

Um caso clínico em questão: neurose ou psicose?

A clinic case and a theoretical dilemma: neurosis or psychosis?

Nadja Ribeiro Laender¹

Palavras-chave

Neurose, psicose, psicose ordinária, estrutura, sintoma.

Resumo

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

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

Embora haja diferença na apreensão do sintoma, entre a psicanálise e a medicina, em seus primórdios, era o olhar da medicina que o nomeava, e as histéricas respondiam com suas conversões a esse Outro do saber médico. A medicina e a psiquiatria entendiam e entendem o sintoma como um distúrbio indicativo de um estado mórbido que

tem uma função de signo. O cliente se queixa, o médico faz um levantamento do sintoma através das evidências clínicas, enquadra num diagnóstico a doença e utiliza a prope-dêutica adequada. O grande achado freudiano foi justamente o de subverter a noção de sintoma como signo, que leva à sua leitura causal, portanto exclui toda a sua significação subjetiva e o separa da noção de corpo como organismo, demonstrado de forma exemplar pelas histéricas. No entanto, a via trilhada por Freud na apreensão do sintoma parece estar em desacordo com o que estamos vivenciando em nossos consultórios. O sintoma elevado à categoria de enigma, portador de uma mensagem cifrada do inconsciente, está cada vez menos frequente de ser encontrado.

O caso clínico Maria das Dores, que norteou esse artigo, chega ao consultório da analista com relatos de somatizações constantes, que tem seu clímax em um “aperto” no peito da cliente que a leva a ter a sensação de sufocamento. Maria encarna a figura da poliqueixosa médica. Ela frequenta os seus

¹ Psicóloga. Psicanalista. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Membro do Círculo Brasileiro de Psicanálise. Membro da International Federation of Psychoanalytic Societies.

consultórios sempre que um novo achaque a acomete, pois o seu corpo produz dores diversificadas. Seu quadro clínico se caracteriza pelos seguintes aspectos: enorme dificuldade em falar, convívio social restrito, fala colada no significante, simbólico muito pobre atestado por não sonhar, não cometer atos falhos, recordações sempre ligadas aos fatos do presente e uma reclusão ao leito, que ela mesma se impôs, diagnosticada pelos médicos como depressão. As lembranças do passado aparecem em alguns momentos pontuais e encontram-se ligadas a fatos traumáticos. Sua fala refere-se quase sempre aos acontecimentos do seu cotidiano, mas isenta de qualquer crítica que a fizesse implicar-se em algo. Falar para ela é um problema, pois “falar dói” e a faz ter sintomas que variam de dor na garganta, a rouquidão, dor de cabeça, potencializada por uma dor no peito que a leva a pensar, algumas vezes, em se esfaquear para ver se melhora.

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

Maria fala muito pouco, e conseguir dados mínimos para começar a fazer um diagnóstico ou mesmo a montagem de um pensamento clínico demandou um esforço extra por parte de sua analista, que ficou desde o primeiro

momento intrigada com os dados esparsos, pobres e desconexos e, sobretudo, a ausência de sexualidade e alheamento social de sua cliente.

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

Das Dores foi criada pela tia paterna, que se muda para sua casa após a morte de sua mãe enquanto ela era ainda bem pequena. Sua tia assume o lugar da mãe, mas é descrita como uma pessoa cruel, que lhe batia com varinha de cipó por qualquer motivo, deixando marcas para que ela se lembrasse. Enquanto apanhava, Maria não podia chorar nem fazer escândalo, tinha que apanhar calada. O pai de Maria é um pai temível, que batia por qualquer motivo nos filhos, mas, inexplicavelmente, nunca encostou um dedo em Maria. Seu universo familiar lhe parece hostil e propiciador de conflitos. Sua história de vida consiste em uma sucessão de abandonos e perdas ocorridos, em sua maioria, durante a sua infância. Ela não conversa com a tia, nem com o pai, nem com os irmãos. Das Dores é a caçula de uma prole de sete filhos, sendo dois irmãos e cinco irmãs. Todos são casados, exceto Maria e um irmão que é toxicômano. Constan-

temente, ela briga com a tia e com o pai por motivos banais. Diz não gostar deles, nem eles dela.

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

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

Os casos de Freud em *Estudos sobre a histeria* (FREUD [1893-1895], 1989), Miss Lucy e Frau Cäcilie, possuem duas explicações diferentes para as crises conversivas de suas clientes. No caso Lucy, a questão da simbolização é predominante. Ao tornar consciente através da fala o que ela não queria saber, o recalçado se

reintegra na consciência e deixa de ser motivo de conflito. A conversão se deve ao recalque da ideia incompatível com o inconsciente e um órgão do corpo, no caso, o nariz é superinvestido no momento da ocorrência da cena traumática. A dor psíquica é convertida em dor somática, ou seja, ela faz uma conversão. A questão simbólica fica bem evidenciada, assim como o sintoma como uma formação de compromisso. Exemplo típico de uma formação substitutiva cheia de indícios do inconsciente, esperando por uma escuta atenta que possibilitaria seu deciframento. No entanto, Frau Cäcilie é muito mais um exemplo de fenômenos histéricos que não passavam pela via da simbolização e que apareciam como uma dor corporal, devido a que a descarga da angústia acontece de forma direta no corpo da paciente, sem ter se ligado previamente ao simbólico.

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

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

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

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

Na psicose, o ego se afasta de um fragmento da realidade e tenta reconstruir uma nova realidade via delírio ou alucinação. O mecanismo de defesa utiliza a regressão narcísica, que desinveste o mundo externo e introjeta no ego uma parte da realidade que foi abandonada, e

cujos retornos acontecem no real. A nova realidade se adapta aos desejos do Id, mas o preço pago pelo ego é a perda da realidade atestada de maneira exemplar nos fenômenos delirantes e alucinatórios.

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

Diante de tal impasse, recorreremos à literatura psicanalítica e encontramos Joyce McDougall e a figura de seu analisando robô ou antianalisando. Em seu livro, *Em defesa de uma certa anormalidade* (MCDUGALL, 1983), ela nos pareceu muito investida na busca de entendimento e melhoria de seu fazer psicanalítico, além de se mostrar profundamente impressionada com as questões contratransferenciais suscitadas por tais clientes. A descrição que ela faz do antianalisando revela-se animadoramente parecida com o que tínhamos encon-

trado em Maria das Dores. São clientes que não entram em análise, provocam sono, fazem o analista sofrer devido às suas intermináveis repetições e explicações, que os levam a parar de escutá-los, pois toda intervenção é sentida como fora de sentido e, obviamente, eles são refratários a qualquer mudança possibilitadora do novo. Possuem um sistema de crenças imutável, a organização de seu mundo é fixada pela inalterabilidade das regras, criam conceitos e explicações para si, como uma maneira de forjar sua identidade própria, e nunca faltam às sessões. Apesar da similaridade da sintomatologia e dos percalços relatados por ela, e sentidos também por nós, não há uma definição quanto ao seu diagnóstico. Eles parecem não ter tido um recalçamento, mas também não apresentam nenhum fenômeno psicótico. O antianalisando continua no limbo fronteiro entre a neurose grave e a psicose.

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

O grande debate ocorrido durante as Conversações de Arcachon e de Antibes se configurou como um momento fecundo de troca de experiências, que culminou no desenvolvimento de uma teorização clínica, que ainda está sendo estudada e demonstra todo frescor e força de uma teoria, atenta às mudanças do seu tempo. Não se acovardou frente ao desafio e produziu, estando em plena efervescência, uma reorientação teórica essencial para que possamos esclarecer os casos tidos antes como inclassificáveis e hoje, sob nova ótica, como uma psicose ordinária.

O diagnóstico estrutural na primeira clínica baseia-se na presença ou na ausência do Nome-do-Pai. Nome-

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

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

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

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

Frequentando o núcleo de psicose da Escola Brasileira de Psicanálise, seção Minas Gerais, de Raul Soares, tivemos

contato com o conceito de psicose ordinária ou psicose não desencadeada. Alguns dos internos que eram entrevistados nas apresentações de paciente também não apresentavam fenômenos delirantes ou alucinatórios e, no entanto, o seu diagnóstico clínico era o de psicose. Revelou-se importante perceber que, quando o sujeito não apresenta sintomas de uma psicose clínica e chega até nós com uma inconstância nas identificações, uma desorientação quanto a sua existência, estes são indícios que podem nos ajudar a diagnosticar uma psicose ordinária. Com o conceito de psicose não desencadeada ou psicose ordinária, pretende-se definir um funcionamento psicótico do sujeito, sem que se possa localizar um momento efetivo do desencadeamento da psicose. De fato, o desencadeamento revela, sem nenhuma dúvida diagnóstica, a existência de uma estrutura psicótica do sujeito. Quando ocorre o desencadeamento, esse produz efeitos clínicos (delírios e alucinações) inerentes ao que Freud nomeou como um “inconsciente a céu aberto”, e Lacan explicou como sendo o retorno no real daquilo que não foi simbolizado devido à ausência de significação fálica.

Massimo Recalcati, em seu texto *Psicose não desencadeada* (RECALCATI, 2003), teoriza sobre desencadeamento afirmando que a ausência de transtornos de linguagem não deve ser considerada como um fator conclusivo para que se descarte o diagnóstico de psicose. Se o desencadeamento com seus fenômenos elementares não se acha presente na história de vida do sujeito, uma maneira segura de se chegar até o diagnóstico de psicose é procurar o modo particular com que o sujeito estrutura sua relação com o Outro e com o gozo, ou, ainda, se o sujeito apresenta fenômenos que afetam o corpo. Ele lista cinco índices que

podem referendar uma posição psicótica do sujeito:

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

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

No caso clínico Maria das Dores, a questão da mortificação real do corpo aparece como um exemplo digno de nota. O seu corpo parece ser muito mais um corpo deserdado pelo significante, devido à ausência de erotização pelo Outro materno, do que um corpo

pulsional que demandaria a nomeação do Outro. As dores no corpo, os vômitos constantes e o emagrecimento acentuado de Maria das Dores são exemplos indicativos de uma desvitalização do corpo, assim como também demonstrativo de uma deserotização. A sua depressão com traços melancólicos, o seu desinvestimento libidinal nos laços sociais vêm confirmar essa hipótese.

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

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

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

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

Tal fato também é observado por McDougall em sujeitos normopatas. O par imaginário é formado a partir de

uma identificação do sujeito com figuras de autoridade: com o pai, com um significativo que venha nomear a lei, com o outro especular ou mesmo com algum ideal imposto pela cultura.

Esta aderência imaginária remete ainda ao conceito de compensação imaginária, descrito por Lacan em seu Seminário 3, *As psicoses* (LACAN [1955-1956], 1988). Igualmente, a pessoa se utiliza de próteses imaginárias para compensar a ausência de simbolização. A relação especular é que possibilita o não-desencadeamento do sujeito.

A seção clínica de Aix-Marseille-Nice, na *Convenção de Antibes* (DEFIEUX; SAGNA, 1999), também teoriza essa questão nomeando-a como sobreidentificação. Ela pode ser observada em sujeitos pré-melancólicos que apresentam toda uma série de traços muito mais normativos do que vinculados a questões do ideal do eu. Uma contradição entre dois traços frequentemente leva ao desencadeamento.

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

A suplência ocorre na articulação do imaginário e do real, possibilita a sua montagem e desmontagem e explica a estabilidade desse tipo de suplência. Apesar disso, o desencadeamento (sempre latente) pode ocorrer por um motivo corriqueiro, situado, às vezes, mais no imaginário do que no simbólico, sua

ocorrência se deve à perda da cobertura imaginária que desestabiliza o sujeito e provoca a eclosão do desencadeamento. A cura se dá pela nova aderência imaginária que irá reconstruir suas identificações.

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

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

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

As mutilações, as inscrições sobre o corpo e as práticas anoréxicas ou bulímicas são tentativas de inscrever no real do corpo a castração que não ocorreu no simbólico. Se por um lado ocorre, na neurose, uma falha na inscrição da significação fálica ao se formar a imagem do corpo próprio, de tal sorte que uma espécie de S_1 vem preencher essa falha da imagem fazendo as vezes do falo; por outro, na psicose, as marcas no corpo têm a função de borda como contenção

de um gozo sem limites. As marcas no corpo produzem um efeito de armadura que detém o gozo, impedindo-o de ir ao encontro de sua infinitização. Mas, se o gozo infinito na psicose rompe os diques que o contêm, ele pode acarretar toda sorte de mutilações no corpo. Pode-se aventar que a condição do não-todo na psicose não garante as bordas necessárias para conter o gozo infinito, de sorte que ela lança mão da mutilação e de outras formas de inscrição no corpo para delimitá-lo, assim como também pode ser um recurso de extrair o gozo não regrado da psicose.

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

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

5. Dificuldade de se inscrever em um vínculo social estável

Há um desligamento gradual do sujeito com o Outro até chegar ao isolamento ou à errância. Na *Conversação de Arcachon* (SAGNA; DEFFIEUX, 1998), Hervé Castanet apresenta um quadro clínico em que o sujeito vai se desligando aos poucos das coisas do cotidiano,

até chegar à errância e sumir no anonimato da multidão. Ele faz pequenas rupturas, configurando um processo lento e gradativo em que ele vai se desconectando do trabalho, da família, até chegar ao abandono de seu analista. Sua queixa recorrente é “Vivo no nevoeiro”. Finalmente, ele desaparece engolido pelo nevoeiro.

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

A possibilidade de haver um quadro de psicose sem o aparecimento de um desencadeamento abre uma nova perspectiva no estudo das psicoses: as psicoses ordinárias.

A questão concernente às psicoses ordinárias é justamente desvelar novos meios de abordar uma clínica que não responde mais a uma abordagem típica, centrada no mito edípico e no Nome-do-Pai. Desse modo, articular Nome-do-Pai e sintoma mostrou-se mais do que necessário para entender o percurso de Lacan até a segunda clínica.

O deslocamento da primeira clínica começa paulatinamente com os conceitos de Nome-do-Pai e sintoma. A pluralização dos Nomes-do-Pai se faz em paralelo com a passagem do sintoma prenhe de sentido, passível de deciframento, lugar-tenente de um inconsciente estruturado como uma linguagem, para o *sinthoma* que está fora do inconsciente, que usa o nó borromeano para enodar o simbólico, o imaginário e

o real. No final, o Nome-do-Pai não vai passar de um *sinthoma*, ao localizar o gozo do sujeito e articular sujeito e linguagem. Do mesmo modo, uma amarração sintomática pode enlaçar os registros sem a presença do Nome-do-Pai, o que nos leva a concluir que o ponto de amarração pode ser tanto o Nome-do-Pai quanto o sintoma.

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

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

A grande inovação de Lacan na segunda clínica foi tratar a variabilidade e as gradações dos tipos de sintoma e recorrer ao uso das topologias dos nós. Com relação à variabilidade do sentido, não é mais o elemento ordenador que interessa, mas o próprio sistema, a própria configuração, a própria maneira em que se dá, em que ocorre o chamado ponto de capitonê. As formas de sentido, a variabilidade de sentido do sintoma continua existindo, a *varité* (Neologismo criado por Lacan com a junção das

palavras francesas *variété* e *vérité*. *Varité* = vari(é)té + *vérité*) do sintoma continua existindo, mas ela não decorre mais da presença desse efeito organizador do Nome-do-Pai, decorre sim das distintas formas de amarração e de grampeamento dadas pelo aparelho do sintoma. A *varité* do sintoma já não tem relação com o sentido, mas sim com a verdade do sujeito. Uma verdade que é variável, que retorna das falhas do saber, que denota a variedade de verdades que estão envolvidas no sintoma. Sob esta ótica, o elemento só interessa quando levado em consideração o sistema. Então, os diversos elementos presentes não interessam mais. Eles não devem ser considerados como na sua própria lógica interna, mas devem ser considerados na medida em que fazem parte de um sistema de organização, de articulação.

Então o Nome-do-Pai vale menos pelo fato de constituir-se como o elemento crucial para produzir uma ordenação do que pela sua equivalência aos sintomas. Se o fator crucial do Nome-do-Pai com relação aos outros elementos era preservar o seu valor transcendente do sistema, agora ele vale como sendo um equivalente à própria aparelhagem do sintoma. Ele assume um valor inerente, intrínseco ao próprio sintoma.

O modo de enodamento particular à estrutura de Joyce, que prescinde do Nome-do-Pai, torna-se o paradigma do sintoma lacaniano. O enodamento não-borromeano do imaginário, real, com um simbólico operado por um ego costurado por um sintoma de escritura, é entendido por Lacan como um desabonamento do inconsciente, porque a articulação de sua cadeia significante $S_1 - S_2$ não remete a nenhuma significação dada pelo Outro, é letra sem Outro, que localiza e fixa um gozo opaco. O *sinthoma* torna-se o quarto termo, que na topologia aparece como o quarto nó, que

pode ser ou não borromeano. O sintoma passa a ser definido como a maneira pela qual cada um goza do inconsciente, enquanto o inconsciente o determina, e se antes a questão da metáfora abordava o processo de fala, agora o que se busca é o processo de escrita do gozo.

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

No nosso entender, a grande virada lacaniana concernente ao sintoma é a possibilidade de o sintoma existir sem ser necessário um conflito. Miller acredita que a segunda clínica, ao privilegiar o sintoma sem o conflito, desarticula a questão do sofrimento e delimita a questão do gozo. Ele diz: “A dificuldade é retirar a perspectiva de conflito apesar do sofrimento e privilegiar o real da satisfação. A clínica dos nós é uma clínica sem conflito (MILLER, 1997, p.52)”. Miller diz que se trata de uma clínica de enodamento e não de oposição, por se caracterizar muito mais como uma clínica de arranjos, que permite a satisfação, do que uma clínica cuja questão é o sofrimento. Essa afirmação parece vir a calhar com o que se encontra hoje na clínica psicanalítica. Os pacientes que procuram os analistas não possuem

uma pergunta sobre o seu ser e, além do mais, não querem se fazer perguntas que os levem a uma busca interior. O que os incomoda é uma inadequação ao *status quo* vigente, que desestabiliza a rotina de suas vidas enquadradas num consumismo alienante, possibilitador de um arremedo de ser.

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

A segunda clínica privilegia muito mais flexibilidade nas amarrações e enlaçamentos que cada sujeito faz com seu sintoma e as soluções encontradas por ele para se estabilizar. Além do mais, mesmo a noção tão estranha a princípio de Φ_0 sem a ocorrência de P_0^1 pode ser entendida se pensarmos que a maneira singular que Das Dores arrumou para si foi a de ter um aperto, um sintoma

que faz grampo, dá um significado a sua existência e que a acompanha desde sua infância, que a faz viver um pouco diferentemente dos outros, mas inserida num laço social mínimo. O que importa na clínica borromeana é a *varité* do sintoma, as diversas formas de enlaçamento, o aparelhamento de gozo que cada sujeito engendra para si. É o saber fazer com o sintoma, servindo-se dele.

Para finalizar, gostaríamos de marcar um fato curioso. Por ser uma teoria que ainda está em elaboração, ela se apropria de significantes de uso cotidiano como grampo, laço, enodamento, enlaçamento, ligar ou desligar, assim como de muitos termos referentes à primeira clínica, que são empregados para explicar os fenômenos específicos da segunda clínica. As operações para um tratamento nãoedípico do gozo, como a compensação imaginária, a metáfora delirante e a suplência frequentemente são citadas nas *Conversações de Arcachon* (SAGNA; DEFFIEUX, 1998) e em *Antibes* (DEFFIEUX; SAGNA, 1999), embora com conotações diferentes de seu emprego anterior. Enquanto na primeira clínica o sentido era dado pela articulação fornecida *a posteriori*, hoje o que encontramos é o termo grampo para exemplificar a amarração dos quatro registros, mas ainda assim utilizando-se do ponto de capitonê como referência. Temos a impressão de que a variedade, as gradações e os diversos enodamentos, que demonstram a fluidez da segunda clínica, aparecem também na flexibilidade de se nomear seus instrumentos.

Keywords

Neurosis; psychosis; ordinary psychosis; structure; *sinthome*.

Abstract

This article is based on a clinic case that led the analyst into a theoretical dilemma. It reflects a gap between neurosis and psychosis, the classical psychoanalytic division. It seems that the Freudian or the structuralist perspectives are incapable of answering what we currently see in some of our clients. This article looks for new approaches that may help to deal with these issues

Referências

DEFFIEUX, J. P.; SAGNA, C. D. *La psychose ordinaire: La convention D'Antibes*. Paris : Agalma, 1999.

_____. Branchements, Débranchements, Rebranchements. In: *La psychose ordinaire: la convention D'Antibes*. Paris: Agalma, 1999.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria [1893-1895]. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de*. v.II. Rio de Janeiro : Imago, 1989.

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de*. v.XIX. Rio de Janeiro : Imago, 1989. p.227-234.

LACAN, J. *O Seminário livro 3, As psicoses*. 2.ed. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1988.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1998. p.537-590.

MCDUGALL, J. *Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1983.

MALEVAL, J. C. Du symptôme dans la psychose non déclenchée. In: *La Cause Freudienne*, n. 48, Paris, 2001.

MAZZUCA, R. et al. *Las dos clínicas de Lacan: introducción a la clínica de los nudos*. Buenos Aires : Editorial Trê Haches, 2000.

MILLER, J. A. Seminário de Barcelona sobre Die Wege der Symptombildung. In: *Freudiana*, n.19, Barcelona : EEP – Catalunya, 1997. p.7-57 .

RECALCATI, M. Conyunturas de desencadenamiento. In: *Clínica del vacío. Anorexias, dependencias, psicosis*. Madrid : Sintesis, 2003.

SAGNA, C. D.; DEFFIEUX, J. P. *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica: a conversação de Arcachon*. São Paulo : Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998.

SANTIAGO, J. Vontade de ser infiel ao gozo fálico. In: *A droga do toxicômano: Uma parceria clínica na era da ciência*. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 2001. p.161-183.

Tramitação

Recebido : 24/06/2009

Aprovado : 27/08/2009

Nome : Nadja Ribeiro Laender

Endereço : Av. Francisco Salles, 1614 / 604 – Santa Efigênia

CEP : 30150 – 221, Belo Horizonte/MG

Fone : (31) 3281-9689 / Fax: (31) 3287-1170

E-mail : nadjalaender@yahoo.com.br