em Antibes (1999), embora com conotações diferentes de seu emprego anterior. Enquanto na primeira clínica o sentido era dado pela articulação fornecida *a posteriori*, hoje o que encontramos é o termo grampo para exemplificar a amarração dos quatro registros, mas ainda assim se utilizando do ponto de capitone como referência. Temos a impressão que a variedade, as gradações e os diversos enodamentos que demonstram a fluidez da segunda clínica aparecem também na flexibilidade de se nomear seus instrumentos.

BIBLIOGRAFIA

- COTTET, Serge. Os benefícios do sintoma e a segunda tópica. In: *O sintoma-charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.47-53.
- DEFFIEUX, Jean-Pierre SAGNA & Carole Dewambrechies-La. *La psychose ordinaire: La convention D'Antibes*. Paris: Agalma, 1999. 370 p.
- DRUMMOND, Cristina. O desencadeamento da psicose. In: *Curinga*, n.14, Belo Horizonte: EPB-MG, abr.2000, p.10- 17.
- FERRAZ, Flávio de Carvalho. *Normopatía: sobre adaptação e pseudonormalidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 148 p.
- FREUD, Sigmund (1893-1895). Estudos sobre a histeria. *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de*. Rio de Janeiro: Imago, 1989, v.II. 318p.
- FREUD, Sigmund (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *ESB*, v. XIV, p. 85-119.
- FREUD, Sigmund (1915). O inconsciente. *ESB*, v. XIV, p. 185-245.
- FREUD, Sigmund (1917[1915]). Luto e melancolia. *ESB*, v. XIV, p. 271-294.
- FREUD, Sigmund (1923-1924). Neurose e psicose. *ESB*, v. XIX, p. 187-193.
- FREUD, Sigmund (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. *ESB*, v. XIX, p. 227-234.
- JORGE, Marco A. e Nadiá P. Ferreira. *Freud, criador da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002. 71 p.
- JORGE, Marco A. e Nadiá P. Ferreira. *Lacan, o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. 85 p.
- KRUGER, F. Gozar do sintoma. In *O sintoma-charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.101-109.

- LACAN, Jacques. *O seminário, livro 3: as psicoses (1955-1956)*. 2.ed. Versão Brasileira de Aluisio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. 366 p.
- LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.537-590.
- LAIA, Sérgio. Foraclusão e cena primária: comentário de um caso clínico. In: *Curinga*, n.13, BH: EPB-MG, set.1999, p. 126-133.
- MCDUGALL, Joyce. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Trad. Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983. 182 p.
- MCDUGALL, Joyce. *Teatro do corpo, o psicossoma em psicanálise*. 2. ed. Trad. Pedro Henrique Bernardes Rondon. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 194 p.
- MALEVAL, Jean-Claude. Du symptôme dans la psychose non déclenchée. In: *La Cause Freudienne*, n. 48, Paris, 2001. p.116.
- MAZZUCA, R. et al. *Las dos clínicas de Lacan. Introducción a la clínica de los nudos*. Buenos Aires: Editorial Três Haches, 2000. 159 p.
- MILLER, Jacques-Alain. A teoria do parceiro. In: *Os circuitos do desejo na vida e na análise – Escola Brasileira de Psicanálise (orgs)*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000. p.153-207.
- MILLER, Jacques-Alain. Seminário de Barcelona sobre Die Wege der Symptombildung. *Freudiana*, n.19, Barcelona, 1997. p.7-57.
- MILLER, Jacques-Alain. Reflexiones sobre la envoltura formal del sintoma. In: *La envoltura formal del sintoma*. Buenos Aires: Manantial, 1989. p.9-16.
- MILLER, Jacques-Alain. O sintoma como aparelho e O amor sintomático. In: *O sintoma-charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.9-21.
- MILLER, Jacques-Alain. *De la naturaleza de los semblantes: los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*. Buenos Aires: Paidós, 2001. 304 p.

- PEREZ, Juan Fernando. Lo inclasificable o “esto no es um diagnóstico”. In: *Psicoanálisis e hipermodernidad*. Venezuela: Editorial Pomaire, 2008. p.185-195.
- QUINET, Antonio. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. 237 p.
- RECALCATI, Massimo. Conyunturas de desencadenamiento. In: *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Madrid: Sintesis, 2003. 399 p.
- RENNÓ, C. Sintoma: satisfação às avessas. In: *Os circuitos do desejo na vida e na análise* – Escola Brasileira de Psicanálise (orgs). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2000. p.59-70.
- SAGNA, Carole Dewambrechies-La & DEFFIEUX, Jean-Pierre. *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica: a conversação de Arcachon*. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998. 202 p.
- SANTIAGO, Jesús. Vontade de ser infiel ao gozo fálico. In: *A droga do toxicômano: Uma parceria cínica na era da ciência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p.161-183.
- SILVESTRE, Michel. Transferencia e interpenetración en las psicosis: una cuestion de técnica. In: *Psicosis y psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial, 1985. p.31-38. (outros autores: R. Broca, G. Clastres, S. Cottet, entre outros).
- VINCENS. A. O sentido do sintoma e os caminhos de sua formação. In: *O sintoma-charlatão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.35-40.
- WARTEL, Roger. Psicose e Nome-do-Pai. In *Opção Lacaniana*, n.50. São Paulo: Edições Eólia, dez 2007. p.327-330.