

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ISA GONTIJO MOREIRA

**DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE:
DA ESTRUTURA AO DISCURSO**

Belo Horizonte

2018

ISA GONTIJO MOREIRA

**DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE:
DA ESTRUTURA AO DISCURSO**

Dissertação submetida à banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, área de concentração Estudos Psicanalíticos, linha de pesquisa Conceitos Fundamentais em Psicanálise Investigação do campo clínico e cultural.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Márcio Ribeiro Teixeira

Belo Horizonte

2018

150
M838d
2018

Moreira, Isa Gontijo

Diagnóstico em psicanálise [manuscrito] : da estrutura ao discurso / Isa Gontijo Moreira. - 2018.

90 f. : il.

Orientador: Antônio Márcio Ribeiro Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Psicanálise - Teses.
3. Diagnóstico - Teses. I. Teixeira, Antônio Márcio Ribeiro.
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de
Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

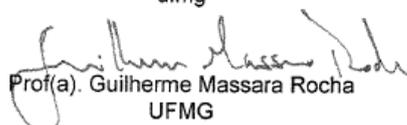
DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE: DA ESTRUTURA AO DISCURSO

ISA GONTIJO MOREIRA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 08 de março de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Antonio Marcio Ribeiro Teixeira - Orientador
ufmg


Prof(a). Guilherme Massara Rocha
UFMG


Prof(a). Cleyton Sidney de Andrade
Universidade Federal de Alagoas

Belo Horizonte, 8 de março de 2018.

“Opinião verdadeira não é ciência, e consciência sem ciência não passa de cumplicidade da ignorância. A nossa ciência, ela só se transmite ao articular oportunamente o particular.” (Lacan, 1958)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meu pais, Ítalo e Soraia, que dividiram comigo o sonho da carreira acadêmica e sempre me encorajaram com amor e respeito.

Ao meu irmão Igor por ter sido minha grande companhia principalmente nos últimos dois anos, por me ensinar tanto sobre simplicidade e companheirismo.

À minha família como um todo que acompanha com entusiasmo as conquistas e perdoa com carinho as ausências, em especial à Vovó Conceição que se intitula minha fã número um.

Ao Antônio Teixeira, que cumpriu papel decisivo em minha formação como psicanalista enquanto professor e orientador. Gostaria, para além de ressaltar sua competência já pública e notória, de oportunamente agradecer por sua generosidade e pela confiança no meu trabalho.

Aos colegas do mestrado que com muita troca enriquecerem essa experiência de forma unívoca. Agradeço especialmente à Pâmella Freitas, Cecília Lana e Júlia Carvalho que estiveram tão próximas.

Ao Guilherme Massara, que na ocasião da graduação me apresentou Lacan, e que agora prontamente aceitou o convite à leitura dessa dissertação lacaniana.

Ao Cleyton Andrade pela ajuda preciosa na banca de qualificação e por aceitar a responsabilidade de uma segunda leitura.

Ao grupo de Cartel – Saulo Carvalho, Mariana Vidigal e Camila Nuic, que tanto contribuíram para a formação de questões aqui expostas.

Ao Luciano Pacheco e ao Rodrigo Lima que com toda gentileza me auxiliaram no trabalho das traduções.

Aos meus amigos que sempre foram uma torcida fiel e alegre. Vocês são muitos (só de Marina's são três – que sorte a minha!) e não consigo citá-los nominalmente. Correndo o risco da injustiça, agradeço ao Marcelinho pela presença diária.

À FAFICH/UFMG, minha casa desde 2010, casa que me ofereceu formação intelectual, cultural e política decisivas em minha trajetória de vida.

Esta pesquisa contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ao qual gostaria também de agradecer.

RESUMO

Moreira, I. G. (2018). *Diagnóstico em Psicanálise: Da Estrutura ao Discurso*. Dissertação (Mestrado), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

A presente dissertação de mestrado propõe uma investigação acerca da questão do diagnóstico diferencial no contexto da prática de orientação psicanalítica. Trata-se de uma pesquisa traçada diante de uma constatação clínica que se refere à operacionalidade do diagnóstico fenomenológico ou estrutural, um apontamento de uma perspectiva na qual a orientação do manejo clínico perpassa não pelo rigor classificatório preestabelecido, mas factualmente pela questão do sujeito na sua relação com o Outro, sua posição de discurso.

Adotamos como método a análise clínica de cinco casos: dois com um mesmo diagnóstico estrutural e três com um mesmo diagnóstico fenomenológico. Verificamos nos casos que, apesar da repetição classificatória, a condução clínica adotada era completamente distinta para cada um deles: o que orientou a direção do tratamento não foi o diagnóstico estrutural ou o diagnóstico pelo fenômeno. A questão da insuficiência constitutiva do diagnóstico foi, de modo mais específico, o ponto de convergência prioritário em torno do qual tentamos situar a pesquisa, tendo em vista o objetivo de localizar, em cada caso, o que era determinante, na tentativa de extrair daí uma metodologia diagnóstica. Entendemos que há, logo de saída, uma espécie de paradoxo posto à teoria psicanalítica na medida em que ela não responde à categorização normativa dos transtornos mentais, já que a própria noção de categoria subverte seu axioma da unicidade do caso clínico. Procuramos, então, identificar qual nosologia seria possível para a psicanálise em termos de acolhimento do sujeito ao nível do discurso, uma nosologia que abarcasse uma metodologia clínica capaz de cotejar a singularidade do caso clínico com preceitos diagnósticos universais.

Esta dissertação passa também pelo problema da psicanálise e do método científico, uma vez que entendemos que o diagnóstico é paradigmático da tensão colocada na relação psicanálise e ciência.

Palavras-chave: Diagnóstico; Psicanálise; Estrutura; Posição de Discurso.

ABSTRACT

Moreira, I. G. (2018). *Diagnosis in Psychoanalysis: From Structure to Discourse*. Master's Dissertation, Graduate Program in Psychology, Faculty of Philosophy and Human Sciences, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte.

This master's dissertation proposes an investigation regarding the issue of the differential diagnosis in the context of the psychoanalytic practice. It consists of a research based on a clinical observation that refers to the operability of both the phenomenological and the structural diagnoses. It suggests an indication of a perspective in which the direction of the clinical handling is not pervaded by the pre-established classificatory rigor, but by the question of the subject in its relation to the Other, his discursive position.

We have adopted, as a method, the analysis of five clinical cases: two cases with the same structural diagnosis and three cases with the same phenomenological diagnosis. Despite the classificatory repetition, it could be verified, in these cases, that the clinical conduction adopted was completely different for each one of them: what guided the direction of the treatment was neither the structural diagnosis nor the diagnosis by the phenomenon. The question of the constitutive insufficiency of the diagnosis was, more specifically, the main point of convergence around which we tried to locate the research, in order to detect, in each case, what was determinant, in an attempt to extract from it a diagnostic methodology. We understand that there is, from the outset, a paradox that faces the psychoanalytic theory, insofar as it does not respond to the normative categorization of mental disorders, since the very notion of category subverts the psychoanalytic axiom of the uniqueness of the case. We then sought to identify which nosology would be in consonance with psychoanalysis in terms of the embracement of the subject at the level of the discourse, a nosology that could encompass a clinical methodology capable of considering the uniqueness of the clinical case along with universal diagnostic precepts.

This dissertation also touches on the problem of psychoanalysis and the scientific method, since we understand that the diagnosis is paradigmatic of the tension that lies in the relationship between psychoanalysis and science.

Keywords: Diagnosis; Psychoanalysis; Structure; Discursive position.

RÉSUMÉ

Moreira, I. G. (2018). *Diagnostic en psychanalyse: de la structure au discours*. Mémoire (Master 2), Programme Postuniversitaire, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brésil.

Ce mémoire propose une investigation sur la problématique du diagnostic différentiel dans la pratique clinique orientée par la psychanalyse. Il s'agit d'une recherche élaborée à partir de la constatation observée dans la clinique, qui se réfère à l'opérationnalité du diagnostic phénoménologique ou structurel, d'une perspective dans laquelle l'orientation du maniement clinique ne se soumet pas à des rigueurs classificatoires préétablies, mais, factuellement, elle passe par la question du sujet dans sa relation à l'Autre, sa position dans le discours.

On utilise comme méthode l'examen de cinq cas cliniques : deux avec le même diagnostic structurel et trois qui partagent un seul diagnostic phénoménologique. On vérifie dans ces cas que, malgré la réitération classificatoire, la conduite clinique adoptée a été complètement différente pour chacun d'entre eux : ce qui a orienté la direction du traitement n'a été ni le diagnostic structurel ni le diagnostic par le phénomène. La question de l'insuffisance constitutive du diagnostic est, plus précisément, le point prioritaire autour duquel nous plaçons cette recherche, afin de situer, dans chaque cas, ce qui lui est déterminant, dans la tentative d'en extraire une méthodologie diagnostique. On comprend qu'il y a une sorte de paradoxe posé à la théorie psychanalytique dans la mesure où elle ne répond pas à la catégorisation normative des troubles mentaux, car la notion même de catégorie subvertit son axiome de l'unicité du cas clinique. Alors, on cherche à identifier quelle nosologie serait possible pour la psychanalyse en termes de l'accueil du sujet au niveau du discours ; une nosologie qui englobe une méthodologie clinique capable de collationner l'unicité du cas clinique en utilisant des prescriptions diagnostiques universels.

Cette recherche s'occupe également du débat sur les questions que la méthode scientifique soulève à la psychanalyse, étant donné que nous considérons que le diagnostic est le paradigme de la tension entre psychanalyse et science.

Mots-clés : Diagnostic ; Psychanalyse ; Structure ; Position dans le Discours.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Reparções <i>sinthomáticas</i>	33
Figura 2 – O lapso nos anéis RSI.....	33
Figura 3 – A anorexia como quadro.....	34
Figura 4 – A <i>fórmula da metáfora paterna, ou da substituição significante</i>	42
Figura 5 – Metáfora do Nome-do-pai.....	43
Figura 6 – <i>Gnômon grego</i>	60
Figura 7 – O <i>sinthoma</i> de Lacan	70
Quadro 1 – Caso Marcelo.....	22
Quadro 2 – Formações do inconsciente / Fenômenos elementares.....	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 ENSAIOS CLÍNICOS.....	16
2.1 Sobre uma mesma estrutura: Marcelo e Valéria.....	19
2.1.1 Marcelo.....	20
2.1.2 Valéria.....	22
2.2 Sobre um mesmo fenômeno: Marina, Júlia e Mariano.....	24
2.2.1 Marina.....	25
2.2.2 Júlia.....	27
2.2.3 Mariano.....	29
2.3 O Problema.....	35
3 A ANUNCIAÇÃO FREUDIANA.....	37
4 A ESTRUTURA.....	50
5 DA ESTRUTURA AO DISCURSO.....	66
5.1 Retomando os casos clínicos.....	72
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado propõe uma investigação acerca da questão do diagnóstico diferencial no contexto da prática de orientação psicanalítica. Trata-se de uma pesquisa traçada diante de uma constatação clínica que se refere à operacionalidade do diagnóstico fenomenológico ou estrutural, um apontamento de uma perspectiva na qual a orientação do manejo clínico perpassa não pelo rigor classificatório preestabelecido, mas factualmente pela questão do sujeito na sua relação com o Outro, sua posição de discurso.

A questão nosológica tem se apresentado como um problema nas pesquisas em psicanálise a partir de casos limítrofes em que o diagnóstico se apresenta como um enigma. Não são raras as pesquisas que se propõem a discutir os casos a partir de nomeações como *limítrofes*, *transestruturais*, *borderline*, entre outras. O termo *psicose ordinária* surgiu justamente de uma pesquisa nesse sentido, na qual Jacques-Alain Miller, partindo desse contexto, propôs práticas de conversação clínicas que, pautadas por discussões sobre casos inclassificáveis, tinham como objetivo pensar outro tipo de orientação teórica para o diagnóstico. O termo *psicose ordinária* surgiu, então, de um percurso que teve início em 1996 com o “Conciliábulo de Angers”, continuou a ser utilizado em 1997 com “A Conversação de Arcachon” e findou-se em 1998 com “A conversão de Antibes”.

Não foi, entretanto, esse o caminho por onde passou nossa pesquisa. Não buscamos questionar qual diagnóstico seria possível para os casos que apresentaremos, nosso problema aqui foi tomar o diagnóstico claro, certo e clássico como insuficiente para aquilo que orienta a condução clínica desses casos. Justifica-se, portanto, a pergunta sobre a operacionalidade de se tomar um diagnóstico ao pé da letra na condução de um caso, uma vez que, mesmo que compreendamos o pressuposto que fundamenta nosso saber diagnóstico, no âmbito da prática clínica, nos chamados “casos do dia a dia”, entendemos que o que nos orienta é *outra* coisa.

A questão da insuficiência constitutiva do diagnóstico foi, de modo mais específico, o ponto de convergência prioritário em torno do qual tentamos situar a pesquisa, tendo em vista o objetivo de localizar, em cada caso, o que era determinante, na tentativa de extrair daí uma metodologia diagnóstica. Como se sabe, o preceito freudiano é o acolhimento de cada caso em sua novidade, e foi nessa indicação que compreendemos

uma utilidade diagnóstica. Entendemos que há, logo de saída, uma espécie de paradoxo posto à teoria psicanalítica na medida em que ela não responde à categorização normativa dos transtornos mentais, já que a própria noção de categoria subverte seu axioma da unicidade do caso clínico. Procuramos, então, identificar qual nosologia seria possível para a psicanálise em termos de acolhimento do sujeito ao nível do discurso, uma nosologia que abarcasse uma metodologia clínica capaz de cotejar a singularidade do caso clínico com preceitos diagnósticos universais.

Em vista desse objetivo e com o intuito de situar o leitor no que diz respeito ao desenvolvimento da nossa questão, apresentaremos a seguir o caminho que percorremos durante a pesquisa.

No Capítulo 1, apresentamos nosso problema através da via pela qual ele mesmo se apresentou a nós: pela nossa prática clínica. Esta pesquisa surgiu do projeto de extensão “A Construção do Caso Clínico”, do Ambulatório Bias Fortes da UFMG, que se dedica ao atendimento do público geral, da comunidade não acadêmica, e acolhe principalmente casos diagnosticados como psicoses e neuroses graves. Trata-se de um projeto de extensão de psicologia e de psiquiatria que tem como orientação teórica a psicanálise de orientação lacaniana. Durante o período de vigência da extensão, foram atendidos dois casos aqui relatados em vinhetas – Marcelo e Valéria. O fato de que os casos, de diagnósticos clássicos e iguais, apontavam para orientações de trabalho completamente diferentes despertou-nos uma questão. Foi então, a partir do atendimento de Marcelo e de Valéria, que nos colocamos a pergunta sobre a real operacionalidade de um diagnóstico fenomenológico ou estrutural frente ao elemento único de cada caso, elemento esse que de fato representava uma orientação clínica.

Ao entendermos que nosso problema não constituía um acontecimento isolado, selecionamos também, na literatura, situações em que nossa questão foi demonstrada. No livro *Ensayos de Clínica Psicoanalítica Nodal*, de Fabián Schejtman (2013), são apresentados casos a partir de uma leitura que leva em consideração a noção de enodamento/desenodamento que a teorização borromeana apresenta, casos que nos pareceram úteis por demonstrarem a operacionalidade da noção de *sinthoma* no âmbito de um quadro nosológico e por localizarem algo de um manejo clínico que não estava dado no estrito de um diagnóstico fenomenológico ou estrutural. São colocados então, a partir da leitura de Schejtman (2013), três casos: Marina, Júlia e Mariano.

O primeiro capítulo, portanto, é subdividido, a partir da análise dos casos, em dois tipos de diagnósticos: um diagnóstico pela estrutura e um diagnóstico pelo fenômeno. No que diz respeito ao diagnóstico estrutural, são expostos os dois primeiros casos, Marcelo e Valéria, que compartilham de uma mesma estrutura psicótica e de um diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F.20), embora não compartilhem de uma mesma direção de tratamento. Logo em seguida, são apresentados os três casos de Fabián Schejtman (2013), classificados com um mesmo fenômeno: a anorexia. Com esses três casos, vemos que um mesmo fenômeno, demonstrado em estruturas diferentes, também não é tomado como fator orientador na condução dos casos.

Começamos, portanto, pela narrativa dos ensaios clínicos por entendermos que nossa questão é de ordem fundamentalmente clínica, concernente à construção e à condução dos casos, sem deixar de perpassar, obviamente, também por caminhos e problemas epistêmicos – apresentados no próximo capítulo.

No Capítulo 2, que chamamos “A Anúnciação Freudiana”, damos ao nosso problema um tratamento de cunho mais epistêmico ao apresentar como a questão diagnóstica toca essencialmente na tensão posta entre psicanálise e ciência. Uma vez que estabelecer um diagnóstico é responder de um lugar que exige uma formalização clínica, uma categorização nosológica sólida e um aparato teórico que o fundamente, estabelecer um diagnóstico é responder de um lugar da psicanálise que pressupõe um ideal próximo àquele que prega a ciência, ainda que dela sempre nos distanciemos. Seja no nível das construções nosológicas ou na formalização dos casos clínicos, na compreensão das trajetórias do sintoma ou nas teorizações das mutações que a invenção analítica produz no ser falante, o tratamento psicanalítico pressupõe uma abordagem racional da experiência clínica que afasta a psicanálise de qualquer esoterismo.

Nesse sentido, e seguindo o que aqui chamamos de “uma anúncioção presente no trabalho de Freud” – que concebeu a psicanálise como inseparável do discurso da ciência –, Jacques Lacan não deixou de colocar como requisito ao trabalho do analista que ele fundamente sua prática de forma a dar a ela razão. A eficácia de seu ato – o do analista – não se coloca como suficiente, a transmissão da psicanálise sempre depende desse ponto de ideal da ciência que lhe é exterior, uma vez que responde a uma expectativa de quem busca uma ciência, embora a psicanálise não se encaixe perfeitamente nos parâmetros científicos.

Na esteira de tal entendimento, esta etapa do nosso trabalho parte, então, da proposição psicanalítica em torno da teoria da ciência anunciada por Descartes (1637/1999), que foi pioneiro ao introduzir a ideia de que a razão não pode ser, de forma alguma, disjunta do método científico.

Koyré (1971/2011) também confirma a proposição cartesiana. Para o autor, a elevação da teoria ao estatuto de precisão possibilitou que instrumentos exatos fossem criados para quantificar e sistematizar os objetos de domínio de uma pesquisa científica, além de instaurar uma linguagem através da qual a expressão de seus resultados fosse descrita e universalmente compartilhada. São essas criações, sobretudo as que se referem à construção de máquinas precisas e aparatos científicos, que servem de fundamento à concepção de mundo fundada por Descartes. As afirmações de Koyré (1971/2011) são caras à nossa pesquisa uma vez que, ao postularem a ideia de que uma experiência pode ser controlada, parametrada e reproduzida universalmente através de uma instrumentalização, nos dá elementos para entender o caráter de exatidão e prescrição que o diagnóstico tomou na nosologia psiquiátrica e psicanalítica. Como atesta o autor, o que o modelo científico prega é que, ao usar de instrumentos para tornar uma experiência parametrada e instrumentalizada, a própria noção de instrumento, de instrumentalização do cientista, teria o poder de conferir uma impressão de exatidão, uma profilaxia contra o erro próprio ao campo do *mais ou menos*.

Tendo em vista tal ideia de instrumentalização, a proposta deste capítulo é expor a tensa situação da psicanálise em relação à ciência e da ciência em relação à psicanálise. Entendemos que o diagnóstico é paradigmático no que diz respeito a esse tensionamento, já que a psicanálise trabalha exatamente com o que há de não codificável e parametrável do sujeito, apesar de atender a alguns chamados científicos.

No Capítulo 3, tratamos do modo como, pelo menos em um primeiro momento, uma solução para essa tensão entre psicanálise e ciência se apresentou para Lacan: *a estrutura*. No movimento de retorno ao texto de Freud, Lacan se dedicou a um trabalho de conceituação da psicanálise aportado no movimento estruturalista de seu tempo, tendo em figuras da linguística, como Jakobson (1896-1982) e Saussure (1857-1913), e na antropologia estrutural de Lévi-Strauss (1908-2009) grandes referências teóricas.

A partir do axioma “O inconsciente é estruturado como linguagem” (Lacan, 1964/1985, p. 25) entendemos que Lacan recorre à estrutura a fim de construir um modelo epistemológico para a psicanálise que, tal como em Freud, recusa a dualidade ciências da natureza x ciências da cultura. Na discussão desse aspecto, a leitura de Milner (1996) acerca do que representou a estrutura para o estabelecimento teórico de um edifício psicanalítico foi a referência adotada.

Foi também através do modelo estrutural que Jacques Lacan fundou, baseado nas modalidades de defesas psíquicas indicadas por Freud, o que temos até os dias atuais em termos de nosografia para a psicanálise. *Neurose, psicose e perversão*, uma vez entendidas através da noção de estrutura como um sistema tal qual Lévi-Strauss formula, inauguram um modelo diagnóstico fundamentalmente amparado em um constructo teórico e num programa clínico que nos propomos apresentar a fim de indicar a importância dessas noções e seus pontos de insuficiência no que diz respeito à concretude da clínica.

No Capítulo 4, levantamos, então, a problemática que chamamos de “uma passagem do diagnóstico da estrutura ao discurso”. Quando a questão do sujeito desperta para Lacan (1965/2003, p. 879) um problema em termos de estrutura, uma vez que Lacan se afasta do determinismo que compete ao termo, considerando que tal indicação é uma “redução que negligencia o sujeito”, a responsabilidade da decisão é colocada como própria à condição de sujeito, independente da determinação da estrutura simbólica que para ele se impõe.

Interessa-nos, então, para pensar o diagnóstico, a forma particular como o sujeito se engaja no Outro da linguagem, a posição desse sujeito no discurso, uma vez que ele fala e é pelo outro falado. Invocamos aqui a questão do investimento libidinal significante para compreender o porquê de uma solução funcionar para certos casos e não representar um direcionamento em outros. É feito, também, um breve levantamento teórico de como essa dimensão diagnóstica vem sendo trabalhada no âmbito da saúde mental, entendendo que sua noção central está posta por Viganó (1999) através do *Diagnóstico de discurso*.

A fim de abordar a noção de *Diagnóstico de discurso* destacada por Carlo Viganó (1999), alinha-se à pesquisa teórico-conceitual a análise da noção de *sinthoma* introduzida por Lacan (1975-76/2007) ao tratar dos modos de invenções dos sujeitos diante da não

relação sexual. Interessam-nos, da noção de *sinthoma*, primordialmente dois pontos: o efeito de nome próprio que o *sinthoma* aponta, uma vez que, ao tratar do *um* do sujeito, ele traz consigo uma identidade, e o efeito enodamento/desenodamento que uma solução *sinthomática* pode apresentar em cada caso, indício precioso para a estabilização ou desencadeamento dos sintomas.

Retomamos aí, então, os casos que apresentamos no Capítulo 2 para, munidos de tais considerações, propor uma leitura nosológica que tenta extrair de cada caso seu elemento invariante, que serve como orientação na condução clínica em termos de transferência e de tratamento dos sintomas. Demonstramos, através dos casos, o modo como fazemos uso do diagnóstico a partir da prática da escuta clínica e não a partir de um modelo teórico preestabelecido, de protocolo. São brevemente retomados todos os casos – Marcelo, Valéria, Marina, Júlia e Mariano –, a fim de demonstrar, em cada um deles, como a noção de diagnóstico de discurso foi orientadora no manejo transferencial ou serviu para apontar uma solução construída pelo sujeito.

Por fim, em nossas Considerações Finais, indicamos considerações concernentes à tese de que a psicanálise é herdeira da clínica; entretanto, ratificamos que a psicanálise não será herdeira da clínica sem a psiquiatria clássica, sem o diagnóstico fenomenológico, sem a fenomenologia, o que se contrapõe ao uso protocolar do diagnóstico que os manuais psiquiátricos vêm adotando. Dizer que a psicanálise é herdeira da clínica, em nosso entendimento, é dizer que não é possível operacionalizar o diagnóstico na condução dos casos sem considerar o elemento único e invariante de cada sujeito.

Levantamos também problemas a partir de uma leitura ética e, por que não dizer, política, do direcionamento dado à questão diagnóstica em nossos dias. Pareceu-nos interessante demonstrar como o elemento singular do sujeito, visto como um estorvo a ser eliminado pelos preceitos cientificistas do modelo laboratorial, é, para a psicanálise, justamente seu elemento crucial no que tange à orientação do tratamento.

2 ENSAIOS CLÍNICOS

Há de se pensar que a atividade da pesquisa em psicanálise deve partir da recuperação de seu vasto constructo teórico e de definições consagradas. Não é esse, contudo, o caminho que Freud nos aponta. Em “A pulsão e seus destinos”¹, Freud (1915/1996) enuncia que a direção da pesquisa psicanalítica é dada tão somente pela própria prática psicanalítica, pelo relato clínico que fornece seu modo de fazer pesquisa teórica.

É certo que a proposta de abrir mão do privilégio que fundamentos supostamente inquestionáveis trazem gera inquietação a quem busca na pesquisa uma resposta categórica. Nem por isso podemos nos furtar do compromisso indissociável com a investigação e com o tratamento que a prática nos exige e que, portanto, sustenta uma pesquisa em psicanálise a partir de sua clínica. Para Freud (1914/1996, p. 84-85), afinal, é isso o que difere a psicanálise – como uma prática erigida a partir da interpretação empírica – de uma teoria especulativa.

E é por essa razão que este trabalho aqui se inicia a partir de enredos da nossa prática: trata-se de uma pesquisa traçada diante de uma constatação que se refere à operacionalidade do diagnóstico na direção do tratamento. Pretendemos investigar como é necessário à clínica psicanalítica, em primeiro lugar, que se postulem noções diagnósticas que sirvam de aparato para sua prática, que não pode ser flutuante, e nos perguntar, em seguida, a respeito do que há de operatório ou não nessas noções.

Por que nos é tão caro o diagnóstico? Para Kammerer e Wartel (1989), o diagnóstico é um processo clínico cujo propósito consiste em reconhecer e em nomear determinada patologia a fim de daí extrair elementos orientadores para a condução do tratamento. Isso implica que hajam definições categóricas do que venha a ser considerado patologia ou não. Em medicina, a definição de determinada doença passa por uma disposição epistemológica praticamente consensual: é preciso que inicialmente se estabeleça um quadro descritivo a partir de características fenomênicas, resultado da observação clínica. Essa fenomenologia é reconhecida em algum elemento anatomofisiológico específico que dá a ela uma localização para, por fim, ser elencado um agente etiológico – o que viria a ser a causa da doença (Kammerer, Wartel 1989).

¹ O título original na edição utilizada é “Os instintos e suas vicissitudes” (Freud, 1915/1996). Optamos por adaptar livremente por “As pulsões e seus destinos” por julgarmos a tradução equivocada.

Tendo assim nitidamente definido um quadro nosográfico, o clínico estaria munido de elementos para estabelecer um diagnóstico, ou seja, para classificar e para circunscrever o acontecimento patológico, dando então a esse acontecimento o devido encaminhamento no processo de cura.

Freud, herdeiro da tradição médica, não deixou de seguir o mesmo procedimento, aplicando-o à doença mental. Em “Sobre o início do tratamento” (1913/1996), ele recomenda aos analistas que façam um “experimento preliminar” no princípio de uma análise, por uma ou duas semanas, para que se empreenda uma sondagem do caso e para que se estabeleça o diagnóstico diferencial (p. 140). O autor declara que é de extrema utilidade que o analista assim proceda, como forma de evitar erros práticos que desacreditem seu método de tratamento. No que tange aos critérios diagnósticos estabelecidos por Freud, o que se extrai de seus relatos clínicos é que havia uma atenção direcionada aos sintomas típicos (paralisias histéricas, rituais obsessivos...), mas, sobretudo, uma análise convocada pelo modo como cada sujeito se posicionava diante de seu sintoma. É o que fica explícito, a título de exemplo, no caso de Elisabeth (Breuer & Freud, 1895/1996, Caso 5): essa paciente, no lugar de demonstrar sofrimento diante da enfermidade que acometia seus músculos das pernas, demonstrava a mais plena indiferença, a sua *belle indifférence*, o que imediatamente convocou a atenção de Freud e lhe permitiu dali extrair a fala da paciente. O psicanalista estabeleceu, assim, como função capital para o diagnóstico, a distinção de casos que poderiam ser submetidos ao processo analítico de forma a trazer benefícios aos analisantes e casos de pacientes cujo quadro clínico não apresentariam critérios para estarem, por exemplo, em condições de atuar sob associação livre.

Mais tarde, Jacques Lacan, com o conceito de estrutura e de diagnóstico estrutural, define dados muito úteis sobre a dinâmica pulsional e sobre a noção de sujeito nessas categorias. Lacan indica, no primeiro momento de seu ensino², que “a entrada em cena de uma estrutura psíquica” (Dor, 1991, p.24) advém da subjetivação pelo indivíduo de uma lei maior encarnada no Nome-do-Pai, lei que aparece como resposta ao gozo não castrado numa operação por ele denominada *metáfora paterna* (Lacan, 1958b/1998). A noção diagnóstica inaugurada por Lacan parece ter sido fundamentada nas formas de

² Miller (1988/2006) aponta que o primeiro ensino de Lacan vai do “Discurso de Roma” (1953) a *O seminário, livro 20: mais, ainda* (1972-73), embora a virada já se torne visível a partir de *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964).

defesa estabelecidas por Freud, mais especificamente nos termos *Verdrängung*, *Verwerfung* e *Verleugnung*, que foram utilizados não apenas como referenciais divisórios mas também, por diversas vezes, em sua forma verbal (*Verdrängen*, *Verwerfen* e *Verleugnen*) a fim de marcar uma articulação com as formas de estruturação dos sujeitos. São colocadas aí três estruturas clínicas diagnósticas articuladas às três de estratégias de defesa possíveis diante do gozo inominável: neurose (*Verdrängung* ou recalque), psicose (*Verwerfung* ou forclusão) e perversão (*Verleugnung* ou rejeição). Posteriormente, essas noções foram revisitadas a partir da topologia lacaniana e das noções de enodamento e desenodamento a partir das quais as estruturas se definiriam “em relação à posição relativa do Simbólico, do Imaginário e do Real” (Lacan, 1978/1984, p.3, tradução nossa).

Há, portanto, uma clínica particularmente precisa em psicanálise no marco da conjunção entre o desenvolvimento psíquico e a classificação diagnóstica pautada no princípio de localização do sintoma diante da estrutura. Há também uma tradição diagnóstica que fundamenta o que se entende como *tipo clínico* adotado em nossa clínica, um constructo psicopatológico e psiquiátrico sólido utilizado na descrição e compilação dos fenômenos mentais.

Os *tipos clínicos* já existiam antes que fossem objeto de apreensão pela psicanálise. O termo *neurose* foi proposto em 1769³ pelo médico escocês William Cullen para designar doenças nervosas que acarretavam distúrbios da personalidade. O termo foi popularizado na França por Philippe Pinel a partir de 1785. Em 1870, Jean Martin Charcot, médico do maior hospício da França, o Salpêtrière, separou as histéricas de doentes com outras manifestações psicopatológicas, como a epilepsia, e fez da *histeria* uma entidade nosológica isolada, escolhendo-a como objeto de estudo e de pesquisa. Foi assistindo às apresentações de Charcot e diante das pesquisas desse autor que Freud se impressionou com a *belle indifférence* das histéricas frente a sua enfermidade e fez delas alvo de seus estudos clínicos (Schaeffer, 2005). A *esquizofrenia*, por sua vez, assim foi designada por Eugen Bleuler em 1911, no *Handbuch der Psychiatrie* (Manual de Psiquiatria), em que retomou trabalhos anteriores sobre a *demência precoce*, a qual Krapelin tinha dado o *status* de enfermidade autônoma já em 1883, em seu *Kompendium der Psychiatrie*. Freud admite a unidade clínica defendida por Krapelin, mas rejeita tanto o nome *demência precoce* como *esquizofrenia*, dado por Bleuler. Para Freud, o termo

³ Há discordâncias quanto ao ano uma vez que alguns autores afirmam que a origem do termo data de 1777.

parafrenia conjugaria melhor duas vertentes fundamentais que marcam a unidade do campo das psicoses, a *esquizofrenia* e a *paranoia* (Demangeat, 2005). A *neurose obsessiva*, talvez a única inovação nosográfica excepcionalmente psicanalítica, foi conceitualmente cunhada por Freud em 1894, em “As psiconeuroses de defesa”, construção apoiada nas teses clássicas sobre a degenerescência mental e sobre as neurastenias que, no entanto, a elas se opunha quanto à sua etiologia, que, no caso da inovação nosográfica de Freud, seria a traumática (Hayat, 2005).

Prevalecem, até os dias atuais, as catalogações e descrições dos referidos autores do fim do séc. XIX e início do séc. XX nos grandes manuais de psicopatologia e de semiologia psiquiátrica. Evidências clínicas formalizadas, no decorrer dessa prática classificatória, apontam para a codificação de condutas e para o estabelecimento de bases sólidas para o prognóstico e para o tratamento a partir de tais termos.

No entanto, o que se apresenta, a partir dos casos a seguir, é o modo como um diagnóstico, no momento da condução clínica, torna-se insuficiente uma vez que não é capaz de munir, por si só, o psicanalista de elementos orientadores. Foi preciso, então, situar a operacionalidade advinda da emergência da noção de diagnóstico como orientação para a prática da psicanálise. Não se trata de questionar qual o diagnóstico possível para os casos: em todos aqui explorados, verificamos, com clareza, a presença de fenômenos psicopatológicos clássicos e identificamos categorias diagnósticas correspondentes. O que almejamos, através da abordagem de casos com diagnósticos clássicos, é demonstrar como essa categoria pode não ser o fator orientador pilar da prática clínica, já que, a partir de um mesmo diagnóstico, foram construídos manejos clínicos completamente díspares.

2.1 Sobre uma mesma estrutura: Marcelo e Valéria

Partiremos da análise de duas vinhetas de casos acompanhados pelo projeto de extensão “A Construção do Caso Clínico”, do Ambulatório Bias Fortes⁴ da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em que o estabelecimento do diagnóstico não operou como direção de tratamento na contingência prática. Trata-se de dois casos

⁴ No Ambulatório Bias Fortes, funciona o projeto de extensão “A Construção do Caso Clínico”, vinculado ao estágio obrigatório da graduação em Psicologia da UFMG, onde são recebidos para acompanhamento casos de psicoses e neuroses graves.

diagnosticados como esquizofrenia paranoide (F.20), acompanhados em longo prazo pelo projeto e que são aqui retomados a partir de trabalhos anteriores.

2.1.1 Marcelo⁵

Marcelo foi encaminhado ao Ambulatório Bias Fortes para acompanhamento psiquiátrico no ano de 2008, quando apresentava fenômenos de alucinação verbal, sentimentos persecutórios, medo de sair às ruas, sensações de conspirações e pânico de policiais. Nasceu em uma família de sete irmãos e viveu com sua mãe até antes de se casar. Hoje, com 53 anos, é divorciado – separou-se de sua esposa depois de oito anos de união, por uma decisão dela que ele diz não compreender. Possui uma filha de 23 anos, fruto desse relacionamento, filha que, atualmente, mora com ele em um apartamento alugado.

Antes do desencadeamento, Marcelo já apresentava alguns fenômenos de caráter psicótico, embora discretos. Relatou que seus problemas começaram quando trabalhava como contador em uma empresa e passou a não conseguir mais se concentrar, perdia a atenção, não era mais capaz de fazer cálculos. Nessa época, no ano de 2004, já separado, passou a receber investidas sexuais da namorada de um colega de trabalho. Depois disso Marcelo declarou ouvir dela a seguinte ameaça: ela contaria a seu namorado sobre o envolvimento. Ele decidiu, então, falar, ele mesmo, sobre a situação com o colega, que, por sua vez, respondeu que não se importava, que os dois podiam “ficar” (sic). Quando Marcelo *ficou* com a garota, foi avisado de que o colega queria vê-lo. Sentindo-se perseguido, teve muito medo e passou a se esconder em casa sem de lá sair para nada, até que o colega o procurou para dizer que tal história de perseguição era infundada e que, na verdade, tinha por ele simpatia. Além disso, Marcelo trouxe relatos de muitas agressões verbais em seu núcleo familiar, principalmente por parte de uma irmã. À época, relatou que, mesmo se afastando dela para não ouvir as agressões, “as vozes continuam entrando no ouvido e repetindo na cabeça” (sic).

O franco surto psicótico foi desencadeado após uma viagem para ver a ex-esposa e a filha, que até então moravam em outra cidade. No trajeto, duas garotas acusaram Marcelo de dirigir-se a elas por meio de gestos obscenos, fato que resultou em abordagem policial. Marcelo acabou sendo levado para a delegacia da cidade, onde ficou retido por

⁵ Nome fictício. Caso retomado a partir da dissertação de mestrado de Ana Paula Santos (2010), intitulada *A Clínica da frase: considerações sobre o invariante do sintoma na psicose*.

horas em uma cela sob a acusação de abuso e de assédio. O paciente marcou o fato como um episódio de extrema “humilhação” e “injustiça” (sic).

O diagnóstico de Marcelo se pautou, então, em fenômenos elementares clássicos revelados no momento de seu desencadeamento: automatismo mental, dissociação da realidade factual, alucinações auditivas e fenômenos ligados à imposição do pensamento. A partir da sintomatologia apresentada, o caso foi diagnosticado como uma esquizofrenia paranoide (F.20), e, para o paciente, foi recomendado o uso de psicofármacos antidepressivos e antipsicóticos: Citalopran 20mg 1cp, Clorpromazina 25mg 2cps, Stelazine 5mg 2cps. O elemento da *inocência paranoica*, segundo a fórmula que Lacan ditou em 1965, foi destacado como fundamental para o diagnóstico estrutural.

No decorrer do tratamento, foi preciso, todavia, identificar de que forma a posição discursiva do sujeito apontava para uma estabilização dos sintomas. Marcelo passava meses, por vezes anos, numa queixa incessante sobre maus-tratos de seus familiares, explorações em situações de trabalho e abusos financeiros advindos primeiramente da mãe, depois da esposa e então da filha. Durante esses períodos de queixa, não manifestava nenhum tipo de confusão psíquica ou sintomatologia psicótica. Entretanto, bastava que recebesse uma ligação do banco ou da imobiliária acusando-o de algum débito pendente para que Marcelo se mostrasse desorganizado.

Segundo Santos (2010), o que estava em jogo nesse caso era o apoio de Marcelo em identificações nas quais invariavelmente ele precisava ocupar uma posição de ser o objeto, (x), que sofre injustiça de um Outro, (y). São muitos os episódios em que é possível reconhecer essa construção como um elemento invariante. Marcelo vendeu a casa construída para a família por um valor muito abaixo do real, fato que o deixava com uma sensação de ter sido injustiçado, embora a oferta tenha partido do próprio sujeito. Foi trabalhar com a tia e descobriu estar sendo roubado por ela. A tia o expulsou de casa cometendo contra ele uma “grande injustiça” (sic.). Quando decidiu morar com o irmão, este o levou para morar com a mãe, enganando Marcelo, que se viu sem alternativas diante desse fato. Invariavelmente, ele foi vítima de uma grande injustiça.

Dessa forma, *injustiçado*, significante presente no episódio de desencadeamento da psicose como tal e nos abusos que sofria cotidianamente da filha, é o que representa Marcelo em seu sintoma, é a localização de gozo que permite certo apaziguamento e, sobretudo, sustenta esse sujeito em suas relações sem que haja uma desestabilização do

ponto de vista clínico. Santos (2010) formalizou a aparente ordenação do mundo para Marcelo, baseada no significante da *injustiça*, da seguinte forma:

Ser o (x)	que é injustiçado por	(y)
Empregado		Patrões
Marido		Esposa
Sobrinho		Tia
Filho / Irmão		Mãe / Irmãos

Quadro 1: Caso Marcelo. (Santos, 2010)

Tal operação permitiu, a partir do sistema de ordenação significativa construída pelo próprio sujeito, identificar uma posição de gozo que aponta certa estabilização ao modo do sujeito, circunscrevendo o invariante do sintoma na construção desse caso clínico.

2.1.2 Valéria⁶

Valéria, 44 anos, iniciou seu acompanhamento no Ambulatório Bias Fortes no ano de 1999, a partir do encaminhamento da equipe de psicologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Durante a anamnese, Valéria queixava-se das alucinações auditivas de conteúdo persecutório, relatou que se sentia observada e que percebia ser o alvo da conspiração de outros. Segundo a paciente, esses sintomas tiveram início em decorrência de uma situação de estresse no trabalho, em 1995. Relatou que, ao trabalhar como operadora de caixa, havia sido acusada de roubo pelo chefe, situação que chegou a envolver a emissão de um boletim policial. A paciente relatou, ainda, que trabalhava muito e não descansava, sobrecarregando-se com horas extras, até que começou a errar, a atrasar as tarefas e a chorar no trabalho. Foi nessa ocasião, a pedido do seu patrão, que procurou ajuda médica, sendo, então, encaminhada para um hospital psiquiátrico onde ficou internada por um breve período.

⁶ Nome fictício. Caso apresentado na dissertação de mestrado *A demissão do Outro na esquizofrenia: o dito esquizofrênico sem a ajuda de nenhum discurso estabelecido* (2016), de autoria de Ana Luiza Mota Santanna.

Na ocasião da anamnese, queixava-se também de não conseguir ficar “em lugares cheios e apertados”, de estar ouvindo vozes e de se sentir observada, alegando que todas as pessoas falavam dela. Dizia estar “se sentindo estranha”, como se suas roupas não fossem suas. Sentia-se perseguida em sua vizinhança, que ela julgava hostil e invejosa. Declarava estar mais agressiva e irritada. Referiu-se, ainda, a um enorme incômodo decorrente do ganho de peso de 25 kg advindo de um tratamento anterior.

Valéria relatou ter tido uma infância simples e tranquila, entremeadada de desentendimentos com os colegas da escola que faziam com que ela chorasse constantemente; por isso, procurava evitar contatos. Finalizou o ensino médio profissionalizando-se em segurança do trabalho, e iniciou sua vida laboral em 1988 como operadora de caixa. Permaneceu nessa função até o desencadeamento de seus sintomas e sua posterior demissão em 1999. Após a demissão, tinha o interesse de buscar outra atividade para exercer: pensou em estudar para um concurso dos Correios, matriculou-se em um curso pré-vestibular visando prestar vestibular para administração de empresas. Entretanto, seus planos não foram postos em prática. Relatou que não conseguia passar na fase das entrevistas quando buscava emprego. Por fim, tentou recomeçar a trabalhar como vendedora na loja de uma amiga, mas o cargo durou apenas cerca de um mês, pois “a loja foi à falência” (sic). A partir daí, mostrou-se desanimada e incapaz de fazer qualquer coisa, permanecendo inativa e tendo como única renda o “auxílio-doença” (sic).

Atualmente, a paciente reside com a mãe e com a irmã, sendo suas relações interpessoais basicamente exclusivas à família. Valéria relata não ter muitos amigos, não menciona envolvimento amoroso. Justifica-se dizendo que tem uma desconfiança para com os outros, além de sentir muita dificuldade em frequentar lugares movimentados e barulhentos. Passa a maioria de seus dias em casa, no sofá, sendo que, esporadicamente e por tempo limitado, busca praticar alguma atividade física.

Aqui também o diagnóstico, a partir da sintomatologia, foi o de esquizofrenia paranoide (F.20), sob o traço da mesma estrutura da *inocência paranoica* (Soler, 1937/2007) e pautado nos fenômenos elementares descritos. O caso de Valéria, contudo, indicou, como ponto central no funcionamento do sujeito, uma queda da intencionalidade, uma volatização da intenção que não lhe permite se lançar no laço discursivo em busca de seu desejo.

Ela iniciou, por diversas vezes, a prática de atividades físicas a fim de perder peso, práticas que eram precocemente interrompidas. O mesmo acontecia quando se propunha a estudar ou a buscar um emprego. Refratária a qualquer possibilidade de laço social, apresentou notória inquietação e desestabilização em períodos como as festas natalinas, aniversários, casamentos ou velórios que reuniam a família. Por vezes, a paciente queixou-se de um vazio que a acometia, condenando-a à inércia, ainda que houvesse um investimento aplicado à determinada circunstância. Esse vazio foi por ela nomeado como uma “agitação” (sic) sobre a qual não conseguia falar. Quando anunciou o desejo de colocar fim à própria vida, esse vazio apareceu ainda, em sua fala, marcado pelo significante “sem sentido” (sic).

Segundo Santana (2016), essa inércia mortificante, que impossibilita Valéria de se ancorar minimamente no campo do Outro, surge como uma insígnia de um gozo não domesticado pela ação discursiva, de forma que ela permanece imersa em um constante e ininterrupto sentimento de estranheza em relação às condutas codificadas socialmente. Os discursos, como condutas codificadas, têm em comum o fato de sempre sustentarem uma virtualidade intrínseca nas relações, um ponto de ancoragem para o desejo. A vontade fugaz de Valéria nada mais é que um efeito lógico do colapso de um sistema que, para ela, não é representativo. Ciente da inconsistência do Outro, resta a ela passar os dias sentada no sofá.

A marca da queda da intencionalidade ou a dificuldade de engajamento em qualquer laço social aparecia todas as vezes em que ela se propunha alguma atividade que passava por um laço com o outro: aulas de ginástica, cursos profissionalizantes, busca de emprego. Esse certo exílio do laço social era a posição que Valéria costumava ocupar, sendo, assim, seu elemento sintomático e estabilizador.

2.2 Sobre um mesmo fenômeno: Marina, Julia e Mariano

O que percebemos, com a pesquisa, é que os casos de Marcelo e de Valéria não constituíam ocorrências isoladas. Se nesses casos um mesmo diagnóstico estrutural é localizado em evoluções clínicas díspares, o critério diagnóstico adotado nos casos a seguir, a saber, o fenômeno, não mostra também um eixo comum de orientação. São três casos para os quais o fenômeno anoréxico é central, porém, em cada um deles, esse fenômeno se manifesta de forma singular. Se, em um deles, por exemplo, o fenômeno

aponta o enodamento, em outro, ele aponta justamente a desestabilização, e o que conduz a direção que a eles é dada é tão somente o próprio caso.

O relato dos três casos aqui colocados (Marina 2.2.1, Júlia 2.2.2 e Mariano 2.2.3) é de autoria de Fabián Schejtman (2013), extraídos do livro *Ensayos de clínica psicoanalítica nodal* (p.285-302). Em sua versão original, estão na língua espanhola e foram por nós traduzidos livremente para o português.

2.2.1 Marina

Marina é uma adolescente de 17 anos que foi levada por seus pais para tratar-se com um psicanalista em decorrência da dieta restritiva que havia se imposto: ela se recusava a consumir qualquer coisa que estivesse em estado sólido.

Antes da chegada ao analista, Marina havia sido internada em uma instituição especializada no tratamento de transtornos alimentares devido ao risco clínico que apresentava, pesando cerca de 27 kg. Nessa ocasião, a adolescente foi submetida a um tratamento muito rigoroso baseado no controle de sua alimentação: havia horários determinados para que ela se alimentasse e imposições tais como a de ingerir especialmente sólidos. Em um tempo relativamente curto, a paciente começou a subir de peso, superou o risco clínico, foi “curada” de sua anorexia e autorizada a deixar a instituição para seguir em tratamento ambulatorial. Apesar dessa notável eficácia terapêutica, o que se seguiu foi um acontecimento imprevisto: quando recém-chegada a sua casa da internação, tentou suicídio cortando os pulsos. Felizmente, antes que ela pudesse obter êxito em sua tentativa, ela foi descoberta e seu sangramento contido. A partir deste episódio os pais de Marina decidiram propor-lhe uma consulta com um psicanalista.

Segundo Schejtman (2013, p.285), o que pôde diferenciar esse tratamento do anterior foi a advertência de Freud quanto ao *furor curandis*: o psicanalista ao qual Marina fora levada sabia que era conveniente escutar o sintoma em vez de correr na tentativa de eliminá-lo, mesmo diante do grave risco que sua anorexia apresentava para sua saúde física. Partindo deste intuito de escutar algo do sintoma, o analista perguntou à Marina, na primeira entrevista, o porquê de ela só consumir líquidos. Sua resposta apontou uma formulação delirante: ela relatou que se negava a comer “sólidos” – como os chamava – porque, uma vez incluídos na sua comida, eles tinham o potencial de solidificar seu sangue e seu corpo. Ela pretendia, então, manter-se “liquificada” – eram seus termos –,

ela devia manter um estado de “liquifacción”⁷ permanente. Caso contrário, segundo a própria paciente indicou, “terminaria como *Ben Grimm*, o personagem de pedra do *Quarteto Fantástico*” (sic). Essa ideia delirante, apoiada no neologismo *liquifacción*, que apareceu várias vezes em seu relato, justificava, assim, sua recusa em ingerir sólidos e deixava entrever que se tratava, nesse caso, de uma anorexia articulada em uma estrutura psicótica. (Schejtman, 2013, p.285-286)

Com o desenvolvimento do tratamento pôde ser esclarecido que a dieta líquida a que Marina se submetia era, na verdade, resultante da evolução de uma restrição alimentar que a jovem se impôs desde o momento da sua menarca, por volta de seus 13 anos. A chegada da primeira menstruação trata-se de um marco pois, segundo a paciente, ela veio acompanhada de sensações na sua vagina que ela julgava de caráter estranho, sensações que surgiam quase sempre quando o sangramento cessava. Esse momento era marcado por “uma fricção estranha e uns ruídos esquisitos” (sic) que costumavam desaparecer quando Marina se lavava, ou, quando isso não acontecia, a solução por ela encontrada era comer pouco ou não comer, tomando sempre muitos líquidos para ajudar. Também conta que, com a menarca, lhe apareceu a ideia de que sua mãe queria “solidificá-la” introduzindo, “por contrabando” (sic), pedaços de comida nos líquidos que tomava, o que a levou a revisar com cuidado tudo o que consumia e, finalmente, a tornar exclusivamente líquida sua dieta, o que a permitiu também controlar essa ideia que havia se imposto. (p.286)

Schejtman (2013) destaca a lógica implacável que essa paciente exhibe em sua passagem ao ato, na tentativa de suicídio: se seu corpo e seu sangue estavam sob o risco de se solidificar em decorrência da ingestão de sólidos imposta, a resposta encontrada aqui foi a de abrir as veias para que o líquido pudesse ser liberado. Assim, a própria paciente nomeava: “tinha que me manter liquificada, não havia opção, tinha que me cortar” (sic). E acrescentou: “neste momento a fricção e os ruídos eram insuportáveis, eu não entendia o que estava acontecendo, eu tinha que desligá-los” (sic).

Ainda de acordo com Schejtman (2013), a paciente comentou mais adiante, quase de passagem, que, a cada vez que lhe aparecia a ideia de que a mãe colocava sólidos em seus líquidos, ela costumava também tomar longos banhos imersa na banheira, de forma

⁷ Optamos aqui por manter o termo não traduzido do espanhol por se tratar de um neologismo. *Liquifacción* parece ser a junção de dois termos que, em tradução livre para o português, representam *líquido/a* e *facção*, ou *facção* dos líquidos.

a “liquificar-se”, prevenindo qualquer tentativa de “solidificação”. Nesse ponto, o psicanalista lhe perguntou se ela nunca havia experimentado comer sólidos enquanto tomava seus banhos de imersão, ideia que ela acata.

Em um momento posterior do tratamento, foi possível que Marina construísse outra suplência ao lado dessa que havia alcançado inicialmente comendo na banheira, algo que, segundo Schejtman (2013), terminou perto do que Lacan denominou, nos anos 50, como *metáfora delirante*. Tratou-se, segundo o autor, da construção de uma *genealogia Marina*: seus pais não eram seus verdadeiros pais, ela era, na verdade, filha de Poseidon, às vezes dizia que era de Netuno, em todo caso, ela provinha do mar. As sensações estranhas que ainda sentia às vezes na vagina eram também explicadas por seu parentesco com sereias, o que agora eram somente as fricções, já que ela não ouvia mais os ruídos.

A construção delirante de Marina sobre sua descendência como sereia, somada aos seus almoços e cenas aquáticas são os indícios de estabilização do caso construídos no percurso clínico. Trata-se de uma saída distinta da primeira, encontrada através da restrição alimentar, da dieta líquida, que, ainda que cumprisse a função de estabilizá-la, a conduzia à morte. (Schejtman, 2013, p.287)

2.2.2 Julia

O caso Julia foi apresentado por Schejtman (2013) em contraponto ao caso Marina. Como atesta o autor, se no caso de Marina a anorexia como fenômeno cumpria a função de uma espécie de solução – por mais problemática que fosse –, nesse outro caso, ela se manifestava como problema, como marco do início dos sintomas históricos.

No relato do caso extraído, Julia apontou que, durante sua infância, fora uma “gordinha feliz” (sic): assim se referia a si própria, a seus anos infantis. Suas “dobrinhas” (sic) e seus “quilinhos a mais” (sic) nunca foram para ela de grande importância nem lhe trouxeram questões problemáticas. Filha única, era tida como a alegria de seus pais e o “coração do lugar” (sic). Contudo, na adolescência, por volta dos 16 anos, esse lugar que lhe reservava a felicidade infantil ganhou um outro destino: passou a se considerar muito gorda; ver sua imagem no espelho passou a ser algo que lhe trazia sofrimento. Ela decidiu, então, submeter-se a dietas. Começou por uma disciplina alimentar, com uma contagem severa de calorias, uma alimentação rigorosamente cerceada que fez com que ela

emagrecesse excessivamente. Além disso, mostrava-se angustiada. Seus pais, preocupados, lhe sugeriram a consulta com um psicanalista, e ela aceitou.

Schejtman (2013) apresenta que, já nas primeiras entrevistas, tornou-se claro que os sintomas de Julia foram desencadeados na ocasião de um começo de namoro. Localizavam-se claramente a partir das investidas de seu parceiro para que iniciassem suas relações sexuais. Durante um bom tempo, Julia se negou. Angustiada, finalmente ela terminou por aceitar, ainda que com dificuldades: sua questão fundamental girava em torno do ato de se despir diante dele. Segundo o que é por ela trazido, desde a primeira vez em que o namorado se pôs a tirar-lhe a roupa, ela imediatamente se mostrou “colorada”⁸ (sic), “vermelha de vergonha” (sic), e o impediu. Mais adiante, quando ela aceitou ter com ele relações sexuais, sua condição era que estivesse “quase vestida” (sic), e sempre com a luz apagada. Dizia: “me tortura que ele me veja nua” (sic), “não suporto tirar a roupa diante dele” (sic). Para o autor, aí estão postas, enfim: a angústia, a vergonha e a anorexia. (p.291)

O início da análise de Júlia foi marcado por um acontecimento casual, por um encontro inusitado que marcou o início de um outro momento transferencial: certo dia, Julia encontrou seu psicanalista fora do consultório, surpreendentemente em um supermercado, local de forma alguma irrelevante, pois tratava-se de um supermercado aonde Julia havia ido para comprar produtos dietéticos. Estando diante do analista a jovem não disse nada inicialmente, mas o rubor logo subiu às suas bochechas tornando-a “colorada”. No encontro seguinte com o psicanalista, a jovem permaneceu em silêncio, olhando-o por volta de 15 minutos, até que, de repente, mais uma vez, tornou-se “colorada”. Nesse momento, com um gesto, o analista a convida a passar ao divã. (p.292)

Então, no divã, Júlia toma a palavra. Surpreendentemente, começa falando de seu avô, de quem ela nunca havia falado até esse momento. Ela relata que seu avô era um militante desaparecido na época da ditadura militar na Argentina, e assim o chamava: “meu avô... o *colorado*”⁹ (sic) – tudo indica que por ser comunista e um pouco perigoso. O analista marca o significante *colorado* que vai de seu avô às suas bochechas. Júlia ri e avança em associação livre, terminando por deixar clara uma identificação: “sabemos pouco dele,

⁸ Mantém-se aqui a palavra em sua língua original, o espanhol, por ser um significante importante no tratamento de Julia. O termo *Colorada*, na língua portuguesa, poderia equivaler a *vermelha*, *envermelhada*.

⁹ Na América Latina dois importantes partidos políticos de cunho nacionalista são popularmente conhecidos como *Colorados*: a Asociación Nacional Republicana, do Paraguai, e o Partido Colorado, do Uruguai.

mas sabemos que foi *torturado*” (sic), explanando relatos de algumas das torturas que seu avô havia sofrido. Não houve sequer necessidade de que o analista lhe entregasse uma interpretação, já que ela mesma se recordou de que a “torturava” o fato de que o namorado a visse nua. Pôs-se, assim, em curso o trabalho da análise de Júlia, na qual ela começou a reescrever uma história que fez falar seu sintoma anoréxico, sintoma esse que, com o tempo, acabou por ceder, ainda que a vergonha em relação à nudez a tenha acompanhado por um período mais prolongado.

Para Schejtman (2013), parte-se, nesse caso da localização para Julia, de uma solução que a estabiliza pelo efeito de sentido que carrega, precisamente o sentido que solidifica sua posição como “gordinha feliz”. Enquanto ela era o “coração do lugar”, isso a mantinha em sua casa, ao lado de seus pais. O início dos encontros sexuais com seu namorado situa o aparecimento dos sintomas, já que ali o lugar da “gordinha feliz” não era mais suficiente, exigindo dela uma postura que não a da fantasia dos pais. Trata-se do surgimento de uma angústia diante de um olhar que a deixava inerte. É aí que se situa a anorexia. (p.293)

O autor ainda afirma que, por fim, a diferença em relação ao caso de Marina termina por introduzir-se com o ato analítico, aqui limitado à indicação do divã: a separação do objeto olhar possibilitou o início do trabalho das cadeias significantes e, assim, sob a égide do significante da transferência ilhado – *colorada* –, se produziu a abertura do inconsciente, que propiciou a transformação do sintoma em metáfora. (p.295)

2.2.3 Mariano

Esse terceiro caso, para Schejtman (2013), vem como uma advertência para que não se coloque necessariamente o fenômeno da anorexia-encadeamento (ou *sinthome*) do lado da psicose ou para que não se suponha, em toda anorexia-desencadeamento (sintoma), uma neurose. Tais afirmações não podem ser corroboradas sem que antes se analise o que o fenômeno representa em cada caso.

Mariano é um relato de um caso descrito por Schejtman (2013) de um jovem de 14 anos que chegou ao psicanalista acompanhado por sua mãe procurando a análise, em suas palavras, “porque havia perdido a alegria de viver” (sic). Era constante e intensa a preocupação que o paciente mantinha diante da possibilidade de se ver gordo e de não poder desfrutar de todos “os alimentos e guloseimas” (sic) que desejava. Segundo segue o relato, o jovem, até pouco tempo, era alegre, não tinha, como alvo de suas preocupações

o seu peso e mantinha muitos amigos ao seu redor. Seu *hobby* era a criação de “galos de briga”, atividade a que ele se dedicava com intensidade e graças à qual era visto com admiração e como um destaque. Em várias ocasiões, havia participado de lutas com os galos e havia chegado a ser oficializado como juiz. Era tido, nesse âmbito, como figura de autoridade, uma referência cara a ele. Mais adiante, foi por ele ressaltada sua singular relação com a comida: “sempre tive uma necessidade irrefreável de comer, me mantinha comendo a toda hora” (sic). Conta que, antes, sua mãe sempre cozinhava para ele e que se orgulhava de preparar-lhe grandes banquetes. Esse furor com a comida, que aparentemente sempre o acompanhou, não era questionado por ninguém no seu entorno, tampouco por ele mesmo, já que a possibilidade de engordar não era algo que o colocava em vigília. Seus amigos e companheiros de colégio o apelidaram, de maneira carinhosa, como “o gordo” (sic), e ele consentia com esse apelido sem que ele lhe trouxesse constrangimento. (p.296)

Interrogado pelo psicanalista a respeito de seu pai, que não havia sequer sido mencionado durante várias sessões, Mariano apontou: “não quero saber nada desse senhor, porque ele nunca se preocupou comigo!” (sic). Como segue no relato do autor, os pais de Mariano separaram-se quando ele tinha 6 anos de idade, e seu pai foi se afastando dele de forma progressiva. Com o tempo, ficou por completo aos cuidados da mãe e sob o comando de suas decisões arbitrárias. Disse que não tinha recordações de seu pai e que há muito tempo não sabia nada dele. A última vez que se encontraram foi na ocasião de uma visita em que, estando Mariano hospitalizado em decorrência uma cirurgia, seu pai foi vê-lo. Nessa ocasião, o pai trouxe, como presente, um pedaço de bolo e lhe entregou em conjunto com a notícia de que agora ele tinha um irmão, um irmão filho de seu pai com uma outra mulher que não sua mãe. “Quando ele saiu da clínica – assinala –, eu joguei fora aquele pedaço de bolo” (sic). A partir daquele momento, não aceitava ou desejava ver o pai.

Schejtman (2013) aponta que essa visita introduziu um antes e um depois na história de Mariano: o início da restrição anoréxica. No relato do caso, é assinalado o impacto que teve Mariano, naquela mesma época, ao ver-se em uma fotografia tirada durante as férias na praia: “me via gordo, cheio de gordura” (sic). A decisão de perder peso então se instalou. O jovem comentou a série de privações a que se submeteu e o enorme esforço que empreendeu, a partir de então, para manter-se magro, além de mencionar sua angústia diante da possibilidade de engordar. Mariano passou também a

se sentir aterrorizado com a hipótese de que alguém pudesse voltar a referir-se a ele a partir de seu antigo apelido, “o gordo”.

Assim o jovem abandonou de maneira progressiva a prática esportiva em equipe, deixou as brigas de galo, isolou-se do seu grupo de amigos e iniciou intermináveis rotinas de exercícios físicos com as quais buscava “queimar as gorduras” de seu corpo e impedir que os poucos alimentos que consumia pudessem engordá-lo. Parte importante dessa rotina de exercícios físicos consistia em sair “correndo pelas ruas feito louco” (sic), umas “corridas sem limites” (sic), que só paravam quando seus pés já estavam extremamente feridos. Ele dizia que essas lacerações não lhe traziam dor, que seu dever era seguir “correndo e correndo até queimar todas as gorduras” (sic), ainda que estivesse sangrando. (p.297)

Mariano passou a se interessar por conferências sobre hábitos saudáveis de alimentação cujos rituais ele incorporou a seu regime alimentar: horários específicos para as comidas, velocidade para a ingestão dos alimentos, lapsos de tempo que devem separar a hora da comer e a hora de dormir, etc. Descreveu consultas regulares com sua nutricionista, sempre na companhia de sua mãe, a fim de se pesar; essas sessões de pesagem despertavam nele uma profunda angústia. Disse a seu analista que via a mãe e a nutricionista como “um par de víboras” (sic) que se ajuntavam com o objetivo único de engordá-lo: “especialmente minha mãe... me faz armadilhas, cozinha pra mim com gordura para que eu possa engordar” (sic). (p.297)

Por fim, mencionou a imensa raiva que sentia ao ver-se trancado na cozinha de sua casa, onde passava horas, já que não aceitava mais que sua mãe lhe fizesse comidas, tudo precisava ser preparado por ele. Dirigia-se insultos, nomeou-se como “Mariano, a empregada” (sic), já que vivia trancado cozinhando e não gozava da vida. (p.297)

Como relata Schejtman (2013), as entrevistas de Mariano frequentemente eram pautadas pelo desejo do jovem em dizer sobre o que comia e sobre o que não comia, sobre as calorias de cada um dos alimentos e sobre os cuidados de que ele dispunha na preparação de suas refeições. Foi aí, então, que o analista interveio: “isso é algo que, caso deseje, você deve tratar com sua nutricionista, aqui pode ser útil que você trate de outras coisas” (sic). Foi nesse ponto que Mariano começou, então, a mencionar seu intenso desejo de ter uma namorada. Relatou que, antes, tinha muitas amigas, colegas de escola, mas que, neste momento se tratava de algo diferente. Comentou que se sentia inseguro

para se aproximar das garotas e que essa insegurança justificava a importância de estar magro. Interrogado sobre esse ponto, disse que, quando tinha 13 anos, começou a ansiar por uma namorada bonita. Ele e outro amigo – também gordinho – observavam as garotas e os casais e concluíram que nenhuma garota bonita passeava com um gordinho, a menos que fosse um homem com dinheiro. A partir dessas observações Mariano chegou a introduzir uma modificação em uma frase popular e concluiu: “homem gordo não desfruta mulher bonita”¹⁰ (sic). Desse momento em diante, apareceram, nas sessões, referências às suas colegas de estudo que lhe agradavam e a quem ele gostaria de convidar para sair. Quando falou sobre seu medo de engordar, ocorreram-lhe as seguintes perguntas: “Por que eu não posso ser como os outros garotos?” (sic); “Será que, se eu fosse como os outros, que têm consigo seus pais, eu não havia me metido nisso?” (sic). Nesse ponto, as sessões eram interrompidas. (p.297)

Meses mais tarde, quando a restrição alimentar havia terminado, Mariano retoma ao analista para ser atendido uma última vez. O jovem havia recuperado seu peso corporal e se apresentava como alguém contente e satisfeito, segundo ele, como alguém que aproveita a vida. Tinha agora, dizia ele, muitas namoradas que gostava de beijar, de “ficar aqui e ali” (sic). O analista apontou o equívoco da expressão que lembrava o hábito de Mariano de comer de maneira desordenada e abundante. Mariano disse ainda que às vezes, após comer muito, sobretudo em momentos em que se sentia sozinho, vomitava para regular seu peso como no momento anterior de seu tratamento. Entretanto, ele dizia não se preocupar com isso: “isto é algo que posso deixar quando quiser” (sic). (p.298)

Esse caso é tratado por Schejtman (2013) como uma psicose ordinária. Mesmo sem apresentar alucinações de nenhuma espécie, nenhum delírio florido, mas unicamente – a princípio – o sintoma da anorexia restritiva, é preciso aqui verificar que esse sintoma localiza o que o autor chama de um *desenodamento*, um lapso do nó do qual o psicanalista se vale para estabelecer o diagnóstico. (p.298)

Para o autor, o primeiro tempo supõe uma estrutura enodada, estabilizada por esse nome que chega ao sujeito pelo Outro: “Mariano, o gordo”. Há aí uma função de nomeação que impede a fuga do imaginário quando ainda não está posto o lugar do lapso na cadeia, além de engajar o sujeito no Outro social. O que fica assegurado pela

¹⁰ Há um provérbio popular na Argentina que diz: “Hombre miedoso no desfruta mujer bonita”. Em livre tradução para o português: “Homem medroso não desfruta mulher bonita”.

identificação – imaginária também – com uma figura de autoridade no âmbito das brigas de galo constitui, por sua vez, uma segunda reparação (p.299):

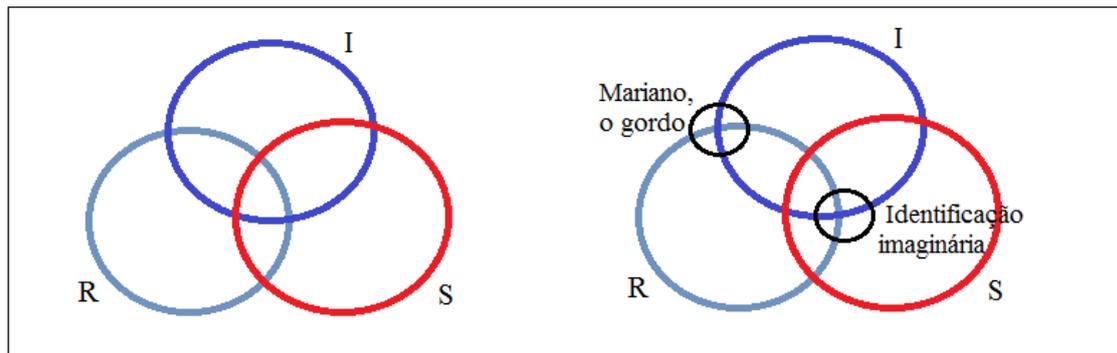


Figura 1: No primeiro momento os três anéis RSI (Real, Simbólico e Imaginário), e no segundo as reparações *sinthomáticas*. (Schejtman, p. 299, tradução nossa)

Um segundo tempo se introduz com a visita de seu pai, o encontro com *Um-pai*. Nesse caso, o pai do jovem, ao dar a notícia da chegada de seu novo irmão, o coloca diante do furo da estrutura, marcando sua desestabilização do ponto de vista clínico. Trata-se de um lapso duplo que se introduz nos pontos de cruzamento nos quais as reparações haviam se instalado, tornando-as inúteis (Schejtman, 2013).

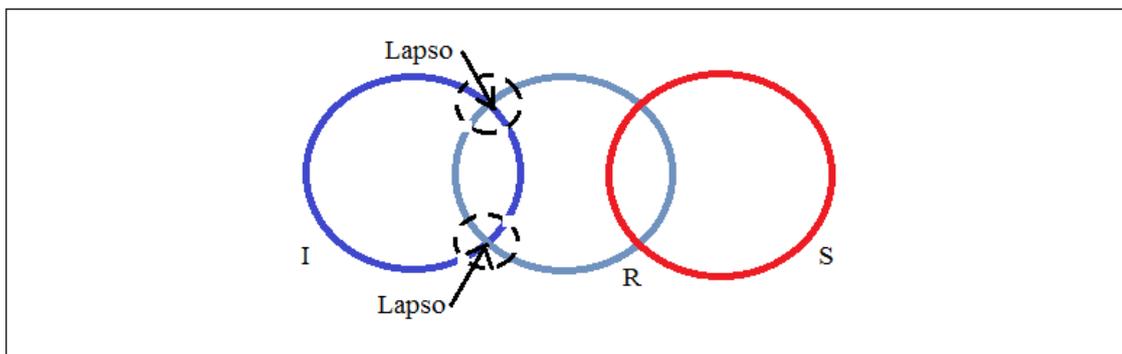


Figura 2: O lapso nos anéis RSI (Real, Simbólico e Imaginário). (Schejtman, p. 300, tradução nossa)

Para Schejtman (2013), o desencadeamento psicótico, apesar de não vir demonstrado com fenômenos clássicos, aponta para consequências evidentes. Há uma virada na posição do sujeito que demonstra tal colocação: Mariano deixa de ser o gordinho a quem mamãe preparava deliciosas comidas, para alguém que se impõe uma anorexia restritiva. Um esboço de delírio se deixa entrever: a mãe – em cumplicidade com a nutricionista, “esse par de víboras” (sic), “coloca gordura nas minhas comidas” (sic).

Para Schejtman (2013), sem dúvida não se tratava de uma metáfora delirante, mas do fenômeno elementar na ponta do delírio. (p.300)

Segundo o autor, soma-se a isso o terror que alguém o nomeie como “o gordo”. E mais: surge um outro nome em seu lugar, “Mariano, a empregada”. Trata-se de uma injúria que o designa rigidamente e que, em outro caso, poderia tornar-se o signo da identificação do gozo no lugar do Outro como tal – mas não é uma paranoia –, mas se localiza aqui também como um sintoma do desenodamento da estrutura (Schejtman 2013, p.300). O esboço de delírio e a *autoinjúria*, assim como a obediência automática aos “conselhos sobre hábitos saudáveis de alimentação”, são, segundo consta na interpretação do autor, representativos da questão que se interpõe nos registros Real e Simbólico. Em contrapartida, a prática esportiva em grupo que lhe conferia um lugar imaginário, uma vez abandonada isola Mariano e o desengata do Outro social, deixa lugar a essas corridas sem limites ainda que com os pés dilacerados e sangrando. É um destaque também, na construção feita por Schejtman (2013), a ausência de dor nos momentos em que ele descrevia as “saídas a correr pelas ruas como um louco para queimar todas as gorduras” do lado da soltura do registro imaginário: uma forma de “deixar cair a relação com o próprio corpo” “completamente suspeita para um analista”, segundo Lacan (1975-76/2007, p. 147 apud Schejtman, 2013).

Para Schejtman (2013), a anorexia como quadro, aqui signo do desencadeamento da estrutura, inclui as duas vertentes destacadas:

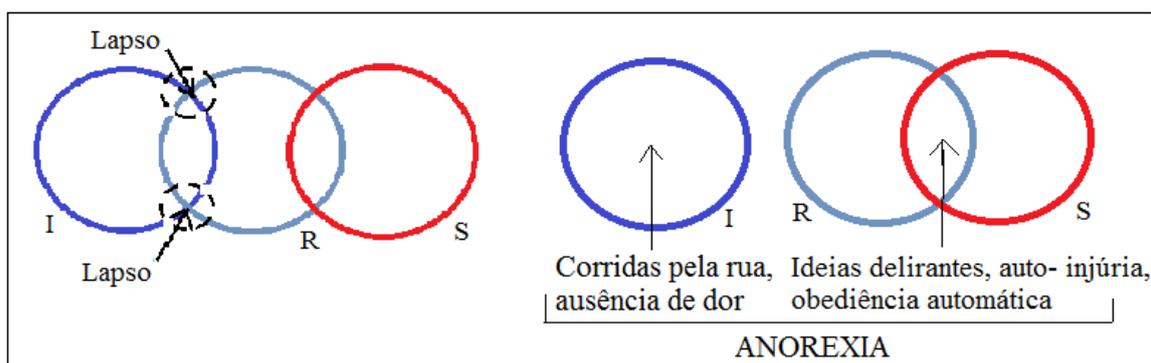


Figura 3: No primeiro momento o lapso nos anéis RSI (Real, Simbólico e Imaginário). Em seguida, a anorexia como quadro, sendo a soltura do Imaginário representada pelas corridas de rua e ausência de dor e a intersecção entre Real de Simbólico pelas ideias delirantes, as autoinjúrias e a obediência automática. (Schejtman, p. 301, tradução nossa)

2.3 O Problema

A apresentação dos casos evidenciou a possibilidade de encontrar, em um mesmo fenômeno – a anorexia – ou em uma mesma estrutura – a psicótica – manifestações muito distintas. É uma pesquisa que não se justifica, portanto, pela clara insuficiência de um manual psiquiátrico de validade contestável como o DSM, aqui o diagnóstico estrutural ou fenomenológico da psicanálise mostrou-se também insuficiente.

Inicialmente, foi indicada a importância do diagnóstico para uma prática que não pode ser flutuante. Tal saber, advindo de um acumulado teórico, é um enunciado necessário para estabelecer prescrições que tenham a função de orientar o clínico de modo a gerar resultados previsíveis. No entanto, se as rédeas da estrutura gerassem esse efeito de previsibilidade de forma rigorosa, seria possível dizer que não haveria necessidade de ser psicanalista. Em detrimento da escuta clínica, estabelecer um diagnóstico em modos protocolares partiria de uma concepção epistêmica de que, ao articular certos elementos, o que se tem é um resultado presumido. Entretanto, o que é apresentado é justamente o fato de que um diagnóstico estrutural ou um diagnóstico fenomenológico não nos orientam suficientemente. São casos cujo encaminhamento mostra a divergência na categorização nosológica: apesar de estarem incluídos em tais categorias de forma representativa, a solução encontrada foi retirada da singularidade de cada caso. Em que pese o perfeito encaixe de ambos os casos nos critérios diagnósticos preestabelecidos pela estrutura ou pelo fenômeno, a orientação do manejo clínico mostra a divergência que perpassa não pelo rigor classificatório, mas factualmente pela questão do sujeito na sua relação com o Outro, sua posição de discurso. Interessa aqui o ponto de resgate da singularidade relativa ao aspecto libidinal, o modo único de satisfação pulsional pelo qual, inclusive costumeiramente, nomeamos os casos ao escrevê-los. Ancorados no preceito freudiano de que cada caso em psicanálise é único e deve ser acolhido em sua novidade, o que se coloca para além do diagnóstico é algo do caso que aponta para um eixo não classificatório, para algo de contingente. Há, então, uma espécie de paradoxo imposto à teoria psicanalítica em seu diagnóstico na medida em que ele não responde à categorização normativa dos transtornos mentais, uma vez que a própria noção de categoria subverte seu axioma da unicidade do caso clínico.

Qual é o sentido do diagnóstico se ele não orienta a condução clínica? Por que prevalecem, até os dias atuais, categorias nosológicas, tipo clínicos, se o que nos interessa é o elemento único de cada caso? Se a psicanálise não será herdeira da clínica sem a

psiquiatria clássica, sem o diagnóstico fenomenológico, qual a nosologia possível a se adotar?

Se cabem aqui essas perguntas, a razão se dá, em última instância, pelo fato de que a psicanálise não pode se furtar ao discurso científico do qual ela é legatária: é preciso que se formule metodologicamente uma forma de apreensão dos modos do adoecimento psíquico, sem que, contudo, o sujeito seja eliminado dessa classificação como ocorre no discurso da psicopatologia clássica e da psiquiatria corrente. A psicanálise responde a uma expectativa de quem busca uma ciência, embora ela não se encaixe perfeitamente nesses parâmetros. Uma doutrina que se pretende científica deve obedecer a certos critérios, a um estatuto de cientificidade que seja.

Por isso, assim como nos sugere Milner (1996), não parece lógico questionar em que condições a psicanálise poderia formular sua catalogação de desordens mentais, tampouco qual manual a psicanálise poderia adotar para si. O caminho que resta, por fim, é o de encontrar, em si mesma, os fundamentos de seus princípios e métodos, ao articular uma teoria apreendida no movimento de uma reflexão suscitada pela práxis.

Na esteira de tal entendimento, a primeira etapa que se almeja percorrer nesta pesquisa parte, então, da proposição psicanalítica em torno da teoria da ciência. A proposta é identificar a amarração singular pela qual a ciência é essencial à existência da psicanálise e, por essa mesma razão, não se coloca diante dela como um ideal.

3 A ANUNCIAÇÃO FREUDIANA

Não, nossa ciência não é uma ilusão. Ilusão seria imaginar que aquilo que a ciência não pode nos dar, podemos conseguir em outro lugar.

(Freud, 1927b/ 1996, p.63)

Diante da tentativa de responder como um diagnóstico em psicanálise poderia ter certo estatuto de cientificidade a que isso nos serviria, é preciso, em primeiro lugar, recorrer a Freud, aos momentos em que esse autor tenta estabelecer parâmetros para sua prática clínica. Logo de partida, o que está posto na clínica freudiana é a recusa à fenomenologia hermenêutica, uma vez que esse método se mostrava comprometido com uma espécie de pensamento especular que não funcionava para a psicanálise. Dada essa recusa, Freud vai encontrar a sua orientação na ciência da natureza. Sua profissão de fé é clara: só se pode apreender a psicanálise a partir de um pressuposto científico; na realidade, não há, para ele, norma senão na *Naturwissenschaft*, na ciência da natureza (Assoun, 1981/ 1983, p. 50). Freud jamais se esquivou do projeto de tornar os processos inconscientes objetos apreensíveis segundo a sequência física-fisiológica-psicológica; com isso, buscava determinar a causa, reconstituir o processo e supor um encadeamento rigoroso (Assoun, 1981/ 1983, p. 75).

É que, para Freud (1933c/1996, p. 155), a psicanálise teria que acatar para si a *Weltanschauung* científica, já que era incapaz de criar por si a sua própria. A *Weltanschauung* ele entendia como uma construção intelectual capaz de solucionar qualquer questão acerca de nossa existência, da causalidade do universo às esferas da atividade humana, e é assim que a pesquisa científica deveria, portanto, se apresentar: como um modelo para solucionar toda e qualquer pergunta no quadro do universo. A psicanálise teria, então, o direito de se autorizar a falar de uma *Weltanschauung* científica nesse ponto, uma vez que foi pioneira ao não negligenciar aquilo que é mental no quadro do universo. Para Freud (1933c/1996, p. 156), o intelecto e a mente deveriam ser objetos dessa pesquisa científica pautada na razão exatamente da mesma forma como o são as coisas não humanas, e é com essas lentes que os fenômenos inconscientes deveriam ser lidos.

Freud tinha, para a psicanálise, o ideal da ciência, e, como todo ideal de ciência, esse ideal só se mostraria funcional se encarnado na ciência ideal. Conforme nos aponta Milner (1996), o ideal de ciência versa sobre uma espécie de utopia, é colocado como um ponto de exterioridade indefinidamente distante, que tem a função de estabelecer modelos, protótipos e amostras exemplares. Trata-se, com efeito, de um ideal cuja determinação cumpre uma função imaginária, exigida a fim de que representações sejam possíveis (Milner, 1996, p.30).

Freud colocava os químicos e os físicos como representantes da ciência ideal de sua época. O próprio nome dado à sua disciplina, psicanálise, é um tributo ao trabalho dos químicos, à função de *análise*, *decomposição* e *desagregação* que ele imaginava estar para os psicanalistas tal qual estava para os químicos. É também por essa razão que Freud se serviu de metáforas energéticas e quantitativas inúmeras vezes, extraindo-as de sua leitura da termodinâmica. Para Assoun (1981/ 1983, p.94), “Quando Freud diz que a psicanálise encontra seu lugar na família das *Naturwissenschaften*, tal como a física e a química, na medida em que estuda a classe determinada de fenômenos psíquicos caracterizados como ‘inconscientes’, postula igualmente essa homogeneidade fenomenal”.

Entretanto, sem riscos de grandes extravios, pode-se dizer que o conceito de ciência foi logo de saída subvertido pelo caráter do campo ao qual Freud o aplicou. Se a ciência é a própria discursividade que organiza a capacidade de se conhecer e de descrever um fenômeno, como seria possível admitir uma verdade que se vale de outra racionalidade, do demonstrado explicitamente, como faz o inconsciente?

Diferentemente de Freud, Lacan não apostou no ideal da ciência, porque não acreditava em uma ciência ideal, no ideal científico que estaria no horizonte inalcançável. Para Lacan, a ciência se apresenta para a psicanálise como o que a estrutura internamente, uma vez que o sujeito sob o qual a psicanálise opera é também o sujeito da ciência. A ciência estaria colocada, portanto, como uma condição interna, não externa, porque o sujeito da psicanálise é o mesmo sujeito da ciência inaugurado pelo *cogito*, pelo movimento que propiciou pensar um sujeito dissociado da consciência, da não razão de si.

Com o fundamento do *cogito*, o que há é uma passagem da ontologia à epistemologia, uma mudança que tira o enfoque da questão do ser para o processo do

conhecer. É evidente em Descartes (1637/1999) o propósito de instituir os modos de conhecer sobre bases sólidas e seguras que não estariam em uma relação de dependência com o lugar de onde é proferida a enunciação, dispensando a fala como atributo de valor. “Penso, logo existo” (Descartes, 1637/1999, p. 62) marca a aquisição de uma única certeza garantida, uma certeza que não vacilaria mesmo diante da dúvida sistemática: a de que é necessário, para o ato do pensamento existir, alguém que o pense, alguém que esteja posto nesse lugar da dúvida. Se há, no ato de pensar, um sujeito que pensa, aqui o conteúdo do pensamento é menos o que interessa do que o ato em si. O ato de pensar, independente do conteúdo do pensado, é certo. O cogito é, portanto, uma certeza fundada no pensamento sem qualidades, independente do seu conteúdo. Decorre daí a organização sistemática que funda o pensamento científico por conseguir tratar matematicamente seu objeto, dissipando-o de seus atributos e colocando-o em posição independente em relação ao sujeito que o enuncia. Trata-se de um processo que visa identificar o funcionamento do pensamento, como ele se estrutura e, dessa identificação, partir para uma profilaxia contra o erro, contra a imprecisão e, por que não, contra a loucura.

O que advém, então, do surgimento da ciência? A ciência organiza a convicção de que conhecer um fenômeno particular é apreendê-lo como exato, não passível de claudicação. Ao estabelecer, por exemplo, que $f = m \times a$, é perfeito afirmar que, para haver aceleração, é necessário força sobre um corpo – força essa que pode ser precisada em razão da massa de um objeto. Há aqui uma espécie de reformulação do pensamento que permite estabelecer critérios de exatidão: a massa medida por kilogramas, a aceleração em metros por segundo (m/s) e a força em Newton (N). Esses princípios são universalmente aplicados, partem de um procedimento controlado e de uma experiência de verificação. Constituem, para Koyré (1971/ 2011), o que podemos chamar de uma *tecnologia verdadeira*, pois têm seu modelo quantificável elaborado.

A quantificação da realidade sobre a qual se debruçam os cientistas constitui um empreendimento paradoxal, pois, de fato, o meio no qual vivemos e existimos não é matemático, não aparenta ser matematizável. Ele é o domínio do movediço, do impreciso, do *mais ou menos*, do *quase*. O que permite, todavia, a substituição da imprecisão constitutiva pela ideia científica da exatidão é a *instrumentalização*, a criação de instrumentos de medida que estejam de acordo com as leis da mais estrita e rígida geometria (Koyré, 1971/ 2011, p. 353).

Na verdade, a própria demanda de criação desses instrumentos não advém do campo da realidade prática. São criações, sobretudo as que se referem à construção de máquinas precisas e de aparatos científicos, que servem de fundamento ao *cogito* cartesiano e, mais ainda, que servem de modelo à concepção de mundo inaugurada por Descartes. Ao contrário do que supõe Bacon e seus sucessores, para Descartes, aí está a noção de saber implicada na ciência. Enquanto Bacon acreditava que a prática precedia a especulação teórica e que tal especulação teria como funções fundamentais apenas a classificação e a ordenação dos fatos do senso comum ou o registro daquilo que a prática ofertava como saber, o *cogito* cartesiano, em contrapartida, aponta para a conclusão exatamente oposta, ou seja, a da possibilidade de fazer do âmbito da especulação teórica algo do domínio da ação, quer dizer, a possibilidade da conversão do movimento do pensamento em uma tecnologia. Essa possibilidade é expressa no próprio ato do pensamento decompondo e recompondo uma máquina, compreendendo, assim, sua estrutura e o funcionamento de suas múltiplas engrenagens. Por conseguinte, Descartes acredita que os avanços civilizatórios que tornarão o homem “senhor e dono da natureza” não decorrerão do desenvolvimento espontâneo das artes industriais por aqueles que as exercem, mas da conversão do pensamento na ação. (Koyré, 1971/ 2011, p. 356)

Koyré (1971/ 2011) confirma a proposição cartesiana. Para o autor, a demanda de precisão não advém do campo da prática, mas é constitutivamente o próprio movimento da ciência. A elevação da teoria ao estatuto de precisão possibilitou que os instrumentos exatos fossem criados para quantificar e para sistematizar. Permitiu não só estabelecer instrumentos de quantificação mas que se instaurasse uma linguagem na qual a expressão de seus resultados fosse descrita e universalmente compartilhada. Não foi, segundo o exemplo que usa Koyré (1971/ 2011, p. 368), a partir de um requerimento exato para medir as horas de um dia que nasceu o relógio de precisão. Os atos cotidianos e as construções dos homens não dependiam do cálculo extremamente fragmentado do tempo, e é por isso que o relógio dos relojoeiros nunca ultrapassou o estágio do *quase* e o nível do *mais ou menos*. O relógio de precisão e a lógica cronométrica têm uma origem totalmente distinta do relógio de uso prático, não podendo, de forma alguma, serem considerados uma simples promoção técnica. O relógio é um instrumento, reflexo da instituição do pensamento científico, ou, dizendo ainda de outra forma, a realização concreta de uma teoria. É verdade que, uma vez materializado, a prática pode se apropriar de um objeto teórico, tornando-o objeto de uso corrente e cotidiano. Entretanto, não é o

uso conferido a um objeto que determina a sua natureza: é a sua estrutura, é a ideia de fragmentar precisamente o tempo que preexiste e determina o cronômetro, mesmo que ele seja usado nas mais diversas ações (Koyré, 1971/ 2011).

Temos, pois, que, entre o que se espera do sujeito do campo estritamente prático e o que se espera do cientista, existe uma diferença fundamental: a *ideia* de que a experiência pode ser controlada, precisada e reproduzida. E é justamente a supremacia do pensamento sobre o campo da prática que poderia caracterizar a época contemporânea, época em que os instrumentos têm a dimensão de usuais e os utilitários possuem toda a precisão dos instrumentos. Essa concepção fundou todo o modo de pensar da modernidade e a vivência dos homens comuns, de forma que já não se separam mais pensamento e prática, prática advinda do pensamento ou pensamento decorrente da prática (Koyré, 1971/ 2011).

É de Milner (1996) a tentativa de projetar o que o pensamento de Koyré implica para o cientificismo da psicanálise e, mais especificamente, para a construção do pensamento na obra de Lacan. Parte-se do pressuposto de que Descartes de fato propiciou, pelo ordenamento decorrente do *cogito*, o que o nascimento da ciência moderna requer do pensamento. O *cogito* tem como próprio herdeiro o pensamento da ciência, e não é ocasional que tenha sido também pedra pilar na fundação do inconsciente freudiano. O sustentáculo do programa de Freud reside na constatação que a interpretação dos sonhos parece estabelecer: existe pensamento no sonho (Freud, 1900/1996). Essa formulação não se dá sem consequências. Se existe pensamento nos sonhos, nos chistes, nos atos falhos, etc., o pensamento não é estritamente o que dele diz a tradição filosófica, ele não é o corolário da consciência. Sanciona-se, portanto, que a razão não é uma característica constitutiva do pensamento, e essa negativa se estenografa pelo nome *inconsciente*. (Milner, 1996)

À primeira vista, a hipótese de sujeito da ciência de Lacan corresponde à concepção galileana de ciência por essencialmente combinar estes dois traços: a empiricidade e a matematização (Milner, 1996, p. 36). Resulta daí o preceito de que a consciência de si torna-se somente uma marca da individualidade empírica radicalmente separada da noção filosófica que indevidamente a introduziu no sujeito. É Lacan quem acrescenta a instauração da existência do sujeito à proposição retirada de Descartes e estendida a Freud. A doutrina de Freud, segundo Lacan, repousa sob três condições: existe inconsciente, esse inconsciente não é estranho ao pensar e, então, ele não é estranho ao

sujeito de um pensar. É preciso, ainda, que, além da retificação da existência do sujeito disjunta da consciência em si, que o pensamento que constitui o inconsciente seja disjuncto de toda qualidade (Milner, 1996). É o que aponta Lacan (1973b/2003, p. 553) em “Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos” :“A descoberta de Freud é de que o inconsciente trabalha sem pensar, nem calcular, nem tampouco julgar, e que, ainda assim, o fruto está aí: um saber que se trata apenas de decifrar, já que ele consiste num ciframento”.

Esse movimento é o que permitiu à psicanálise usufruir de um fundamento matemático não quantitativo, nomeado por Milner (1996, p. 79) como *galileísmo ampliado*. O *galileísmo ampliado* refere-se ao fundamento cuja ideia central é a inauguração da possibilidade de se tratar o fenômeno humano com o mesmo critério que as ciências, como a física e a matemática, tratariam um fenômeno natural. Anterior a isso, estava estabelecida, como método adotado pelas ciências humanas, a tomada do objeto pela via da compreensão, via que tem como obstáculo epistemológico a exigência de uma especularização: inevitavelmente, o que se mostra é um movimento de enxergar algo do outro em si e de si nesse outro, movimento, portanto, enviesado pelo atributo dado ao sujeito que vê, que *compreende*. Ao tomar o fenômeno do humano a partir da perspectiva da ciência, isto é, do tratamento matemático do objeto, ocorre, no entanto, o seguinte giro: em vez de tomar dado objeto pela via da compreensão, abre-se a possibilidade de que seja tomado pela *explicação*. *Explicar* um fenômeno é dele tomar distância necessária para dizer *como* ele opera, não seu *porquê*. A partir daí, uma série de fenômenos que eram reservados à ciência do espírito podem ser tratados como se fossem fenômenos físicos, sendo inclusive calculáveis do ponto de vista de fórmulas algébricas. É o que, a título de exemplo, faz Lacan com a metáfora paterna: o romance familiar freudiano é disposto na instância da letra matemática:

$$\frac{S}{S'} \cdot \frac{S'}{X} \rightarrow S \left(\frac{I}{S} \right)$$

Figura 4: A fórmula da metáfora paterna, ou da substituição significante. (Lacan, 1958b/1998, p. 563)

Para Lacan, 1958b/1998, p. 563:

A fórmula da metáfora paterna, ou da substituição significante (...) onde os S são significantes, x é a significação desconhecida e s é o significado induzido pela metáfora, que consiste na substituição, na cadeia significante, de S' por S . A elisão de S' , aqui representada por seu risco, é a condição de sucesso da metáfora.

Isso se aplica, assim, à metáfora do Nome-do-Pai, ou seja, à metáfora que coloca esse Nome em substituição ao lugar primeiramente simbolizado pela operação da ausência da mãe.

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Figura 5: Metáfora do Nome-do-pai. (Lacan, 1958b/1998, p. 563)

Se a psicanálise está aí ligada à emergência do universo moderno guiada por Koyré, isso é evidentemente uma de suas condições, dado que a ciência tem por objeto o conjunto do que se demonstra empiricamente e trata desse objeto com tanta precisão quanto as disciplinas literais tratam o delas. Numa conjuntura em que as instituições psicanalíticas se haviam deixado dominar pelo cientificismo da ciência ideal de Freud (*naturwissenschaft*), Lacan, para fazer avançar a psicanálise, precisou relativizar e nominalizar seu aparato teórico; e o preço a ser pago era o discurso que Milner chamou de *historicista* (Milner, 1996, p. 36). Lacan se vale de um dispositivo, de uma episteme de ciência moderna que se aporta mais em uma estrutura do que se constitui como uma entidade propriamente periodista. Não se trata de pensar um cientificismo para Lacan, já que ele não acredita em um ideal da ciência possível para a psicanálise e ainda menos na psicanálise como ciência ideal. Dito isso, a partir do momento em que a linguagem historicista cumpriu para ele seu efeito, tão logo o duplo fantasma ciência ideal/ideal da ciência se vê sem vigor, e Lacan imediatamente se esforça para depurar a teoria do corte. Essa é a função da teoria dos discursos, desenvolvida a partir de 1969 (Milner, 1996, p. 49).

Quando versamos sobre o campo do sofrimento mental, a ideia cientificista do controle adquire a modesta forma de efeito daquilo que se pode esperar. Um fenômeno do discurso científico é um fenômeno estritamente físico, o que implica, em última instância, que pode haver sobre este fenômeno um tratamento controlado. O tratamento

do sintoma contraria isso logo de saída, contudo não opera sem a finalidade laboratorial que essa concepção de fenômeno inaugura: aquilo que é de uma experiência controlada dentro de um ambiente cerceado é transportado para a tentativa de se aproximar de uma situação ideal. Foi, justamente, o protótipo de tratamento da loucura que o modelo hospitalocêntrico tentou encarnar, uma espécie de dispositivo que elimina as variáveis de um experimento, que já não depende da variável da subjetividade do próprio cientista, um dispositivo, enfim, que se coloca sob a perspectiva mecânica. Se no laboratório pode-se dizer que o campo da experiência é controlado, passando por uma codificação dos procedimentos, a metodologia que a orienta *a priori* só pode ser dada por procedimentos codificados. Nessa perspectiva, a psiquiatria, para se tornar uma tecnologia verdadeira, elaborou seu modelo quantificável. Mais uma vez, aqui a demanda de precisão não é advinda da prática, mas do modelo cientificista empregado; foi a elevação da teoria ao estatuto de precisão que possibilitou que os instrumentos exatos de codificação da patologia mental fossem criados. E, quando o psiquiatra se viu às voltas com a reforma antimanicomial, com a passagem laboratorial do hospital para o serviço aberto, o efeito acarretado foi justamente o de uma intromissão indesejada de variáveis não controladas: a negativa à medicação, o encontro com a prostituta, a drogadição... O cientista se viu, então, às voltas com uma dimensão da experiência na qual a condução clínica não seguia mais parâmetros codificados (Teixeira, 2011).

Esse é um problema que ilustra o cerne da questão epistêmica da própria psiquiatria. O fenômeno mental não é de todo colonizado pela objetificação científica, pois a psiquiatria não se constitui como uma *Naturwissenschaft*, e sim como disciplina híbrida que abarca, em sua estrutura, ciências naturais e humanas. Seu método reflete essa base epistêmica: de um lado, segue as ciências ditas naturais procurando e determinando as causas das desordens mentais na via biológica do gene ou do neurônio, por exemplo; de outro, segue as ciências ditas humanas procurando entender o porquê da atribuição de doença a certos comportamentos e a outros não, como uma construção social da doença (Marková, 2012).

Por isso, fez-se necessária a criação de manuais que pudessem neutralizar o campo da psiquiatria científica. Há todo um verniz epistêmico que prevalece até os dias atuais com os manuais nosológicos que tentam em vão encarnar o instrumento de precisão no mundo do *mais ou menos*.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10) orientam-se a partir das manifestações sintomáticas dos indivíduos, que são detalhadamente descritas e catalogadas a fim de definir os transtornos e fornecer instruções codificadas precisas para diagnósticos. O DSM inaugura, a partir de sua terceira versão, o DSM III, um novo modelo nosográfico para a patologia mental, que estabelece, no lugar de funções, qualidades e características, critérios. A ideia da descrição de um fenômeno, tão cara à psicopatologia clássica, cai em desuso e é substituída pela avaliação fenomênica feita, muitas vezes, com escalas dicotômicas (sim/não) ou numéricas, destinando-se à detecção de sintomas. Trata-se de uma classificação extraída de características dos casos clínicos, com nomenclatura clara e bem definida que subentende padrões de exatidão garantida, adotados por meio de um consenso arbitrário. Aquilo que outrora era baseado na função de descrever qualitativamente um fenômeno a fim de estabelecê-lo em um diagnóstico é substituído por um número de critérios que geram um resultado quantitativo. Esse resultado quantitativo é colocado em uma base de dados processada por computadores, e no fim é possível mensurar, por exemplo, o grau de depressão de um indivíduo ou de um espaço comum. Ainda sobre o exemplo da depressão, a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) é paradigmática. Criada por Hamilton et al. em 1960 e amplamente utilizada no Brasil, é composta por 17 itens pontuados em uma escala *Likert*. O entrevistador deve marcar, em cada um dos itens acerca do humor deprimido do paciente, por exemplo, um escore de 0-4, em que 0 = ausente; 1 = sentimentos relatados apenas ao ser inquirido; 2 = sentimentos relatados espontaneamente com palavras; 3 = comunica os sentimentos não com palavras, isto é, com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro; e 4 = sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal espontânea do paciente. O humor, que até então era avaliado em termos de intensidade como *hipo*, *hiper* ou adjetivado de maneira precária a partir de colocações como *muito*, *pouco*, ou *médio*, quando se introduz a escala, passa a ser tomado a partir de parâmetros definidos: escores cuja soma ultrapassa 25 pontos caracterizam pacientes gravemente deprimidos; escores entre 18 e 24 pontos, pacientes moderadamente deprimidos; e escores entre 7 e 17 pontos, pacientes com depressão leve (Freire et. al, 2014).

A proposta é criar dados isentos, uma vez que, quanto mais imparciais eles se apresentarem, maiores serão suas chances de fidedignidade. No âmbito da psicopatologia, o que é amplamente aceito como orientação quanto à distinção diagnóstica parte hoje dessa concepção de diagnóstico estabelecido pela psiquiatria americana nos DSM's.

Tal qual no modelo laboratorial descrito por Koyré (1971/2011), essa noção diagnóstica permite a passagem de uma posição especulativa para uma regra de previsibilidade, uma vez que a ideia do diagnóstico se presta, em última instância, a uma codificação das condutas: todas as vezes em que se estiver diante de x , o procedimento ditado é y . É estabelecida uma regra de previsibilidade do que vai acontecer a partir do que se faz em relação ao que é encontrado, desde que sejam eliminadas as variáveis. São leis necessárias que geram efeitos previsíveis. Essa é a posição do cientista: verificar a substância, pesar, medir... e aguardar o resultado.

Entretanto, o que se percebe na efetiva condução de um caso clínico é que esse modelo diagnóstico não orienta de forma a estabelecer leis necessárias que geram efeitos dentro de seu rigor ou que, pelo menos, as rédeas do diagnóstico não geram esse efeito de previsibilidade de forma satisfatória. Assim como Koyré (1971/ 2011) postula sobre a distância entre a instrumentalização altamente mensurada e a utilidade prática cotidiana, a classificação diagnóstica se presta muito mais a um tratamento da questão do sofrimento mental de forma isolada e idealizada, em que as variáveis estão sendo controladas em um ambiente artificial, do que em um serviço clínico em que essas variáveis têm espaço para se manifestar. O que surge aqui é, então, justamente a necessidade de se orientar não mais pelo diagnóstico psiquiátrico, estrutural ou fenomenológico, mas por aquilo que marca a inserção do sujeito no discurso, a dimensão do individual, do eventual.

Nesse sentido, a própria ideia de método é colocada em dúvida. Não é possível se valer mais de procedimentos controlados para lidar com um caso em um serviço clínico, visto que a psicanálise é a abordagem metodológica daquilo que há de não codificável no sujeito. No regime da decisão parametrada, tudo deve ser explicitamente determinado, entretanto o real com o qual opera a psicanálise representa o traumatismo do sem porquê, o que não a exime de formular por si própria sua metodologia. Para Lacan (1973b/2003, p. 554),

A questão começa a partir de que existem tipos de sintoma, existe uma clínica. Só que, vejam: ela é anterior ao discurso analítico e, se este lhe traz uma luz, isso é

seguro, mas não é certo. Ora, precisamos da certeza, porque só ela pode ser transmitida, por se demonstrar.

Não obstante o esforço da psicopatologia para classificar e catalogar o fenômeno psíquico e suas desordens, não há aqui a demonstração da certeza factual que a ciência exige como uma via de regra para todos os casos. Isso, porém, não eximiu a psicanálise de estabelecer sua clínica e, a partir daí, conferir a ela um estatuto científico que a fizesse tornar-se passível de ser transmitida. Segundo Alvarenga (2007, p. 14), Lacan destacou, em diferentes momentos de seu ensino, a importância do tipo clínico para fazer de sua clínica algo de transmissível, para além da acumulação dos casos:

Em 1955, Lacan disse que não devemos dispensar ou pulverizar os tipos clínicos; vinte anos depois, insistiu: os sintomas particulares têm tipos, o sintoma do obsessivo não é o sintoma da histérica. O que nos é dado fenomenicamente nos sujeitos mais díspares, de culturas e épocas diferentes, pode ser isolado como um tipo, matriz para localizarmos o que lhe escapa como singular. Em outras palavras, o singular ou o caso único é um problema de localização, a partir de construções rigorosas.

Eis, através do tipo, uma espécie de construção de um saber clínico operatório e de um acúmulo teórico transmissível. Esse saber clínico é, todavia, distinto da inércia de ater-se apenas à tarefa de reestabelecimento de uma tipologia. Mesmo que haja certa tipicidade nos achados sintomáticos, como em toda situação discursiva há algo que nela escapa, deixando restar um buraco de sentido nesse enquadre nosológico, que, para Lacan (1973b/2003 p.552), “é idêntico ao que sai através da escapada pela qual a hiância da relação sexual é responsável: ou seja, o que assinalo pelo objeto (a), a ser lido como pequeno *a*”.

Ainda que a formalização clínica de uma nosologia psicanalítica permita a seus operadores se orientarem pelo arcabouço teórico que circunscreve a *neurose*, a *psicose* e a *perversão*, é preciso ir além e se perguntar por que certo elemento significativo é dotado de um investimento pulsional que a esse significativo características patológicas e não dá a outros, e ainda: por que, para cada um, a incidência corpórea do significativo assume contornos diversos. Distintamente do saber científico, geralmente constituído a partir de formulações precisas retiradas da observação controlada dos fenômenos naturais, o psicanalista persegue algo na orientação do furo que essa indagação aponta, que, para Teixeira (2012, p. 71), está no nível de uma *prudência*:

Eis finalmente por que nossa metodologia clínica se demarca da metodologia científica, incluindo assim o exercício da prudência no nível da impossibilidade

estrutural de toda experimentação integralmente controlada: o elemento invariável que buscamos na história do sujeito, por ser relativo a sua posição de gozo singular, inscreve-se sempre no nível de uma contingência irreduzível a qualquer tipo de programação simbólica. [...] Nenhuma tecnologia nos auxilia a distinguir o que vem do caso típico, no sentido em que o típico se define, no campo da ciência, como aquilo que pode ser incluído numa coleção de elementos que exibem um comportamento previsível.

Há aí uma vertente de atenção precisa a cada sujeito em sua singularidade, que, por outro lado, torna nebulosa a dimensão anunciada por Freud de que a psicanálise poderia se unir a uma *Weltanschauung* científica, ou seja, a de que o diagnóstico psicanalítico pudesse conjugar a dimensão do mais íntimo do indivíduo com o todo a partir de critérios estabelecidos. Na visão de Freud, a energética seria responsável por essa amarração entre o inconsciente, as pulsões, como componentes da vida psíquica, e elementos constituintes últimos da matéria, dentro de um quadro físico-químico que esquematizaria sua identidade epistêmica, seu modo de construção (Aussoun, 1981/1983). Lacan, por sua vez, não pôde mais dispor do fisicalismo de Freud. Ele se vale, então, para tratar do problema, do estruturalismo. Lacan propõe substituir a energética freudiana por essa nova metáfora especialmente porque a estrutura não assume a forma de uma cadeia de sentido, mas de um espectro dotado de certas propriedades que se conjugam. A estrutura não seria, então, uma representação, mas uma escrita que não se presta à imaginação (Alvarenga, 2007).

Miller (2001) conduz a questão partindo da ideia de que a inclusão da estrutura no real é o que possibilitaria à psicanálise ultrapassar o pluralismo das teorias privadas. Essas teorias privadas decorrem da perspectiva nominalista declaradamente rechaçada por Lacan, que foi claro ao se posicionar contra a crença no nominalismo dos casos um a um em detrimento do realismo das estruturas.

É fato que a estrutura na psicanálise lacaniana tornou-se um operador conceitual capaz de definir os limites e as principais balizas a partir das quais teoria e clínica poderiam ser pensadas com maior precisão. Ao passo que Freud, através de seu ponto de vista econômico-tópico, buscava distinguir as classes sistemáticas de adoecimento psíquico conforme os meios empregados pelo sujeito para se defender de exigências pulsionais, a noção de estrutura inaugura uma modalidade de pensamento que rompe com a busca de uma etiologia da doença pela hermenêutica. Freud segue a linha de sucessão da clínica médica de causalidade orgânica buscando um agente causador da patologia que, se outrora estava ancorado no orgânico, estaria agora, na visão de Freud, no

traumatismo sexual. A perspectiva estrutural abre, por sua vez, a presunção de uma causalidade que é intrínseca ao objeto na sua condição de pertencente a um sistema/a uma estrutura, instaurando uma noção de neutralidade no tratamento da patologia psíquica. A noção de estrutura inaugurou, em psicanálise, uma tipologia diagnóstica baseada no sintoma que permitiu ao analista apreender a manifestação psicopatológica com uma precisão tal qual a de um cientista, afastando-o de uma abordagem estritamente intuitiva.

A que servem, então, as estruturas? Servem a um propósito de ordenação científico que atesta uma regularidade intrínseca ao objeto, quaisquer que sejam os princípios e os métodos nos quais essa ordenação se inspire. A explicação científica corresponde sempre à descoberta de uma causalidade: há um princípio de causalidade dentro da estrutura que permite que ordenações verdadeiras sejam encontradas mesmo quando o cientista se vale de princípios não científicos. Ao classificar as coisas, os seres ou os objetos, os cientistas se detêm em apenas algumas características, que se tornam marcantes enquanto várias outras são apagadas. A ciência, portanto, simplifica o objeto para torná-lo inteligível, e a consequência disso é a seguinte: o objeto perde muito de sua realidade concreta para poder ser apreendido. É necessário considerar que, para Lévi-Strauss (1962/1989, pp. 26-27), essas categorias são sempre resultado de uma produção coletiva, sendo a linguagem e o pensamento (que daí advêm) produtos sociais, nunca individuais.

Para introduzir então o próximo capítulo, recorramos à frase-síntese de Lacan (1973b/2003, p. 554) sobre o que será discutido acerca da estrutura e de sua importância no que compete ao diagnóstico para a psicanálise: “Que os tipos clínicos decorrem da estrutura, eis o que já se pode escrever, embora não sem flutuação”.

4 A ESTRUTURA

“Lacan é um estruturalista?”, pergunta Miller (1988/2006) em sua tentativa de mapear a importância e o impacto do estruturalismo no percurso de Lacan. O axioma “O inconsciente é estruturado como linguagem” (Lacan, 1964/1985, p. 25), não poucas vezes citado na bibliografia psicanalítica, ressalta a palavra *estrutura* como termo mais importante do primeiro ensino lacaniano. É sabido que, a partir da proposta de leitura da psicanálise por meio do retorno ao texto de Freud, Lacan baseou-se na perspectiva antropológica fundada por Claude Lévi-Strauss (1908-2009); tomou conhecimento da nova disciplina de Ferdinand de Saussure (1857-1913), a linguística, postulada no *Curso de Linguística Geral* (1916/2006), de onde o psicanalista extraiu todo um novo vocabulário e o adaptou a seus propósitos; e também retomou grandes figuras da retórica já usadas por Jakobson (1896-1982).

Assim, partindo de uma leitura estruturalista do texto de Freud, Lacan tentou superar o usual dualismo científico que se apresentava na forma de um embate entre ciências da natureza (galileicas, matematizáveis) x ciências da cultura (outros métodos não matemáticos). Fato é que nem Freud nem Lacan assentiam a esse dualismo epistemológico. Freud, como oportunamente já apontamos, o enfrentou com o monismo epistemológico rígido químico-físico, enquanto em Lacan o estruturalismo estabeleceu, para além do modismo global, uma figura de ciência: o estruturalismo foi, em suma, um movimento em que se pensou que a concepção de ciência moderna podia e devia se estender além do alcance que, durante muito tempo, lhe havia sido outorgado, isto é, o limite de ideal da ciência como ciência matematizada do universo. Esse movimento foi, então, para Lacan, pelo menos em um primeiro momento, uma espécie de solução epistêmica para seu método de investigação. O estruturalismo inscreveu-se na dissensão de reclamar para si o ideal da ciência enquanto lhe sugeria uma figura nova em relação ao que seria a ciência ideal (Milner, 1996). Contudo, a tese estruturalista não se manteve como solução para tal controvérsia nas ciências da cultura – ela foi alvo de grandes críticas quanto a sua estabilidade.

O estruturalismo, como figura de ciência, foi superado, mas a noção de estrutura percorreu todo o ensino de Lacan. Para Alvarenga (2007, p. 15), a estrutura, no ensino lacaniano, começou nos termos de “um saber articulado como uma cadeia significativa,

passando pelo lugar onde se inscreve a verdade mentirosa sobre o real, até o ponto em que ele enriquece a estrutura, levando em conta o corpo como condição de gozo”. Isso quer dizer que, apesar de assumir diversas formas no decorrer de seu ensino – a forma de linguagem, a forma lógica dos matemas e a forma topológica dos nós borromeanos¹¹ –, a noção de estrutura fez-se presente como base de todo o monismo epistêmico de Lacan.

Para Dunker (2014, p. 77), “o conceito de estrutura, aplicado à noção de neurose, ou, de forma genérica, à psicopatologia psicanalítica, está ausente em Freud”, o que não nos impede de tentar rastrear, mesmo que de modo inconclusivo, apontamentos de tais noções em sua obra.

Freud, apesar de não fazer um tratamento conceitual da figura da estrutura, opera nesse nível, tendo se servido, para isso, por vezes, do conceito *Struktur* e, por outras, de *Aufbau*. No texto de Sadala e Altoé (2012), há um mapeamento de exemplos em que Freud se utiliza do termo *estrutura* para balizar definições diagnósticas. Em “Conferência XXXI – A Dissecção da Personalidade Psíquica”, Freud (1933a/1996, p. 64, grifo nosso) impetra:

Bem conhecemos a noção de que a patologia, tornando as coisas maiores e mais toscas, pode atrair nossa atenção para condições normais que de outro modo nos escapariam. Onde ela mostra uma brecha ou uma rachadura, ali pode normalmente estar presente uma articulação. Se atiramos ao chão um cristal, ele se parte, mas não em pedaços ao acaso. Ele se desfaz, segundo linhas de clivagem, em fragmentos cujos limites, embora fossem invisíveis, estavam predeterminados pela *estrutura* do cristal. Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo.¹²

Há também alguns indícios do uso da noção de *estrutura* como baliza diagnóstica nos escritos do autor que concernem a casos clínicos. Em “A psicoterapia da histeria”, Freud (1895/1996, p. 300) declara:

¹¹ Não se toma por objetivo neste trabalho a descrição cronológica do ensino de Lacan ou de sua trajetória no que concerne ao estruturalismo. Por ora, faz-se importante esclarecer que foram tomados três momentos de seu ensino como referenciais: 1) 1953-1963, com início em “Função e campo da fala e da linguagem” à emergência do objeto *a* em *O seminário, livro 10: a angústia*; 2) 1963-1973, a lógica como ciência do real nos matemas, apresentação das fórmulas da sexuação em *O seminário, livro 20: mais, ainda*; 3) 1973-1980 o axioma “a relação sexual não existe” e a introdução da topologia.

¹² No texto alemão original, o termo utilizado é *Struktur*. Segue a transcrição do trecho: “Andererseits sind wir mit der Auffassung vertraut, daß die Pathologie uns durch ihre Vergrößerungen und Vergrößerungen auf normale Verhältnisse aufmerksam machen kann, die uns sonst entgangen wären. Wo sie uns einen Bruch oder RiB zeigt, kann normalerweise eine Gliederung vorhanden sein. Wenn wir einen Kristall zu Boden werfen, zerbricht er, aber nicht willkürlich, er zerfällt dabei nach seinen Spaltrichtungen in *Stücke*, deren Abgrenzung, obwohl unsichtbar, doch durch die *Struktur des Kristalls* vorher bestimmt war. Solche rissige und gesprungene *Strukturen* sind auch die Geisteskranken.” (Freud, 1933b/1940, p. 64, grifo nosso)

A histeria traumática monossintomática é por assim dizer um organismo elementar, um ser unicelular, por comparação com a complexa estrutura de uma neurose histérica relativamente grave [...]. O material psíquico de uma histeria assim se apresenta como uma estrutura em várias dimensões, que é estratificada em pelo menos três formas diferentes.

Já em outro texto, “Notas sobre um caso de Neurose Obsessiva”, em que consta o relato do caso nomeado *Homem dos Ratos*, Freud (1909a/1996, p. 194) escreve:

Ademais, é preciso admitir que mesmo a fenomenologia do pensar obsessivo ainda não desfrutou de suficiente atenção. Durante a luta defensiva secundária, que o paciente empreende contra as “idéias obsessivas” (sic) que tentaram penetrar em sua consciência, revelam-se estruturas psíquicas que merecem receber uma designação especial. [...] Não se trata de considerações puramente racionais levantadas em oposição aos pensamentos obsessivos, mas sim, como o eram, de híbridos das duas espécies do pensar; elas assumem determinadas premissas da obsessão que combatem; e, portanto, usando as armas da razão, se estabelecem numa base de pensamento patológico.

Fato é que, apesar de ser clara a pontualidade com a qual o termo *estrutura* aparece no texto freudiano, seu discurso permite a interpretação de um raciocínio pela leitura estrutural, que é feita por Lacan (Sadala & Altoé, 2012). Lacan propôs, para pensar, no âmbito da psicanálise, a trajetória de assimilação das noções de diagnóstico presentes na tradição psiquiátrica clássica, uma classificação nosológica essencialmente baseada no modelo estrutural. Mas, por que, ao adotar formas de se estabelecer diagnósticos, Lacan apostava na estrutura?

A questão começa no fato de que há, para Lacan (1953/2003), algo de constitutivo que concerne ao ser falante, uma vez que a todos é dada a preexistência de uma ordem simbólica – o Outro –, ordem que se coloca para o sujeito infantil e diante da qual será preciso que ele responda. Tem-se que o que é dado na estrutura, como estrutura de linguagem, é uma incompletude intrínseca, marca da passagem do ser que age regulado pelo instinto ao ser falante, regulado pelo desejo. Há algo do sexual, do ser habitado pela linguagem, que se opõe à etiologia utilitária do órgão; portanto, transpõe-se a ordem da necessidade e da reprodução. No âmbito do ser falante, não há uma programação, como há naquela dada pelo instinto, sobre o sexo. O que há é uma perda inaugural que não pode ser transposta pelo Outro, que também aloja esse vazio de sentido. Diante dessa hiância aberta no registro da linguagem como um furo nas significações, é dado um movimento – de significantes – para o Outro preencher, e é nesse fluxo significante que o sujeito vem a emergir. Essa falta na estrutura da linguagem se apresenta, então, de modo operativo, já que, se nada falta, se a estrutura está plena, completa, não há espaço para uma

movimentação. O elemento ausente, como um buraco na cadeia simbólica, é então operativo, para que, pela via do buraco, possa surgir um sujeito desejante:

O desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, traz à luz a falta-a-ser com o apelo de receber seu complemento do Outro, se o Outro, lugar da falta, é também o lugar dessa falta (Lacan, 1958a/1998, p. 633).

Trata-se de um ponto estrutural que é exemplarmente transmissível pelo discurso histórico¹³, isto é, pela falta tomada como objeto. É a aposta de Lacan (1958a/1998, p. 626) ao retomar, analisar e nomear como *A Bela Açougueira* um caso anteriormente discutido por Freud em *A Interpretação dos Sonhos* (1900/1996). No sonho (Freud, 1900/1996, p. 181), a paciente gostaria de oferecer uma ceia à convidados, entretanto dispunha, em casa, apenas de um salmão defumado. Cogita, então, sair para comprar algo a ser servido, movimento que é interrompido quando ela se lembra de que isso seria impossível, já que todas as lojas estariam fechadas naquela tarde de domingo. Tenta contatar fornecedores, mas mais uma vez não obtém sucesso: seu telefone não funciona; e é nesse momento que tem que abrir mão do seu desejo de oferecer o jantar. O curioso da interpretação desse sonho é que, segundo Freud (1900/1996), ele representava justamente o desejo de ter um desejo renunciado, já que o marido satisfazia quase imediatamente todos seus caprichos, incluindo algo que ela pedia para que ele *não* lhe desse: um sanduíche de caviar. Para Lacan (1958a/1998), o que Freud faz, ao afirmar que o salmão defumado funciona como um substituto do caviar não negado, é justamente tomar o sonho como metáfora do desejo. É que, para Lacan (1958a/1998), ao se debruçar na elaboração do sonho, Freud o afasta de qualquer noção psicologizante e explicita a sua estrutura de linguagem. Esse movimento de Freud inclui, para além do expressamente relatado, os modos de adoecimento como formações do inconsciente, estruturadas pela linguagem, e não como modalidades de resistência à análise como vinham propondo os pós-freudianos:

O desejo no sonho da histérica, bem como qualquer coisinha de nada no lugar dele nesse texto de Freud, resume o que o livro inteiro explica sobre os chamados mecanismos inconscientes, condensação, deslizamento, etc., atestando sua estrutura comum, qual seja, a relação do desejo com essa marca de linguagem, que especifica o inconsciente freudiano e descentra nossa concepção do sujeito (Lacan, 1958a/1998, p. 627).

¹³“Isso só é certo e transmissível pelo discurso histórico.” (Lacan, 1973b/2003, p. 554)

O que há, portanto, de emblemático no movimento que se apresenta no sonho da *Bela Açougueira* e na histeria como tal é o que esse saber quer dizer no inconsciente sobre o desejo como metonímia da falta-a-ser:

Se o desejo é expresso como insatisfeito, ele o é pelo significante “caviar”, na medida em que esse significante o simboliza como inacessível; mas, a partir do momento em que ele desliza como desejo no caviar, o desejo de caviar é sua metonímia, tornada necessária pela falta-a-ser a que ele se atém (Lacan, 1958a/1998, p. 628).

Esse é, portanto, o movimento que Lacan descreve ao abordar as formações do inconsciente, em que um significante tem que vincular-se sempre a outro significante, dada sua falta-a-ser, e os sujeitos, assim como seus modos de adoecimento, surgem como efeito dessa vinculação.

Existem, todavia, para Lacan, três modos distintos de lidar com esse furo na linguagem. As noções de estruturas – neurótica, psicótica, perversa –, fundamentos do que chamamos de tipos diagnósticos estruturais, são posições subjetivas quanto a essa ordem simbólica e se diferem pelas marcas de gozo que se dão nesse movimento de engendramento da linguagem.

Em Freud, já no texto “As Neuropsicoses de Defesa” (1894/1996), há uma distinção fundamental entre as diferentes formas – que ele denomina como *defesas* – com as quais o sujeito joga para lidar com a iminência da castração determinante no complexo de Édipo. Ocorre que, segundo Miller (1998), toda a teorização psicanalítica freudiana tem como ponto de partida um objeto inexistente: o pênis da mãe. Freud parte da teoria sexual infantil pautada na hipótese que as crianças criam de que todos os seres originalmente têm um pênis – não só os humanos, mas principalmente os humanos, e especialmente suas mães. Quando a criança se detém na imagem da mãe ou de uma pessoa do sexo feminino, percebe a ausência do pênis e, então, é tomada pelo horror. Os termos *Verdrängung* (recalque), *Verwerfung* (rejeição, forclusão) e *Verleugnung* (desmentido, renegação) marcam operações fundamentais que o sujeito adota diante da constatação da diferença anatômica entre os sexos e desse horror diante da negativa do órgão que a vagina representa. E é também sob essas saídas que se erguem formações de identidade para os sujeitos: no caso da menina, ela se põe do lado da falta e se vê como castrada, tomando o pênis do pai como objeto de desejo; o menino, por sua vez, desenvolve o temor da castração por seu pai (porque, se a menina ou a mãe foi castrada, ele também pode ser), que lhe imputa a condição de renunciar ao desejo pela sua mãe.

Para Lacan (1958c/1998, p. 692), o complexo de castração inconsciente tem uma função de nó, que primeiramente está posto a fim de estruturar a dinâmica dos sintomas neuróticos, perversos e psicóticos, “numa regulação do desenvolvimento que dá a esse primeiro papel sua *ratio*, ou seja, a instalação, no sujeito, de uma posição inconsciente sem a qual ele não poderia identificar-se com o tipo ideal de seu sexo”. Se, para Freud, o Édipo é um drama entre o pai, a mãe e a criança; para Lacan, o Édipo é uma armação significante mínima: a metáfora paterna, tal qual o enredo edipiano, constitui o fundamento estrutural do sujeito¹⁴.

Tem-se, pela metáfora paterna lacaniana, que o que efetiva a Lei do Pai (que equivale à castração freudiana) é a inscrição primordial de uma contenção de gozo (P) no grande Outro, ou seja, na ordenação simbólica do sujeito. Quando P se inscreve na cadeia significante do sujeito, pode-se dizer que houve uma afirmação simbólica (*Bejahung*) de uma lei *ab origine*. Essa fórmula diz, de outra forma, que o significante paterno substitui o significante materno, ou que o Nome-do-Pai domestica, civiliza o desejo sem lei da mãe. A Lei do Pai substitui o desejo da mãe, e o resultado da operação é a produção do significante fálico, o significante da castração.

O Édipo não seria outra coisa, senão a oportunidade de uma substituição metafórica da mãe onipotente do todo da atribuição, pelo um do significante nome-do-pai. Por uma operação lógica de negação do todo é que emerge a possibilidade do pensamento, na qual o sujeito também se destaca desse todo, cuja vivência alucinatória o engloba. Negando, o sujeito se constitui, afirmando-se como um significante (Danziato, 2012, p. 43).

N’O seminário, livro 3: *As Psicoses*, em que a questão da estrutura faz-se presente e marcadores diagnósticos são discutidos em mais de uma lição, Lacan (1955-56/2010, p. 21) define *Bejahung* (*afirmação primordial*) como uma admissão dessa lei, sem deixar de indicar, contudo, que essa lei nem sempre se faz presente, pois pode ser que o sujeito recuse o acesso, no seu mundo simbólico, de algo que nada mais é que a castração. Assim, a *Verwerfung*, forclusão da lei, opõe-se à *Bejahung*, que é sua afirmação. Formam, ambas, mecanismos de um par dicotômico, como afirma Lacan (1955-56/2010, p. 100):

Ao nível dessa *Bejahung* pura, primitiva, que pode realizar-se ou não, estabelece-se uma primeira dicotomia – o que teria sido submetido à *Bejahung*, à simbolização primitiva, terá diversos destinos, o que cai sob o golpe da *Verwerfung* primitiva terá outro.

¹⁴ Ilustramos neste trabalho a metáfora paterna de Lacan (1958b/1998) na p.32.

Diante do que aqui chamamos *Bejahung*, ou seja, diante da afirmação primordial de uma ausência no nível da cadeia significante, existem duas possibilidades primordiais postas para o sujeito: *Bejahung* seguida de Recalque (*Verdrängung*), que é o que verificamos nos sintomas neuróticos, e *Bejahung* seguida de Recusa (*Verleugnung*), fenômeno fetichista da perversão. Acontece que, se não há *Bejahung*, resta algo a ser simbolizado que, para Lacan (1955-56/2010, p. 22), manifesta-se no real: “tudo que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real”. Eis o maquinismo da alucinação, dos sintomas psicóticos. Portanto, diante da impossibilidade de uma substituição do objeto perdido na linguagem, no plano metafórico dos significantes, esse objeto é tomado em sua representação real. Trata-se da forclusão (*Verwerfung*) da falta na cadeia significante, falta que faz a cadeia deslizar.

As estruturas clínicas baseiam-se, então, em operações fundamentais de formação do sintoma que Lacan localiza no texto de Freud: recalque (*Verdrängung*), recusa (*Verleugnung*) e forclusão (*Verwerfung*). Dessas três operações estruturantes decorrem três tipos clínicos, respectivamente: neurose, perversão e psicose. O recalque (*Verdrängung*), operação estruturante da neurose, talvez tenha sido o único mecanismo reconhecido por Freud indubitavelmente. Quanto à recusa (*Verleugnung*), própria à perversão, e quanto à forclusão (*Verwerfung*), própria à psicose, Freud mantinha-se ambíguo, tendo sido Lacan o responsável por identificar no texto freudiano tais operações como estruturais.

Verdrängung, no texto freudiano, designa um processo de clivagem, uma separação entre representação e afeto nomeada como *recalcamento* (Freud, 1925/1996). De acordo com Hanns (1996), o recalque é um movimento de afastamento, de desalojamento de um incômodo do plano simbólico. Ainda na descrição do autor, “conotativamente, *verdrängen* remete a uma sensação de ‘sufoco’, ‘incômodo’, que leva o sujeito a desalojar o material que o incomoda. Contudo, apesar de ter sido afastado, tal material permanece junto ao sujeito, pressionando pelo retorno e exigindo a mobilização de esforço para mantê-lo longe” (Hanns, 1996, p. 355). Desalojar o incômodo implica, entretanto, que primeiramente ele tenha sido reconhecido, ou seja, simbolizado, afirmado (*Bejahung*). O não querer saber da castração do neurótico pressupõe que já se saiba dela, que tal realidade tenha feito sua inscrição. Propriamente dizendo, o recalcamento se dá como um “não querer saber sobre isso”, que faz do neurótico um alienado em relação a seu saber inconsciente (Danziato, 2012). Tendo havido, então, um significante

originalmente expulso na neurose, sua reatualização é representada como um furo na cadeia significante; esse furo, como já apontado anteriormente, é o que permite o espaço vazio na estrutura, que, por sua vez, possibilita a sucessão dos significantes de onde advém o sujeito. No texto de Freud, essa perda é a perda do objeto como coisa – *das Ding* –, condiciona as relações do sujeito – que, daí por diante, serão parciais, apenas com seus traços – e apresenta o neurótico a uma inesgotável nostalgia sintomática. Segundo Lacan (1955-56/2010, p. 77), o recalque, para o neurótico,

[...] é uma língua, uma outra língua que ele fabrica com seus sintomas, isto é, se é um histérico ou um obsessivo, com a dialética imaginária dele e do outro. O sintoma neurótico desempenha o papel da língua que permite exprimir o recalque. É justamente aquilo que nos faz ver claramente que o recalque e o retorno do recalcado são uma só e a mesma coisa, o direito e o avesso de um só e mesmo processo.

Assim, na histeria, a compensação da falha no recalque se dá pela exacerbação da falta. O sujeito histérico é vítima do Outro, incompleto, que lhe condenou à insatisfação. Resta, então, a estratégia de apontar todo sofrimento causado pelo Outro indicando seus furos, ao mesmo tempo que esse sujeito, o histérico, não permite que os seus próprios furos se tornem evidentes. A obsessão, estratégia oposta à da histeria, representa a compensação da falha no recalque pela obturação da falta. O obsessivo faz de toda a sua vida uma maneira de sanar as faltas do Outro, os defeitos do mundo.

Na *Verleugnung*, recusa perversa, a *Bejahung* segue um outro pressuposto. A *Verleugnung* marca uma posição ambígua quanto à admissão, no plano simbólico, do significante da castração. Para Hanns (1996, p. 303), *Verleugnung* tem um sentido linguístico de ser uma “negação que permanece entre a verdade e a mentira”, tal como no exemplo em que o sujeito nega a própria presença: “mandar dizer que não está presente”. Nos dizeres do autor, “o termo quase sempre se refere a uma tentativa de negar algo afirmado ou admitido antes” (Hanns, 1996, p. 303). O fetiche, representante da castração por uma *Verleugnung*, funciona, então, como um desmentido que implica especificamente uma relação com a questão da verdade da castração, na medida em que se trata de *des-admitir* a castração materna, sendo um instrumento que ao mesmo tempo a acata e a nega. No texto “Fetichismo” (1927a/1996), Freud fala da cisão entre a realidade e aquele ponto que o sujeito recusa: o pênis da mãe. Convivem, lado a lado, a rejeição e a afirmação da diferença sexual representada na castração materna:

O fetiche é um substituto para o pênis [...], um pênis específico e muito especial, que foi extremamente importante na primeira infância, mas posteriormente perdido. Isso equivale a dizer que ele normalmente deveria ter sido abandonado; o fetiche, porém, se destina exatamente a preservá-lo da extinção (Freud, 1927a/1996, p. 155).

Como já apontado, oposta às duas demonstrações de *Behajung*, está, então, a *Verwerfung*, o que, segundo Lacan (1955-56/2010, p. 21), “aponta para uma sorte completamente diferente”. A noção de *Verwerfung*, linguisticamente falando, advém do termo jurídico *preclusão*, com a conotação de *descarte*, de *eliminação* (Hanns, 1996). Traduzida dos textos de Freud como *rejeição* e por Lacan (1954-55/1985) como *forclusão*, *Verwerfung* vem falar da impossibilidade originária de inscrição do elemento significante da lei *ab origine*, lei que representa uma contenção de gozo (P) na cadeia significante, no grande Outro, conforme já apresentado neste trabalho. Segundo França (2006), sobre o campo da psicose, pode-se dizer que a defesa diante da castração mostra-se de tal modo decidida que a castração chegaria a ser completamente eliminada do espaço simbólico, colocando o sujeito diante de uma pura afirmação infinita, império do gozo. Na psicose, como o furo na cadeia significante não está colocado, a possibilidade de emergência do sujeito só pode se dar na luta para conseguir estabelecer uma finitude nessa afirmação desmesurada. Tal tarefa é demonstrada, por exemplo, quando o psicótico, ao corporificar esse gozo sem borda em um objeto externo (em uma pessoa por muitas vezes), consegue cerceá-lo dentro de seus limites espaciais e torná-lo menos invasivo (França, 2006). Entretanto, se, para Lacan (1955-56/2010), tal operação se mostra de uma sorte completamente diferente daquela encontrada no recalque, é porque ela se mostra vulnerável a qualquer paradoxo que coloque em evidência o necessário ponto de dialetização que o falo, significante da castração, possibilita. O que na neurose vem na forma de representações na cadeia significante, de metáforas, na psicose vem na literalização – modo como o real aí se apresenta. Essa literalização ocorre, por exemplo, nas alucinações:

Há uma relação estreita entre, de um lado, a denegação e o reaparecimento na ordem puramente intelectual do que não está integrado pelo sujeito, e, de outro, a *Verwerfung* e a alucinação, isto é, o reaparecimento no real do que é recusado pelo sujeito (Lacan, 1955-56/2010, p. 23).

É possível distinguir, então, tipos diagnósticos estruturais – o neurótico, o perverso e o psicótico – porque há algo de subjacente a esses sujeitos que os agrupa mesmo que contraditoriamente: a estrutura da linguagem. O que joga como uma

identificação entre o *grupo* dos neuróticos, o *grupo* dos psicóticos e o *grupo* dos perversos é o subjacente da estrutura.

Ainda na direção de explicitar o que há de subjacente na estrutura, é possível lançar mão da metáfora da folha vegetal adotada por Lacan (1955-56/2010) n' *O seminário, livro 3: As Psicoses*. Lacan (1955-56/2010) introduz a ideia de que, apesar de as folhas variarem em alto número, tendo em conta seus aspectos e formas, um ponto subjaz a todas elas: uma matriz que as nomeia e que tem o poder de marcar sua distinção. Não se confunde uma folha de samambaia com uma folha de laranjeira, por exemplo, mas ambas não podem ser tomadas como um pedaço de papel. As folhas de samambaia partilham de nervuras e de cisões que não são características das folhas de laranjeira, mas ambas, a samambaia e a laranjeira, não apresentam traços de uma outra espécie de folha, a de papel. Nos dizeres de Lacan (1955-56/2010, p. 31), “há uma coisa de comum a toda planta que se reproduz em certas formas que compõem sua totalidade”. É exatamente o que é dito a respeito do sonho da *Bela Açougueira* em “A direção do tratamento e os princípios do seu poder”: o sonho revela a estrutura do desejo neurótico tal como a folha revela a estrutura da planta da qual advém (Lacan, 1958a/1998).

Tal metáfora, comentada por Jacques Allain Miller (2009), serve, na concepção do comentador, ao entendimento da estrutura a propósito da neurose e da psicose. Na interpretação de Miller (2009), em *O Seminário 3: As Psicoses*, Lacan (1955-56/2010) é categórico ao dizer que o delírio é um fenômeno elementar e ao enfatizar, como quem critica psiquiatras e psicanalistas, a insuficiência de pensá-lo como um núcleo inicial tal qual Clérambault postulou. Na concepção de Clérambault, o fenômeno elementar estaria posto como algo disjunto e heterogêneo em relação ao sujeito, como algo parasitário. Para Lacan (1955-56/2010), no entanto, os fenômenos elementares estariam postos de forma subjacente ao conjunto da construção do delírio, enquanto delírio e fenômeno elementar partilham de um mesmo elemento subjacente: a estrutura.

O importante do fenômeno elementar não é portanto ser um núcleo inicial, um ponto parasitário, como Clérambault se exprimia, no interior da personalidade, em torno do qual o sujeito faria uma construção, uma reação fibrosa destinada a enquistá-lo envolvendo-o, e ao mesmo tempo integrá-lo, isto é, explicá-lo como dizem frequentemente. O delírio não é deduzido, ele reproduz a sua própria força constituinte, é, ele também, um fenômeno elementar. Isso quer dizer que a noção de elemento não deve ser tomada aí de modo diferente de estrutura, estrutura diferenciada, irreduzível a outra coisa que não ela mesma (Lacan, 1955-56/2010, p. 29-30).

O que Miller (2009) afirma é que tal postulação seria exemplar para se entender a noção de estrutura em Lacan e a ilustra, de forma didática, através do modelo do *gnômon grego*. O *gnômon grego* é uma figura cujo traçado diagonal, quando reproduzido de forma sequencial, permite a dedução de uma série de figuras que responderiam às mesmas proporções. A partir de uma figura inicial, é possível reproduzir, então, de maneira mais extensa, uma mesma estrutura:

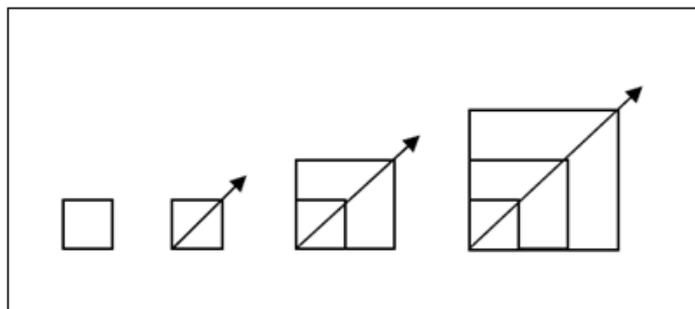


Figura 6: *Gnômon Grego* (Miller, 2009, p. 6)

O *gnômon grego* serve à metáfora da planta de Lacan (1955-56/2010) na medida em que indica que um elemento, ainda que em escala reduzida, é capaz de mostrar toda a estrutura do que daí se reproduz, no caso da metáfora de Lacan, da enfermidade em questão. Nessa via de elaboração, a proposta de Miller (2009) é que, de tal forma, o fenômeno elementar representaria para a psicose o que a formação do inconsciente representa para a neurose, e essa comparação mostra-se pertinente e atestada pelo conceito de estrutura:

<p>formações do inconsciente ~ neurose fenômenos elementares ~ psicose</p>
--

Quadro 2: Formações do inconsciente / Fenômenos elementares (Miller, 2009, p. 8)

Para Miller (2009, p. 9), “o conceito de estrutura reformaliza e redistribui o campo onde se opunham os conceitos de personalidade e organismo. Neste caso, o elemento é a estrutura que se repete como o *gnômon*, em distintos níveis”. O que há, então, entre o modo de adoecimento psicótico e o fenômeno elementar e entre as formações do inconsciente e a neurose, é uma comunidade de estrutura.

A nosologia estrutural nos é útil, portanto, porque se oferece metodologicamente como ferramenta para interpretar a constituição dos fenômenos psíquicos e porque designa o pertencimento de cada um deles a classes simbólicas predefinidas. Criar categorias nosológicas, classificar, significa identificar formas de representação de juízos clínicos que, por meio desse processo, organizam o pensamento de forma a orientar o conhecimento registrado. Não são, todavia, ao acaso que as estruturas são definidas e que se erguem sistemas de classificação. Dunker (2014) lança mão de duas linhagens do conceito de estrutura que se prestam ao método de classificação: a noção aristotélica de estrutura como um plano formal do objeto ou paradigma e a noção de estrutura como sistema, que aparece no texto de Lévi-Strauss. Entender os sistemas classificatórios da estrutura se mostra aqui importante para o apontamento de sua insuficiência.

Segundo Dunker (2014, p. 79), no primeiro modelo, ou seja, na classificação orientada por Aristóteles em *Categorias* (2005), “conhecer a estrutura de algo assemelha-se a definir este objeto segundo uma sequência de operações de predicação afirmativa ou negativa, de inclusão universal ou particular e de atribuição de existência ou não existência”. Trata-se de uma acepção de estrutura como forma (*morphê*) invariante sob a qual se amolda a matéria (*hilê*). A estrutura, seguindo esse paradigma, é então uma espécie de plano formal essencial do objeto em cujo sistema o que há de primordial é preservado enquanto predicados difusos ou funções dinâmicas de transformações tendem a ser eliminados. Em tal concepção aristotélica, “a estrutura, como forma essencial, permanece invariável enquanto seu conteúdo se altera” (Dunker, 2014, p. 79).

Para Dunker (2014), a estrutura nos moldes que propõe Aristóteles pode ser facilmente transposta para o conceito de neurose em Freud, já que o conceito aberto pelo psicanalista pauta-se na generalização de seus achados sobre a histeria. O recalque (*Verwerfung*) na neurose, por exemplo, serve, assim, ao mesmo tempo como um elemento unificador entre histeria, neurose obsessiva e fobia, como uma predicação afirmativa desse grupo, e como oposição, predicação negativa, em relação a outros grupos que têm, por pressuposto, a forclusão (*Verwerfung*) ou a recusa (*Verleugnung*). Considerando a estrutura como forma (*morphê*), elementos que apareceriam como variantes no nível da matéria (*hilê*) seriam despojados de valor diante da permanência da função que a estrutura apresenta (Dunker, 2014).

Dessa noção de estrutura que a teoria de Aristóteles apresenta surgem dois problemas relacionados a sua aplicação ao conceito de estrutura em Lacan (Dunker, 2014). O primeiro, e talvez mais óbvio, é o da inflexibilidade que as classes, ordens e gêneros estáveis têm e que não permite que elas sejam contrariadas pelas exceções que a experiência demonstra. Quando se fixa uma oposição *a priori* entre neurose, psicose e perversão, os casos limítrofes ou que contêm características de mais de uma classe representam não um questionamento acerca das estruturas, mas uma dificuldade de encaixe no nível daquilo que é dado. Ainda segundo Dunker (2014), a força normativa da nomeação imputa que falhas na tentativa de incluir qualquer fenômeno clínico em uma classe sejam tomadas como demonstração de imperícia diagnóstica, não de insuficiência da categoria. A forma (*morphê*) é invariante, o que acarreta o segundo problema apresentado por Dunker (2014, p. 80):

uma vez que as ordens e classes “bem formadas” não admitem flutuação definicional, induz-se a perspectiva de que as relações verticais entre ordens e classes (neurose e neurose obsessiva, por exemplo) são isomórficas às relações horizontais entre ordens (neurose e psicose) e entre classes (histeria e neurose obsessiva).

Ou seja, como seria possível diferenciar, no nível da matéria (*hilê*), relações advindas de uma mesma forma (*morphê*)?

A análise estrutural da qual Lacan é legatário promove uma inversão na ordem entre sujeito e predicado que o modelo aristotélico traz consigo. Para Milner (2003), muitos linguistas estruturais rejeitaram a apresentação de adaptação da matéria (*hilê*) ao nível da forma (*morphê*), argumentando que a análise deveria ser invertida: o que pesa pelo atributo funciona como um sujeito. É como se o que outrora era tido como o elemento que descreve o sujeito (*hilê*) – dando significado, atributo, características ou, ainda, exprimindo seu estado ou seu modo de ser – fosse nada menos que o sujeito em si, justamente sua *morphê*. Milner (2003) continua ainda dizendo que Lacan, de uma maneira totalmente diferente de Barthes, faz eco a essa suposição. Para o autor, enquanto a psiquiatria atribui nomes clínicos ao sujeito a partir de categorias diagnósticas – históricos, obsessivos, psicóticos, etc. –, Lacan quase sempre evita tais proposições. Para Milner (2003), esses nomes clínicos eram reservados, no ensino de Lacan, quase de forma exclusiva, às apresentações de pacientes. Na escrita dos casos, quando a frase começava com um nome próprio, era muito raro que o psicanalista a concluísse com a atribuição de um predicado clínico. Quando uma denominação clínica aparecia, era quase sempre na

posição de um sujeito gramatical e lógico: Lacan parece ter se forçado a transformar os nomes de histéricos ou de obsessivos nos nomes do sujeito, até o ponto de modelar o detalhe de sua gramática lógica. Ao fazê-lo, indica que, na análise, as determinações clínicas são homônimas às nosologias psiquiátricas, mas que ambas não têm a mesma função, da mesma forma que as determinações fonológicas e as fonéticas – mesmo que estas sejam homônimas àquelas – não têm a mesma função. Além disso, Lacan encontra a inversão que é própria dos fonologistas estruturais: elevar a característica à condição de sujeito, deixando de tratá-la sistematicamente como um atributo. (Milner, 2003, p. 166)

Chega-se, assim, à noção moderna de estrutura advinda do estruturalismo de Lévi-Strauss, uma estrutura com o sentido de sistema e não mais de forma (*morphê*). Para Milner (2003), tal noção de estrutura combina destratificação, antipredicidade, minimalismo, ação, e determina o que poderia ser uma teoria da cadeia mínima: a cadeia mínima qualquer é formada por termos quaisquer. Em Dunker (2014, p. 80), essa estrutura designa, de forma muito diferente daquela proposta por Aristóteles, uma função causal, possibilitando maior flexibilidade, “em um sistema no qual cada elemento possui seu valor e significação determinado por sua posição diferencial em relação a todos os demais”.

Em *O Pensamento Selvagem* (1962/ 1989), Lévi-Strauss toma a classe como um operador lógico que torna possível integrar a um esquema classificatório domínios de naturezas diferentes. Através desses agrupamentos de coisas e de seres, introduz-se um princípio de ordenação na natureza que corresponde ao postulado fundamental da ciência. Ao classificar as coisas (ou inseri-las num padrão), os cientistas atendem a uma necessidade que não é só de ordem prática, mas que é essencialmente da ordem do pensamento. Para começar, Lévi-Strauss (1962/ 1989) critica o juízo de que os povos considerados *selvagens* só classificam e conceituam aquilo que, para eles, apresenta utilidade. O autor demonstra que o pensamento, tanto o selvagem quanto o moderno, pensa e classifica não só o que lhes é diretamente útil; há aí, implícita, uma demanda do pensamento pelo pensamento, uma ânsia de conhecimento objetivo. Lévi-Strauss (1962/ 1989) oferta, como exemplo, o trabalho de classificação dos animais e de vegetais feito por povos primitivos de todas as regiões do mundo, alegando que tal trabalho é realizado não porque todas as espécies são úteis, ao contrário: elas são consideradas úteis ou importantes porque são primeiro avaliadas. Pode-se inferir que uma ciência como tal não deve ser definitivamente eficiente no plano prático, talvez justamente porque seu objeto

primeiro não é de ordem prática, ela antes obedece às exigências intelectuais em vez de satisfazer as necessidades. Essas exigências podem ser traduzidas pela necessidade de um princípio de ordem no universo, princípio esse dissimulado pelo trabalho do agrupamento de coisas e de seres. O universo, sem uma ordenação desse tipo, seria equivalente ao caos. A fim de se pensar e de se relacionar os objetos, é preciso, primeiramente, que esses objetos sejam agrupados e assegurados no interior de uma classe, sem deixar escapar nenhum deles. Essa é a ideia corroborada por Simpson (1961 apud Lévi-Strauss, 1962/1989), que postulou que a classificação, qualquer que seja, apresenta uma virtude própria em relação à ausência de classificação, pois a desordem é, por si só, a única coisa que um cientista não pode admitir. (Lévi-Strauss, 1962/1989, p. 24-25)

“O pensamento selvagem é totalizante” (Lévi-Strauss, 1962/1989, p. 273). O que se extrai dessa frase é que o pensamento selvagem de Lévi-Strauss alcançou um estatuto que Sartre não alcançou com a razão dialética, pois o programa existencialista sartriano deixou escapar a integração alcançada pelos sistemas classificatórios, além de repudiar o esquematismo no qual esses mesmos sistemas encontrariam desfecho. Sartre imputa ao ser falante uma ideia de liberdade advinda do fim último que prescreve seu surgimento – se a existência precede a essência, não há, por conseguinte, nenhum determinismo que presida o comportamento. O programa de Lévi-Strauss, por sua vez, imputa um determinismo no plano das relações sociais, opera distinguindo níveis que admitem formas de determinismo tidas como inaplicáveis a outros níveis. Lacan segue Lévi-Strauss no determinismo do campo simbólico, do assujeitamento do sujeito ao significante. Para Lévi-Strauss (1962/1989, p. 280), “a lingüística (sic) coloca-nos na presença de um ser dialético e totalizante e exterior à consciência e à vontade”. Sendo uma totalização não reflexiva, a língua é, portanto, uma razão humana que não se faz compreender pelo homem, que preexiste ao sujeito e que o condiciona. Nesse momento de construção de seu pensamento, Lacan não recua à noção de determinismo da estrutura da língua para pensar o sujeito falante como seu efeito.

Todavia, há dificuldades postas ao modelo estrutural aplicado à psicanálise. A ressalva está relacionada a uma ocorrência bastante específica que faz de Lacan um estruturalista singular no séc. XX. Enquanto os estruturalistas elidem o sujeito da estrutura, tornando-o uma categoria supérflua, Lacan, por sua vez, serve-se do sujeito justamente para formalizar todo seu constructo teórico. Ele denuncia, em “A ciência e a verdade”, de 1965, a insuficiência do estruturalismo alegando que essa corrente teórica

desconsidera a natureza do mitante em sua análise das mitologias, sendo rejeitado para fora do campo da estrutura o relativo a seu assentimento – “O saber, portanto, é ali bem separado do sujeito” (Lacan, 1965/2003, p. 876). Para Lacan, a responsabilidade da decisão é colocada como própria à condição de sujeito, independente do determinismo da estrutura simbólica que para o sujeito se impõe. Esse é o ponto em que Lacan (1965/2003) se diferencia do determinismo da estrutura, considerada, por ele, uma “redução que negligencia o sujeito” (p. 879)

É justamente esse ponto que nos interessa, o resgate da singularidade relativa ao aspecto libidinal, o modo único de satisfação pulsional pelo qual, inclusive costumeiramente, nomeamos os casos ao escrevê-los (Teixeira, 2011). É preciso que o ponto de fuga do sujeito seja reconhecido dentro desse princípio e como força motriz de uma subversão possível. Trata-se de pensar a decisão como algo que não se apresenta fora da estrutura, mas dentro dela.

5 DA ESTRUTURA AO DISCURSO

Em virtude da estrutura lacaniana do sujeito e, em particular, de sua disposição para interrogar o sujeito de seu lugar de responsabilidade, mesmo dentro da cadeia simbólica que o antecede, surge em psicanálise uma noção diagnóstica que não se atém aos princípios classificatórios estruturalistas. A expressão *diagnóstico de posição no discurso* foi-nos apresentada por ocasião da publicação de Carlo Viganó (1999) em suas elaborações sobre a construção do caso clínico. Na sua pesquisa, o que Viganó buscava apreender dos casos era um ajuizamento da situação imediata em que o sujeito se apresenta em relação ao Outro, no caso, o Outro institucional ou a própria equipe de tratamento.

Para compreender o diagnóstico de discurso, há, então, de se interrogar, primeiramente, quem é o Outro para o sujeito e como o sujeito interage com esse Outro, tendo em vista a teoria lacaniana da linguagem: “Há dois outros que se devem distinguir, pelo menos dois – outro com ‘A’¹⁵ maiúsculo e um outro com ‘a’ minúsculo, que é o eu. O Outro, é dele que se trata na função da fala” (Lacan, 1954-1955/1985, p. 297). Lacan distinguiu pequeno e grande Outro para falar da entrada do sujeito no campo simbólico, do assujeitamento à cadeia simbólica que a ele preexiste. O pequeno outro (a) é o igual, o semelhante humano; o grande Outro (A), a representação do campo simbólico e da linguagem. Logo, o sujeito advém do elo entre discurso do Outro, como sistema simbólico, e da realidade do inconsciente, que se configura numa realidade fantasmática.

A novidade lacaniana é a de pensar o sujeito não como um dado, não como um significado decorrente de um significante qualquer, mas, sobretudo, a partir de um investimento libidinal em uma determinada significação – resultado de um investimento particular na cadeia dos significantes. A confluência entre o corpo biológico e a linguagem que esse corpo habita é o corte contingente em que o sujeito emerge, é a construção no sistema simbólico como resposta ao real. Essa resposta não obedece nunca, por definição, ao modo preditivo da cientificidade do experimento, pois é um trabalho que remete à elaboração da cadeia metonímica singular de um sujeito. É exemplar o caso de Jean-Jacques Rousseau descrito por Soler (1937/2007): o elemento que promove uma

¹⁵ O grande Outro como conceito é designado pela letra A na bibliografia psicanalítica pois se mantém a correspondência com a língua francesa de seu autor, Lacan, em que *Outro* é *Autre*.

descontinuidade absoluta na vida desse sujeito é a acusação de mexer em um pente. Tal fato poderia passar despercebido na vida de qualquer pessoa, contudo esse elemento contingente estabelece um antes e depois, marca uma significação determinante na vida do sujeito.

O que aparece, então, na problemática do diagnóstico, é que o modelo classificatório preestabelecido, aos modos cientificistas do experimento, não abarca o modo único de inserção de um sujeito na cadeia discursiva por centrar-se na estrutura da linguagem como unívoca e não no sujeito como uma resposta singular diante do Outro na cadeia dos significantes. Os termos eleitos pela nosografia psicanalítica – neurose, psicose e perversão – também são elencados em função do assujeitamento do ser falante à estrutura da linguagem, e seguem o modelo de estrutura como sistema tal como descrito por Lévi-Strauss (1962/ 1989).

O que verificamos, portanto, ao avaliar os casos anteriormente apresentados nesta dissertação e tantos outros de nossa prática clínica, é que o preenchimento de critérios diagnósticos a partir do cotejamento de fenômenos estruturais orienta certos manejos, mas não se apresenta como centro da problemática clínica, que abarca uma série de especificidades do caso e dos modos de vida do sujeito. Lacan (1973b/2003, p. 554) já apontava que a nosologia estrutural deveria ser ressituada no âmbito do sujeito, uma vez que não existiria um senso comum do sintoma, e sim a análise do particular:

Com o que indico que o que decorre da mesma estrutura não tem forçosamente o mesmo sentido. É por isso que só existe análise do particular: não é de um sentido único, em absoluto, que provém uma mesma estrutura, sobretudo não quando ela atinge o discurso.

Logo, faz-se necessário estabelecer uma espécie de método para apreensão desse material que escapa ao regime nosológico formal e que, antes de ser um resto, é, ao contrário, o ponto central do tratamento. Trata-se da inserção sempre individual de cada um no discurso, ponto que o determinismo formal da estrutura não permite ver.

Para pensar esse lugar particular de inserção, Viganó (2010) propôs a construção do caso clínico como metodologia. Trata-se de um método democrático de discussão de casos no qual cada um dos protagonistas do enredo (os operadores, os familiares, as instituições) contribui do ponto de vista do seu saber. Na realidade, trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede e de localizar o ponto cego do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, assim, em um movimento dialético em

que o lugar delegado ao saber se inverte: a equipe de tratamento coloca-se em posição discente; o paciente, na posição docente. Para Viganó (2010), essa construção deve responder a alguns preceitos. Deve, por exemplo, compreender três partes: 1) as narrativas envoltas no caso (a do sujeito, a da família e a da instituição); 2) as escansões do tratamento; 3) o cotejamento do diagnóstico do DSM com o psicanalítico (Viganó, 2010, p. 4). Após a discussão, é estabelecido um exame acerca do caso que considera a sinopse da história concreta do sujeito – sua posição no discurso, acontecimentos de tratamento... – e um prognóstico de possíveis projetos de vida, com as hipóteses correspondentes aos mesmos itens. O preceito é o de cotejar, na história do sujeito, a posição subjetiva que ele ocupa nas passagens de discurso com os fatos recolhidos no período de tratamento sob transferência; a partir daí, então, seria possível estabelecer inferências hipotetizáveis (Viganó, 2010, p. 4).

Partindo dessa mesma lógica, Zenoni (2009) inaugura, em *L'autre pratique clinique*, a ideia do analista cidadão, ideia que vem se contrapor ao arquétipo do analista solitário e apagado. O autor defende que o analista deve se manifestar no campo da cultura, nas práticas institucionais e sociais, a fim de zelar pela não separação entre o respeito aos direitos humanos e a dimensão do sujeito. Zenoni visa, particularmente, ao campo da saúde mental no momento em que a prática psiquiátrica encontra-se emersa no discurso mecanicista da ciência ideal. É que, nesse campo, a prática analítica e a prática institucional esbarram-se com frequência, colocando a ambos os lados questões que não raramente culminam em uma aversão institucional dirigida à psicanálise, o que, por sua vez, gera sua ejeção. A questão, para Zenoni (2009), não é saber como a psicanálise pode ter lugar entre outras práticas do campo médico-social, mas se as demais práticas podem ser exercidas considerando as conjecturas da psicanálise ou os impasses que a essa prática específica nos convoca. A instituição tem, como fim último, por exemplo, a diminuição da intensidade dos sintomas. A psicanálise, por sua vez, visa justamente fazer emergir do sintoma seu vínculo pulsional. Enquanto a instituição visa ao bem-estar do sujeito, a psicanálise visa ao encontro com o desejo, o que não exclui o mal-estar e a angústia. A instituição visa à unidade do sujeito, a psicanálise, sua divisão. Antes de tratar o sujeito, a instituição existe para acolhê-lo, assisti-lo, protegê-lo – ela responde a uma necessidade social diante de fenômenos clínicos como a passagem ao ato, riscos de exclusão social ou de morte. Tem, antes de qualquer outro, um dever humanitário. Cabe, então, ao analista

se questionar sobre o que da particularidade do sujeito pode ser útil à resposta de uma prática social e institucional de grande número.

No caso das instituições de saúde mental, talvez o grande ensinamento que se extrai dessa discussão é o de pensar uma clínica que considere a lógica das soluções psicóticas. Uma noção diagnóstica que, portanto, comporte a solução sintomática como indicação norteadora do tratamento é, nas palavras de Zenoni (1991), menos uma aplicação da psicanálise à psicose do que da psicose à psicanálise.

Para Dunker (2011), o diagnóstico estabelecido a partir de princípios como esses não é um simples ato de nomeação de um processo patológico, mas uma reconstrução da *forma de vida* de um sujeito. Segundo o autor, “o diagnóstico deve incluir ou pressupor suas próprias práticas, produtivas ou improdutivas de nomeação, sua economia social de nomeação, seus planos de articulação entre sofrimento, sintoma e mal-estar, bem como sua inserção em dispositivos práticos, institucionais ou discursivos de tratamento” (Dunker, 2011, p. 117).

Na obra de Lacan, uma das leituras que anuncia o desenvolvimento do que aqui chamamos *ponto singular do sujeito*, presente no diagnóstico de discurso, é desenvolvida n’*O Seminário, livro 23: O Sinthoma*. Essa leitura, de maneira geral, permite a construção de uma clínica que explora, considerando a singularidade e o tipo clínico, as diversas invenções que chegam ao lugar da não existência da relação sexual. Interessa-nos aqui a possibilidade de aplicar o nó à compreensão do singular, que foi por Lacan (1975-76/2007) anunciada através da noção do *sinthoma*.

A clínica nodal nasce da abertura para uma segunda perspectiva do Nome-do-Pai, uma perspectiva em que a estrutura é pensada através da teoria borromeana de Lacan (1975-76/2007), cujo paradigma é Joyce. Em Joyce, o sintoma adquire uma nova grafia – *sinthoma* – e, junto à nova grafia, adquire também uma espécie de dignidade que lhe confere a função de manter a regulação entre os registros real, simbólico e imaginário. Contrapondo-se à primeira perspectiva, momento em que o sintoma é colocado sob a égide de um enigma que precisa ser decifrado para que desapareça, o *sinthoma* não constitui uma metáfora passível de interpretação, pois aponta para algo de singular, do *Um* do sujeito.

Segundo Schejtman (2013), a definição de *sinthoma* tem início com *O Seminário, livro 22: RSI*, quando o sentido do termo é atribuído à nominação paterna, ao pai que

nomeia, e, desde *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*, o termo passa a ser designado pelo termo *père-vérsion*, que, nos dizeres do próprio Lacan (1975-76/2007, p. 21), “quer dizer apenas *versão em direção ao pai*” (Schejtman, 2013, p.82).

De outro modo, o que diz Lacan (1975-76/2007, p. 21) é que o pai é um *sinthoma* que estabelece o laço entre imaginário, simbólico e real, e, uma vez que esses três registros não conseguem se enlaçar por si mesmos, na ausência de uma *père-vérsion*, o *sinthoma* é o quarto anel por meio do qual eles se mantêm juntos:

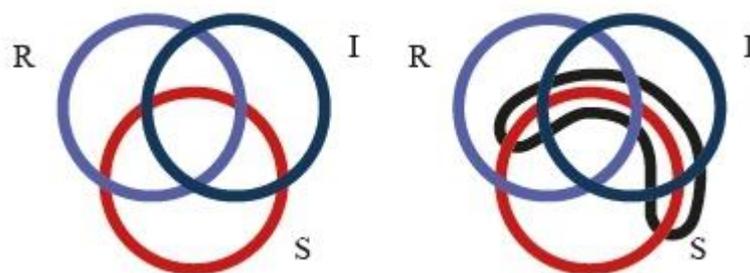


Figura 7: O sinthoma de Lacan. Os três anéis RSI (Real, Simbólico e Imaginário) no primeiro momento separados e depois ligados pelo sinthoma, o quarto anel. (Lacan, 1975-76/2007, p. 21)

Tal ideia de *sinthoma*, desenvolvida n’*O Seminário, livro 23: O Sinthoma* por Lacan (1975-76/2007), já se encontra no cerne da conhecida tese de que o sintoma, tendo em si a estrutura de linguagem – uma metáfora –, comporta sempre um excesso de sentido, um excedente de significação. Isso sugere, no tratamento da questão da estrutura, que as operações fundamentais do sujeito para com a linguagem – metáfora e metonímia – implicam, pelo menos em uma delas, um excesso do significado sobre o significante. Interessa-nos que, desde aí, já havia algo que apontava para o que temos trabalhado nesta pesquisa, uma vez que, para Lacan (1957/1998), esse excesso de sentido é *nominativo*. Segundo Miller (1944/2009, p. 31), “é uma abordagem pelo excesso na qual já se pode ver em filigrana que esse excesso, digamos, de significação e de sentido em relação ao significante, converte-se em falta com relação ao real”.

Miller (1988/2006) indica que há aí uma nova indicação do que seria a localização do trabalho analítico. O autor argumenta que é justamente com a inclusão da noção de *sinthoma* que o termo *uso* ganha destaque no último ensino de Lacan, por não se tratar de

dissolver o sintoma e sim de precisar sua utilidade, sua apropriação pelo sujeito e seu *saber-fazer* com ele. Segundo Lacan (1975-76/2007), para além do que seria uma decifração do sintoma, a função do analista seria, então, nominativa, isto é, o analista percorre um caminho que busca nomear o gozo do sujeito apontando para a invenção de uma espécie de nome próprio, de uma identidade.

Para além do efeito de *nome-próprio* que o *sinthoma* comporta, interessa-nos também a noção de enodamento – e, por consequência, de desenodamento – para a qual ele aponta. O *sinthoma* se funda sob uma falta estrutural que aqui é lida na perspectiva topológica, e o Nome-do-Pai é apenas um dos pontos de capitonagem que podem funcionar como uma suplência e possibilitar uma amarração borromeana. Se o Nome-do-Pai é apenas uma das formas de os registros se enlaçarem, isso quer dizer que há outras. O *sinthoma*, como apontamos, é tomado por Lacan como o quarto elemento que permite o enodamento dos três registros – real, simbólico e imaginário – na cadeia, apontando, assim, para uma espécie de estabilização de um modo de gozo do sujeito na forma de uma solução.

Quando o *sinthoma* se coloca como uma reparação do lapso que pode aparecer no nó entre real-imaginário, imaginário-simbólico ou simbólico-real, ele se apresenta como uma forma de estabilização *sinthomática* para o sujeito, ao passo que, quando o *sinthoma* não se coloca ou mostra-se desestabilizado, o que temos é o rompimento do nó, o que, por sua vez, se apresenta na forma de um desencadeamento ou desenodamento:

O que eu disse da última vez fazia alusão ao fato de que o sintoma, o que chamei este ano de o *sinthoma*, é o que permite reparar a cadeia borromeana no caso de não termos mais uma cadeia, a saber, se em um dos dois pontos cometermos o que chamei de um erro [...]. Trata-se, de fazer o que, pela primeira vez, defini como o *sinthoma*. Trata-se uma coisa que permite ao simbólico, ao imaginário e ao real continuarem juntos, ainda que, devido a dois erros, nenhum mais segure o outro (Lacan, 1975-76/2007, p. 90-91).

Apresenta-se aí, eventualmente, uma regularidade acessível à experiência que autoriza uma condução do caso clínico orientada no nível contingente da realidade prática: o que mantém o sujeito estabilizado e o que aponta para sua desestabilização, um princípio que se diferencia do dispositivo protocolar do discurso da ciência que se mostra não raramente menos operatório.

O diagnóstico de posição no discurso teria justamente o potencial de, partindo de um tipo clínico determinado, destacar o que seria próprio de cada sujeito na medida em

que indica os traços desse *um* compartilhado com outros resguardando o que seria dele – seu ponto cego irreduzível – e tornando transmissível o que seria do manejo clínico. Assim, o *um* do sujeito seria identificável por meio de uma manobra diagnóstica. O registro dessa posição de gozo específica, que se estabelece na relação com o Outro, permite a passagem do universal das classificações ao singular de uma posição sintomática, do abstrato do caso típico ao concreto de um corpo falante (Teixeira, 2010, p. 54). Tal operação permite ainda, a partir do sistema de ordenação significante construída pelo próprio sujeito, por vezes isolar um par ordenado (abandonado/enganado, credor/devedor, mestre/escravo) que teria função de identificar uma posição de gozo em relação ao Outro, posição essa que aponta para certa estabilização ao modo do sujeito, circunscrevendo o invariante de seu sintoma (Teixeira, 2010, p. 134). Em outras vezes, nos casos de fobia, por exemplo, essa posição não está posta por um par dialético, mas, ainda assim, é através de sua identificação que se torna possível nomear uma posição de gozo – tal como no caso Hans (Freud, 1909b/1996). Para Teixeira (2011), Freud nomeava seus casos clínicos (*A bela açougueira, A jovem homossexual, O homem dos ratos, O homem dos lobos...*) segundo os modos de satisfação pulsional que inseriam esses sujeitos no campo do Outro, extraindo dessa posição seu modo particular de gozo como elemento invariante.

5.1 Retomando os casos clínicos

Munidos dessas considerações, retomamos, agora, os casos apresentados no Capítulo 2 – Ensaio Clínico, na tentativa de esclarecer como tal demonstração teórica se aplica à prática clínica.

Partiremos dos dois casos apresentados a partir de um mesmo diagnóstico estrutural, a psicose. Trata-se dos casos de Marcelo e de Valéria. Como foi oportunamente demonstrado, ambos apresentam sintomatologias clássicas, desencadeamentos claros, facilmente identificados e que não deixam dúvidas acerca de um mesmo diagnóstico diferencial. O que estabelece uma identificação entre os dois casos é a estrutura psicótica: a invasão do Outro, da própria linguagem na sua forma desregulada, uma vez que o filtro discursivo promovido pelo semblante fálico está ausente, e, com isso, o sujeito permanece exposto à ação do significante no real. A invasão característica da exterioridade do Outro, própria da relação do psicótico com a linguagem, se faz presente em ambos os casos, tal

como pode ser percebido nas falas de Marcelo: “as vozes continuam entrando no ouvido e repetindo na cabeça” (sic) ou nas de Valéria: “em todo lugar cheio de gente, é como se todos olhassem pra mim e me observassem” (sic), “as vozes fazem uma agitação na cabeça” (sic).

Assim como explicitado no Capítulo 4, que discorre acerca da estrutura, a forclusão de um significante primordial, o Nome-do-Pai, que cumpriria a função de uma contenção de gozo nesse grande Outro, faz com que esse gozo retorne ao real dos fenômenos elementares, estranhos e invasivos para o sujeito. É possível identificar isso de forma clara nos dois casos.

Apesar de tal similitude sintomatológica e, inclusive, de elementos comuns que levaram ao desencadeamento dos sintomas, mostraremos como os dois casos se diferem, isto é, de que modo o diagnóstico estrutural auxilia a prática psicanalítica, mas se faz insuficiente, sendo necessário recolher, no nível do discurso, outros elementos norteadores.

No caso de Marcelo, a distinção diagnóstica fenomenológica foi importante para a identificação e o tratamento de sintomas como as alucinações auditivas, o automatismo mental e os fenômenos ligados à imposição do pensamento. Do ponto de vista estrutural, esclarecer que se tratava de um caso de psicose auxiliou no cotejamento de fenômenos estruturais e na verificação de como esses fenômenos apontavam pontos importantes para um esclarecimento da posição desse sujeito, isto é, na avaliação de como e diante do quê os fenômenos elementares se apresentavam, além da relação que aquele sujeito mantinha com a linguagem. Nesse aspecto, a partir da leitura estrutural, foi possível identificar, tal como no modelo do *gnômnon grego* trazido aqui a partir da leitura de Miller (2009), como o confronto com o elemento indialektivázel, presente na acusação de abuso sofrida pelo paciente, apontava para o que determinou seu desencadeamento e, mais adiante, para sua estabilização. O *gnômnon grego* serve à metáfora da estrutura e nos auxilia na leitura do caso de Marcelo uma vez que indica que um elemento (*abusador – injustiça*), ainda que em escala reduzida, é capaz de mostrar toda a estrutura do que daí se reproduz ou, para utilizar a metáfora de Lacan, da enfermidade que se coloca.

Foi, entretanto, no trabalho de recolher elementos norteadores na fala de Marcelo que a construção do caso clínico e a identificação do que se mostrava como potencial estabilizador para esse sujeito tornaram-se possíveis. Os elementos *humilhação* e

injustiça, marcas que o paciente elege para a denúncia que sofreu e para a prisão pela qual passou no momento do desencadeamento, não só abrem uma chave de leitura para diversos episódios da vida do sujeito como trazem consigo o elemento que permite localizar por onde passaria o ponto nodal do tratamento. A forma como o paciente se porta diante de sua família, que sempre o colocava em situação degradante e/ou humilhante; diante de seus colegas de trabalho, de quem era alvo de infundadas acusações, roubos e desonestidades; diante de seus negócios, em que ele invariavelmente era desfavorecido em prol de outrem, indica o elemento invariante do caso e o arranjo desse sujeito no campo do Outro. A nomeação advinda do próprio Marcelo, *injustiçado*, diz algo sobre o modo de posicionamento desse sujeito no mundo e é o que indica a localização de elementos desencadeadores em sua história clínica. Não se trata de um significativo compartilhado no âmbito do diagnóstico de esquizofrenia ou mesmo da psicose, trata-se de um traço de Marcelo já presente desde o momento do desencadeamento.

É tal nomeação que orienta também o manejo transferencial, já que é preciso, nesse caso, que o analista suporte as diversas queixas e acusações de Marcelo contra todos que parecem dirigir-se a ele com má-fé, sem confrontá-lo com sua escolha nessas ocasiões. Ser o *injustiçado* é, para o paciente, uma posição não dialetizável, solução por ele encontrada para localizar-se no discurso.

Nesse caso, recolher o elemento invariante *injustiçado* nos laços que Marcelo construiu, sejam eles familiares, de trabalho, ou com a própria equipe de tratamento, é o que dá a indicação para seu tratamento, para a estabilização dos sintomas e para o arranjo transferencial.

O caso de Valéria, não obstante a demonstração de diversas paridades com o caso de Marcelo no que diz respeito aos fenômenos, aponta, quando atinge o discurso, para uma solução completamente díspar. O ponto que os distingue não diz respeito à psicose como estrutura, mas à Valéria como sujeito, emblemática em sua fala de que sua vida *não faz sentido* (sic). De forma distinta à de Marcelo, que se liga ao Outro através das injustiças que sofre, Valéria lança mão de uma descrença que para ela é fundamental, pilar de suas queixas no tratamento e de suas desestabilizações.

Entender que a localização de Valéria no discurso passa por essa identificação com o *nada* e pela recusa a qualquer oferta de enlaçamento é o que conduz o manejo

transferencial, que, apesar de manter-se por anos com a equipe de tratamento do Ambulatório, é sempre marcado por insígnias de desistências e flutuações. De forma contrária ao que apresenta Marcelo ao fazer uso do dispositivo para elencar suas injustiças e reclamações, Valéria, por vezes, vê pouco propósito em ir ao encontro com o analista, como vê pouco propósito em sustentar qualquer relação. Aqui também, na construção do laço transferencial, o diagnóstico de posição de discurso é o que instrumentaliza o caso naquilo que dele não é compartilhado.

É o que também orienta a condução do tratamento quando de suas desestabilizações em momentos em que Valéria é convocada pelo laço social, geralmente em reuniões familiares, velórios, datas comemorativas. O trabalho indicou que seus períodos de estabilização eram marcados por esse lugar de exílio que ela ocupava diante do mundo, e que sua desestabilização, em contrapartida, aparecia nos momentos em que era convocada a responder de alguma posição. A marca da queda da volição aparecia todas as vezes em que ela se propunha o engajamento em alguma atividade e rapidamente dela desistia, visando, assim, certo exílio no laço social. Era seu elemento sintomático e estabilizador, sua marca diagnóstica não compartilhada.

Conclui-se, então, que, mesmo considerando a estrutura comum nos casos, o diagnóstico feito para o caso de Marcelo passa pela nomeação *injustiçado* e o de Valéria passa pelo lugar de exílio por ela adotado. É esse diagnóstico, discursivo, que orienta a direção do tratamento, o manejo transferencial e a localização dos sintomas psicóticos.

Nos três outros casos apresentados em nosso Capítulo 2 a partir da leitura do relato de Schejtman (2013) – Marina, Júlia e Mariano –, o que joga como elemento comum é o diagnóstico pelo fenômeno, a saber, o fenômeno anoréxico. Tal como nos casos de Marcelo e de Valéria, a questão diagnóstica levantada não passa pelo problema da indeterminação, como ocorre nos casos de sintomas limítrofes, nem pelo desconhecimento de fenômenos elementares e/ou formações do inconsciente. Ao contrário, como demonstrado, o que se verifica são manifestações estruturais claras e fenômenos nitidamente localizáveis em manuais já consagrados. São, todavia, três formas distintas de anorexia.

A anorexia como fenômeno aparece no caso de Marina, para Schejtman (2013), através de uma construção delirante: é a condição que ela se impõe para não *solidificar-se* tal como o personagem de pedra do filme *O Quarteto Fantástico*. Eliminar

especialmente os alimentos em estado sólido de sua dieta era essencial para manter-se viva, já que, se esses alimentos fossem ingeridos, eles “iriam solidificar o sangue e o corpo” (sic).

Já no caso de Júlia, segundo Schejtman (2013), a presença do sintoma anoréxico está associada ao início de sua vida sexual, às investidas sexuais de seu namorado para com ela, momento em que sua nomeação infantil *gordinha feliz* não mais lhe dá elementos para se apresentar diante do Outro. O sintoma anoréxico aparece quando o ato de despir-se diante do namorado se coloca para ela como “uma tortura” (sic). A solução por ela encontrada foi, então, a de se submeter a uma disciplina alimentar rigorosamente controlada, que fez com que emagrecesse excessivamente, dando a seu corpo outro contorno.

Para Mariano, o início da restrição anoréxica se colocou como um sintoma desencadeado pela presença do pai, que, ao lhe comunicar o nascimento de um irmão, filho de seu pai com outra mulher que não a sua mãe, lhe presenteia com um pedaço de bolo. Mariano nega não só o bolo como qualquer alimento que, daquele momento em diante, pudesse, segundo seu julgamento, fazer com que seu corpo ficasse “cheio de gordura” (sic). Passa a adotar, a partir de então, dietas severas e intermináveis rotinas de exercícios físicos. (Schejtman, 2013)

É, portanto, clara a instalação da anorexia como sintoma nos três casos; são claras também as variações de forma, tipo e gravidade de acordo com a estrutura – neurótica ou psicótica – em que esse fenômeno se manifesta. Contudo, o ponto que nos toca, em cada um desses trabalhos apresentados, é justamente o ponto em que cada um desses sujeitos toca no discurso, ponto esse que os difere como sujeitos e que distingue também a condução do tratamento que receberão.

Nesses casos, se a direção do tratamento tivesse sido orientada por um denominador comum, o diagnóstico fenomenológico, o destino buscado seria a simples erradicação da anorexia como fenômeno sintomático que precisava ser eliminado. O que um diagnóstico orientado pelo discurso mostrou, por outro lado, foi que a anorexia se oferecia de diferentes modos para cada um dos sujeitos de acordo com a sua posição no discurso; a anorexia se diferenciava, inclusive, no que diz respeito a mostrar-se como elemento desencadeador ou estabilizador.

No caso de Marina, por exemplo, optar por eliminar o sintoma sem se perguntar anteriormente a quê ele servia teve consequências catastróficas: a adolescente tentou suicidar-se logo após um período de internação na clínica de reabilitação para ganho de peso. Segundo Schejtman (2013), foi preciso que o analista, advertido por tal situação, buscasse elementos que pudessem indicar de que forma a anorexia se apresentava para Marina uma vez que o tratamento pela via da obrigatoriedade da ingestão de alimentos sólidos (também) a conduzia à morte. O que o autor afirma é que entender que a anorexia funcionava, nesse caso, como a solução encontrada dentro de uma construção delirante possibilitou que o tratamento fosse conduzido de forma a estabelecer outras suplências que não impusessem à jovem um risco de vida. O delírio sob o qual Marina reconstrói sua genealogia possibilita que, ao nomear-se como *sereia, filha de Netuno*, Marina deixasse de ver na restrição alimentar a única saída possível. Foi o que também orientou o lugar do analista nesse caso: a anorexia cessava com os fenômenos elementares, e era preciso ouvi-los para que eles tivessem outro destino, fazendo, assim, outras apostas como as refeições inusitadas em cenas aquáticas ou a introdução de outros elementos identificatórios como por exemplo através desta nova genealogia. (Schejtman, 2013)

A anorexia, dentro de tal quadro de estrutura psicótica, mostrava-se, para Marina, como uma espécie de solução, ainda que precária. Para Mariano, terceiro exemplo de caso mencionado nesta pesquisa, ocorreu o oposto. Apesar de apresentar estrutura e fenômeno análogos ao caso de Marina, em Mariano a anorexia se apresentou como a própria insígnia de seu desencadeamento.

De acordo com Schejtman (2013), para Mariano, a imposição da restrição anoréxica não apontava para uma estabilização dos sintomas, para a criação de um *sinthome*, pois era esse o próprio fenômeno desencadeador. O que o autor afirma é que apesar de seu desencadeamento não ter se colocado de forma extraordinária, pois não o jovem não apresentava fenômenos elementares claros, como alucinações, a partir do encontro com seu pai a nomeação que ele havia encontrado no discurso, a saber, *o gordo*, não mais funcionou e as consequências foram evidentes. A partir desse encontro, o jovem sintomaticamente passou a recusar as comidas preparadas por sua mãe e que outrora ele comia de forma desenfreada, decidiu manter-se quase em jejum e, quando comia, “corria como um louco pelas ruas” (sic) para queimar as supostas gorduras adquiridas.

Aqui a direção do tratamento passou pela indicação que a nomeação *o gordo* dava para Mariano: ser *o gordo* para sua mãe, que lhe ofertava comidas em demasia, e ser *o*

gordo como figura de autoridade nos jogos em que atuava como juiz dava a ele um lugar no discurso e marcava, até então, uma estabilização. Foi preciso, então, que o analista interrompesse o que, na fala de Mariano, orbitava em torno da restrição alimentar para que outros elementos identificatórios de ancoragem pudessem aparecer, nas suas relações já estabelecidas e em novas, com as garotas.

Já em uma outra estrutura, a anorexia mostrou-se de forma particularmente diferente: é o que vimos no caso de Julia. Para Schejtman (2013), nesse caso, tratava-se claramente de uma neurose histérica, sendo o sintoma anoréxico a manifestação da expressão particular de um conflito psíquico: ser *a gordinha feliz* para seus pais e ser desejada no lugar d'A Mulher para o namorado. Lacan (1969-70/1992) já indicava que, na histeria como estrutura, diante da pergunta do que seria uma mulher, é paulatina a recusa da histérica ao que seria capaz de lhe dar um corpo, manifestação da dificuldade histérica em relação à satisfação sexual. No caso de Júlia, o sintoma anoréxico, como uma formação do inconsciente, mostra-se justamente como uma forma de não dar contorno a esse corpo, fazendo-o magro, já que ele não podia ser visto pelo namorado – a possibilidade de que ele a visse a torturava. Isso é o que é dado pela estrutura histérica, e nesse ponto o diagnóstico estrutural pôde cotejar algumas indicações.

O que entendemos com Schetjman (2013) é que não obstante a essas considerações da histeria, enquanto categoria clínica, que auxiliam na compreensão do caso, o que foi essencial para o desenrolar do tratamento no caso de Júlia foi o isolamento e a interpretação de um significante próprio, *colorado*, significante investido libidinalmente por esse sujeito e que era representativo de sua posição diante do namorado, do analista e do discurso. Aqui, como o sintoma se fazia metáfora, o deslizamento do significante *colorado* permitiu o tratamento do sintoma e a instalação da transferência como tal. No tratamento dessa anorexia, buscou-se, portanto, que fosse dada a palavra à paciente por meio da transferência e do trabalho de retificação subjetiva, no qual foi possível que Júlia se implicasse com aquilo mesmo que a fazia sofrer, dando-se conta de que o sintoma que lhe parecia estranho era, na verdade, algo de que ela fazia parte. Pôde, então, assumi-lo a partir da construção da cadeia simbólica de sua história.

Há, portanto, através do relato desses casos, uma dimensão do diagnóstico que submete a estrutura ao sujeito, e não o contrário.

Dizer, portanto, que “o inconsciente é estruturado como linguagem” (Lacan, 1964/1985, p. 25) imputa, no nível do sintoma, uma indeterminação circunstancial que fica à deriva do que tomamos como real na experiência clínica, o impossível de prever ou controlar que se coloca através do investimento libidinal significante. Se a estrutura da linguagem está para todos, sua apreensão só se dá no nível do particular. E é nesse ponto que Miller (2008, p. 56-57) estende a questão da estrutura até o que ele chama de “estruturação espontânea”:

Pelo simples fato de que o sujeito fala, pelo simples fato da palavra, o que lhe ocorre, a expressão diz bem, tem relação com o acaso, o imprevisto, com o encontro, como se diz. É o que Lacan sublinha em seu Seminário do *Sinthoma*: são os acasos que nos fazem ir a torto e a direito. É reconhecer, nos termos de Aristóteles, que a existência se desenrola no reino da contingência.

Isso quer dizer, em outros termos, que, pelo simples fato de cada sujeito estar diante do Outro, no discurso – falando e sendo falado –, uma organização se institui a partir de um elemento que não é dado, é construído por cada um e é contingente. A partir desse investimento libidinal em determinados significantes, algo como uma trama toma a forma de uma figura nominativa, que, segundo Miller (2008), é tomada como destino ou vocação.

Captar tal ordem, que vem a emergir a partir de fatos de repetição na vida do sujeito, é o propósito de um diagnóstico orientado pelo discurso, diagnóstico esse que não desconhece que essa articulação de sentido é uma superestrutura, uma vez que se trata de uma estrutura que se sobrepõe a elementos prévios. Miller (2008) dá a essa superestrutura o nome de *espontânea* uma vez que não pode ser calculada, não se trata do modelo laboratorial tal como indicado anteriormente a partir do argumento de Koyré (1971/2011). Para Miller (2008, p. 58),

Trata-se, portanto, de reconduzir a trama de destino do sujeito da estrutura aos elementos primordiais, fora de articulação, quer dizer, fora do sentido e, porque absolutamente separados, podemos dizê-los absolutos. Trata-se de reconduzir o sujeito aos elementos absolutos de sua existência contingente.

Nossas elaborações aqui apresentadas constituem, dessa forma, tentativas de cotejar, no nível do discurso, as orientações para a condução clínico-psicopatológica de casos de diagnósticos homônimos, desde dois casos mais clássicos – Marcelo e Valéria – a casos que apresentavam sintomas mais contemporâneos – Marina, Mariano e Júlia. A modulação das categorias nosológicas no nível do caso a caso introduz por si só uma

ordem de singularidade que o tipo clínico não esgota. Por exemplo, apesar de considerarmos o caso de Marcelo como uma esquizofrenia, a nomeação que propusemos para sua singularidade difere do considerado geral para essa categoria clínica. No entanto, é notório, no ensaio de cada um deles, um movimento que não podia – nem queria – desconsiderar a formalização do desenvolvimento nosológico que a clínica estrutural nos coloca, nem deixar de usufruir de referenciais da psicopatologia clínica.

Para Schetjman (2013, p.316), este é um processo dialético que especifica a impressão ética da psicanálise na psicopatologia: há, por um lado, o caminho que leva do tipo clínico à singularidade subjetiva, mostrando, no nível da contingência, a resistência do caso à tipagem; por outro, há um caminho que retorna sobre o particular e vai ao tipo clínico na leitura da estrutura do sintoma, determinando a não concessão da psicanálise a um nominalismo que rejeita a clínica e a transmissão.

Não poderia ser de outra forma, Freud já advertia desde o início. Em psicanálise, não há como desvendar a abordagem do caso clínico, da transferência e do diagnóstico como tal sem passar pelo ponto singular e circunstancial do sujeito. No *um a um*. Correlativamente, não é possível se livrar de aspectos psicopatológicos ou estruturais, da formalização clínico-nosológica que afasta a psicanálise de uma abordagem mística ou desavisada do sintoma. Trata-se, para a psicanálise, de sua impossibilidade de falar de um sujeito que não seja o sujeito da ciência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A função diagnóstica sempre apresentou sua pragmática clínica não raro alinhada a uma pragmática política. Entendemos com Foucault (1961/1972) que, desde o fim da Idade Média, quando a loucura foi transformada em objeto do conhecimento médico, o diagnóstico se presta a uma espécie de organização e de classificação que tem por objetivo separar loucura e razão, dando a primeira os mais diversos fins segregatórios. Assim como nos apontam Laia e Aguiar (2017), o que podemos verificar de Pinel até a psiquiatria biológica atual é a insistência de uma perspectiva que descredibiliza o saber do sintoma, embora com diferentes roupagens: o sintoma que outrora era desqualificado como erro da razão é agora tido como erro do cérebro. Passando ao largo das particularidades dos sujeitos que sofrem, ao restringir a clínica nosográfica a uma compilação de sintomas através de uma abordagem objetivista, tal perspectiva busca eliminar a dimensão enigmática que se apresenta no sintoma, não raro lido como um simples *desfuncionamento* ou anormalidade patológica.

Com a irrestrita adoção dos manuais diagnósticos, a linguagem da psicopatologia e a avaliação das funções, toda riqueza fina da nosologia e da semiologia psiquiátrica foram afetadas, uma vez que o psiquiatra ou quem quer que seja que com isso opere vai se orientar primordialmente pela escala e pelo padrão numérico preestabelecido. A ideia da descrição de um fenômeno não é mais tão importante; é a avaliação do fenômeno e a composição dele, a partir de outros definidos em uma escala numérica, o que interessa. O que assistimos, então, no caso da psiquiatria, é a um empobrecimento geral pela adesão indialelizável à cifra, e, no caso da psicanálise, o que está posta é uma espécie de exterioridade no campo do saber pela não adesão a essa mesma cifra.

Acreditamos que a psicanálise de orientação lacaniana tem um papel decisivo nos dias atuais, já que é justamente a dimensão enigmática do saber que o sintoma comporta que Lacan retoma para ressaltar o quanto ela é inerente à ética do diagnóstico e da psicanálise como um todo. Partimos, com Lacan, do preceito freudiano de que, em psicanálise, cada caso deve ser recebido como único, deve ser acolhido em sua novidade. Na clínica do sintoma de Freud, de forma particular, tal indicação é esclarecedora: o sujeito constitui-se como exceção à regra, e seu sintoma é a invenção da regra que lhe é própria. Porém, a eliminação de tal dimensão particular do sintoma, como se ela fosse um

efeito colateral indesejado do diagnóstico, tem sido verificada nisso que chamamos de um empobrecimento radical da clínica psiquiátrica e no estabelecimento de uma normalidade impossível de ser alcançada. Contudo, antes de ser um efeito colateral indesejado, um atraso científico, o único do sintoma é nossa orientação ética de tratamento.

Se, como nos aponta Lacan, o analista não pode estar alijado do discurso de sua época, é preciso que, na condição de psicanalistas, nos posicionemos diante do discurso nosográfico de nossa época, que é o sistema de classificação diagnóstico baseado em *evidências*. Que todas as aspas sejam reservadas às *evidências*, porque nos parece falho, como apontamos ao longo desta dissertação, estipular um parâmetro que não leve em conta, em seu método, a materialidade da contingência como referência intrínseca.

Quando o discurso freudiano se perdeu, Lacan, atento ao discurso de sua época, recorreu ao modelo estrutural para interpelar o lugar da psicanálise e de sua psicopatologia no modelo de ciência pregado e diante do qual a psicanálise sempre esteve aquém. Lançar mão do modelo epistêmico do estruturalismo, requerendo para si um ideal de ciência aplicado às ciências humanas, foi a estratégia política e epistêmica de Lacan naquela época.

Se, hoje, a objetivação do sujeito – e sobretudo da loucura – é o discurso vigente, é preciso localizar que a crítica endereçada à psicanálise como um *subjetivismo* é, para nós, não um efeito colateral indesejado que deveria ser rechaçado, mas a base de todo nosso programa clínico: o ponto de intersecção único do sujeito na linguagem.

O ponto de intersecção único do sujeito na linguagem é o que tentamos resgatar do diagnóstico em nossa clínica através desta pesquisa, uma vez que entendemos que aí está a direção do tratamento para a psicanálise: a solução única do sujeito.

Faz-se preciso, todavia, diferenciar aqui o que chamamos *psicanálise* e o que chamamos *clínica*. Miller (2008, p. 53) é enfático nesse sentido: “A Clínica não é a Psicanálise”. Para o autor, a perspectiva do *sinthoma* nos descola da perspectiva clínica, uma vez que a clínica “é essencialmente uma arte de classificar os fenômenos a partir de sinais e de índices previamente repertoriados. É um exercício de ordenação, de classificação e de objetivação – uma clínica é como um herbário” (Miller, 2008, p. 54). O autor inclui aí a clínica psicanalítica, suas classificações nosológicas.

Seja qual for a sofisticação que possamos dar à nosologia psicanalítica, um psicanalista terá que ter nela sempre um ponto de referência, isso é fazer clínica e, para Miller (2008), isso faz parte dos instrumentos dos quais nos servimos mesmo quando reprovamos seus fundamentos. Para nós, isso implica também que fazer clínica é ter em consideração o que há de diagnóstico para a psicopatologia clássica, a psiquiatria, e nossas construções do ponto de vista teórico.

Se defendemos aqui que a psicanálise se preserva como prática clínica, ao contrário da psiquiatria corrente que dela se despiu em prol de uma exatidão científica, faz-se preciso que nos ponhamos a falar dela e a introduzir o que extraímos dela como método, mesmo que ao preço de perder algo da experiência da análise nessa passagem à teorização. Talvez tenha sido o que Lacan (1974-75, p. 5) propôs ao remeter-se ao trabalho do analista: “É necessário que o analista seja ao menos dois. O analista para ter efeitos e o analista que esses efeitos teorizam”.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, E. (2007). Variedade dos sintomas, unicidade do tipo clínico. *Correio – Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, Nº 58, Vol. único. pp. 13-22.
- APA (American Psychiatry Association). (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Assoun, P.-L. (1981/ 1983). *Introdução à epistemologia freudiana*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bassols, M. (2014). *Em psicanálise não há saber no real*. Inédito. IX Congresso da AMP. Paris.
- Danziato, L. (2012). Considerações lacanianas sobre a *Verneinung* de Freud. *Contextos Clínicos [online]*, Vol. 5, Nº 1. pp. 37-44. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2012.51.04>>. Acesso em 26 nov. 2017.
- Descartes, R. (1637/ 1999). Discurso do método. In: *R. Descartes, Discurso do método / As paixões da alma / Meditações (Os pensadores)*. São Paulo: Nova Cultural. pp. 33-100.
- Demangeat, M. (2005). Esquizofrenia. In: *Dicionário Internacional da Psicanálise*, Vol. 2. Rio de Janeiro: Imago. pp. 602-604.
- Dunker, C. (2011). Mal-estar, sofrimento e sintoma: releitura da diagnóstica laciana a partir do perspectivismo animista. *Tempo Social*, Vol. 23, Nº 1. pp. 115-136.
- Dunker, C. (2014). Estrutura e personalidade na neurose: da metapsicologia do sintoma à narrativa do sofrimento. *Psicol. USP [online]*, Vol. 25, Nº 1. pp. 77-96. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642014000100009>>. Acesso em 2 nov.2017.
- Dor, J. (1991). *Estruturas e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus-Timbre Editores.
- França, O. (2006). A *Bejahung* nas conexões da psicanálise. *Psicol. clin. [online]*, Vol. 18, Nº 1. pp. 153-163. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652006000100013>>. Acesso em 22 de nov.2017.
- Freire, M.; Figueiredo, V; Gomide; et al. (2014). Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. *J. bras. psiquiatr. [online]*,

Vol. 63, Nº 4. pp. 281-289. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000036>>. Acesso em 6 de set.2017.

Freud, S. (1894/1996). As neuropsicoses de defesa. In: *Primeiras publicações psicanalíticas. Edição standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. III. Rio de Janeiro: Imago. pp. 51-72.

Freud, S. (1895/1996). A Psicoterapia da Histeria. In: BREUER, J.; FREUD, S. *Estudos sobre a Histeria. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. II. Rio de Janeiro: Imago. pp. 271-319.

Freud, S. (1900/1996). Capítulo IV – A distorção nos sonhos. In: *A Interpretação dos Sonhos (I). Edição standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. IV, Nº 1. Rio de Janeiro: Imago. pp. 169-194.

Freud, S. (1909a/1996). Notas sobre um caso de Neurose Obsessiva. In: *Dois Histórias Clínicas (O Pequeno Hans e o Homem dos Ratos) Edição standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. X. Rio de Janeiro: Imago. pp. 137-205.

Freud, S. (1909b/1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: *Dois Histórias Clínicas (O Pequeno Hans e o Homem dos Ratos) Edição standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. X, Rio de Janeiro: Imago. pp. 13-133.

Freud, S. (1913/1996). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos (1911-1913) Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, pp.139-158.

Freud, S. (1914/1996). Sobre o Narcisismo: Uma introdução. In: *A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916) Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, pp.81-108.

Freud, S. (1915/1996). Os instintos e suas vicissitudes. In: *A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916) Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, pp.123-144.

Freud, S. (1925/1996). A Negativa. In: *O Ego e o Id e outros trabalhos Edição standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago. pp. 263-269.

Freud, S. (1927a/1996). Fetichismo. In: *O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na civilização e outros trabalhos. Edição standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. pp. 151-160.

Freud, S. (1927b/ 1996). O futuro de uma ilusão. In: *O Futuro de uma Ilusão, o Mal-Estar na civilização e outros trabalhos. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. pp. 15-63.

Freud, S. (1933a/1996). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, Conferência XXXI: a dissecação da personalidade psíquica. In: *Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos (1932-1936). Edição standard brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago. pp. 63-84.

Freud, S. (1933b/1940). XXXI Vorlesung: Die Zerlegung der Psychischen Persönlichkeit. In: *1933 Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Zürich: Imago Publishing Co. pp. 62-86.

Freud, S. (1933c/ 1996). A Questão de uma *Weltanschauung*. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago. p. 155-177.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiat*, N° 23(56). pp. 56-62.

Hanns, L. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Hayat, M. (2005). Neurose Obsessiva. In: *Dicionário Internacional da Psicanálise*, Vol. 2. Rio de Janeiro: Imago, pp.1259-1260.

Kämmerer, T., & Wartel, R. (1989). Diálogo sobre os diagnósticos. In J. Lacan et al., *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 27-44

Koyré, A. (1971/ 2011). Do mundo do “mais-ou-menos” ao universo da precisão. In: *Estudos de história do pensamento filosófico*. Rio de Janeiro: Forense. pp. 351-372.

Lacan, J. (1953/2003). Discurso de Roma. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 139-172.

Lacan, J. (1954-55/1985). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1955-56/2010). *O Seminário, livro 3: As Psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1957/1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 496-533.

Lacan, J. (1958a/1998). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 585-652.

Lacan, J. (1958b/1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 537-590.

Lacan, J. (1958c/1998). A Significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 692-703.

Lacan, J. (1964/1988). O Inconsciente freudiano e o nosso. In: *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 23-32.

Lacan, J. (1965/2003). A Ciência e a Verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 869-892.

Lacan, J. (1969-70/1992). *O Seminário, livro 17: O Averso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1973a/2003). Nota Italiana. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 311-315.

Lacan, J. (1973b/2003). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 550-556.

Lacan, J. (1974-75/Inédito). *O Seminário, livro 22: RSI*.

Lacan, J. (1975-76/2007). *O Seminário, livro 23: O Sinthoma*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

Lacan, J. (1978/1984). Conférence chez le Professeur Deniker au Hôpital Sainte-Anne. In: *Bulletin de la Association freudienne*, n° 7, p. 3-4.

Laia, S ; Aguiar, A. (2017). Enigma, objetivação e diluição da loucura. In: *Psicopatologia Lacaniana I: Semiologia / Organizadores Antônio Teixeira e Heloísa Caldas*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica.

Lévi-Strauss, C. (1962/1989). *O pensamento selvagem*. Campinas: Papirus.

Marková, I; Berrios, G. (2012). Epistemology of Psychiatry. *Psychopathology Journal*, Vol. 49, Ed. 3. pp. 220-227.

Martinho, M.; Altoé, S. (2012). A noção de estrutura em Psicanálise. *Estilos da Clínica*, Vol. XVII, Nº 1. pp. 14-25.

Miller, J.-A. (1944/2009). *Perspectivas do Seminário 23 de Lacan: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Miller, J.-A. (1988/2006). Percurso de Lacan. In: *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 11-33.

Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Miller, J.-A. (1998). A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana*, Nº 21. pp. 7-12.

Miller, J.-A. (2001). *Últimas lições do Cours de Orientation lacanienne*, Vol. III, Nº 4. Inédito

Miller, J.-A. (2007). *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica*. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira.

Miller, J.-A. (2008/Inédito). *Orientação lacaniana III, 11 - Coisas de fineza em psicanálise*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise.

Miller, J.-A. (2009). A invenção do delírio. *Opção Lacaniana Online*, Nº 5. pp. 1-25. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/pdf/artigos/JAMDelir.pdf>>. Acesso em 26 de nov.2017.

Milner, J.-C. (1996). *A Obra Clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Milner, J.-C. (2003). *El periplo estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.

Milner, J.-C. (2014). *L'universel en éclats*. Lagrasse: Verdier.

OMS (Organização Mundial da Saúde). (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*, Vol. 1, 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Sadala, G., Martinho, M.H. (2012). A estrutura em Psicanálise: uma enunciação desde Freud. In: *Ágora*. Rio de Janeiro: Vol.XIV, nº2, pp.243-258.

Santanna, A. (2016). *A demissão do Outro na esquizofrenia: o dito esquizofrênico sem a ajuda de nenhum discurso estabelecido* (Dissertação de mestrado). Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Santos, A. (2010). A Clínica da frase: considerações sobre o invariante do sintoma na psicose. *Revista CliniCAPS*, Vol 4, Nº 12. Disponível em: <http://clinicaps.com.br/clinicaps_revista_12_art_04.html>. Acesso em 2 de nov.2016.

Santos, T. (2013). A psicanálise é uma ciência e o discurso analítico é uma práxis? *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, Nº 16(2). pp. 299-312. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982013000200008>>, acesso 23 de nov. 2017.

Saussure, F. (1916/2006). *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix.

Schaeffer, J. (2005). Histeria. In: *Dicionário Internacional da Psicanálise*, Vol. 2. Rio de Janeiro: Imago, pp. 880-881.

Schejtman, F. (2013). *Sinthome: ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Buenos Aires: Grama.

Soler, C. (1937/2007). Inocência paranóica e indignidade melancólica. In: *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 52-59.

Stengers, I. (1990). *Quem tem medo da ciência? Ciências e poderes*. São Paulo: Siliciano.

Teixeira, A. (2010). *Metodologia em ato*. Belo Horizonte: Scriptum.

Teixeira, A. (2011). Singularidade subjetiva e metodologia clínica. *CliniCAPS*, Vol 5, Nº 13. pp. 1-7. Disponível em: <http://clinicaps.com.br/clinicaps_revista_13_art_01.html>. Acesso em 04 de nov.2016.

Teixeira, A. (2012). A prudência do psicanalista. In: *De que real se trata na clínica psicanalítica? Psicanálise, Ciência & Discursos da Ciência*. Rio de Janeiro: Cia de Freud. pp. 63-79.

Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga – Psicanálise e Saúde Mental*, Nº 13. Belo Horizonte: EBP-MG. pp. 50-59.

Viganó, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online nova série*, ano I, Nº 1. pp. 1-9. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/a_construcao_do_caso_clinico.pdf>. Acesso em 3 de nov.2016.

Zenoni, A. (2011). *L'autre pratique clinique*. Toulouse: Érès.