

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

**DO ENCONTRO COM OS IMPASSESS E DESAFIOS CLÍNICOS: A
CONSTRUÇÃO DE UM CASO CLÍNICO**

PATRICIA SPYER PRATES

Belo Horizonte

2018

PATRICIA SPYER PRATES

**DO ENCONTRO COM OS IMPASSESS E DESAFIOS CLÍNICOS: A
CONSTRUÇÃO DE UM CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para a obtenção de título de Especialista em Saúde do Adolescente.

Orientador: Roberto Assis Ferreira

Belo Horizonte

2018

Nome: PRATES, Patricia Spyer

Título: Do encontro com os impasses e desafios clínicos: A construção de um caso clínico

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para a obtenção de título de Especialista em Saúde do Adolescente.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof.

Instituição: _____ Assinatura: _____

DO ENCONTRO COM OS IMPASSESS E DESAFIOS CLÍNICOS: A CONSTRUÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Patricia Spyer Prates¹

Roberto Assis Ferreira²

RESUMO: A partir da construção de um caso clínico atendido no NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais) o artigo investiga os elementos estruturais do diagnóstico diferencial entre a neurose histérica e a psicose ordinária. A análise dos fenômenos se orienta pela psicanálise laciana localizando os indícios definidores da estrutura do sujeito.

Abstract: From a construction of a clinical case attended at NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais) the article investigates the structural elements of differential diagnosis between hysterical neuroses and ordinary psychoses. The analysis of the phenomena is oriented by the lacanian psychoanalysis locating the defining indications of the subject structure.

PALAVRAS-CHAVE: Diagnóstico diferencial, neurose histérica, psicose ordinária, construção do caso.

"[...] o importante não é compreender, é atingir o verdadeiro. [...] mesmo que vocês compreendem, vocês não compreendem, [...] eu compreendo – o que prova que nós temos todos alguma coisinha de comum com os delirantes" (LACAN, 1998, p.62)

1. INTRODUÇÃO

A intenção deste trabalho é transmitir as reflexões e incertezas que surgiram a partir dos atendimentos a uma paciente que chega com sintomas de anorexia e bulimia

¹ Especializanda da Pós-Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente.

² Orientador pleno do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Área Saúde da Criança e do Adolescente) da Faculdade de Medicina da UFMG, Professor Emérito da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; Membro do NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas/HC-UFMG).

realizados no NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais). Comecei a atender Vanda em outubro de 2014 logo que iniciei a minha especialização em Saúde do Adolescente pela Faculdade de Medicina / UFMG. Esses atendimentos se deram apoiados em uma prática “onde a construção do caso se dá de forma dinâmica, visando à condução do tratamento e enriquecendo a visão dos profissionais que cuidam do caso” (FERREIRA, 2008) conforme a estratégia estabelecida pelo Núcleo.

O NIAB é um Serviço Ambulatorial Universitário de Extensão com atividades de diagnóstico e tratamento, mas também de pesquisa e ensino que atua no Hospital das Clínicas da UFMG desde 2005. É um ambulatório que atende pacientes de qualquer idade com sintomas anoréxicos e bulímicos, orientado pela psicanálise lacaniana e pelo lema: Anorexia e bulimia – “Não se trata disso!” (FERREIRA, 2008), Colocando em suspenso o motivo da demanda de tratamento, sua proposta é a de trabalhar com a interseção dos discursos da clínica médica, da nutrição, da psiquiatria e da psicanálise. No NIAB a construção de cada caso se dá apoiada tanto no saber de cada profissional quanto no saber do paciente, naquilo que o paciente tem a dizer sobre o seu sintoma, sobre a sua história de vida.

Lidar com o não saber, como a psicanálise recomenda, é se deparar com a possibilidade da construção singular de cada caso. A paciente Vanda (22 anos) chegou ao ambulatório queixando-se dos seus sintomas: anorexia, bulimia, depressão, idéia de autoextermínio e cortes no corpo. No NIAB tratamos o sintoma como uma criação singular do sujeito para lidar com algo que lhe é insuportável. Partimos da suposição de que o sintoma serve ao sujeito como uma resposta possível a um sofrimento subjetivo, e que permite ao sujeito uma organização em relação ao gozo e ao Outro. É uma produção psíquica, portanto, carregada de gozo e de sentido, que traz a marca da estrutura do sujeito articulada a sua história de vida e às suas elaborações.

Apresentar um sintoma que coloca o corpo em destaque como em uma anoréxica-bulímica, por si só, não nos diz da estrutura do sujeito, nos indica sim uma precariedade simbólica, uma constituição subjetiva específica cuja particularidade deve ser cuidada. (RECALCATI, 2004, p.169)

A partir dos atendimentos de Vanda e das discussões do caso junto à equipe do NIAB, o interesse pelo diagnóstico diferencial entre neurose *versus* psicose foi se acentuando, o que motivou a elaboração desse trabalho. Qual o modo de satisfação pulsional que se encontra envolvido ali? Que tipo de impedimento estaria em causa? A partir de qual estrutura Vanda se orienta? Qual a função para a Vanda dos seus sintomas? Do que se trata? Quais as intervenções possíveis nesse caso?

Na tentativa de iluminar essas questões apresento fragmentos dos encontros com a Vanda, trazendo algumas das elaborações teóricas de Freud e de Lacan no que tange ao diagnóstico diferencial. Trago, ainda, a contribuição de Jacques-Alain Miller que nos instiga a investigar o que ele nomeou de psicose ordinária. Outro autor pelo qual me oriento neste trabalho é Massimo Recalcati em “La última cena: anorexia y bulimia” onde o mesmo articula o ensino de Lacan à sua prática clínica.

Apresento também o que pude apreender das discussões com a equipe do NIAB, das supervisões, e da participação de Vanda em uma apresentação de pacientes nos Núcleos de Investigação de Psicanálise e Medicina e de Psicanálise e Psicose. Finalmente, trago apontamentos finais e exponho a hipótese construída para a condução do caso.

2. DE ENCONTRO COM AS INCERTEZAS

Freud, diante da complexidade subjetiva de cada sujeito, distingue três estruturas pelas quais o sujeito se constitui diante da castração: a neurose, a psicose e a perversão. Em “Sobre o Início do Tratamento” nos recomenda que o primeiro objetivo do tratamento é ligar o paciente a quem o escuta: estabelecer a transferência, e para isto é necessário conceder-lhe tempo. Chama-nos atenção para sermos cuidadosos em relação à precipitação de um diagnóstico, visto que nem sempre é possível distinguir tão facilmente uma estrutura de outra. Considera que, ao se ver uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, há a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar da esquizofrenia que mais tarde pode aparecer. (FREUD, 1913/2016, p. 140)

A obra de Lacan, por sua vez, nos oferece outros recursos para distinguir a neurose da psicose. em um primeiro momento aqueles advindos da clínica estrutural – descontinuista e categorial, em que a presença ou forclusão do significante Nome-do-Pai distingue a neurose da psicose e, aqueles desenvolvidos em um segundo momento - borromeana. No tocante a essa segunda clinica mais elástica, gradual, evidenciam-se outras formas de enlaçamento dos três registros: o real, o imaginário e o simbólico, o que institui a possibilidade de formas diversas e singulares de enlaçamento.

Miller atento a clínica borromeana, nos coloca a investigar o que ele nomeou de psicose ordinária, casos de difícil diagnóstico onde a psicose ainda não é tão evidente, onde os índices do buraco da forclusão são discretos, mas onde há, como diz Lacan, “uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito.” (LACAN, 1998. p.565). Miller a partir de três tipos de externalidade: a social, a corporal e a externalidade subjetiva nos propõe encontrar os índices de psicose. (MILLER, 2012, p. 412) Trata-se de uma clínica da delicadeza, pois lida com uma questão de intensidade, de mais ou de menos. A desordem se apresenta na forma como o sujeito experimenta o mundo que o cerca, o seu corpo e o modo como se relaciona com suas ideias. (MILLER, 2012, p. 411)

2.1. A PRETERIDA - DO INICIO DO TRATAMENTO ATÉ A APRESENTAÇÃO DA PACIENTE

Vanda chegou ao NIAB aos 21 anos em outubro de 2015, acompanhada por seu pai. Se apresentou como doente: depressiva, anoréxica, bulímica, se cortava e às vezes pensava em se matar. Chamam atenção os sintomas em serie que a paciente produz a partir da adolescência.

A paciente relata que quando criança era alegre, determinada e livre. Naquele tempo, seu pai a levava e a buscava na escola. Todos os dias seu pai ia à escola no horário do recreio para levar o seu lanche. Ele a acompanha desde a sua infância até os dias de hoje. O excesso de “zelo” dos pais em relação à filha vai aparecer na

historia da paciente de diversas maneiras sem que ela se oponha. No início dos atendimentos, a paciente não se envergonhava do pai que vivia atrás dela. Vanda queixava-se do pai para em seguida dizer que ele sempre fazia tudo por ela, que ele era muito bom e que ela não podia decepcioná-lo. Quando ela tentava afastar o pai ele reagia perguntando-lhe se ela sentia vergonha dele. Intervi perguntando sobre sua falta de vergonha diante de um pai que aparecia para ela em todos os lugares. O efeito foi que, a partir daí, algumas críticas ao pai foram possíveis. Naquele momento julguei que Vanda havia de certa forma iniciado uma retificação do Outro, podendo a partir daí reposicionar-se diante do Outro e assim algo do seu desejo pudesse aparecer.

Sua mãe (60 anos), aos 21 anos, foi internada com depressão. Segundo Vanda a internação durou dois anos, já segundo seu pai, cinco meses. Foi o pai (73 anos) quem tirou sua mãe do hospital ao responsabilizar-se por ela. Casaram-se em seguida.

Para Vanda, ela veio ao mundo porque os pais atenderam ao pedido da filha primogênita que queria uma irmã para brincar. Para ela todos os desejos da irmã são atendidos. Embora se sinta preterida em relação a sua irmã, quatro anos mais velha, reconhece o carinho e o cuidado excessivo que os pais dedicam às duas.

Vanda parece iniciar seus primeiros sintomas de depressão assim que a irmã entra na adolescência, e parece intensificá-los quando a irmã muda de cidade e a deixa em casa com os pais velhos que necessitam de seus cuidados, segundo ela. Esses pais comandam a sua vida, o que ela deve estudar, que horas ela deve chegar em casa, com quem ela deve namorar. Se Vanda não responde às expectativas paternas, ela se culpa por decepcionar seus pais. Diz que em sua testa está escrito depressão, idiota. Depreciação melancólica?

Vanda, em sua primeira consulta relatou que, ao se distrair, seus pensamentos se voltam para as novelas, para os filmes de terror que adora, e para suas cenas preferidas: as de vingança. Disse que sua mãe a trata como a mocinha do filme de terror, como se tudo de mal fosse acontecer com ela. Em alguns momentos do tratamento retornei a esse ponto da “mocinha do filme de terror”, perguntando-lhe

quem aterroriza quem, que “tudo de mal” seria esse, porém minhas perguntas não lhe causavam surpresa, e não a colocavam a trabalho.

A paciente iniciou seu atendimento como estudante de biologia na Faculdade Federal do seu município. Iniciou o curso mesmo sem gostar, seguindo a orientação e a vontade do seu pai e da sua irmã. Após dois períodos transferiu-se para o curso de veterinária, mas o seu maior desejo é cursar odontologia. Vanda se pergunta se uma pessoa como ela conseguiria ser dentista. Neste momento, se mostra insegura e começa a se questionar: Caso fosse cursar odontologia longe da casa dos pais, quem cuidaria deles? Como seria ficar longe dos seus pais? Vanda tem receios de não ser capaz de conduzir sua vida longe dos pais, pois eles sempre resolveram tudo para ela. Ao mesmo tempo diz que eles não podem viver sem ela, “eles são duas crianças, precisam de mim”: A irmã não tem paciência com os pais.

Vanda, criança, acompanhou a adolescência de sua irmã, em quem ela diz ter se espelhado. Sua irmã criou problemas para seus pais, os fez chorar e deixava-os desesperados ao desafiá-los quando não atendia aos pedidos dos pais. Vanda, por volta de seus 10/11 anos resolveu que faria tudo diferente da irmã. Para a paciente, a partir desse momento, ela passou a camuflar o que sentia, para não fazer seus pais sofrerem. Ressalto a ela que, como ela mesmo me disse, seus sintomas iniciaram nessa mesma época. Pergunto-lhe como seus pais se sentiram ao vê-la doente, ao que ela me responde que primeiro eles não perceberam e que atualmente fazem tudo por ela.

Vanda passou a dizer da corda que a puxava para um lado e para o outro - um lado queria ser livre e o outro ser presa aos pais; por um lado queria virar a menina má, pois assim realizaria seus desejos, e do outro lado a boazinha, respondendo as expectativas dos pais. Chegou a dizer que seus pais são muito difíceis, são loucos. Perguntou se também era doida, diferente de todos, disse-lhe nesse momento: somos todos diferentes!

No decorrer dos atendimentos, Vanda queria saber sobre este vazio que sente, a falta que ela não sabe explicar. Queixava-se constantemente do tratamento diferenciado que seus pais dão às filhas. Vanda tem a sensação de ter parado de viver, disse que pulou a adolescência. Sem se implicar, não realiza o que diz querer

- cursar odontologia, ter amigos, ter namorados, ser independente. Angustia-se por estar perdendo tempo. Ela justifica sua inércia pela falta de dinheiro do pai disponível para ela, pela proteção excessiva dos pais em relação a ela e, por isso, apesar dela querer voar, não sabe como. Perturba o pai com várias solicitações como a compra de esmaltes importados e tinturas de cabelo que ela passa e tira compulsivamente. Vanda estaria aqui dando sinais do desejo de convocar a presença do pai ou seria uma tentativa sempre fracassada de constituir um corpo?

Quando Vanda tinha 21 anos, se envolveu com uma menina negra, colega do seu trabalho. Vanda disse não entender porque cedeu às vontades da menina já que ela não gostava de mulheres. Suspeita que seja pelo fato de não suportar ver ninguém sofrendo, de sempre querer agradar o outro e não saber dizer não. Sabia que iria enfrentar a resistência de seus pais, pois seriam duplamente preconceituosos. Vanda relata suas dificuldades para cortar de vez sua relação com a namorada. Mostro-me surpresa com a sua fala - “não suportar ver ninguém sofrendo!” - e a sua disposição de enfrentar seus pais quando quer namorar uma menina, quando consegue que seus pais comprem o que pede. Vanda parece querer me mostrar uma passividade diante do outro de que eu desconfio, mas isso não parece-lhe causar nada. Quem é esse Outro para a paciente: um Outro que ela teme? Um Outro que ela quer fazer existir? Um Outro no qual ela não se inscreve?

Ela relata uma lembrança que aconteceu por volta dos nove anos, quando recebeu uma carta de um garoto lhe pedindo um beijo, e seu pai lhe disse que ela era muito nova para aquilo, que teria que pensar somente nos seus estudos e, se caso ela viesse a beijar o menino, causaria a ele uma grande decepção. Segundo Vanda, nessa ocasião, o pai repetiu o que muitas vezes ela já escutara: meninos ficam com meninos e meninas com meninas. A paciente, mais uma vez, ao trazer essa lembrança parece justificar-se, através da fala do seu pai, o fato dela estar se relacionando com meninas.

Conta que por volta dos onze, doze anos, sua irmã a levou para beijar um menino e fotografou o momento do beijo. Para Vanda este foi um momento muito divertido, pois queria acompanhar a irmã que raramente a levava em seus programas. Temos aí um momento do olhar da irmã para Vanda, momento marcante para ela, sendo que, nessa mesma época iniciaram os seus primeiros sintomas.

Após um ano de atendimento, depois de Vanda dizer que nunca havia estado com nenhum menino, disse-me que não sabia porque havia mentido todo aquele tempo. Envergonhada, mudando a versão anterior, conta que aos 15 anos se envolveu com Fernando. Eles se relacionaram por um ano, mas não chegaram a namorar. Um dia ele a chamou para ir à sua casa em uma cidade vizinha e lá tudo aconteceu de uma forma que ela não queria, que ela não tinha imaginado. Desde então sente medo dos homens, e se pergunta: não gosto de mulheres, tenho medo dos homens, quem sou eu? Essa foi a sua primeira pergunta durante o tratamento.

2.1.1. ALGUMAS REFLEXÕES

Como mencionei anteriormente as discussões de caso fazem parte da rotina de trabalho da equipe do NIAB. Esse caso logo suscitou discussões sobre qual seria a estrutura dessa paciente: seria histeria ou uma psicose? Parecia importante caminhar no sentido de tentar responder a esta pergunta, tendo já a clareza de que sua condução exigiria muita delicadeza por parte de toda a equipe, pois Zilmara não demonstrava ter muitos recursos simbólicos para lidar com suas angústias.

Chamava atenção, naquele momento, a forma como Vanda iniciou seu tratamento. Ela se colocava como a preterida pelo outro denunciando seu pai como aquele que causava seu mal estar por não atender suas reivindicações.

Alguns impasses colocados por Vanda inicialmente pareciam apontar para uma estrutura histórica: onde o sujeito testa o desejo do Outro, o outro me quer? “Olhava sempre o diário da irmã para saber se ela gostava de mim” relatava a paciente; “parece que não sou filha do meu pai, ele só atende aos pedidos da minha irmã”. Vanda parecia estar atrás de uma verdade. Se perguntava “por que o pai atende a todos os pedidos de minha irmã e os meus, que sou boa filha, não são atendidos?”. Dizia: “parece que meu pai só tem uma filha!”. Às vezes, Vanda parecia dividida: “Eu não me sinto assim uma mulher, mulher. Me sinto uma menina perdida, insegura.”. “Querida ser uma menina má. Se passasse a ser má tudo poderia se resolver, talvez assim eles se importariam comigo”. “Eu vivo em um estado de espera. Aguardando o

melhor momento, o melhor dia. Fico aguardando que minha vida mude.” “Quero uma vida nova. Começar de novo, deixar para trás o passado. Eu não me autorizo a fazer nada.” “Não entendo porque sou tão bloqueada.” Seria sua irmã a outra mulher fundamental na fantasia da histérica? Ou a relação com a irmã é da ordem especular na qual a paciente busca uma certa sustentação do Eu, o que nos levaria a pensar em uma psicose? “Ela sempre foi mais forte.” “Ela é independente.” “Sigo ela no face, vejo como ela se veste, as festas que ela vai...” “Sempre quis ser como ela”. Falava da irmã com crítica e admiração: “Ela não se importou com meus pais, saiu de casa, os deixou comigo para que eu cuidasse deles.” Seria a demonstração da insatisfação histérica?

Estaria Vanda convocando com seus sintomas a angústia do Outro? Apesar de ter roupas novas em casa e dizer que adorava se arrumar vinha às sessões vestida de forma bem simples, sem maquiagem, cabelo preso, roupas velhas, chinelo. Parecia uma pobre coitada. Através da sua vestimenta e do seu semblante “desenergizado” mostrava como a sua vida era dura e sem saída. Dizia que seu pai estava sem dinheiro, que se não fosse a sua mãe catar latinhas na rua eles não teriam o que comer. Temos aqui um sentimento de ruína como uma marca da melancolia ou o desejo de mostrar a incapacidade do seu pai de dar a ela o que ela deseja, ao mesmo tempo que o enaltece dizendo o quanto o pai é bom, tal como faz a histérica.

Quando Vanda dizia padecer da desordem causada principalmente por seu pai, ela falava de uma separação quase impossível entre ela e seus pais. A posição de boa filha que devia cuidar deles, pois estavam velhos, serve como justificativa para o sujeito diante da impossibilidade da separação? Para Vanda ela não devia decepcioná-los, e o melhor a fazer era atender as expectativas dos pais para evitar conflitos. Estaria ela assim fixada em uma posição de objeto? Por várias vezes ela repetia: “Não devo decepcioná-los”. Ao que eu intervinha: não decepcioná-los só vale para isso? Minha fala não produzia nenhum efeito aparente.

Apesar de toda falta de vitalidade Vanda soltava sorrisos sarcásticos ao falar de algo que havia feito sem a aprovação da família, ou que deixasse a família preocupada, principalmente a irmã. Ela nada acrescentava a esses episódios quando eu apontava a sua satisfação, apenas voltava ao estado apático.

Será que Vanda convocava o olhar do Outro pela via dos seus sintomas? No dia seguinte a formatura da sua irmã, Vanda a pediu um último abraço quando saia para ir a sua consulta ao NIAB. Em seu atendimento, disse sarcasticamente que não estava pensando em se matar como já tentara em outra ocasião. Não soube dizer muito bem porque havia pedido um abraço à sua irmã, mas sorriu quando a contei que sua irmã havia me ligado, pois estava preocupada com ela.

Só depois de muitos encontros passou a dizer de alguns envolvimento com parcerias amorosas antes negadas; começou a falar de amizades antes inexistentes. Da mesma forma contou das suas atividades físicas (yoga, taekwondo); das escapolidas do controle de seus pais. Em várias sessões, falava da angustia que sentia com o tempo que estava perdendo por não viver como as outras meninas da sua idade. Não entendia porque não podia ter a mesma vida leve dos seus colegas. Vanda dizia estar sempre entre corresponder às expectativas dos pais e a vontade de viver sua vida como as outras amigas. Entre ser a menina boa ou a menina má. Divisão própria da histeria? Dicotomia estanque entre uma coisa ou outra como na psicose?

2.2. A ENTREVISTA COM A PACIENTE

Em agosto de 2016, Vanda se apresentou na atividade Clínica que reuniu os Núcleos de Investigação de Medicina e o de Psicose do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. A apresentação de paciente é um dispositivo de formação dos psicanalistas, é uma atividade de ensino clínico onde se privilegia o sujeito e o que ele tem a dizer sobre o seu sintoma. Evidencia-se, através desse dispositivo, uma clínica que valoriza a palavra e a subjetividade do paciente. O psicanalista e a plateia (médicos, psicanalistas, psicólogos, estudantes de áreas afins) escutam o saber do paciente para compreender e contribuir na construção do caso colaborando para a direção do tratamento do paciente. O objetivo maior da apresentação é o de dar um novo lugar de escuta ao paciente na presença de um terceiro, a plateia.

Na apresentação da paciente ela não trouxe nenhum fato que não fora relatado para mim. Se apresentou como sempre fazia no ambulatório, apática, sem afeto. Ela em nenhum momento da apresentação dirigiu o seu olhar ou a sua voz para a plateia, como se naquele auditório não houvesse ninguém, somente ela e o entrevistador. O terceiro, a plateia foi ignorado por ela.

Após a apresentação da Vanda, durante a conversa dos participantes, ficou evidente o desafio que esse caso apresentava quanto ao seu diagnóstico estrutural. Foram levantadas três hipóteses:

- Uma das hipóteses colocadas pela plateia era de ser um caso de histeria considerando que a paciente se queixou de sentir um vazio. Esse vazio apontava para uma falta, efeito da cisão do eu. Vanda mostrava uma divisão subjetiva ao se perguntar, quem sou eu? A paciente na sua relação com a irmã parecia tomá-la no lugar da outra mulher, fundamental na fantasia da histérica. Ela observava a irmã, admirava, queria ser como ela. Seus vários sintomas corporais poderiam ser considerados como uma conversão.

- Outra hipótese era de ser um caso de melancolia onde o sujeito não consegue, diante de uma perda, realizar seu luto. A paciente em sua apresentação diz: "Não me sinto mulher, sinto-me uma menina perdida". A hipótese levantada foi a de que Vanda perdeu aquilo que a sustentava quando criança: sua irmã. Ela se diz "perdida" e a partir daí encarna isso.

- E a última hipótese aventava a possibilidade de ser um caso de psicose ordinária, termo cunhado por Miller em seu trabalho "Efeitos de Retorno à Psicose Ordinária" (MILLER, 2012, p.399-427) Orientando-nos pelo texto já citado, fomos identificando índices propostos por Miller:

Uma externalidade social: sem o amparo da função fálica, Vanda foi se desligando das suas funções sociais: abandonou a faculdade, não trabalha, prefere se isolar dentro do seu quarto.

Uma externalidade corporal: para MILLER, "na psicose ordinária há uma brecha na qual o corpo se desfaz e onde o sujeito é levado a inventar para si laços artificiais para apropriar-se de seu corpo, para prender o seu corpo a ele mesmo". (MILLER,

2012, p. 414) A anorexia, os cortes em seu corpo pode ser uma invenção da paciente para justamente grampear seu corpo desmantelado quando o mesmo perdeu a ancoragem do corpo de sua irmã. O passar e tirar esmalte, pintar constantemente seus cabelos pode ser uma tentativa de fazer um corpo.

Uma externalidade subjetiva: Vanda veio ao mundo para atender ao pedido feito aos pais pela filha primogênita que queria uma irmã para brincar. Diante do enigma do desejo do Outro, a paciente responde enquanto objeto do capricho materno, é uma boneca.

2.3 DEPOIS DA APRESENTAÇÃO DA PACIENTE

Na sessão seguinte após a apresentação, Vanda relatou que optou por não olhar para as pessoas da plateia, pois sentiu medo do julgamento deles. “Eles poderiam pensar que eu sou uma pessoa ruim, uma pessoa que quer passar por cima dos meus pais para lutar pelo que eu quero.” “Poderiam achar que sou uma pessoa descontrolada, doida.” Vanda disse que faz as coisas para agradar o outro, muitas vezes para aliviar as coisas para seu pai diante da sua mãe enlouquecida. Relata que espera a aprovação do Outro para se sentir bem. Digo: você faz o que não quer na tentativa de agradar o outro, porque alguém pensaria que você é uma pessoa ruim, que quer passar por cima do outro?

Após três meses, pela primeira vez, Vanda vem à consulta com o cabelo solto, arrumada. Relata que viu o namorado beijando outra menina e descobriu que ele tinha uma namorada na cidade vizinha. Afirma: “vou deixar de ser trouxa”. Parece que “tem escrito na minha testa idiota.” Conta que o rapaz disse a ela que irá se matar caso ela não fique com ele. Como ela não pretende ficar com ele se culpa e diz que seu lado racional está brigando com o emocional. Nesta mesma sessão anuncia que tem outra bomba para contar. Com um sorriso sarcástico, de forma irônica, até mesmo com certa satisfação diz que sua tia havia denunciado seu pai. O pai se masturbava, desde muito tempo, ao observar suas tias, através da janela, quando essas tomavam banho. Vanda fala que saber disso foi bom, “é que o Deus-

pai também erra.” E, como disse sua irmã: todo mundo erra. Vanda passou a se sentir mais aliviada, toda a culpa que sentia por ter se relacionado com uma menina negra foi amenizada ao saber da atitude errada do pai.

Em dezembro, Vanda decide que chega de ficar doente, “acordei, não serei mais um zumbi”. Quinze dias depois, Vanda a não se sente nada bem. “É muita pressão.”. Pensa em parar de estudar, quer continuar apenas com a yoga e com o Taekwondo. No decorrer desse atendimento conta que não tem tomado seus medicamentos há meses, e que pretende reiniciar o tratamento medicamentoso.

Transcorridas algumas sessões, Vanda relata ter trancado sua matrícula na faculdade com o apoio dos seus pais e da irmã. Não se sente capaz de estudar no momento, só de pensar em ir para a Faculdade tem sudorese, tremores. Vanda se saiu muito mal nas provas do ENEM, o que segundo ela, a distanciou do sonho de cursar veterinária.

Ela fala do seu relacionamento com uma menina iniciado há meses, sua colega de Taekwondo. Mais do que gostar de homens ou de mulheres, acha que gosta é da companhia das pessoas. Estranha o fato de ser feminina, de gostar de sair arrumada, maquiar, gostar de salto alto e mesmo assim se relacionar com uma mulher que também é feminina. Com um sorriso no rosto diz que está mais próxima da sua irmã. Sua irmã, após saber da sua relação com a nova namorada, diz que a ama. Vanda fala que sua irmã é seu espelho, que a põe para cima, que sente orgulho dela por ela ter ultrapassado sua doença – crises de pânico. Diz que a irmã tem personalidade forte, que fala para ela viver o presente, que o futuro não existe. Outra vez sorrindo, meio que sarcástica, se pergunta: “Quero ver a reação dos meus pais quando eles souberem do meu namoro com esta garota”.

Em março de 2017, Vanda sente que é várias pessoas, é como um camaleão, em cada situação se comporta de uma maneira. Com os pais quer atender as expectativas deles, sente medo do que os pais são capazes de fazer contra ela caso não corresponda. Diz que é muito ligada a eles, e eles a ela, mas é muito difícil viver com eles. Fala de um ciclo: não corresponde as expectativas dos pais, se culpa, se sente mal, se encolhe, deprime. Quando vem ao ambulatório é a doente, e isto a

deixa mal. Quando está com a namorada é ela mesma, alegre. Quando lhe digo “Ah, então você é alegre”, Vanda sorri e tenta negar.

Na próxima sessão, Vanda diz se sentir melhor. Se cansou de sentir medo, de tentar ser a camaleoa e se adaptar às situações, tentar fazer tudo o que o outro quer. Quando age assim, fica bem diante do outro, mas depois fica mal, por que vê o vazio. “Sou eu em torno de um vazio”, “me sinto bem quando defendo as minhas idéias e faço aquilo que acredito ser o certo.”. Vanda fala da mãe como uma pessoa muito crítica, que quer o impossível, por que sempre quer mais e mais, nunca está satisfeita. Fala de si também como muito crítica, pelo lado pior, pois é perfeccionista. Diz que planeja tudo nos mínimos detalhes, e afirma: “claro, nada sai como planejei”. Sabe que quando passa o esmalte e está perfeito, tira. Do mesmo modo com os cabelos quando consegue a cor perfeita, passa chapinha e estraga tudo. “Vou tentando e quando está perfeito estrago tudo”. “Todos pensavam que eu sairia do ensino médio direto para a faculdade e concluiria meu curso, porque eu era ótima aluna, mas não é isto que está acontecendo. É assim que eu faço.” Ao dizer-lhe que achei muito pertinente tudo o que ela disse, Vanda sorri, e diz que a namorada lhe está fazendo bem.

Vanda vem às consultas regularmente. Sua família se tranquiliza por saber que ela está se tratando no NIAB. A paciente não se corta mais, se alimenta de forma estável, não fala de autoextermínio. Ainda se apresenta bem desvitalizada nos nossos encontros, com raros momentos demonstrando estar bem, parou de estudar e não trabalha. Tem amigos que os pais e a irmã desaprovam.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS - A ARTE DO DIAGNÓSTICO

A clínica dos chamados novos sintomas (anorexia, bulimia, depressão, assim como toxicomania, pânico) se apresenta como um desafio a mais para a psicanálise. Para Massimo Recalcati, esses novos sintomas demandam uma clínica da passagem ao

ato, que se aproxima da clínica da psicose, onde o agir predomina em relação à simbolização. Isso não quer dizer que todos os pacientes que apresentam esses sintomas contemporâneos terão estruturas psicóticas. (RECALCATI, 2004)

Como Freud nos ensinou, podemos fazer o diagnóstico diferencial das estruturas clínicas da psicanálise (neurose, psicose e perversão) a partir dos meios que o sujeito emprega em suas soluções ou para manter distantes as exigências pulsionais incompatíveis com os modelos identificatórios que constituem a representação de si mesmo, ou, para delas se defender. (TEIXEIRA, 2016) De toda maneira, há uma pergunta que todo sujeito se faz: o que o Outro espera de mim? A relação do sujeito com o Outro é um indicador para o diagnóstico diferencial.

Recalcati propõe que nos casos onde o paciente apresenta sintoma anoréxico haja uma operação preliminar para preparar as condições de um tratamento analítico. Diz: “é necessário operar preliminarmente uma retificação do Outro em vez do sujeito”. Em tempos em que o Outro inexistente deve-se tentar reintroduzir o sujeito numa dialética possível de viver com o Outro. Continua, “na nova clínica, um “sim” preliminar ao sujeito, que possa introduzir um Outro diverso do Outro (traumático por excessiva presença ou excessiva ausência) que o sujeito encontrou em sua própria história.”. (RECALCATI, 2004, p. 12)

Recalcati afirma que a prática bulímica, assim como a anorexia e a toxicomania

“não são realmente formações do inconsciente no sentido clássico do termo, ou não se organizam num regime significativo, mas apresentam-se como uma prática pulsional, como pura prática de gozo que contrasta com o sujeito do inconsciente.” [...] “palavra e gozo viajando por linhas paralelas. Vindo a faltar o ponto de verticalização da palavra sobre o gozo”. (RECALCATI, 2004, p. 11)

Desde o início dos atendimentos havia alguma coisa em relação ao diagnóstico deste caso que era preciso apurar. Seria Vanda uma paciente histérica que visa excitar o desejo do Outro ao fazer enigma do próprio sintoma, ou uma paciente psicótica perplexa diante das exigências obscenas do Outro? (TEIXEIRA, 2016)

A solução histérica consiste em transpor, na forma de conversão, a exigência pulsional que expressa algo da realidade sexual, algo da satisfação que é dirigida para o corpo, na tentativa de ser assimilado pela unidade representativa do eu. Já na psicose o fator pulsional tem outro destino, em vez de convergir para o corpo o

elemento pulsional recusado se enreda de tal maneira na realidade externa que o Eu se desliga total ou parcialmente da realidade para não ser invadido pelo Outro. (TEIXEIRA, 2016)

Miller, a partir do “último ensino de Lacan” cria a categoria clínica: psicose ordinária, e nos adverte:

“O que se tenta apreender em se tratando da psicose ordinária? Quer dizer, quando a psicose não é evidente, quando ela não aparenta ser uma neurose, quando não há nem a assinatura da neurose, nem a estabilidade, nem a constância, nem a repetição da neurose? Uma neurose é alguma coisa estável, uma formação estável. Quando vocês não experimentam — é também uma questão de experiência para o clínico — os elementos bem definidos, bem recortados da neurose, a repetição constante e regular do mesmo, e quando vocês não têm nítidos fenômenos de psicose extraordinária, então vocês se esforçam para dizer que é uma psicose, mesmo que ela não seja manifesta, mas, ao contrário, dissimulada.” (MILLER, 2012)

Para se ter um diagnóstico devemos estar atentos mais a intensidade dos sinais do que às diferenças radicais; devemos pesquisar os pequenos indícios. Francis Ansermet nos diz que se estes signos são discretos suas consequências não o são; e, assim que percebemos estes signos eles deixam de ser discretos.

Diante de um Pai enfraquecido, que não teve força para intervir junto à mãe, castrando-a, e dando à paciente a possibilidade de ceder algo do seu gozo e portanto entrar no circuito do desejo, Vanda tenta enlaçar-se à vida tomando a sua irmã como um duplo.

O ser doente (anorexia, depressão, apatia) é um sintoma familiar, parece ter a função de organizar Vanda diante dessa desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida do sujeito. É com esse sintoma que ela tenta fazer um corpo e inscrever-se no mundo. Trata-se de um significante que a faz pertencer a sua família e também se distanciar dela. Estar em tratamento lhe permite minimizar a gravidade dos sintomas, e afastar as reivindicações do Outro, passando ela mesma a reivindicar.

A transferência nesse caso não se deu de forma consistente como na modalidade erotômana ou persecutória encontrada nas psicoses, e nem como na neurose, com a suposição de saber na figura do analista. A transferência na psicose ordinária se manifesta frouxa, manca. (CAMPOS,2008)

“Na psicose ordinária pode-se observar uma colagem, até mesmo um mimetismo, ao Outro sem distúrbio da linguagem, porém algo está mal engatado na linguagem, e até

mesmo manco na transferência. Trata-se de uma estrutura psíquica com uma discreta ancoragem no registro simbólico, mas com uma infiltração imaginária significativa no inconsciente..” (CAMPOS,2008)

Nesse caso, a paciente parece lidar de uma forma ingênua em seus encontros amorosos. Parece não ter a malícia que o sujeito tem quando a significação fálica está posta, ela parece ficar no nível do enunciado. Ele falou, ela falou, eu falei, mas outra coisa aconteceu, não foi como eu imaginei. Ela se espanta com as atitudes do outro, paralisa diante do outro, não compreende o outro, e assim, localiza a malícia no Outro. Suas relações amorosas sempre fracassam e o que fica é a angustia de ser a idiota.

A paciente parece eternizar-se nessa posição de objeto, posicionando como aquela que veio ao mundo para a irmã brincar – uma boneca. Aí podemos pensar no uso que ela faz dos esmaltes, da coloração do cabelo, o colocar e tirar roupas diante do espelho, esperando que o outro vá trocar sua roupa no melhor momento. Outra hipótese é a de que ela ocupe um lugar também mortificado, identificando-se com a mãe deprimida. Essa é uma posição de dejetivo ao esperar que o pai venha salvá-la, assim como fez com a mãe ao retirá-la do hospital.

Para esse sujeito, o Outro tem uma dívida impagável, uma dívida que lhe é impossível de simbolizar. A paciente busca soluções que nunca são efetivadas, faz uma série de reivindicações, põe o Outro a seu serviço, mantendo-o sob o seu controle. O que de fato ela parece exigir é que o Outro faça tudo por ela. Caprichosamente a paciente reivindica a vida, o amor do Outro, parece ser esse o traço da forclusão.

Como vimos anteriormente, os índices que apontam para uma psicose ordinária começaram a ter uma coloração mais intensa, sobretudo quando orientados pelos indícios situados nas três externalidades. Social: Vanda vinha se desligando de suas atividades, parou de trabalhar e trancou a matrícula na Faculdade. Corporal: Vanda tinha uma experiência de estranheza com seu corpo – os cortes, o corpo perfeito que ela busca, cabelos e unhas perfeitas, seus desencontros amorosos, quer uma outra casca. Subjetiva – a experiência de vazio, de vacuidade, a precariedade, muitas vezes parecia uma impossibilidade de interpretação.

Em tempos da forclusão generalizada, da incidência dos novos sintomas, das dificuldades enfrentadas na clínica quanto ao diagnóstico estrutural do paciente, a

construção do caso clínico em equipe, conforme acontece no NIAB, visa à aproximação da lógica singular de cada paciente. Assim, estabelece-se a condução do tratamento sendo suscetível de novas construções conforme o desenrolar do tratamento.

4 – AGRADECIMENTOS

“Cinzenta, caro amigo, é toda a teoria, e verde é a árvore dourada da vida” (Goethe, 2000)

Hoje dou mais um passo em uma jornada que comecei quando retomei o meu desejo de estudar psicologia/ psicanálise. Tive a oportunidade de estar cercada de pessoas que, além de admirar como profissionais sinto um grande carinho.

Agradeço:

À Cristiane Cunha, sempre acolhedora, disposta a fazer a diferença em todos os projetos no qual se insere;

À Ana Maria Lopes, firme em suas posições sem perder sua ternura, disposta a debater o que muitos já se cansaram;

Ao Roberto Assis meu orientador, supervisor, por suas interlocuções generosas despertando em mim confiança nas minhas possibilidades de descoberta e de crescimento;

À Bernadete Carvalho, decidida, sensível, disponível para me ajudar nessa tarefa que foi a escrita desse trabalho;

Aos integrantes do Núcleo de Investigação e Pesquisa em Psicanálise e Medicina pelas contribuições que me permitiram avançar na minha formação psicanalítica;

À Lucia Grossi e Cristiana Ferreira pela interlocução e contribuições que me permitiu avançar nesse trabalho;

A todos os que passaram pela Especialização da Saúde do Adolescente;

Ao Professor Sérgio Laia, que marca meu percurso desde a faculdade, pelas supervisões;

À Andrea Torga, amiga e companheira de percurso com quem divido as minhas inquietações;

À Carolina Spyer, filha carinhosa, de escuta delicada, sempre pronta a me estimular.

Incentivos para crescer e enfrentar as minhas limitações não me faltaram: obrigada a todos!

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANSERMET, François. Paradoxo dos sinais discretos na psicose ordinária. Opção Lacaniana Online, Ano 7, Número 21. 2016.
2. CAMPOS, Sérgio de; GONCALVES, Sara e AMARAL, Tammy. Psicoses ordinárias. *Menta*[online]. 2008, vol.6, n.11, pp. x-x. ISSN 1679-4427.
3. FREUD, S. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, pp. 15-116. (Edição Standard Brasileira, Vol. VII.)
4. FREUD, S. (1913) Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 2006, pp. 136-158. (Edição Standard Brasileira, Vol. XII.)
5. FERREIRA, Cristiana Miranda Ramos. Texto apresentado no Núcleo de Pesquisa em Psicose. Setembro de 2016.
6. FERREIRA, Roberto Assis. Anorexia e bulimia: do que se trata? Texto apresentado na Abertura da primeira jornada do NIAB. 2008. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
7. GROSSI, Lucia. Texto apresentado no Núcleo de Investigação e Pesquisa em Psicanálise e Medicina. Agosto de 2016.
8. LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1998, pp. 531-590 (Trabalho original publicado em 1957-1958)

9. LACAN, J. (1955-56). O Seminário. Livro 3: As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
10. MILLER, J. Efeito do retorno à psicose ordinária. In: A psicose ordinária - A Convenção de Antibes. Belo Horizonte: Scriptum, 2012, pp.399-427.
11. RECALCATI, M. La ultima cena: anorexia y bulimia. Buenos Aires: Ed. Del Cifrado, 2004.
12. RECALCATI, M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. Latusa digital. Ano 1, número 7. 2004
13. TEIXEIRA, Antonio. Posfácio. In: FREUD, S. (1856-1939). Neurose, psicose, perversão. Obras Incompletas de Freud. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.