

LAÇOS

VOL. 01 | JULHO 2025



5º ENCONTRO ANUAL DO
CENTRO DE ESTUDOS E
PESQUISAS EM PSICANÁLISE
DA CLÍNICA LAÇOS

O DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL

www.clinicalacos.com.br



LAÇOS
Revista Anual do Centro de Estudos e Pesquisas Laços
Ano I, Número I, Março/2025
ISSN (versão on-line)

Laços é uma publicação anual do Centro de Estudos e Pesquisas Laços e tem como objetivo publicar artigos teóricos e teórico clínicos apresentados no Encontro Anual.

Os direitos autorais de todos os trabalhos publicados pertencem a Laços.

A reprodução total dos artigos desta revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, por quaisquer meios, requer autorização por escrito do editor. Reproduções parciais de artigos (resumo, abstract, mais de 500 palavras do texto, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão por escrito do editor e dos autores.

APRESENTAÇÃO



5º Encontro Anual do Centro de Estudos e Pesquisas em Psicanálise da Clínica Laços 2024

É com enorme satisfação que encerramos mais um ano de trabalho e temos uma produção elaborada a partir da troca contínua que nos propomos a fazer nesse percurso ao longo do ano de 2024.

Com a finalidade de contribuir com a formação permanente do psicanalista, o Centro de Estudos e Pesquisas desenvolve seus trabalhos nos diferentes grupos em um viés multidimensional: análise, supervisão e estudo – grupos de estudos e seminários, onde os pesquisadores se encontram para falar da experiência analítica dentro do ponto de vista da psicanálise. A lógica que se impõe é a de que cada um assuma a responsabilidade da sua formação de analista, e que essa formação seja permanente. Assim, seguimos estudando.

Se o diploma de formação do profissional é importante, será no tripé análise/supervisão/estudo que se explicará a singularidade da formação de cada analista,

O Diagnóstico Diferencial

Nosso tema base escolhido para esse ano de 2004 foi: O Diagnóstico Diferencial.

Sabemos o quanto essa questão é delicada e complexa na prática analítica e o quanto precisamos nos debruçar nela para avançarmos em nossa clínica.

O psicanalista, ao atuar por meio de transferência, não se posiciona como um mero intérprete, mas como alguém que nomeia a forma específica de inserção do sujeito na linguagem. Assim, o diagnóstico adquire um caráter estrutural, em vez de meramente fenomenológico. Podemos compreender o diagnóstico estrutural como aquele que se constitui a partir da fala dirigida ao analista – isto é, sob a transferência –, onde as características passam a se organizar na relação ao analista enquanto operador, e não como indivíduo.

Nessa perspectiva, o diagnóstico é menos uma descrição objetiva e mais uma operação descritiva realizada pelo analista, na qual a nomeação da estrutura do paciente influencia diretamente a condução do tratamento em diferentes níveis. Esse modelo de diagnóstico permite ao analista manter como horizonte a construção de uma verdade singular e a revelação de uma história única. Sendo assim, o diagnóstico diferencial será um balizador na direção do tratamento.



ÍNDICE

ABERTURA: LUÍS IZCOVICH

1 EDNA CHERNICHARO: PERCURSO SOBRE DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL NA CLÍNICA LAÇOS

2 VANESSA GOMES : OBSERVAÇÕES A RESPEITO DA TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE.

3 FÁTIMA STADLER: O PROBLEMA DO DIAGNÓSTICO.

4 KATIA ASSÊNCIO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, NA CLÍNICA PSICANALÍTICA DE FREUD À LACAN.

5 MÁRCIA BERNARDES: O NÓ DO DIAGNÓSTICO NA CLÍNICA DAS PSICOSES.

6 DENISE MACHADO: OS DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO NA CLÍNICA PSICANALÍTICA.

7 ÍSIS MENDES: DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE.

8 MARCOS CHAVES: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E A ESTRUTURA PERVERSA: ALGUNS APONTAMENTOS.

9 ANA MARIA CARNEVALE: URGÊNCIA DIAGNÓSTICA.

10 FERNANDA N. VAN ERVEN: UMA OUTRA LÓGICA.

11 STEFÂNIA PIMENTEL: ENTRE PALAVRAS E SILÊNCIOS: NAVEGANDO PELO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL LACANIANO.



@clinicalacos

Diagnóstico estrutural na Clínica Laços

Luís Izcovich

O diagnóstico é uma finalidade. É um momento importante para definir a estrutura clínica. No entanto, não é o mesmo que a condução do tratamento. Mesmo na presença de uma psicose ou neurose, o tratamento não exige um diagnóstico fixo para produzir efeitos.

É crucial fazer um diagnóstico, mas a singularidade do caso é mais importante, pois o diagnóstico não visa à classificação. Não se trata de classificar indivíduos, o que poderia levar à segregação, como a ideia de que quem tem psicose está pior do que quem tem neurose. O diagnóstico não deve servir à segregação, mas sim à prudência no tratamento. Não tem como objetivo fazer uma previsão sobre quem é a pessoa.

Além do diagnóstico, a singularidade de cada um é o mais importante. Por isso, em algumas supervisões, o diagnóstico pode não estar claro, o que não impede o sucesso do tratamento. É possível ter um bom tratamento mesmo sem um diagnóstico preciso, pois o foco está em como o sujeito vive sua singularidade. Às vezes, a intuição da direção do tratamento pode divergir do diagnóstico, e isso não é um problema grave. O importante é utilizar as entrevistas para conduzir a singularidade do caso da melhor forma possível.

O diagnóstico, tal como o concebemos em nosso trabalho, não se baseia no comportamento ou em uma norma geral de normalidade. Ele se relaciona com as formações do inconsciente, distinguindo-se do diagnóstico médico, psiquiátrico ou de testes psicológicos. Isso implica trabalhar a relação do sujeito com o significante e com o próprio inconsciente. É fundamental considerar que o

diagnóstico só pode ser feito em transferência; um diagnóstico realizado fora dela é prejudicial.

A respeito do luto e da melancolia, apresento a perspectiva freudiana sobre o luto, que postula seu término quando o indivíduo encontra uma nova maneira de lidar com a perda, aceitando-a e encontrando uma substituição. Em termos lacanianos, isso se refere à simbolização do luto. Contudo, a substituição nunca é completa; sempre há algo que não pode ser substituído, pois a perda possui uma dimensão do real. O que se perdeu, perdeu-se; há uma dimensão na qual o luto não exige o consentimento de algo que se perdeu.

A melancolia não se resume a uma extensão do luto. Sua característica distintiva é a culpa delirante, que é diferente do luto. Esta culpa se manifesta na convicção de que "tudo o que acontece no mundo é minha culpa". Essa dimensão delirante é a diferença fundamental, pois o luto não envolve delírio, mas sim uma perda que não exige consentimento. Embora a duração do luto possa variar (meses, um ano, ou indefinidamente para alguns), a ausência de responsabilidade pela culpa é o que o distingue da melancolia.

Luís Izcovich - Psocanalista AME da EPFCL - França

Percurso sobre diagnóstico estrutural na Clínica Laços

Edna Chernicharo

Afinal, ao retratarem nossos desejos como realizados, os sonhos, decerto, nos para o futuro. [...] Mas esse futuro, que o sonhador representa como presente, foi moldado por seu desejo indestrutível à imagem e semelhança do passado. (Freud, 1900, p. 561) 1.

E pigrafe inspiradora que nos remete ao passado que se presentifica no dia 04 de novembro de 2017 quando inaugurávamos a Clínica Laços fisicamente com endereço e CNPJ. Percurso longo trilhado por alguns, que acreditaram no sonho amalgamado em torno do desejo de tornar a psicanálise acessível a todos. Falo de um tempo, no qual falar de atendimento no modelo de uma clínica social, que privilegiasse o valor da consulta com preços populares soava como heresia em nosso meio. A prática clínica fora dos consultórios acontecia, geralmente, em instituições públicas ou filantrópicas voltadas para os cuidados com a saúde mental. Com isso, uma grande parcela da população, sobretudo de classes sociais menos privilegiadas, não tinha acesso ao tratamento psicanalítico por diferentes motivos, mas principalmente, pela dificuldade de acesso financeiro. Nesse contexto social surge o desejo de construir uma proposta que contemplasse psicanálise com acesso possível a preços populares.

Com essa perspectiva, a Clínica Laços nasce como uma aposta que não se deixou intimidar por preciosismos imaginários, não sem desvios, nos camuflamos por meio do significante “acessível”, visando suavizar os significantes social e popular. Contudo, com ou sem eufemismos fomos em frente e aqui estamos nós. Sete anos se passaram e hoje já temos muita história a contar sobre nosso

trabalho em atendimentos psicanalíticos com valores populares. Sabemos do nosso rigor ético e teórico que sustenta nosso trabalho. Já é possível dizermos de uma prática que nos distingue no tecido social como uma clínica de psicanálise séria e comprometida, com atendimentos éticos realizados por meio de analistas engajados com sua práxis. Hoje estamos todos juntos aqui realizando nosso quinto encontro de trabalho: Diagnóstico diferencial na Clínica Laços: Uma abordagem psicanalítica. Encontro esse, resultante de um trabalho coletivo realizado em nossas reuniões de supervisão e estudos. Tempo para apresentarmos, cada um a seu modo, o produto do que recortamos de nosso trabalho de atendimentos na clínica. Bem como, oportunidade de celebrarmos a dedicação de cada uma: Fátima, Fernanda, Jackeline, Maria Eugenia, Marisa, Monique, Natália, Stefânia e Vanessa; e faço aqui um destaque especial, pelos anos de casa e amizade, as colegas Ana, Denise, Isis, Marcia e Mônica, que estão nessa jornada desde o início da Clínica Laços, ah! Hoje também celebramos a chegada dos mais novos analistas: Paola, Katia e Marcos que se juntaram a nós e estão apostando na proposta da Clínica Laços.

DIAGNÓSTICO NOS ATENDIMENTOS NA CLÍNICA LAÇOS

Segundo Lacan,

“A clínica psicanalítica não deve consistir somente em interrogar a análise, mas também os analistas, a fim de que prestem contas do que sua prática tem de arriscado”. 2

Assim, na trilha indicada por Lacan, nós analistas da Clínica Laços, nos interrogamos mensalmente sobre nossa práxis e fazemos isso de forma coletiva contando com o auxílio luxuoso de Luis Izcovich, que nos prestigia com sua escuta precisa e cortante. Arriscamos, não sem tensão, a nos

apresentarmos nessas supervisões clínicas, ponto alto de nossa experiência coletiva. Sabemos, como nos diz Lacan em seu texto *A direção do tratamento*³, que tanto quanto seu paciente, o analista não é o único com dificuldades a entrar com sua quota no investimento de capital, o analista paga com palavras e paga com sua pessoa. Trabalho árduo, mas exitoso. Temos avançado substancialmente na questão do diagnóstico diferencial que tem, na castração simbólica, sua premissa básica e que nos mantém alertas para pensarmos a distinção do que é traço estrutural de fenômenos patológicos. Com essa baliza Luis Izcovich vem construindo conosco um certo percurso norteador que nos instiga a dar mostras de nosso empenho em tratar teoricamente nossa práxis. E ele nos interroga:

1. Qual é a sua pergunta?
2. Você perguntou o porquê?
3. Qual é o trauma?
1. Mas, qual é o trauma que está repetindo?
2. E então, o que você acha?
3. Quais são as hipóteses diagnósticas?
4. O que ela pede para você? Qual é a sua demanda?
5. Traz recordações infantis?
6. Do que se recorda da infância?
7. Ele traz sonhos?
8. Como é a transferência?
9. É um sujeito sem nenhuma demanda.
10. Em que se implica?
11. Se queixar todos se queixam. Não quer dizer que se implique
12. Não tem uma pergunta neurótica, ele não se interroga qual é o desejo do outro.
13. Para uma paciente que sabe tudo, encontrar um ponto no qual ela não sabe, pode ser um ponto de angústia.
14. A divisão de águas tem que ser a divisão subjetiva. Se você percebe a divisão subjetiva ou não.
15. Quem sabe no mundo não há mais psicóticos do que neuróticos?
16. A bipolaridade é um diagnóstico que está na moda. O mundo todo tem uma oscilação entre a exaltação e a depressão
17. Há que ter presente a ideia da política do sintoma. Qual é o sintoma deste sujeito?

18. Na entrevista preliminar, quando um sujeito vem e não está claro qual é a pergunta, tem que dizer: “por que você vem aqui?”. Tem que puxar para que aquele sujeito clarifique a razão pela qual está ali.

19. O que mais me chama a atenção é que ela perdeu a sua mãe, quando ela tinha 14 anos. Agora ela tem 50. Então, 36 anos se passaram e ela fala que ainda vive esse luto.

20. Essa é a diferença entre o recalque e o luto neurótico. O luto neurótico se elabora, se trabalha. Aqui há algo da vida que terminou.

21. Você tem que interpretar.

22. O que pensam os outros? Quem tem alguma ideia?

Interrogações instigantes que parecem já nos indicar um saber consolidado que tem nos auxiliado a realizarmos o diagnóstico a partir da distinção entre as estruturas clínicas que estão referidas à afirmação da castração simbólica Bejanhung⁴, das que não tem castração simbólica werwerfung. Assim, inicialmente temos a castração como o eixo para pensar o diagnóstico estrutural. Ou seja, a castração está afirmada tanto para neurose quanto para perversão, e, avançando um pouco mais, existem mecanismos que tentam negar a castração. Na neurose é a werdrangung e na perversão é a werleugnung ou desmentido. Notem que negar o que está inscrito é diferente de não haver inscrição da castração como nas psicoses, e o mecanismo nomeado por Lacan para a werwerfung é a forclusão. Esse pequeno resumo da constituição e diferenciação entre as estruturas tem sido cotidianamente nossos balizadores extraídos das supervisões com Luis Izcovich. Quando ele nos interroga sobre o manejo de cada caso nos confronta com as perguntas básicas, o sujeito se interroga sobre sua implicação no seu sintoma, trabalha com uma perspectiva metafórica tal qual um neurótico ou apenas relata sua história de maneira metonimicamente sem se implicar? Perguntas que também nos auxiliam a pensar se se trata de um sintoma como formação do inconsciente ou um mal-estar que o sujeito relaciona como um fenômeno do corpo ou um saber que não dialetiza com o sujeito suposto saber?

Finalizando, as supervisões, os grupos de leituras, o bate papo no café e até no chopinho, tem se transformado em lugares no qual compartilhamos nosso trabalho, mas sobretudo lugares que circulam afeto. A Clínica Laços comemora hoje seu aniversário e se orgulha por ser um lugar de prática feita por psicanalistas comprometidos com uma ideal de atendimento ético e articulado com a teoria. Onde acolhemos diferentes demandas e sempre com o referencial de singularizar o dizer e o sofrimento de quem aqui chega, seja pela transferência com o significante social, acessível, popular ou apenas Laços, significante maior que nos une em torno da causa psicanalítica. Parafraseando Lacan “com a oferta criamos a demanda” (p.623)5.

Referências:

- 1.FREUD, Sigmund. – “A interpretação dos sonhos” [1900], in Obras completas. Rio de Janeiro: Imago, vol. IV 1987.
- 2.LACAN, Jacques.- O Seminário 24: l'insu que sait de l'une bévée s'aile à muorre.(1977. p. 14)
- 3._____. – A direção do tratamento: (1958), in Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- 4.FARIA, Michele Roman. – Constituição do sujeito e estrutura familiar. Taubaté SP: Editora Cabral Universitária. 2021
- 5.LACAN, Jacques. – A direção do tratamento: (1958), in Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

OBSERVAÇÕES A RESPEITO DA TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE

— Vanessa Francisco Gomes —

Partindo da experiência clínica, percebe-se as formas de manifestações dos sintomas, e suas formas de transferência singulares, seja com a instituição/clínica ou com o próprio analista, pois entende-se que cada psicótico é único em seu modo de estar no mundo, e traz consigo nuances de sua estrutura, que nos causa, enquanto analistas, espanto, dúvidas e inquietações.

Mas o que seria de um analista, sem as inquietações que nos tomam? O que seria de uma análise sem a transferência? De um lado do setting terapêutico está o analista, tendo como única oferta sua escuta flutuante, do outro está um sujeito e o seu sintoma, e sempre a esperar levar algo em troca, um saber sobre si, uma garantia. Porém, cabe ao analista sustentar a sua posição, não recuar diante de uma estrutura desta natureza. Como nos recomendou Freud e Lacan. Mas o que faz o analista com que lhe é entregue pelo sujeito? O que suscita no decorrer do tratamento? Quando um analista se torna “ignorante”, ele permite que o sujeito, possa associar livremente as suas ideias, acessar seu inconsciente, tendo o próprio percorrido sua análise. Temos então a possibilidade de criar o vínculo entre o analista e o paciente, um laço transferencial, sendo este o motor do tratamento psicanalítico, pois sem o tesouro da transferência, não há análise. Falar da transferência, é falar também de demanda de amor, enquanto o paciente demanda ser amado pelo analista. Contudo, este deve ser um movimento natural, não cabendo ao analista provocar a transferência. Sendo a transferência uma forma de atualização do inconsciente, só cabe ao analista aguardar o tempo para uma análise.

Referências:

Freud, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1893-1895). São Paulo. Companhia das Letras. 2019.

Lacan, J. Os Escritos. Rio de Janeiro. Zahar. 1998.

Lacan, J. O seminário, livro 10: a angústia, (1962-1963). Rio de Janeiro. Zahar. 2005.

Lacan, J. O seminário, livro 22: RSI, (1974-1975). Rio de Janeiro. Zahar. 2002.

Lacan, J. O Seminário, livro 23, O sinthoma, (1975-1976). Rio de Janeiro. Zahar 2007.

O Problema Do Diagnóstico

Fátima Stadler

Uma pessoa problemática é punida com um rótulo que dá ideia de patologia. Racismo, sexismo, classismo e muitos outros preconceitos podem ser; e com frequência tem sido, fortalecidos pela nosologia I.

Somos muitas vezes levados a colocar o CID de alguns pacientes em documentos requisitados por empresas, escolas, advogados, e guias de planos de saúde, para determinar o número de sessões. Então era colocado o CID F33 para quaisquer pacientes, pois o Transtorno de Humor requer mais sessões que a Depressão ou a Ansiedade segundo a lógica dessas empresas de saúde.

Mas o diagnóstico em psicanálise é completamente diferente do diagnóstico médico.

O diagnóstico em psicanálise se realiza como uma antítese em relação ao diagnóstico na psiquiatria, já que este permite a localização do sofrimento do paciente para assim promover o encaminhamento do tratamento.

Assim como é feito nas supervisões psicanalíticas, onde há o estudo e discussão dos casos clínicos para auxiliar na direção do tratamento do analisando.

O leigo achará difícil entender que distúrbios patológicos do corpo e da alma possam ser eliminados por “meras” palavras do médico².

Os pacientes perguntam sobre o seu diagnóstico muitas vezes para o analista que questiona a importância que isso tem para o analisando. Além de trazer ao longo da análise um discurso com resistência e a própria dificuldade de se comunicar com o analista. Alguns pacientes mentem para o analista afim de não se mostrar em análise, o que dificulta o trabalho do deste.

Uma dificuldade que às vezes temos na função de analista é com questão da estrutura da neurose, já que a clínica tem mais psicóticos do que qualquer outra estrutura. Como fazer o manejo com

neuróticos? Como se dá a transferência? Como fazer esse diagnóstico?

Aprendemos com as neuroses da infância que muito do que nelas pode ser visto facilmente a olho nu só pode ser compreendido mais tarde através de uma investigação detalhada. Uma expectativa semelhante pode se dar para o adoecimento neuróticos anteriores, se apenas estivermos preparados para encontrar os mesmos adoecimentos com títulos diferentes daquela nossas neuroses de hoje em dia.³

A Neurose é um estado psicológico que resulta de um conflito entre os desejos do inconsciente e a realidade exterior. A neurose pode ser uma fuga do sujeito da própria realidade, pois o desejo atravessa o sujeito que muitas vezes recalca o que vem do seu inconsciente já que vive em sociedade e não pode romper com essas regras de convívio social.

E existem três tipos de Neurose: Histeria, Fobia e Neurose Obsessiva. O manejo também está associado a subjetividade do sujeito, a transferência, a escuta analítica, ao processo de análise em si.

Para concluir, cabe uma pergunta para reflexão: qual seria o mecanismo análogo ao do recalamento, através do qual o Eu se desliga do mundo exterior? Seria o retorno do recalado?

Referência Bibliográfica:

William Mec, Nancy - Diagnóstico em Psicanálise - Editora Artmed.

Freud, Sigmund Fundamentos da Clínica Psicanalítica - Obras Incompletas de Freud Editora Autêntica.

Freud, Sigmund Neurose, Psicose, Perversão - Obras Incompletas de Freud-Editora Autêntica.

O diagnóstico diferencial, na clínica psicanalítica de Freud à Lacan

Kátia Assencio

É um trabalho fundamental do analista que permite apostar em uma hipótese de estrutura clínica do sujeito, possibilitando conduzir o manejo do tratamento analítico. Em seu texto “O início do tratamento” de 1913, Freud afirma que a primeira meta da análise é ligar o paciente ao seu tratamento à pessoa do analista, assim o tratamento de ensaio seria o estabelecimento do diagnóstico, o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose.

O que para Freud seria o tratamento de ensaio, para Lacan corresponde as entrevistas preliminares. Trata-se da mesma ideia, que seria um tempo de trabalho prévio à análise, tanto que, o tratamento de ensaio desvela uma continuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar, como “se atravessasse o umbral dos preliminares para entrar no discurso analítico”. Diante disso, pode se afirmar que não é possível a entrada em análise sem as entrevistas preliminares.

O objetivo principal das entrevistas preliminares é estabelecer a transferência, caso contrário não haverá análise. A transferência para Lacan significa “o amor que se dirige ao saber”, que marca o início de uma psicanálise, ou seja, de cada psicanálise e sua constituição só é percebida à posteriori.

É através da regra fundamental, a “regra de ouro” da psicanálise, a associação livre estabelecida por Freud, que obtemos a resposta à pergunta sobre o início do tratamento. A associação livre é o método de trabalho do analista, que permite unir as entrevistas preliminares e a análise propriamente dita em um só processo para a composição de uma psicanálise, e isso só é possível pela via da associação livre, onde o paciente fala livremente “o que lhe vier na cabeça.”

O analista escuta o que emerge do inconsciente do analisando e faz intervenções que estimulam o fluxo livre de associações, afastando-se das regras

e censuras que normalmente restringem o discurso. Essa escuta atenta do analista permite que o analisando fale de maneira mais espontânea e verdadeira, revelando conteúdos profundos. Associar é pular de ideia por ideia na cadeia de significantes e marcas mnêmicas contidas no inconsciente. O analisante ao falar em associação, a palavra revela algo da verdade do sujeito.

Há uma relação dissimétrica entre o analisando que entrega o material como pensamentos, ideias, lembranças ao analista que recebe o material e intervém apontando elementos que revelam novos significados.

Na clínica psicanalista, ao abordar um caso clínico, considera-se a posição do sujeito em relação ao Outro, que representam figuras significativas, como o pai, mãe ou figuras de autoridade e o grande Outro da linguagem e da civilização.

A questão do diagnóstico diferencial se coloca em psicanálise como função da direção da análise, diagnóstico e análise no sentido de processo analítico com o papel de captar as questões fundamentais do sujeito. E tanto para Freud quanto para Lacan o diagnóstico diferencial é uma chave para entender a estrutura psíquica do sujeito e orientar os analistas quanto ao manejo do tratamento psicanalítico.

No manejo clínico, o analista, ao identificar a estrutura do sujeito, o foco não deve estar nos fenômenos elementares que ele apresenta, mas na posição que ele assume em relação ao Outro. O analista escuta por muitas vezes a queixa, demanda, desejo e gozo, elementos fundamentais para formular uma hipótese sobre a estrutura clínica. E deve ter cuidado nesse manejo em não fazer hipóteses diagnósticas “express”, precisa ser cuidadoso, pois se trata de hipóteses de estruturas do sujeito, e isso é muito sério, tanto

que Freud adverte que o “erro é mais carregado de consequências para o psicanalista”, uma vez que “ele não pode manter a sua promessa de cura se o doente não sofrer de histeria ou neurose obsessiva, mas sim de parafrenia, e por isso terá fortes razões para evitar o erro no diagnóstico” (Freud, 1913, p.123).

Segundo Quinet, em seu livro. As 4 + 1 condições de análise, “O diagnóstico só tem sentido se servir de orientação para a condução da análise. Para tanto, o diagnóstico só pode ser buscado no registro simbólico, onde são articuladas as questões fundamentais do sujeito (sobre o sexo, a morte, a procriação, a paternidade) quando da travessia do complexo de Édipo: a inscrição do Nome-do-Pai no grande Outro da linguagem tem por efeito a produção da significação fálica, permitindo ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos” (2002, p.18 e19).

Só é possível fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo, negação da castração do Outro, que correspondem às três estruturas clínicas. No recalcque, o que é negado no simbólico retorna no próprio simbólico sob forma de sintoma: o sintoma neurótico. No desmentido, o que é negado é, ao mesmo tempo, afirmado, retornando ao simbólico como um fetiche do perverso. Na psicose, o que é negado no simbólico retorna no real, como o automatismo mental, a alucinação. Como o retorno é no real, isto é, fora do simbólico. O termo da forclusão como forma de negação indica o lugar de retorno, a “inclusão” fora do simbólico.

Como o diagnóstico diferencial se manifesta nas estruturas clínicas?

— Na neurose, o paciente não se recorda do que aconteceu na sua infância, uma amnésia infantil, mas a estrutura edípica se presentifica no sintoma. Como, por exemplo, estudamos no caso Homem dos Ratos, onde a frase “se eu vejo uma mulher nua, meu pai deve morrer”. O recalcque da representação do desejo de morte do pai retorna no simbólico sob forma de sintoma. Pode-se observar a ideia obsessiva expressa nessa frase, onde o sintoma fornece um acesso à organização simbólica que representa o sujeito.

— Na perversão, há uma admissão da castração no simbólico, ao mesmo tempo, uma recusa, um desmentido. O retorno desse tipo de negação

particular do perverso é materializado no fetiche, cuja determinação simbólica pode ser apreendida através de sua estrutura de linguagem. Freud, em “O Fetichismo”, expõe o caso de um paciente cuja condição do desejo é atrelada a um determinado “brilho no nariz” do outro, brilho em alemão glanze, é homófono a glance que, em inglês, significa olhar. O segredo desse fetiche residia no fato do paciente ter vivido sua infância num país de língua inglesa, tem algo com as coordenadas simbólicas da história do sujeito que denota o objeto pulsional em questão (o olhar).

— Na psicose, o significante retorna no real, apontando a relação de exterioridade do sujeito com o significante, como aparece nos distúrbios de linguagem, que pode ser constatado por qualquer clínico que se defronte com um psicótico, sendo que seu paradigma são as vozes alucinadas. O automatismo mental, as ideias dialetáveis, por não poderem ser submetidas à dúvida e ao questionamento, já mostra um distúrbio na linguagem.

Em suma, o diagnóstico diferencial é essencial no tratamento psicanalítico, pois exige que o analista estabeleça um diagnóstico preliminar com base em uma escuta analítica cuidadosa. Desta maneira, possibilita ao analista um acesso ao conteúdo inconsciente e à verdade do sujeito, por meio da associação livre – onde o paciente é incentivado a falar livremente sobre o que lhe vem à mente. Diante desse processo, o analista consegue identificar as características da estrutura clínica do paciente e, com isso, ter uma hipótese diagnóstica entre neurose e psicose, o que é fundamental para orientar o manejo da análise e o tratamento em sua clínica psicanalítica.

Referências bibliográficas:

FREUD S. (1913) Sobre o início do tratamento. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

FREUD S. (1927a) Fetichismo. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

QUINET, A. As 4+1 condições da análise. 9. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

O Nó do diagnóstico na clínica das psicoses

Márcia Bernardes

Hoje proponho um percurso na obra de Lacan que vai de 1956 a 1975, do seminário 3, *As psicoses ao seminário 23, O sinthoma*, com base em um seminário ministrado por Nieves Soria Dafunchio em 2007, no espaço de seminários diurnos da Escola de Orientação Lacaniana de Buenos Aires. Esse seminário foi publicado com o título *Confinos de las psicosis* em 2008.

O que me levou a esse estudo foi a frequência com que temos nos deparado hoje na clínica com casos de psicoses que fogem totalmente ao que Nieves chama de paradigma Schreber, isto é, casos que apresentam um desencadeamento clássico da psicose com delírios e alucinações. O que vemos hoje são casos em que o paradigma Joyce se apresenta, onde vemos sujeitos que não manifestam o desencadeamento clássico. Esse é caminho que vou seguir hoje.

Essa clínica das psicoses não desencadeadas de forma clássica, onde os sujeitos se apresentam com alguma amarração nos registros RSI (Real, Simbólico, Imaginário), nos coloca numa posição de situar a singularidade de cada caso, pois são casos em que o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose não é tão evidente.

Por que escolhi falar da questão diagnóstica através da topologia? O primeiro ponto é que Lacan começa a falar de topologia desde o seminário I.

Lacan inicia seus estudos pelo estádio do espelho e os esquemas ópticos, momento em que se dedica ao estudo do imaginário. Momento da constituição do sujeito onde através do esquema L podemos observar o eixo imaginário do narcisismo onde o sujeito parte de um corpo fragmentado e vai se estruturando a partir desse olhar do outro e o Eu vai se constituindo como projeção desse outro especular – O EU É UM OUTRO. Nesse momento o eu é um eu ideal – O QUE O OUTRO QUER DE MIM?

Lacan demonstra que a criança não tem interior e exterior, esses serão construídos. A questão é, em que momento a criança consegue perceber que o peito da mãe não é o seu corpo? Como consegue diferenciar o seu corpo do corpo da mãe? Como chega a se reconhecer como Eu e o outro com diferente dela?

É nesse momento que as questões do dentro e do fora, do interior e exterior, da alienação e da separação, começam a aparecer. Há crianças que chegam à vida adulta e continuam sem fazer esse registro do interior e exterior. Não conseguem reconhecer os limites do próprio corpo. Conclui-se, assim, que interior e exterior não são dados a priori. É uma construção. É necessário uma estrutura que consiga articular uma possibilidade de que o Eu possa aparecer – diferente do outro. De que o sujeito possa se estruturar diferente de um outro.

Como aparece o espaço do corpo da criança? E o espaço do Outro? Como esses espaços se intercambiam? O que é meu e o que é do Outro?

A estrutura topológica é aí incluída por Lacan, porque ela é essencial para compreendermos esses espaços onde o sujeito se estrutura.

Essas questões topológicas do espaço se complicam quando temos que ouvir nossos analisandos, pois esse espaço é pressuposto, mas isso não se sustenta, pois não está óbvio para o sujeito onde começa e termina o corpo. Esses limites não são óbvios. O sujeito não sabe o que lhe é estranho e o que lhe é familiar.

É a partir do processo analítico que vamos observando como o sujeito se constitui nos processos de identificação. O que é a identificação? A identificação é tomar do outro aquilo que é estranho e colocar no lugar do próprio. A identidade do sujeito é própria, mas não é dele – é do outro. Então, aquilo que lhe é

próprio, é alheio. O nome próprio é alheio, a forma de andar é alheio, os gestos, etc. Tudo que lhe é próprio é estranho. E há elementos que são estranhos no outro, que lhe são próprios, mas que de algum modo o sujeito expulsou e reconhece no outro como estranho, aquilo que não suportamos em nós, que expulsamos. Nos irritamos com o outro quando ele nos mostra aquilo que nos é próprio. Está posto aí o problema do dentro e do fora, do próprio e do alheio. Isso é topologia.

A questões de pertencimento (raça, gênero, classe social), são topologia.

Em seguida, no esquema óptico, nos mostra como a entrada do terceiro nessa relação dual mãe-bebe, faz um corte; a ferida narcísica, trazendo a castração como a lei que faz a interdição incestuosa, interrompendo a dimensão imaginária e inaugurando o inconsciente. A partir desse momento o sujeito não tem mais acesso direto ao saber imaginário do inconsciente. Seu saber agora é simbólico, via significantes. Só tem acesso via representantes.

Para Lacan o estágio do espelho é decisivo no desenvolvimento mental da criança pois deixa uma marca. (a ferida narcísica) Podemos concluir, portanto, que nesse momento de constituição do sujeito em que duas funções são essenciais, a função materna e a função paterna, que algo da estrutura irá se diferenciar. Se a função materna traz algo de uma continuidade (via imaginária), é a função paterna que irá trazer uma descontinuidade (via simbólica), que fará a ruptura na relação de continuidade mãe-bebê.

No seminário 5 Lacan nos diz que a via imaginária não é a via normal, que a via normal é a via simbólica; é a via metafórica. É a metáfora que vai permitir fixar, "reter" a significação. Mas não é qualquer metáfora que nos interessa na clínica do sujeito. A metáfora que nos interessa é a metáfora paterna, que segundo Lacan, é a que dá significação ao ser vivente do sujeito. A que pergunta essa significação metafórica vai responder? "Que sou eu aqui?"

Porque se o desejo da mãe é uma incógnita DM/X, é o significante Nome-do-Pai, que em substituição (metáfora) ao significante do desejo da mãe, fará surgir a significação fálica que dá sentido ao ser do sujeito. O Nome-do-Pai é o significante que vem ordenar, que traz o ponto de basta, que traz a lei. Isso é a representação da castração.

A criança internaliza a lei normativa, a castração, agora é um sujeito barrado (\$) e pode assumir uma posição desejante. Pode agora seguir no seu processo de socialização. Todas as crenças fálicas de ser ou ter o falo permanecem na fantasia inconsciente do neurótico que representam a dificuldade de abandonar o ideal de completude. A maneira de lidar com essa falta coloca o sujeito na condição sexuada de uma identidade sexual.

A dialética do falo nas estruturas:

Neurose: Ter ou não ter o falo

Perversão: Ser ou não ser o falo

Psicose: A certeza de ser o falo

"É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose." (Lacan - Escritos - "De uma questão preliminar..." , pág. 582)

É a partir da norma edípica, da norma neurótica que Lacan, no paradigma Schreber, conceitua a psicose como um déficit do Édipo. A foraclusão do Nome do Pai e a foraclusão fálica como déficit em relação à norma edípica. Em "De uma questão preliminar ..." texto escrito dois anos após seu seminário sobre as psicoses, tem uma nota de rodapé que foi acrescentada em 1966, oito anos depois, que traz um acréscimo importante. Esse acréscimo foi feito ao final do seminário 13 - O objeto da psicanálise. A essa altura

"Lacan já conceituara o objeto a. Quer dizer que já chegara à conclusão de que na constituição da realidade, além do imaginário e o simbólico, intervém o real. É, então, que investigará de que maneira intervém o real, questão que não encontramos à altura dos esquemas R e I, já que neles encontramos o imaginário, o simbólico e a realidade, que não é a mesma coisa que o real, já que a realidade pode se desarmar, mas o real não. Como disse anteriormente, o objeto a para Lacan é um real segregado pelo simbólico." (Nieves, pág. 30/31).

Da constituição do sujeito, resta algo que não é simbolizável, que não é nem simbólico e nem imaginário, na qual Lacan nomeia de objeto a. Esse objeto tem a consistência de um vazio. O ob

-jeto freudiano da pulsão. O \$ujeito quer encontrar seu a' , objeto perdido, para voltar ao plano imaginário inicial onde tudo tinha sentido, onde toda completude existia.

A princípio temos muita experiência de corpo e precisamos do simbólico para cercear esse corpo, retirando libido, para que a realidade vá ganhando uma forma extracorporal. Portanto será através da linguagem que o simbólico entrará no real do nosso corpo e o organizará. Quando isso de alguma forma não se realiza, o mundo e o corpo permanecem num continuum. Como falamos, será a função paterna que irá trazer uma descontinuidade (via simbólica), que fará a ruptura na relação de continuidade mãe-bebê.

Entrar no simbólico significa aceitar as regras, a lei do pai, as convenções sociais.

As três estruturas em resposta a falta fundamental:

1- A criança aceita lei e cria seu fantasma – neurose – Recalque – Ter ou não ter o falo

2- A criança aceita a lei, mas a contesta e cria seu fetiche – perversão – Desmentido – Ser ou não ser o falo

3- A criança não aceita a lei e cria seu delírio – psicose – Forclusão – A certeza de ser o falo

Na psicose, ali onde era o enigma do desejo materno a criança faz-se de falo. Tem uma passagem no seminário 5, pág.181 que Lacan diz:

“A criança, com maior ou menor astúcia ou sorte, pode conseguir vislumbrar desde muito cedo o que é o x imaginário, e, uma vez tendo compreendido, fazer-se de falo. Mas a via imaginária não é a via normal. Aliás, é por essa razão que ela acarreta as chamadas fixações. Ademais, ela não é normal porque, afinal de contas, nunca é pura, nunca é completamente acessível, deixa sempre alguma coisa de aproximativo e insondável, ou até de dual, que gera todo o polimorfismo da perversão.”

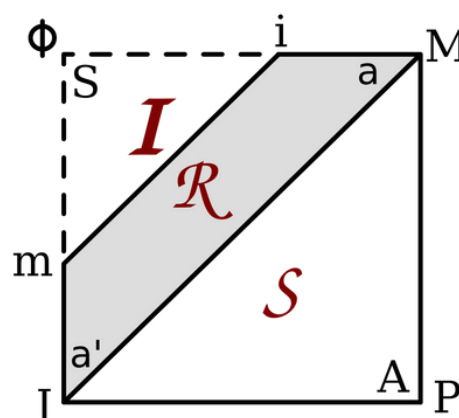
Voltando à questão da realidade tal como Lacan sugere em seu esquema R a partir da inclusão do objeto a , objeto do Real, temos a realidade do neurótico baseada nessa relação fantasmática com o objeto a . Essa faixa que aparece no esquema R designada pela realidade, será demonstrada por Lacan como uma banda de Moebius, onde Lacan nos apresenta o matema da fantasia, o real (a) e o simbólico ($\$$). Portanto o campo da realidade vai estar sustentado pela fantasia, e essa sustentação só se dá pela extração do objeto a do corpo, o que é muito importante para tratar a lógica da psicose.

Todo o trabalho de extrair gozo do corpo, de esvaziá-lo é feito pelo simbólico, Lacan diz: “o significante mata a coisa”. A operação simbólica consiste em esvaziar o corpo de gozo, em extraí-lo como objeto a . Por isso dizemos que na neurose o corpo é esburacado e o gozo é demarcado pelos buracos que Lacan chama de zonas de borda “que estão entre o dentro e o fora do corpo, nessa borda moebiana que une o dentro e o fora.” (Nieves, pág. 33)

Banda de Moebius



Esquema R



“Por outro lado, na psicose quando é desencadeada, o gozo se encontra no interior do corpo. É o que explica a vertente hipocondríaca que costuma acompanhá-la nos chamados fenômenos de órgão. No desencadeamento – ao menos na esquizofrenia – o gozo volta ao interior do corpo (não às zonas de borda) e isto ocorre porque não se constituiu essa relação moebiana entre o sujeito e o objeto; portanto, o objeto a não está extraído. Por isso, Lacan em um texto que se chama “Discurso aos Psiquiatras”, diz que o psicótico leva o objeto a no bolso, isto é, que não está extraído. Em consequência, o campo da realidade está colado com alfinetes.” (Nieves, pág. 33)

“Este acréscimo posterior que Lacan faz, no qual fala da extração do objeto a, nos leva a perguntar-nos como pensar a estrutura psicótica se, além do triângulo simbólico-imaginário, acrescentarmos o registro real, como este afeta as estruturas da neurose e psicose. É nesse momento que Lacan vai propor a estrutura não como uma estrutura de dois, mas de três: real-simbólico-imaginário, RSI.” (Nieves, pág. 33)

Quando Lacan constrói o esquema I, que está no texto “De uma questão preliminar...” , nos Escritos pág. 578, a princípio nos parece um esquema ultra complicado, mas olhando de forma mais atenta observamos que esse esquema é o esquema de Schreber, não podemos concluir muito rapidamente que é o esquema da psicose, pois não sabemos como para cada psicótico essa realidade será desconstruída, desarmada, como vai ocorrer a desestabilização. Portanto, tudo que aparece nesse esquema está de acordo com a forma que Schreber remonta o campo da realidade com sua metáfora delirante.

A questão que se segue é que nem todo psicótico vai conseguir chegar a uma formulação metafórica, como Schreber, e nesse momento da clínica essa era a única possibilidade de remontar a realidade na psicose, a única forma de estabilização. Sem levar em conta a grande quantidade de psicóticos que nunca deliram!

A partir desse momento Lacan vai tratar de dar conta da operação edípica levando em consideração esse resto real (objeto a). O que Lacan observa é que a metáfora paterna não dá conta dessas distinções que a formulação freudiana do Édipo traz, onde menino sai do Édipo pelo complexo de castração e a menina entra.

“Assim como, no segundo tempo de seu ensino, para Lacan não foram suficientes os registros simbólico e imaginário e teve de conceituar o objeto a, neste quarto tempo - tempo posterior ao que estamos situando aqui no nível da formalização dos discursos - não lhe foi suficiente pensar a estrutura desde o Édipo masculino e necessitou ir à dissimetria do Édipo nos sexos, isto é, necessitou formalizar o que acontece do lado das mulheres. Assim é como entramos no quarto tempo de seu ensino. É um tempo no qual Lacan introduz as fórmulas da sexualização e, com elas, certa equivalência entre simbólico e real.” (Nieves, pág. 48/49)

O referente que Lacan utiliza para as fórmulas da sexualização não é o mito de Édipo, mas o mito de Totem e Tabu. No início os humanos se agrupavam em hordas e os mais fortes ocupavam o lugar de Pai da horda, expulsava os outros homens e ficava com todas as mulheres. Se em algum momento um homem matasse o pai e ocupasse seu lugar, era imediatamente morto por outro. Os homens que foram expulsos se reúnem, matam o pai e instituem no seu lugar um representante simbólico - o totem. O totem representa o pai morto - é o sagrado. A partir desse momento estabelece-se uma ordem, a proibição do incesto. Não se pode ter todas as mulheres, não se pode casar com qualquer uma - parentalidade. Isso é a representação da castração.

Lacan utiliza-se desse mito para construir as fórmulas da sexualização. Existe um (X), o pai da horda, que não cumpre a função da castração, está fora da lei, porque tem acesso a gozar de todas as mulheres. E $x \Phi x$ existe um x para o qual não se cumpre a função fálica. A consequência direta disso é que todos os filhos são afetados pela castração. $\forall x \Phi x$ para todo x se cumpre a função fálica. Todos os filhos ficam castrados, nenhum pode gozar das mulheres da tribo, já que o pai goza de todas elas. Do lado homem temos dois quantificadores, a exceção e o universal.

No mito da horda temos dois tempos: No primeiro tempo há um que encarna a função da exceção e no segundo tempo, ninguém vai ocupar o lugar do pai, deixará de haver exceção. Qual é a dissimetria entre os sexos? É que tanto no mito do Édipo quanto no mito do Totem e Tabu as mulheres entram como objetos de gozo. Concluímos, então, que as mulheres não entram nesta lógica, já que esta lógica dá conta de como se constitui a posição do homem, enquanto a mulher entra só como objeto. Então, como ela se constitui em sua posição, além de ser o objeto de gozo de um homem? E Lacan se pergunta por que não há em psicanálise um mito do lado das mulheres.

No seminário 20 Lacan traz o mito de Dom Juan. O mito para dar conta do gozo feminino, da posição feminina, já que se trata de um mito inventado pelas mulheres.

Hoje não vamos entrar nas fórmulas da sexualização, vamos direto para o paradigma Joyce para pensar

as psicoses não desencadeadas. Só quero ressaltar que neste momento, Lacan está preocupado em localizar os seres falantes com relação a um gozo outro e ao gozo fálico. O gozo outro é um gozo não submetido à castração (do mito do pai da horda que não cumpre a função da castração, está fora da lei, porque tem acesso a gozar de todas as mulheres), ilimitado, enquanto o gozo fálico é limitado e, portanto, refém da ameaça de castração. Nesse momento se trata da equivalência entre os três registros: real, simbólico e imaginário. A altura do seminário 22 Lacan já havia formulado que a "relação sexual não existe". Dizer que a relação sexual não existe é dizer que algo não está funcionando na estrutura humana,

"e que isso que não está funcionando está ligado ao fato de que somos seres de linguagem, de que há algo que falhou, e isso que está falho se manifesta no campo da sexualidade." (Nieves, pág. 64).

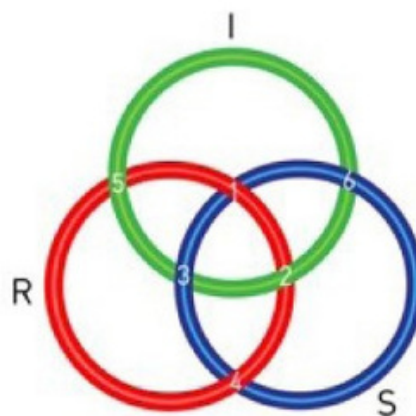
Tudo que Lacan formula a partir dos nós é para dar conta de explicar o real na estrutura do ser falante.

"Da leitura dos últimos seminários de Lacan podemos concluir que, no campo do nó, a questão de que a relação sexual não existe se manifesta no fato de que no ser falante não existe o nó borromeano de três." (Nieves, pág.64)

O nó borromeano de três é um nó de três círculos que são amarrados de tal forma que se soltarmos um, qualquer um deles, todos os três são liberados, ou seja, nenhum está amarrado ao outro.

O nó borromeano de três é, por natureza, falho, até mesmo no contexto das neuroses. Aqui, surge uma distinção em relação ao caso de Schreber, pois no paradigma de Joyce o déficit não é um caso isolado, mas sim algo presente em todos. Com a falha generalizada no nó, fica claro que todos nós nascemos com uma estrutura imperfeita, com o nó mal feito, com o nó em déficit desde o início. Esse nó borromeano de três – que representaria uma unidade completa, caso a relação sexual fosse plenamente realizável – não se mantém, evidenciando que essa totalidade ideal simplesmente não existe.

A diferença entre as diversas estruturas clínicas reside na maneira como cada sujeito lida com a falha do nó borromeano. A clínica diferencial, portanto, é fundamentalmente uma clínica das soluções: foca em compreender e distinguir as estratégias que cada sujeito adota para compensar ou reparar o rompimento desse nó. Conforme a



solução que o sujeito encontra – seja uma forma de compensação, reparação ou estabilização –, ele poderá estruturar-se como neurótico, psicótico ou outra estrutura possível. Em outras palavras, é a maneira como cada um resolve essa lacuna do nó que define sua posição clínica.

A partir desse ponto, ocorre uma inversão significativa: a norma deixa de ser a neurose e passa a ser a psicose. Ou seja, Lacan passa a entender a estrutura clínica a partir da psicose, tomando o nó borromeano como base e abordando a psicose não mais como um déficit em relação à neurose, mas como uma forma normativa. Por isso, ao estudar o caso de Joyce, que ele entende como uma psicose, Lacan utiliza-o como ponto de partida para repensar a estrutura.

No paradigma de Schreber, Lacan ainda concebe a psicose em referência à norma edípica, ou seja, à neurose, e a define como um déficit em relação ao Édipo. A psicose, neste modelo, é interpretada como uma consequência da forclusão (ou recusa) do Nome do Pai e da função fálica, uma espécie de déficit em relação à ordem simbólica do Édipo. No entanto, ao adotar o paradigma de Joyce, Lacan desloca essa referência, tratando a psicose não como um desvio da norma edípica, mas como um modelo estrutural válido por si só, sem a necessidade de referir-se ao Édipo como padrão.

Assim, o modelo passa a ser pensado diretamente em termos da solução que cada sujeito encontra para a estrutura do nó borromeano, onde a psicose é vista como uma estrutura independente e plenamente constituída, e não apenas como uma ausência ou falha em relação ao Édipo.

No contexto em que Lacan introduz a teoria dos três registros – o simbólico, o imaginário e o real – e a possibilidade de sua amarração, ele amplia significativamente as perspectivas de compreensão das psicoses. Agora, em vez de uma visão unificada da "psicose" como uma estrutura única, torna-se possível pensar em psicoses no plural, cada uma com sua própria forma de "enodamento" ou estruturação dos registros. Essa mudança permite que Lacan analise as psicoses não desencadeadas, as diferentes formas de desencadeamento e também as soluções particulares que cada sujeito pode encontrar.

No paradigma Joyce, Lacan passa a considerar que diferentes formas de amarração dos registros produzem várias estruturas psicóticas possíveis. Em vez de conceber a psicose como um único tipo de ruptura ou falha no Édipo, como fazia no paradigma de Schreber, ele agora visualiza várias possibilidades de enodamento que resultam em manifestações psicóticas distintas, de acordo com a forma como cada sujeito organiza seus registros.

Como Lacan considera as neuroses nesse ponto? No Seminário 23, Lacan reformula sua visão sobre a neurose com base na teoria dos nós. Para ele, na neurose, o problema consiste na falta de um enodamento natural dos três registros; imaginário, simbólico e real estão soltos e não se amarram sozinhos. Por isso, Lacan propõe a inclusão de um quarto termo, que ele chama de "realidade psíquica" e que, neste ponto de sua teoria, equivale ao Édipo ou ao Nome do Pai. Este quarto elo age como um estabilizador que permite unir os três registros em uma estrutura borromeana, evitando que se rompam.

No Seminário 23, Lacan aprofunda sua teoria dos nós borromeanos, especialmente no que diz respeito às diferenças estruturais entre neurose e psicose. Aqui, o termo borromeano refere-se a uma configuração específica em que, ao serem enlaçados quatro círculos – representando os três registros (Real, Simbólico e Imaginário) e o quarto círculo, o "sinthoma" (aqui equivalente ao Nome do Pai) –, a estrutura total é mantida pela interdependência entre esses elementos. No nó borromeano, se qualquer um dos círculos for cortado, todos os outros se soltam. Esse tipo de ligação mútua simboliza a fragilidade e a interconexão dos registros na estrutura neurótica, que depende de um quarto elemento para manter

a estabilidade.

Na neurose, o nó borromeano tem uma particularidade: os três registros – Real (R), Simbólico (S) e Imaginário (I) – não se enlaçam de maneira coesa por si mesmos. É o quarto círculo, que representa o Nome do Pai, ou sinthoma, que entra para completar a amarração e estabilizar o nó, criando a estrutura borromeana. Se este quarto termo for cortado, os três registros se soltam, revelando o "lapso estrutural" que caracteriza a neurose. Assim, o Nome do Pai age como um ponto de amarração necessário para o sujeito neurótico.

Na psicose, a solução encontrada para o "lapso do nó" não é borromeana. Ou seja, na estrutura psicótica, os registros não estão conectados de forma que o corte de um círculo cause a ruptura dos outros. Cada registro ou círculo é mais autônomo e, assim, as soluções na psicose não dependem de um elemento como o Nome do Pai para manter todos os registros juntos. As estruturas psicóticas, portanto, recorrem a outras formas de reparo que não seguem a lógica borromeana, mantendo a estabilidade de maneira diferente da neurose.

No Seminário 23, Lacan distingue duas formas de psicose com base nessa lógica de enodamento: a esquizofrenia e a paranoia. Na esquizofrenia, o enodamento tende a ser mais frágil, o que se manifesta como uma maior dificuldade em organizar a experiência entre os registros. Na paranoia, a amarração é distinta e mais rígida, proporcionando uma coesão própria, que sustenta a estrutura sem recorrer ao Nome do Pai. Esses diferentes modos de organização dos registros evidenciam o tipo de solução que cada estrutura psicótica encontra para a falta do nó borromeano.

No Seminário 23, Lacan explora as estruturas esquizofrênicas e paranoicas a partir das particularidades de como os registros (Imaginário, Simbólico e Real) se conectam – ou deixam de se conectar – em cada tipo de psicose. As diferentes soluções nodais, ou seja, as maneiras pelas quais esses registros são enlaçados, permitem que cada forma de psicose tenha um funcionamento distinto e, portanto, diferentes modos de adaptação à realidade.

Na esquizofrenia, o lapso no enodamento resulta na liberação do registro imaginário, enquanto o

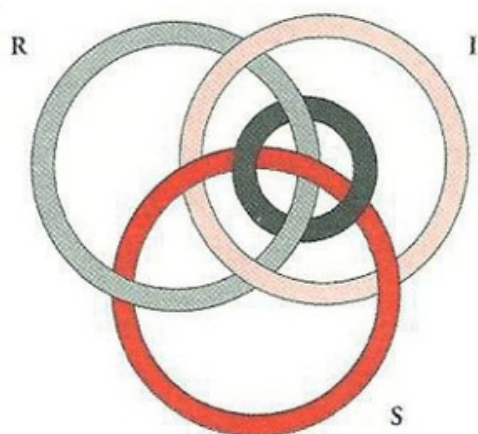
Simbólico e o Real permanecem conectados. Isso gera uma estrutura onde o Imaginário perde o suporte dos demais registros, levando ao que Lacan descreve como um "colapso imaginário". Esse fenômeno ajuda a explicar a fragilidade do ego e as dificuldades na percepção de limites no mundo esquizofrênico, onde as alucinações e a confusão entre realidade e fantasia podem ser frequentes.

O caso de Joyce, que Lacan considera uma psicose esquizofrênica, a liberação do imaginário não ocorre uma vez que ele consegue evitá-lo por meio de uma suplência, de um sinthoma que vai reparar o lapso do nó. Através de sua escrita, Joyce criou um sinthoma que funciona como uma espécie de substituto para o Nome do Pai, uma "suplência" que evita o desencadeamento da psicose. Com seu trabalho literário, Joyce conseguiu construir um ego robusto que, apesar de não ter o suporte do Nome do Pai, permitiu-lhe amarrar os registros e evitar a liberação completa do Imaginário. Assim, ele criou um "Nome Próprio" que dá coesão e consistência ao seu ego, funcionando como uma solução excepcionalmente eficaz.

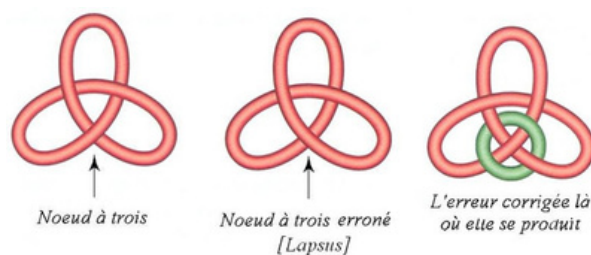
Essa correção feita "no mesmo lugar do lapso" torna-se um sinthoma eficaz, que fecha o Imaginário e estabiliza o sujeito esquizofrênico sem que seja necessário restaurar a estrutura borromeana tradicional. Essa solução, no entanto, é uma entre várias possíveis, ilustrando a diversidade nas manifestações esquizofrênicas e mostrando como cada sujeito pode encontrar um sinthoma próprio para lidar com a falha estrutural do nó.

Na paranoia, a estrutura nodal é significativamente diferente da esquizofrenia. Em vez de uma falha ou "soltura" do nó, como ocorre na esquizofrenia, o nó paranoico é caracterizado por uma excessiva continuidade entre os registros. Neste caso, os registros Simbólico, Imaginário e Real se conectam de uma forma tão estreita que se torna possível transitar de um ao outro sem ruptura, formando uma consistência única. Esse enodamento apertado resulta numa espécie de fusão dos registros, onde o limite entre realidade, linguagem e imaginação é pouco diferenciado, o que explica a rigidez e a fixação em ideias ou crenças que marcam a estrutura paranoica.

Lacan descreve essa amarração específica como um nó de três que, ao contrário do nó borromeano tradicional (que requer quatro elementos para sua estabilidade), sustenta-se pela continuidade entre os registros. Essa configuração única implica que, na paranoia, os registros estão tão interligados que, embora o sujeito tenha uma forte coesão psíquica, esta ocorre sem a necessidade de um quarto termo (como o Nome do Pai na neurose). A passagem contínua entre os registros, sem a necessidade de "fechos" adicionais, cria uma estrutura onde o Real, o Imaginário e o Simbólico são mantidos juntos, mas sem a flexibilidade da estrutura borromeana, o que confere à paranoia uma rigidez e uma unidade particular.



Nó de Joyce sem 23 pág.148



Nó de Joyce sem 23 pág.148

No auge do paradigma Joyce, a psicanálise permite ampliar as possibilidades de entender e tratar as psicoses não desencadeadas, levando em conta que as identificações imaginárias – aquelas que sustentam o sujeito psicótico ao permitir-lhe uma referência estável no Imaginário – representam apenas uma entre várias formas de estabilização possíveis. Isso revela uma diversidade de soluções que cada sujeito psicótico pode desenvolver para lidar com o "lapso do nó", possibilitando uma clínica diferencial das psicoses não desencadeadas. Essa clínica diferencial torna-se fundamental porque cada solução para a psicose não desencadeada envolve dinâmicas e riscos distintos. Por exemplo, o sujeito cuja estrutura psicótica se estabiliza predominantemente por identificações imaginárias corre um tipo de risco específico de desencadeamento, diferente de outro sujeito que conta com soluções que envolvem elementos simbólicos ou realidades criativas, como foi o caso de Joyce. Cada caso exige uma abordagem de análise diferenciada, tanto em termos de técnicas de intervenção quanto em termos de expectativa em relação ao desencadeamento.

Na análise de uma psicose não desencadeada, identificar a natureza da solução nodal que o sujeito encontrou para estabilizar sua estrutura pode ser essencial para evitar desencadeamentos indesejados. Por outro lado, se a estabilização envolve outras formas de sinthomas ou soluções criativas que operam além das identificações imaginárias, o sujeito pode ter mais facilidade para se beneficiar do discurso analítico. Nesses casos, o sujeito é capaz de explorar a fala e os significantes sem colocar em risco a estabilidade psíquica.

Um ponto crítico nesta abordagem é a dificuldade de distinguir entre neurose e psicose não desencadeada, pois as identificações imaginárias do sujeito psicótico não desencadeado podem imitar com perfeição os modos de funcionamento neurótico. Esse é um risco presente na análise, onde a estrutura psicótica pode permanecer velada, aparentando ser uma neurose, o que torna o diagnóstico diferencial um desafio. Mesmo que o sujeito esteja em uma análise sem desencadeamento, ele pode ter encontrado uma forma de estabilização sólida o suficiente para suportar a análise sem risco imediato de desencadear a estrutura psicótica latente.

Assim, o paradigma de Joyce abre novas perspectivas para a compreensão e tratamento da psicose não desencadeada, permitindo uma abordagem clínica que leva em conta a diversidade de soluções nodais. Reconhecer a especificidade de cada estabilização – seja uma solução imaginária, uma criação simbólica, ou uma invenção sinthomática – possibilita que o analista ajuste seu trabalho de forma a respeitar e potencializar as estratégias que o sujeito já encontrou, minimizando riscos do tratamento.

Vou dar como exemplo o caso de um paciente psicótico que atendo há anos, que conseguiu — desde a infância — resolver sua psicose com uma obesidade e uma fobia. Agora ele consulta justamente por causa dessa obesidade e dessa fobia — que são absolutamente rígidas —, mas na verdade a mesma obesidade e a mesma fobia são o que a sustentam.

Do ponto de vista borromeano, o desencadeamento de uma psicose pode ser sutil. Isso exige maior rigor no diagnóstico diferencial, pois casos aparentemente neuróticos podem revelar-se psicóticos. O colapso do imaginário é típico da esquizofrenia, mas outros tipos de psicose apresentam diferentes manifestações.

Cabe ressaltar que a solução não é sempre a metáfora delirante, rara e pouco eficaz, pois não aborda o real. Não se busca induzir o delírio, mas sim explorar diversas soluções possíveis.

“A partir do paradigma de Joyce, então, não se trata de buscar construir a metáfora delirante, não vai tentar ajudar o paciente a delirar. Se o paciente está delirando por conta própria, que o faça, mas a orientação não é incentivar, muito menos forçar, esse tipo de solução.” (Nieves, pág.XX)

Com a perspectiva borromeana, teremos muitas soluções possíveis para o tratamento das psicoses. “Podemos então falar dos “tratamentos possíveis”.

Com a perspectiva borromeana, os tratamentos para psicoses se diversificam. Cada caso exige uma abordagem única, dependendo do registro que se soltou. Se o simbólico se soltou, intervenções no imaginário podem ser mais eficazes, então vamos fazer intervenções do lado do sentido, do lado da consistência etc. Se o imaginário se soltou, o simbólico será o caminho e pela escrita, pela letra etc. Isso abre a perspectiva dos tratamentos possíveis.

Multiplicam-se, assim, as possibilidades de saída que orientarão o tratamento, devendo cada caso ser examinado em sua singularidade, considerando as especificidades de cada psicose e do registro afetado.

Bibliografia:

Lacan, Jacques, O Seminário, livro 23: O sinthoma - Editora Zahar - 2007

Lacan, Jacques, O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente - Editora Zahar - 1999

Lacan, Jacques - Escritos - "De uma questão preliminar..." Editora Zahar - 1998

Dafunchio, Nieves Soria - CONFINES DE LAS PSICOSIS - Editora Del Bucle - 2008

Os desafios no diagnóstico na clínica psicanalítica

Denise Machado

Na clínica psicanalítica, a formulação de um diagnóstico é uma tarefa extremamente singular, complexa e de fundamental importância para a direção do tratamento. No entanto, por mais que se tenham bons parâmetros teóricos para estabelecer uma causalidade psíquica, os efeitos no inconsciente tem um caráter imprevisível.

Aqui serão abordados dois aspectos relevantes que podem interferir na definição de um diagnóstico: o impacto da subjetividade, tanto no discurso do paciente, como na escuta do analista, e a tendência a dar ênfase à sintomatologia que se apresenta no processo analítico.

Ao contrário do DSM, que estabelece uma grande variedade de categorias diagnósticas, com tendências a se multiplicar e estabelecer novos sintomas para cada “distúrbio” separadamente, a psicanálise estabelece apenas três categorias principais de estrutura psíquica: neurose (e suas subcategorias), psicose e perversão. Essa aparente simplificação não significa, de forma nenhuma, uma facilidade ou vantagem para a definição de um diagnóstico.

Na medicina o diagnóstico encontra suporte em diversos métodos, como entrevistas, exames, informações e padrões técnicos para estabelecer a causa de uma patologia, seu prognóstico e tratamento. Diferentemente de uma avaliação médica, na clínica psicanalítica essa avaliação é

bastante complexa e a única técnica de investigação é a escuta do analista. De acordo com Fink:

“por mais sofisticada que seja a nossa compreensão teórica dessas estruturas, determinar qual mecanismo está em ação, no caso de um paciente individual, ainda é uma questão que exige enorme dose de experiência e habilidade clínicas. [...] A forclusão, assim como o recalçamento, não é algo que o clínico possa “ver” diretamente, não está disponível à percepção. Ela deve ser inferida do material clínico apresentado aos analistas e no que eles conseguem provocar.” (Fink, 2018, p. 89)

As entrevistas iniciais devem fornecer uma visão geral da história do paciente, esclarecer pontos cruciais e possibilitar ao analista, o mais breve possível, formular um diagnóstico preliminar, objetivando orientar a posição do analista na transferência e na direção do tratamento. No entanto, em função da complexidade desse processo, esse diagnóstico geral estará sujeito a uma revisão no decorrer da análise, para evitar possíveis consequências indesejáveis no processo analítico.

No que se refere à subjetividade no discurso do paciente, Dor ressalta que:

“esse espaço de palavra está saturado de “mentira” e tem o imaginário como parasita. De fato, é o lugar onde vem se exprimir o desdobramento fantasmático; é também aquele em que o sujeito dá testemunho de sua própria cegueira, já que não sabe realmente o que diz através do que enuncia, do ponto de vista da verdade do seu desejo, do ponto de vista, então daquilo que subtece o sintoma em seu trans vestimento”. (Dor, 1991, p. 14)

de pacientes com histeria, Freud identificou que os sintomas físicos sem causa orgânica aparente estavam ligados a conflitos psíquicos inconscientes. Nesse momento dos estudos sobre a histeria as bases da teoria psicanalítica sobre o funcionamento da mente começam a ser construídos com um olhar diferente da ciência de até então.

Freud revolucionou o tratamento dos pacientes ao enfatizar a escuta. Aprendeu com as histéricas que o saber não estava previamente estabelecido no analista, mas precisava ser construído. O sintoma histerico é uma expressão metafórica do desejo, portando uma mensagem que vai além da classificação e medicalização. A psicanálise considera a fala como um sintoma do sujeito, e o analista deve escutá-la para além do conteúdo manifesto, buscando compreender a posição do sujeito em relação ao seu desejo e à falta.

Diagnóstico e Direção do Tratamento

O diagnóstico em psicanálise serve como baliza para a direção do tratamento, fundamentado na dialética do desejo expressa na fala do sujeito. Lacan, no Seminário 5, afirma que o que importa é a posição do sujeito em relação ao que ele diz. Portanto, o foco está no dizer, não apenas no conteúdo do dito. A ética na psicanálise permeia todo o processo, desde as entrevistas preliminares até o manejo do tempo das sessões e o corte, facilitando a emergência do sujeito do inconsciente e a possibilidade de questionamento sobre o próprio desejo. A psicanálise considera a fala como um sintoma do sujeito,

Tudo já se inicia nas entrevistas preliminares, é a partir de um ponto na fala do sujeito que esse pode realocar a sua queixa e dirigi-la ao analista. Quando a suposição de saber se instaura o terreno se torna-se fértil para a transferência e todas as asperezas da resistência; estabelecidas as condições independentes do tempo (mas não sem levá-lo em conta) o trabalho de escuta opera para a consecução do diagnóstico não como um objetivo, mas como um norte. Importa ressaltar que o diagnóstico é feito sob transferência.

Destaca-se que a experiência do analista conta, mas com certa relatividade, já que a sapiência adquirida com a prática e com estudo de casos é empre da ordem do particular. Na Conferência em Genebra sobre o Sintoma, ele ressalta o que Freud já tinha assinalado sobre a posição do

analista em relação a sua escuta,

"Freud [...] Gostaria que escutássemos, se vocês me permitem a expressão, com total independência a respeito de todos os conhecimentos adquiridos por nós, que sentíssemos o que temos a ver, a saber, a particularidade do caso. É muito difícil, porque o próprio da experiência é evidentemente preparar categorias. É muito difícil para nós analistas, homens e mulheres, com experiência, não julgar um caso que está começando a funcionar e elaborar sua análise, sem lembrar em relação a ele outros casos." (Lacan, Conferência em Genebra, pag.5)

Lacan ao explorar a relação entre o sintoma e o diagnóstico no seminário 23 nos mostra a importância de entender o sintoma como uma formação singular e única de cada sujeito. Ao adotar essa perspectiva, o psicanalista é instado a atentar cuidadosamente para as expressões do sintoma, reconhecendo-o não apenas como um fenômeno a ser decifrado, mas como uma estrutura fundamental que sustenta a subjetividade do indivíduo.

Considerações Finais

O diagnóstico em psicanálise transcende a classificação de sintomas, focalizando-se na singularidade de cada sujeito e na estrutura subjacente que molda sua relação com o desejo e a falta. Diferentemente da abordagem psiquiátrica tradicional, que busca categorizar e eliminar sintomas, a psicanálise valoriza o sintoma como uma manifestação significativa da realidade psíquica do indivíduo. A escuta atenta do analista, desde as entrevistas preliminares, é fundamental para apreender a posição do sujeito em relação ao seu discurso, permitindo que o diagnóstico emergja como uma construção compartilhada no contexto transferencial. Assim, o diagnóstico psicanalítico não é um fim em si mesmo, mas um guia que orienta a direção do tratamento, respeitando a complexidade e a particularidade de cada caso.

Referências

FREUD, S. (1916/1917). "O sentido dos sintomas". In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago.

lacaniana. Tradução: Vera Ribeiro. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

FINK, Bruce. Fundamentos da técnica psicanalítica: uma abordagem lacaniana para praticantes. Tradução: Carolina Luchetta e Beatriz Aratangy Berger. São Paulo: Blucher, 2017.

SAFATLE, Vladimir. Introdução a Jacques Lacan. 4 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2024.

Relação entre o Diagnóstico e os sintomas em Psicanálise

Isis Mendes

Este artigo apresenta considerações sobre o diagnóstico em psicanálise, com ênfase em seu histórico relacionado às manifestações histéricas e ao sintoma.

Significado de Diagnóstico

De acordo com o Dicionário Aurélio, diagnóstico é o "conhecimento ou determinação de uma doença pelo(s) sintoma(s) e/ou mediante exames diversos". Essa definição está alinhada com a prática clínica médica, onde o sintoma é fundamental para identificar a doença.

Diagnóstico na Psiquiatria e na Psicanálise

Para ilustrar a diferença entre o diagnóstico na psiquiatria e na psicanálise, relato uma experiência pessoal. Há alguns anos, assisti a uma palestra de um psiquiatra sobre Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Ele apresentou uma lista de aproximadamente nove sintomas associados ao transtorno e afirmou que, se uma criança apresentasse pelo menos seis desses sintomas, poderia ser diagnosticada com TDAH. Isso demonstra que a clínica psiquiátrica prioriza o sintoma, utilizando-o para direcionar o tratamento visando sua eliminação.

Em contrapartida, na psicanálise, o sintoma, enquanto fenômeno, não conduz diretamente ao diagnóstico. Com Lacan, o sintoma perde seu caráter exclusivamente mórbido, sendo considerado uma estrutura que conecta os três registros: Real, Simbólico e Imaginário.

Escuta Psicanalítica e Estruturas Clínicas

Na prática psicanalítica, durante as entrevistas preliminares, o analista deve estar atento à fala do sujeito. Para um diagnóstico baseado nas estruturas clínicas, é necessário compreender a posição do sujeito em relação ao seu desejo e como ele lida com a falta inerente à condição humana. Freud,

em "O sentido dos sintomas", afirma que "os sintomas têm um sentido e se relacionam com as experiências do paciente" (Freud, 1916/1917, p. 305). Ele destaca que os sintomas neuróticos possuem significado e estão conectados à vida do paciente, alertando para os sintomas "típicos" que orientam o diagnóstico, especialmente na histeria, onde muitos sintomas se manifestam corporalmente.

Evolução Histórica do Entendimento da Histeria

Historicamente, há registros de quadros histéricos em papiros egípcios de 4000 anos atrás, descrevendo mulheres com paralisia nos membros. Na antiguidade, atribuíam-se a causa da histeria a fatores orgânicos, como um útero deslocado devido à ausência de relações sexuais. Tratamentos incluíam casamento, coito e inalações de substâncias para reposicionar o útero.

No final da Idade Média, a teologia passou a interpretar manifestações histéricas como possessões divinas ou demoníacas. Um manual de diagnóstico para bruxas, o "Malleus Maleficarum" (1486), orientava na identificação e confissão de supostas bruxas, associando sintomas como convulsões e manchas no corpo à bruxaria.

Posteriormente, no século XVIII, o termo neurose foi introduzido, associando a histeria a distúrbios nervosos do cérebro. A corrente organicista via a histeria como um distúrbio funcional, enquanto a psicogênese a relacionava à desordem de múltiplas personalidades. Atualmente, o diagnóstico é conhecido como transtorno dissociativo ou conversivo.

A Contribuição de Freud e a Escuta Psicanalítica

Os estudos de Sigmund Freud sobre os sintomas histéricos foram fundamentais para o desenvolvimento da psicanálise. Através da análise

de pacientes com histeria, Freud identificou que os sintomas físicos sem causa orgânica aparente estavam ligados a conflitos psíquicos inconscientes. Nesse momento dos estudos sobre a histeria as bases da teoria psicanalítica sobre o funcionamento da mente começam a ser construídos com um olhar diferente da ciência de até então.

Freud revolucionou o tratamento dos pacientes ao enfatizar a escuta. Aprendeu com as histéricas que o saber não estava previamente estabelecido no analista, mas precisava ser construído. O sintoma histérico é uma expressão metafórica do desejo, portando uma mensagem que vai além da classificação e medicalização. A psicanálise considera a fala como um sintoma do sujeito, e o analista deve escutá-la para além do conteúdo manifesto, buscando compreender a posição do sujeito em relação ao seu desejo e à falta.

Diagnóstico e Direção do Tratamento

O diagnóstico em psicanálise serve como baliza para a direção do tratamento, fundamentado na dialética do desejo expressa na fala do sujeito. Lacan, no Seminário 5, afirma que o que importa é a posição do sujeito em relação ao que ele diz. Portanto, o foco está no dizer, não apenas no conteúdo do dito. A ética na psicanálise permeia todo o processo, desde as entrevistas preliminares até o manejo do tempo das sessões e o corte, facilitando a emergência do sujeito do inconsciente e a possibilidade de questionamento sobre o próprio desejo. A psicanálise considera a fala como um sintoma do sujeito,

Tudo já se inicia nas entrevistas preliminares, é a partir de um ponto na fala do sujeito que esse pode realocar a sua queixa e dirigi-la ao analista. Quando a suposição de saber se instaura o terreno se torna-se fértil para a transferência e todas as asperezas da resistência; estabelecidas as condições independentes do tempo (mas não sem levá-lo em conta) o trabalho de escuta opera para a consecução do diagnóstico não como um objetivo, mas como um norte. Importa ressaltar que o diagnóstico é feito sob transferência.

Destaca-se que a experiência do analista conta, mas com certa relatividade, já que a sapiência adquirida com a prática e com estudo de casos é sempre da ordem do particular. Na Conferência em Genebra sobre o Sintoma, ele resalta o que

Freud já tinha assinalado sobre a posição do analista em relação a sua escuta,

"Freud [...] Gostaria que escutássemos, se vocês me permitem a expressão, com total independência a respeito de todos os conhecimentos adquiridos por nós, que sentíssemos o que temos a ver, a saber, a particularidade do caso. É muito difícil, porque o próprio da experiência é evidentemente preparar categorias. É muito difícil para nós analistas, homens e mulheres, com experiência, não julgar um caso que está começando a funcionar e elaborar sua análise, sem lembrar em relação a ele outros casos." (pag.5)

Lacan ao explorar a relação entre o sintoma e o diagnóstico no seminário 23 nos mostra a importância de entender o sintoma como uma formação singular e única de cada sujeito. Ao adotar essa perspectiva, o psicanalista é instado a atentar cuidadosamente para as expressões do sintoma, reconhecendo-o não apenas como um fenômeno a ser decifrado, mas como uma estrutura fundamental que sustenta a subjetividade do indivíduo.

Considerações Finais

O diagnóstico em psicanálise transcende a classificação de sintomas, focalizando-se na singularidade de cada sujeito e na estrutura subjacente que molda sua relação com o desejo e a falta. Diferentemente da abordagem psiquiátrica tradicional, que busca categorizar e eliminar sintomas, a psicanálise valoriza o sintoma como uma manifestação significativa da realidade psíquica do indivíduo. A escuta atenta do analista, desde as entrevistas preliminares, é fundamental para apreender a posição do sujeito em relação ao seu discurso, permitindo que o diagnóstico emergja como uma construção compartilhada no contexto transferencial. Assim, o diagnóstico psicanalítico não é um fim em si mesmo, mas um guia que orienta a direção do tratamento, respeitando a complexidade e a particularidade de cada caso.

Referências

LACAN, J. (1957-1958). O Seminário, Livro 5: As Formações do Inconsciente. Rio de Janeiro: Zahar.
LACAN, J. (1975/1976). O Seminário, Livro 23: o Sinthoma. 1ª Ed. - Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
<https://campopsicanalitico.com.br/conferencia-em-genebra-sobre-o-sintoma/>

Diagnóstico diferencial e a estrutura perversa: alguns apontamentos.

Marcos Chaves

Compartilho com vocês neste texto, a minha experiência clínica profissional com a Psicanálise, o Diagnóstico Diferencial e mais recentemente com a Estrutura Psíquica Perversa.

A opção pela psicanálise é uma escolha que vai em direção oposta ao que está em alta no diagnóstico e tratamento das doenças psíquicas - o diagnóstico das fenomenologias das doenças psíquicas - para buscar as suas causalidades psíquicas, a partir do Diagnóstico Estrutural.

Em minha trajetória, trago a experiência em clínicas de psicologia, onde o DSM é o grande direcionador de diagnósticos, e a psicologia por vezes se coloca a serviço da Psiquiatria e seus encaminhamentos. Os famosos códigos da doença definidos pelo DSM IO. Ainda assim, sempre procurei sustentar a ética psicanalítica no setting analítico.

O DSM (Manual de Diagnósticos da Psiquiatria), é um documento que serve para padronizar os critérios de diagnóstico de doenças mentais e emoções. Ele foi criado pela APA (Associação Americana de Psiquiatria). É um documento importante para nos localizar nos diagnósticos e na intersecção da psiquiatria, no entanto, não será o nosso "padrão normativo pra diagnósticos", antes pelo contrário, a escuta analítica foge a norma, e é subjetiva, ou seja, cada sujeito é um! Esta é a nossa especificidade: a escuta subjetiva!

A escuta psicanalítica e o Diagnóstico Diferencial passa pela posição do sujeito na linguagem e no desejo do Outro. A psicanálise lacaniana é uma análise de linguagem. Trabalhamos direto com a linguagem e seus significantes. Mas a questão central para a definição da estrutura psíquica, é como cada sujeito lida com a castração e a falta, isto é o que será decisivo para fundamentar um

diagnóstico diferencial e estrutural que possibilitará traçar uma direção de tratamento, seja qual estrutura for: neurose, psicose e perversão. A entrada na Linguagem marca um momento de estruturação para o sujeito.

Em todo meu processo de formação em Psicologia e depois em Psicanálise, sempre ouvi uma certa fala de que das estruturas acima, neurose e psicose compareciam na clínica psicanalítica, no entanto, a única estrutura que não comparecia na clínica psicanalítica, seria o sujeito de estrutura perversa, porque o sujeito perverso não apresenta demanda e ou implicação em seus processos subjetivos.

Tabú, que o sujeito perverso não comparece à clínica. Logo ao chegar na clínica Laços, me foi apresentado o texto do psicanalista Luis Izcovich "A perversão e Psicanálise" e na primeira supervisão de caso que participei com Izcovich foi apresentado pela colega Maria Eugênia, um estudo de caso clínico de perversão. Temos aí um outro olhar para a estrutura perversa e seus enodos a resolver.

Segundo Izcovich, "o termo perversão é utilizado na linguagem corrente para designar fenômenos diversos no campo da clínica psiquiátrica, mas como uma extensão que ultrapassa as definições dadas pela psiquiatria. Seu uso corrente é equivalente a tudo que possa parecer fora da norma"

Me parece que é deste uso corrente, que vem esta interpretação tabú e até mesmo clichê de que o perverso é o que burla a norma sem que isso lhe gere qualquer sentimento, angústia ou consequências. Equívoco: se o sujeito está em sociedade, submetido à norma e à linguagem e não a aceita, ou subverte, ou mascara, isto trará enodos subjetivos e consequências na manutenção do laço social. E isto é o que levará o sujeito para análise.

Devido a interpretação de que a neurose é o negativo da perversão, e é, a estrutura perversa acaba sendo olhada como aquela que não apresenta problemas subjetivos e questões a resolver. Um olhar neurótico sobre a perversão. Confunde-se estrutura perversa com perversidade. Sobre isso, Cristian Dunker tem um vídeo em seu canal de Youtube Falando nisso “Qual a diferença entre perversão e perversidade” que nos ajudar a promover esta separação. Traços de perversidade é uma coisa e estrutura perversa é outra coisa, que tem a ver com a posição do sujeito na linguagem.

“Desde o início, o uso corrente do termo perversão desvirtua a especificidade do que Freud pensou em relação à perversão como um desvio, mas unicamente relativo à esfera da sexualidade. Em nenhum caso se trata, para ele, de conceber a perversão como transgressão de um comportamento ou como um desvio em relação à lei. Em Freud está claro, perversão concerne unicamente a desvio sexual”³

Na perspectiva freudiana, esta aí o olhar específico para a posição sexual do sujeito na definição de uma estrutura psíquica. Há de escutar com cuidado e atenção como o sujeito aparece nesta posição sexual. Na perspectiva Lacaniana, a definição de Lacan no seminário “De um outro ao Outro”⁴ que não é das primeiras com relação à perversão, e na qual ele pondera o seguinte:

“a perversão é a estrutura do sujeito para quem a referência da castração, isto é, o fato de a mulher se distinguir por não ter o falo, é tamponada, mascarada, preenchida”⁵

Ai entra em cena outro elemento aliado da perversão: o fetiche. O que entra no lugar do objeto suposto faltar. Segundo Izcovich, o que se trata de ver nessa referência é que ela retoma a tese de Freud

“a tese que ele mantém, ao longo de toda a sua obra, é a de estabelecer uma afinidade entre a perversão e o fetichismo. A conjunção entre perversão e fetichismo sugere a idéia de uma escolha inconsciente do sujeito, segundo a qual o fetiche é um substituto do falo que falta na mãe. Dito de outro modo, a criança acreditou, em dado momento na existência do falo da mãe.”⁶

Aqui está a questão mais central na definição de

uma estrutura perversa: o sujeito que não aceitou que a mãe é castrada, e elege um objeto para mascarar e tamponar o objeto suposto faltar: o falo! Para o sujeito ‘futuro perverso’ é um horror ter que lidar com essa frustração da falta do falo da mãe, algo que ele de fato acreditou que houvesse. Nesta direção, o que Luiz traz para a definição de um futuro perverso, ajuda também a olhar a posição do sujeito em relação à falta para definir as outras estruturas também.

“A primeira reação do sujeito futuro perverso é que diante da experiência da falta no Outro primordial - encarado essencialmente pela mãe - emerge um afeto, o horror perante o que o sujeito supunha como existente. Trata-se de uma reação geral no sentido em que concerne a todo sujeito, e não unicamente ao sujeito perverso. Ela fica particularmente escondida, sem deixar rastros na lembrança. A reação só é dedutível a partir dos efeitos na estruturação do sujeito: portanto a especificidade da perversão, segundo esta concepção é relativa aos efeitos perante essa reação”⁷

Referências:

1-IZCOVICH, Luis. “A perversão e a psicanálise”. Tradução: Paulo Sérgio de Souza Júnior – São Paulo: Aller Editora, 2019. p.35.

2-<https://youtu.be/WpWWsTJxhjQ?si=IhVkfllINixjgWYO>

3-IZCOVICH, Luis. “A perversão e a psicanálise”. Tradução: Paulo Sérgio de Souza Júnior – São Paulo: Aller Editora, 2019. p.35.

4-LACAN, Jacques. “O seminário, livro 16 “De um Outro ao outro”. [tradução Vera Ribeiro; preparação de textos André Telles; versão final Angelina Harari e Jésus Santiago]. – Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

5-IZCOVICH, Luis. Idem. p.36.

6-IZCOVICH, Luis. Idem. p.36.

7-IZCOVICH, Luis. Ibidem. p.37.

8-IZCOVICH, Luis. Ibidem. p.35

9-IZCOVICH, Luis. Ibidem. p.37

10-IZCOVICH, Luis. Ibidem. p.38

Urgência diagnóstica

Ana Maria Carnevale

“Diagnosticar é fazer o caso singular entrar em uma espécie geral” (Soler, C. 2018, p. 36)

Incio esta escrita com um pensamento que sempre me trouxe uma interrogação, a partir da fala de uma paciente, que à época era estudante de psicologia e, fazia estágio clínico em sua universidade. Segundo esta paciente, sua supervisora exigia que o diagnóstico dos atendimentos realizados por seus estagiários, fossem dados até a terceira entrevista, caso contrário, a supervisora dizia que eles não estavam sabendo ouvir o paciente, que um diagnóstico não podia demorar a ser feito.

Sempre me interroguei sobre a urgência que alguns psicanalistas têm em fazer um diagnóstico. É certo que o diagnóstico tem sua importância para a direção do tratamento, entretanto, sua urgência, não me parece crucial. Antes, é necessário sim, estar ali para ouvir o texto do paciente, o que ele tem a dizer e, a partir de uma escuta atenta, poder construir o diagnóstico que o auxiliará na direção do tratamento. FINK, B., já nos convoca a pensar que

“os lacanianos nem sempre são capazes de um diagnóstico preciso imediato... às vezes é necessário um período bastante longo para que se consiga discernir os mecanismos mais básicos da economia psíquica de uma pessoa.” (FINK, B. Introdução Clínica à Psicanálise Lacaniana, 2018, p. 87)

Desse modo, é considerável que, a partir de sua escuta, o psicanalista possa fazer uma hipótese diagnóstica, que vá lhe orientando para um possível diagnóstico e o encaminhe melhor para a direção do tratamento.

Faço aqui um parêntese: E em pensando em tempos modernos, me recordo de Chaplin e da expectativa de Modern Times (1936), do autor. Como um rebanho, seguem os homens, sem ao

menos darem-se conta disto. Vão seguindo, vão indo, sem muitos questionamentos, como que robotizados, enfileirados, manipulados, desgastados pelo próprio nonsense que cada um para si coloca. Os homens entram em seu local de trabalho, em determinada hora. Saem também em hora determinada, demarcada. Vão e vêm. Todos os dias da mesma forma. Há um grande Outro que observa, que demarca, que marca as horas. É de um tempo que não se pode perder nem um instante. Modern Times nos coloca diante de algumas questões sociais das quais não podemos nos esquecer e as quais nos fazem repensar quem de fato somos e qual o nosso desejo. A psicanálise nos encaminha para o pensamento de que somos para além de um rebanho, de uma massa amorfa, somos sujeitos de desejo e é este desejo que nos movimenta. Fecho aqui este parêntese, dizendo que eu não poderia deixar à margem o que de fato se coloca presente para os sujeitos: poder fazer algo com seu sintoma.

Partindo da fala de Soler, C, 2018, em que ela concorda com Foucault, M. 2011, em O Nascimento da Clínica, quando de seu escrito sobre a psiquiatria, que compõe a epígrafe deste escrito. Coaduno desta ideia, melhor dizendo, é preciso que tenhamos um cuidado quanto ao diagnóstico, para não incorrerem no equívoco de uma escuta qualquer, feita como diz o ditado, “a toque de caixa”, o que certamente poderia comprometer o tratamento.

Além disso, sabemos que o diagnóstico é feito sob transferência e da transferência, é necessário escutar o texto trazido pelo paciente, sua posição subjetiva, para aí sim, poder fazer um diagnóstico que melhor nos oriente (a nós analistas), à condução do tratamento. Digo condução, não no sentido de conduzir o paciente, pois não é isso que fazemos, mas sim, no sentido de nos orientarmos à direção do tratamento. Como bem nos diz Lacan, “O psicanalista certamente dirige o tratamento. O primeiro princípio desse

tratamento... que ele encontra por toda parte de sua formação... é o de que não deve de modo algum, dirigir o paciente.” (Lacan, J. 1998, Escritos, pag. 592).

Fink, B., nos elucida bem e de modo claro, quanto à questão diagnóstica, ele diz:

“O diagnóstico, do ponto de vista lacaniano, não é uma simples questão de preencher papelada rotineira e superficial... ele é crucial para determinar a abordagem geral do terapeuta no tratamento de um paciente individual, para situá-lo corretamente na transferência e para que o terapeuta faça tipos específicos de intervenções.” (FINK, B. Introdução Clínica à Psicanálise Lacaniana, 2018, p. 87)

Pensando com Fink temos o entendimento de que um diagnóstico em psicanálise, é muito mais do que burocracia e classificação nosológica, em que os pacientes são classificados de modo geral para que a condução do tratamento se dê de igual modo a todos, bastando para tanto, haver um diagnóstico, logo haverá um único modo de direção. Sabemos que a psicanálise trata o sujeito um a um e, ainda que tenhamos uma clareza quanto ao diagnóstico, a condução do tratamento, se dá nesse um a um, na transferência.

Refém da urgência é o homem moderno. O ditado popular diz: “não deixe para amanhã o que você pode fazer hoje”. Perguntemo-nos: o que não pode ser deixado para depois nos tempos modernos? O que de tão urgente se faz? Poderíamos dar várias saídas lógicas para estes questionamentos. Mas a inquietante pergunta não possui resposta, é de um Real, de um impossível que está colocado para todo sujeito de linguagem. Talvez por isto o incessante desejo de que não haja tempo que demarque o depois, o fim. Mas é também um desejo que aprisiona o sujeito, deixando-o refém de seus próprios significantes, que deslizam, mas que retornam e que o recolocam diante de uma cena por ele já vivida, entretanto recalçada. Por ser sujeito de linguagem, o sujeito é cindido. Há para ele uma representação que fica recalçada, ou seja, que é afastada da consciência e mantida à distância, como se fosse necessário protegê-lo. Então, o sujeito não é livre, pois não é completo, está sempre em um movimento de retorno para tentar dar conta daquilo que não sabe.

É com a repetição que o sujeito tenta dominar e

integrar em sua organização simbólica o acontecimento recalçado, isto é, é com a repetição que o sujeito tenta reduzir a intensidade do acontecimento dito traumático. Mas, como isto

não é possível, ele se mantém sempre repetindo.

Para Lacan (1992), a repetição está ligada ao gozo, o sujeito repete sem saber o que o mantém na repetição. Em psicanálise, não tomamos o gozo como prazer, mas como algo que mantém o sujeito atado à cena. O sujeito permanece atado, mas a repetição que se dá não é a mesma, posto que não se trata de reprodução do mesmo, mas sim de que a repetição traz consigo a busca de um reencontro que nunca se dá, por isto, a repetição voltada para fazer surgir o que não se tem mais está fadada ao fracasso. Remetendo-nos à ideia de que “o funcionamento da cadeia dos significantes, na qual o sujeito precisa se reconhecer como tal e facilitar o caminho de sua palavra, repousa na operação da repetição” (CHEMANA, 1995, p. 191-192). Isto porque no funcionamento da estrutura da linguagem, os significantes sempre retornam, posto que, dependem de um significante original, desaparecido.

Para a manutenção do sujeito do inconsciente, é, portanto, necessário que haja o recalque, posto que o material inconsciente não é acessado pelo sujeito diretamente, se o fosse, não permitiria a integridade do próprio sujeito. Por isso é necessário ‘um dispêndio persistente de força’, pois é preciso que o sujeito se mantenha organizado psiquicamente. Assim, o que permanece para o sujeito é sempre um enigma e então ele não pode ser tomado como livre nem como origem em si mesmo.

Assim é que, em sendo apenas imaginariamente livre, o sujeito se mantém em uma busca incessante, confundindo-se a todo instante, buscando com urgência (como se não tivesse muito tempo) dar conta daquilo que não sabe. E assim o é para a questão diagnóstica, é crucial uma escuta via transferência, desse inconsciente que revela ao sujeito aquilo que ele ainda desconhece. Mas paremos um pouco e nos atentemos para a premência do diagnóstico. É muito mais urgente uma escuta singular do sujeito, pois aí sim, caminharemos para um melhor traçado do diagnóstico que nos levará à direção do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHEMAMA, R. (org.) Dicionário de Psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

FINK, B. Introdução Clínica à Psicanálise Lacaniana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2018

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. São Paulo: Forense Universitária. 1963.

LACAN, J. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. O Seminário, Livro 8, A Transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, [1960-1961] 1992.

SOLER, C. A Querela dos Diagnósticos. São Paulo: Blucher, 2018.

Referência Fílmica

Modern Times. Direção: Charles Chaplin, Produção: Charles Chaplin, EUA, 1936.

Ana Maria Carnevale

Psicanalista

Pós-Doc – USP

Pós-Doc – UFF

Doutora em Letras – Universidade Federal Fluminense

Mestre em Ciência da Arte – Universidade Federal Fluminense

Psicóloga – Universidade Gama Filho

Uma outra lógica

Fernanda N. van Erven

A psicanálise funciona em uma lógica diferente da medicina, e por esse motivo a maneira de abordar o diagnóstico se distingue. A medicina realiza o diagnóstico a partir da categorização dos sintomas observáveis. Partem do pressuposto de que os sintomas possuem suas origens em fatores somáticos, logo buscam explicações fisiológicas para compreendê-los. O objetivo do tratamento se baseia na busca de respostas com o intuito de produzir uma remissão dos sintomas aparentes. Desse modo, o diagnóstico em medicina não é estrutural como para a psicanálise, e sim pontual, podendo ser algo que mudará com o tempo.

A teoria psicanalítica promove uma subversão que vai na contramão da lógica racional. Por esse motivo, o diagnóstico na psicanálise é feito através da escuta do discurso do sujeito, com intuito de identificar qual é a posição deste em relação à linguagem. O modo como o sujeito se posiciona na linguagem diz respeito a sua estrutura, que uma vez constituída, não muda.

O objetivo do trabalho analítico não é a remissão do sintoma. A psicanálise entende o sintoma como uma solução de compromisso fundamental para o sujeito, sendo ele mesmo o responsável por amarrar a estrutura. Desse modo, o que se busca em um percurso de análise é que o sujeito estando avisado, possa se apropriar de seu sintoma e reescrevê-lo, diminuindo assim o sofrimento até então articulado a ele.

O mal-estar para a psicanálise é de estrutura, ou seja, é próprio a nossa condição de sermos seres de linguagem. Portanto, o diagnóstico é uma ferramenta que serve exclusivamente ao analista. É de extrema importância escutar o sujeito levando em conta a questão diagnóstica, uma vez que a direção clínica e a função do analista mudam frente às diferentes estruturas. Enquanto o trabalho

com o neurótico vai em direção de algo da ordem da desconstrução, o trabalho com a psicose exige algo da ordem da construção.

No texto "A perda de realidade na neurose e na psicose" de 1924, Freud busca refletir sobre a neurose e psicose, entendendo as mesmas, como modos diferentes de responder frente à impossibilidade própria ao ser humano de acessar o que seria da ordem da realidade toda. A perda de realidade se coloca tanto para a neurose, quanto para a psicose, porém de maneiras distintas. Freud expõe essa diferença dizendo que na neurose o Eu recalca uma parte do Isso, enquanto o Eu na psicose estaria a serviço do Isso, e por esse motivo, se afastaria da realidade. Porém as duas buscam, em um segundo momento e de maneira distinta, compensar essa perda.

A resposta do sujeito neurótico frente ao conflito entre o Eu e o Isso se dá pelo recalque secundário, ou seja, uma parte da vida pulsional é recalçada. O efeito do recalque secundário é o sintoma. O sintoma é um recurso simbólico que apenas se coloca como uma possibilidade devido ao fato do sujeito neurótico dispor do significativo do Nome-do-Pai, isto é, da metáfora paterna. A principal função do sintoma é estabelecer uma solução de compromisso para o conflito entre o Eu e o Isso. Entretanto, ele não dá conta, tem uma parte do Isso que escapa. O fantasma é o que se apresenta para dar conta dessa parte, algo da ordem do real e da vida pulsional, que insiste. Desse modo, podemos pensar o fantasma como algo que recobre, que faz mediação/anteparo, uma janela para o real. O sujeito neurótico conta com recursos simbólicos para lidar com o real (com a perda de realidade, para Freud).

Na psicose, a situação se desenrola de outro modo. Ao invés do recalque originário o que acontece é a forclusão. A forclusão do significativo Nome-do-Pai retira do sujeito psicótico a possibilidade de contar com o recurso

simbólico da metáfora, que daria a ele um lugar no campo do Outro. O que não se completa na psicose é a ascensão à ordem simbólica, fazendo com que a relação do sujeito com a linguagem seja intermediada pelo real, e não pelo simbólico. Dito de outro modo, tudo o que é recusado na ordem simbólica, retorna desde fora, no real. Segundo Freud, o psicótico recusa a realidade e depois busca substituí-la. O segundo momento seria uma tentativa de reparar o primeiro, ou seja, após recusar a entrada no simbólico, o sujeito psicótico buscar recriá-la através do delírio. O efeito da perda de realidade na psicose é a construção de um delírio. É por meio dele que pode ocorrer um tratamento das pulsões e do gozo mortífero, ou seja, o delírio é a maneira que a estrutura psicótica dispõe para lidar com o real.

Ao final de seu ensino Lacan começa a trabalhar a partir da topologia e com isso cria uma nova forma de se pensar a clínica. Forma essa que permite uma leitura mais singular, que independe da estrutura clínica. O autor chega à conclusão de que os três registros – real, simbólico e imaginário – não se encontram enodados de saída, por natureza. Essa hipótese diz respeito à premissa de que somos seres faltosos (falta-a-ser), isto é, não possuímos essência alguma a priori, sendo essa a condição intrínseca à estrutura.

Lacan segue dizendo que, diante a esse lugar vazio, por estrutura, cada sujeito vai precisar fazer algum movimento para que o enodamento dos registros se dê. A partir disso, a questão do Nome-do-Pai deixa de ser central e se pluraliza. O Nome-do-Pai passa a ser apenas mais uma dentre as possíveis amarrações que um sujeito pode fazer. Para que o que ocorra o enodamento dos três registros é preciso de um quarto termo. Esse quarto termo é algo que precisa ser forjado pelo sujeito, um artifício que opera com o real, que serve justamente para lidar com isso que é da ordem da impossibilidade. Esse quarto termo é nomeado por Lacan como Sinthoma. O Sinthoma seria essa solução singular encontrada por cada sujeito, que possibilita certo tratamento do gozo, ao mesmo tempo em que promove algum anteparo ao real.

Com a construção da clínica dos nós, referida à topologia, podemos afirmar que Lacan cria o analista para as psicoses. A direção clínica para esse analista é acompanhar o sujeito psicótico em suas construções delirantes, supondo e dando lugar ao

seu saber, na aposta de que algo da ordem de uma invenção (metáfora delirante) possa se dar. Essa invenção, que é sempre singular de cada sujeito, se configuraria como um Sinthoma, ou seja, como isso que dá um lugar e um nome ao sujeito, na medida em que possibilita certa extração do gozo mortífero e media a relação com o real, amarrando os três registros. A invenção de um Sinthoma serve para o sujeito psicótico como uma suplência a função paterna, isto é, uma outra maneira de lidar com o que é da ordem do gozo e do real, que abre a possibilidade de uma estabilização.

Referências

FREUD, Sigmund - A perda de realidade na neurose e na psicose (1924)

FREUD, Sigmund - O Eu e o Isso (1923)

Entre Palavras e Silêncios: Navegando pelo Diagnóstico Diferencial Lacaniano.

— Stefânia Pimentel —

Fazer diagnósticos diferenciais na psicanálise lacaniana não é como encaixar peças de um quebra-cabeça: é mais como escrever um poema, onde cada verso revela uma nuance que, às vezes, só ganha sentido ao longo de muitas sessões.

O que Lacan nos propõe com as estruturas – neurose, psicose e perversão – é enxergar a organização psíquica a partir de como o sujeito responde à falta, ao desejo e à Lei. E aqui, o analista é um ouvinte atento aos ecos desse universo singular.

Começemos pela neurose. Ah, o neurótico esse sujeito que cria uma dança em torno da castração! Ele reconhece o limite, mas vive na tentativa de contorná-lo, movendo-se entre desejo e interdição. Como bem discute Calligaris, o neurótico faz desse vazio uma trilha onde ora desponta um sintoma histérico, ora um ritual obsessivo, mas sempre com a pergunta latente: "O que o Outro quer de mim?" Nesse diagnóstico, a transferência é reveladora: o neurótico nos coloca no lugar de "sujeito suposto saber", como se fôssemos o fio que o conduz ao sentido perdido.

Já o psicótico não tem esse fio central. Aqui, o "Nome-do-Pai" – que poderia atar o simbólico e organizar o mundo – não se faz presente. Para o psicótico, cada palavra pode ser uma ilha, sem uma conexão central que lhe dê unidade. Calligaris nos lembra, com clareza, que o psicótico vive um certo estado de 'errância', um constante vagar por significantes sem ancoragem fixa. No setting clínico, a escuta ao psicótico é movimento que exige do analista um passo de lado, um silêncio atento, respeitando essa singularidade, sem impor uma linha que ele não dispõe.

Para o perverso, o jogo é outro. Ele reconhece a Lei, mas a utiliza a seu favor, posicionando-se como o executor da norma. Ele não tem a dúvida do neurótico ou a ausência do psicótico; ao contrário, ele sustenta seu desejo justamente no desafio à Lei. O perverso não quer saber de um "sujeito suposto saber" – ele é o sujeito que sabe e que age, com um gozo peculiar que, como sugere Calligaris, faz da transgressão um rito, onde o Outro é espectador.

Sabemos então, como bem diz Calligaris, que não podemos ser a 'tampa da panela' de nossos analisandos. Ser psicanalista, é saber deixar sua própria subjetividade no vestiário, para não cairmos no papel de responder de um lugar imaginário. E que toda vez que, como analistas, enfrentarmos dificuldades no diagnóstico diferencial é preciso esquecer o fenômeno e abraçar o transferencial, lugar onde se costura uma verdadeira colcha de retalhos: ponto por ponto, com paciência. E justamente, nesse abraço, é onde o paciente nos entrega, ainda que sem saber, a chave da sua estrutura.

Referências

Calligaris, C. (2013). Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses. São Paulo: Editora Zagodoni.

Sobre essa questão podemos verificar que o material fornecido pelo paciente sobre sua história e sintomas é o seu discurso, que pode estar impregnado de fantasias e equívocos baseados no imaginário. A história contada por ele costuma ser bastante parcial, fragmentada e cheia de lacunas; ele pode deixar de lado ou esquecer uma boa parte. Algumas características podem ser manifestadas com facilidade por determinado paciente, e outras podem exigir muitas sondagens e preparo do analista para discerni-las.

Por outro lado, e talvez o mais importante para a formulação de um diagnóstico e suas consequências na prática clínica seja o aspecto da subjetividade na escuta do analista, que muitas vezes fica bastante preocupado em compreender o significado, entender a história que é dita pelo paciente, deixando escapar aspectos importantes, tais como: o modo como ele diz, ou o que não consegue dizer, palavras, expressões, entonação, lapsos, deslizes, hesitações, e assim por diante. Para Fink:

"Escutar dessa forma faz com que a analista fique essencialmente incapaz de ouvir muitas coisas que o paciente diz - antes de mais nada, os atos falhos, que por vezes não fazem sentido, não refletem sobre a analista e, portanto, geralmente são ignorados." (Fink, 2017, p.22)

Outro fator importante é a prática de uma clínica com ênfase na sintomatologia, através de uma avaliação dita "de baixo pra cima". Em alguns casos o analista pode correr um grande risco ao se fixar no discurso e na descrição de sintomas para, a partir disso, estabelecer precipitadamente um diagnóstico.

Safatle explicita a relação entre estrutura e sintoma em Lacan, na seguinte citação:

"Lacan não parte, por exemplo, da descrição de sintomas [...] a clínica lacaniana é uma clínica estrutural do modo como as relações sociais entre sujeito e Outro são constituídas, indicando, a partir daí, suas patologias. De certa forma, ela começa de cima (da estrutura) para baixo (a multiplicidade de sintomas), o que permite a conservação de estruturas nosográficas relativamente flexíveis do ponto de vista da configuração do sintoma." (Safatle, 2024, p. 60/61).

No processo analítico o paciente pode apresentar sintomas semelhantes, e confundir o analista sobre sua estrutura psíquica, pois existem manifestações que, a princípio, dificultam o diagnóstico diferencial. Em seu texto Diagnóstico e a posição do analista, Fink aborda, por exemplo, a alucinação como uma manifestação nas neuroses e psicoses:

"A realidade não é um conceito tão útil assim para distinguirmos as fantasias das alucinações, ou a neurose da psicose. Um conceito muito mais útil é o da certeza." (Fink 2018, p.96)

Uma certeza então se mostra importante, por exemplo, para diferenciar alucinação e fantasia nas estruturas psíquicas. Os histéricos podem fantasiar de forma tão intensa que o acontecimento pode parecer real, mas têm sempre uma dúvida sobre esses eventos. Os obsessivos também podem alucinar através de uma experiência auditiva, representando um supereu punitivo. Quando o paciente afirma ter uma voz interna que lhe impõe culpa, não podemos concluir imediatamente por um diagnóstico de paranoia.

Os aspectos abordados acima colocam em evidência algumas variáveis importantes que desafiam o analista nesse processo de definição confiável de um diagnóstico, na sua posição na transferência. O estudo aprofundado e contínuo da teoria e das estruturas psíquicas, a própria prática clínica, o suporte de uma supervisão e a análise pessoal, como não poderia deixar de ser, contribuem bastante para familiarizar o analista, aperfeiçoar sua escuta como um instrumento essencial nesse processo e consequentemente inseri-lo num caminho mais seguro para a realização de um diagnóstico e na condução do tratamento.

REFERÊNCIAS:

DOR, Joel. Estruturas e clínica psicanalítica. Tradução: Jorge Bastos e André Telles. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre, 1991.

FINK, Bruce. Introdução clínica à psicanálise



Centro de Estudos e Pesquisas Laços
Rua Desembargador Isidro, 40/sala 203
Tijuca - Rio de Janeiro CEP: 20521-160
Telefone: (21) 2288-3316 (21) 99037-7231