

O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE: DO FENÔMENO À ESTRUTURA¹

Ana Cristina Figueiredo e Ondina Maria Rodrigues Machado

Ana Cristina Figueiredo
Professora do
Programa de Pós-
graduação do
Instituto de
Psiquiatria, Ipub/
UFRJ. Psicanalista.

Ondina Maria Rodrigues
Machado
Supervisora do
curso de
especialização em
Clínica Psicanalítica
do Instituto de
Psiquiatria, Ipub/
UFRJ. Psicanalista.
Membro aderente
da Escola Brasileira
de Psicanálise.

RESUMO: Este artigo desenvolve a questão do diagnóstico em psicanálise a partir de estudos feitos na pesquisa sobre o tema. Inicialmente, aborda-se a própria concepção de pesquisa em psicanálise e, a seguir, situa-se o conceito de estrutura, tal como formulado por Lacan, no cerne da discussão. Finalmente, apresenta-se a construção de um caso clínico para melhor localizar a relação entre fenômeno e estrutura.

Palavras-chave: psicanálise, diagnóstico, estrutura.

ABSTRACT: Diagnosis in psychoanalysis: from phenomenon to structure. This article develops the issue of diagnosis in psychoanalysis based on research work done on this subject. After dealing with the very conception of research in psychoanalysis, we settle the concept of structure, as formulated by Lacan, in the core of the discussion. Finally, we present a clinical case formulated in order to situate better the relation between phenomenon and structure.

Keywords: psychoanalysis, diagnosis, structure.

INTRODUÇÃO

A partir dos estudos desenvolvidos na pesquisa “Diagnóstico, prognóstico e cura em psicanálise” desde março de 1998 no Programa de Pós-graduação do Instituto de Psiquiatria/ Ipub/ UFRJ, pudemos avançar na discussão sobre o que vem a ser o diagnóstico em psicanálise visando a produção de saber a partir

¹ Este artigo é resultado do trabalho de pesquisa da equipe do projeto “Diagnóstico, prognóstico e cura em psicanálise” coordenado por Ana Cristina Figueiredo e Marcus André Vieira e tendo como participantes os alunos do Programa de Pós-graduação do Instituto de Psiquiatria – Ipub/UFRJ. Parte do material foi obtida nas discussões realizadas pela equipe e através do estudo que resultou na dissertação de mestrado “O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura”, de Ondina Machado.

de seu referencial teórico articulado à prática clínica. Nossa proposta é constituir um saber que não seja apenas sobre a psicanálise em seus fundamentos teóricos, e sim a partir da clínica psicanalítica, tendo como balizador nossa experiência no campo da psiquiatria. A própria junção entre teoria e prática só pode ser realizada no exercício permanente da clínica onde os pressupostos teóricos que a fundamentam podem ser postos à prova. Os pressupostos aos quais nos referimos fazem parte de um campo conceitual que Freud denominou “metapsicologia”, e do qual Lacan destacou os “conceitos fundamentais” da psicanálise: inconsciente, pulsão, transferência e repetição.

Neste artigo, apresentamos de modo sucinto algumas reflexões iniciais sobre o diagnóstico em psicanálise destacando a discussão sobre o conceito de estrutura na clínica, especificamente no que diz respeito ao diagnóstico. Primeiramente, discorreremos sobre a concepção de realidade psíquica em Freud articulada à transferência para, em seguida, desenvolvermos a formulação de Lacan e seus desdobramentos. Ao final, apresentamos o relato clínico parcial de um caso atendido no Ipub e acompanhado pela equipe da pesquisa para ilustrar nossa discussão.

O DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE

Para situarmos o diagnóstico em psicanálise, de início, somos levados a interrogar o estatuto do inconsciente com relação à realidade. O que a psicanálise nos indica é que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica. Em seu texto fundador, *A interpretação dos sonhos*, na formulação do conceito de inconsciente, Freud (1900/1978), postula:

“O inconsciente é a verdadeira realidade psíquica (...) em sua natureza interior é tão desconhecido para nós quanto a realidade do mundo externo, e se apresenta de modo tão incompleto pelos dados da consciência quanto o mundo externo pelas comunicações dos sentidos.” (p. 613)

Sua natureza guarda uma característica nada desprezível que a aproxima de uma outra natureza, ou realidade, que Freud nomeia ora como material ou factual, ora como externa, como no texto acima. Paradoxalmente, dentro ou fora, ambas são exteriores à nossa capacidade de apreensão, no sentido mesmo da percepção, que só pode se dar parcialmente. A realidade psíquica, portanto, não se reduz ao ego-realidade, embora o inclua, do mesmo modo que inclui o sintoma. Sua fonte primária é o inconsciente, em sua dimensão desconhecida, que emerge através da fala a que temos acesso e à qual, de algum modo, respondemos. É na própria palavra do sujeito que começa o trabalho clínico. Ao tratarmos do sofrimento psíquico só podemos fazê-lo pelo que aparece dessa realidade em palavras e ações preñhes de sentido. Trata-se da única realidade que diz respeito e interessa ao sujeito,

a partir da qual ele se vê, pensa, fala, sofre, trabalha, enfim, se põe no mundo e até mesmo se desconhece. Nessa realidade se insere uma dimensão de alteridade que indica que a linguagem, mais do que uma aquisição instrumental, vem do Outro, do campo simbólico que se impõe na constituição mesma do sujeito. Logo, não se deve conceber essa realidade a partir das velhas oposições entre objetivo e subjetivo, ou entre realidade e fantasia, ou, ainda entre mundo externo e mundo interno.

A realidade psíquica é um construto que supõe o intrincamento desses dois pólos mencionados e, conseqüentemente, recoloca o que vem a ser o campo subjetivo — o que diz respeito ao sujeito — em um novo patamar epistêmico. Se não podemos mais operar sobre duas realidades distintas, objetiva *versus* subjetiva, logo temos que considerar que no *modus operandi* da clínica psicanalítica o sujeito que observa (epistêmico) não é exterior ao sujeito observado (empírico). Ou, ainda, o sujeito ‘observado’ é quem inclui o ‘observador’ em “uma de suas séries psíquicas”, pela via da transferência (cf. FREUD, 1912/1978, p.100). Os instrumentos de diagnóstico e de tratamento, desde o início, estarão marcados por esta concepção.

A primeira conseqüência que tiramos disto é que a psicanálise não pode confiar no fenômeno do mesmo modo que as ciências empíricas, pois ela considera que não há acesso direto ao mundo. A partir daí, o fenômeno não tem mais o mesmo valor de verdade. A pertinência e o valor de verdade de uma pesquisa empírica objetiva encontram-se deste modo bastante relativizados.

O psicanalista, operando através da transferência, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem. O diagnóstico aparece então como estrutural e não mais fenomenológico. Por diagnóstico estrutural podemos por hora entender como um diagnóstico que se dá a partir da fala dirigida ao analista, logo, sob transferência, onde os fenômenos vão se orientar com referência ao analista como um operador e não como pessoa.

Seguindo essa vertente, chegamos a interrogar o diagnóstico menos como uma descrição objetiva e mais como uma operação descritiva do analista, em que a nomeação da estrutura do paciente incide sobre a conduta do tratamento em vários níveis. Este tipo de diagnóstico pode permitir ao analista manter no horizonte a produção de uma verdade singular e a emergência de uma história única. Deste ponto de vista, as categorias diagnósticas clássicas da psiquiatria perdem em muito sua significação, devendo ser novamente situadas tanto em seu estatuto quanto em sua função.

Sabemos que ao matizar o valor de verdade do fenômeno somos conduzidos necessariamente a um questionamento da cientificidade de nossos dados, mas consideramos que é possível manter-se solidamente ancorado numa clínica, mesmo relativizando o valor da observação direta. Além disso, torna-se necessário acrescentar, uma vez que o material empírico não é mais nosso único critério de

verdade, algo que se sobreponha à massa de informações clínicas, organizando-as. Introduzimos, assim, uma escolha metodológica que reflete a necessidade de incorporar um viés subjetivo em nossos dados que prejudica, até certo ponto, as generalizações possíveis de nossos resultados. Estamos, entretanto, seguindo os passos de Freud, que não pode ser classificado nem entre os empiristas, apesar de partir do fenômeno, nem entre os racionalistas, apesar de fundar sua interpretação do fenômeno em noções anteriores a este. Vejamos, por exemplo, um trecho de *As pulsões e seus destinos* em que Freud (1915/1978) toma posição:

“O verdadeiro início da atividade científica consiste sobretudo na *descrição dos fenômenos* [Erscheinungen] que são em seguida reunidos, ordenados e inseridos em relações [Zusammenhänge]. Desde o momento da descrição, não podemos evitar aplicar ao material certas idéias abstratas [abstrakten Ideen] que tomamos aqui ou lá e certamente não unicamente da experiência atual [Ehrfahrung].” (p.117) (grifo nosso)

Freud parte do fenômeno, mas este não está no fundamento de sua teorização, ao menos não exclusivamente. Àqueles que insistiriam ainda em situá-lo sob a rubrica do empirismo ele dará uma resposta definitiva. Em suas *Novas conferências* (1933/1978) afirma:

“Senhoras e Senhores, vocês não se surpreenderão ao ouvir que tenho que trazer-lhes algumas novidades com relação à nossa concepção [Auffassung] da angústia e das pulsões fundamentais [Grundtriebe] da vida psíquica (...). Falo aqui de “concepção” com uma intenção precisa (...) trata-se aqui verdadeiramente de concepções, ou seja, de introduzir as idéias abstratas [abstrakten Vorstellungen] corretas cuja aplicação trará ordem e clareza ao material bruto da observação.” (p. 81)

Porém, não basta acrescentar aí o valor das idéias abstratas. É preciso também considerar o que seria o fenômeno para a psicanálise. Voltaremos a este ponto. A partir do diagnóstico e das indicações para o desenvolvimento do tratamento, que envolvem a participação do analista, este será pesquisador e terapeuta a uma só vez como esse agente que é incluído no funcionamento psíquico do paciente-sujeito através da *transferência*. Entramos, aqui, em outro conceito fundamental da psicanálise. Articulando os dois conceitos, a clínica psicanalítica opera a partir do que se apresenta da *realidade psíquica* nos desdobramentos da fala, da produção discursiva, de um sujeito. Este, por sua vez, se endereça a alguém que não vai escutá-lo nem objetivamente (como um coletor de dados), nem subjetivamente (como alguém que se envolve emocionalmente com seu paciente, sofre com ele etc.). Outrossim, esse alguém vai escutá-lo, sendo chamado a cada intervenção, a cada movimento, a decidir sobre a destinação e, conseqüentemente, sobre o rumo das

produções discursivas que acolhe. E, principalmente, trabalhar sobre seus efeitos no sujeito os quais não são previsíveis, pelo menos não ao modo das generalizações e descrições de regularidades presentes em outros métodos clínicos.

Nesse estado de coisas, as fronteiras entre as 'realidades' são relativizadas e o diagnóstico se atrela de um modo particular ao tratamento. Trata-se então de retrazar com detalhe os caminhos pelos quais se chegou ao diagnóstico, as construções necessárias para tanto e os saberes aí mobilizados, sempre considerando o tempo dos efeitos, o tempo da posterioridade (*Nachträglichkeit*)² conceituado por Freud como o que constitui desde a realidade psíquica, passando pela formulação do trauma, até o próprio funcionamento do tratamento psicanalítico, aí incluindo a ação do analista. Não se trata de um tempo que retorna ao passado, ao modo da idéia de 'regressão'. Não é um tempo linear, evolutivo. Trata-se de um presente que retroage sobre um passado cujo resultado é a preparação de um futuro marcado por essa retroação, e não o encadeamento de passado-presente-futuro num tempo de evolução-regressão. Ele 'retroage' para produzir uma significação. A pesquisa deve apreender esse movimento em seus desdobramentos. Podemos mesmo hipotetizar que esse movimento é que possibilitaria uma nomeação em relação a um diagnóstico.

Algumas outras observações se fazem necessárias. Nosso procedimento se dá como uma maneira de avançar sobre nosso objeto de estudo sem cair no erro de constituir uma pesquisa puramente empírica que se reduza apenas ao campo da classificação diagnóstica. Se isto acontece, estaríamos deslocando a psicanálise de seu campo essencialmente articulado aos caminhos da subjetividade e de seus distúrbios.

Freud (1937/1978) deixa claro em seu texto *Construções em análise* que não são os fenômenos que são confirmados ou infirmados pela clínica, mas sim as construções do analista, naquilo que elas têm de uma certa apreensão do que acontece

² Cf. HANS, Luiz, *Dicionário comentado do alemão de Freud*, Imago, 1996, p. 80-88: "O prefixo *nach* indica volta a um evento passado para fazer um acréscimo. O substantivo *Nachträg* significa adendo, acréscimo. O adjetivo *nachträglich* tem duas possibilidades: 1) indicar que o sujeito continua a carregar (*trägen*) até hoje o evento, e que somente a *posteriori* o efeito se manifesta; 2) significar que o sujeito volta ao passado ao encontro do evento, (...) que o sujeito traz do passado o evento para o presente (p. 81). Em português, a *posteriori* e posteriormente evocam a idéia de que o sujeito se afastou temporalmente do evento e agora, com a devida distância, reconsidera o significado do mesmo. (...) Em alemão *nachträglich* enfoca a permanência de uma conexão entre o agora e o momento de então, mantendo ambos interligados (p. 83). Comentários do autor: "aquilo que é *nachträglich* evoca um trânsito entre o presente e o passado (...) pode ocorrer um retorno ao passado (ou equivalente, uma presentificação do passado), realizando-se um acréscimo a *posteriori* de novos significados a serem agregados aos antigos eventos (p. 87). Nas suas diversas concepções, os mecanismos de interpretação retroativa e de eficácia a *posteriori* libertam a compreensão analítica de uma causalidade e temporalidade estritas" (p. 88). Curiosamente, o segundo sentido do adjetivo nos evoca a idéia de repetição, uma repetição procurando uma significação.

com o paciente e naquilo em que elas, como toda construção, são obra também do analista e estão sujeitas a revisão.

“Não pretendemos que uma construção individual seja algo mais do que uma conjectura que aguarda exame, confirmação ou rejeição. Não reivindicamos autoridade para ela, não exigimos uma concordância direta do paciente, não discutimos com ele, caso a princípio a negue. Em suma, conduzimo-nos segundo modelo de conhecida figura de uma das farsas de Nestroy — o criado que tem nos lábios uma só resposta para qualquer questão ou objeção: ‘Tudo se tornará claro no decorrer dos desenvolvimentos futuros.’” (p. 265)

DE FREUD A LACAN: A ESTRUTURA NA CLÍNICA

De início é necessário esclarecer que a maneira de Lacan pensar e fazer o diagnóstico foi distinta, a partir das variações na concepção do simbólico, ao longo de novas formulações em sua teoria dos três registros.

De forma esquemática, podemos delimitar que até os anos 60 Lacan trabalhava com as categorias da psiquiatria clássica, utilizando-se principalmente dos ensinamentos de Clérambault, a quem dedicou sua tese de doutorado em psiquiatria (1932) e a quem considerou como seu único mestre. Utilizou-se do automatismo mental e dos fenômenos elementares de Clérambault como traços distintivos para o diagnóstico da psicose.

Nos anos 70, Lacan, cada vez mais referido à topologia, vai trabalhar o diagnóstico a partir dos modos de amarração dos três registros no nó borromeano.

Devemos situar também que, diferentemente de Freud, Lacan vem da psiquiatria, tendo trabalhado desde o começo de sua vida profissional em hospitais psiquiátricos e que seu interesse pela psicose, sendo este o tema de sua tese de doutoramento, marca todo o percurso de seu ensino.

É bem verdade que o uso que Lacan faz das categorias psiquiátricas tem uma peculiaridade. Ele as usa de forma estrutural, isto quer dizer que ele tenta extrair dos tipos descritivos a estrutura do sujeito, cernindo no discurso de cada paciente aquilo que, funcionando como um operador estrutural, organiza o modo de cada sujeito lidar com a castração. Isto nos mostra que, antes de ser um estruturalista, Lacan era um psicanalista, o que não é pouco, já que seu modo de entender as estruturas clínicas levava em conta a descoberta freudiana do inconsciente e conseqüentemente a transferência. Assim, quando trata dos tipos descritivos, ele o faz levando em consideração que eles foram observados e descritos de fora da transferência e que, no caso da psicanálise, todo trabalho é feito na transferência. Portanto, sua busca da estrutura não era apenas uma veleidade teórica, uma tentativa de inserir a psicanálise na onda estruturalista, esta preocupação revelava também um rigor teórico que implicava numa nova prática.

Lacan (citado em SOLER, 1996) não escolheu as categorias clássicas por desconhecer as novas formas de classificação. Ele acompanhou o DSM I e II mas considerou-os como sendo feitos pelo mesmo método das descrições clássicas e ponderou que as primeiras seriam mais ricas e menos objetivantes que as segundas. Soler (1996) deduz que para Lacan tanto a clínica clássica quanto os DSMs tinham em comum a construção dos sintomas pelo aspecto descritivo e que isso redundava em uma clínica descritiva. Assim sendo, ele tomou as categorias psiquiátricas à luz dos postulados psicanalíticos. Ao invés da proliferação de categorias nosológicas, ele busca reduzi-las, inicialmente, a dois grandes campos, neurose e psicose, e, posteriormente, com a topologia dos nós, a uma única concepção de estrutura com modos diferentes de amarração.

Iremos percorrer, de forma breve, o modo de diagnóstico que Lacan empreendeu até os anos 60, chamado de período clássico por Milner (1996) ou de primeira clínica por Miller e outros (MILLER, HENRY & JOLIBOIS, 1997/1998).

Nesse período Lacan concebia o simbólico como o registro que organizava a estruturação psíquica, na captura da cadeia significativa, produzindo um furo no real, também chamado de assassinato da Coisa. Mas na mesma medida em que abre um furo no real tem o poder de reconstituí-lo pela palavra.

A definição de que o simbólico produz o furo e é capaz de promover, ele mesmo, a restituição simbólica do objeto originalmente perdido, faz com que possamos falar deste período como aquele da supremacia do simbólico em relação ao imaginário, senão vejamos:

“Nossa doutrina do significante é, para começar, a disciplina na qual aqueles a quem formamos se exercitam nos modos de efeito do significante no advento do significado, única via para conceber que, ao se inscrever aí, a interpretação possa produzir algo novo.” (LACAN, 1958 c/1998, p. 600)

O imaginário era o lugar da ilusão, do desconhecimento e da alienação (LACAN, 1953-1954/1983), que mesmo tendo como função dar conta da imaturidade do homem ao nascer, promovendo a unificação do corpo, dependia diretamente de uma operação simbólica que abarcasse, na constituição do eu, a constituição do sujeito enquanto referido ao Outro da linguagem.

Deste modo o sintoma neurótico era entendido como uma mensagem em forma de metáfora pronta a ser decifrada, portanto, com lugar na cadeia significativa. No texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, Lacan (1958a/1998) afirma: “Pois é por esses fenômenos se ordenarem nas figuras desse discurso que eles têm fixidez de sintomas, que são legíveis e se resolvem ao serem decifrados.” (p. 556). E, ao defender a sua formalização do Outro como o lugar do inconsciente freudiano, evoca a Outra-cena como este lugar alhures

onde 'o isso pensa'. Ele quer com isso mostrar que segue as indicações freudianas do inconsciente, entendendo que, se ele não é feito dos mesmos pensamentos da consciência, mesmo assim, é feito de pensamentos que são articulados por uma lei, que não se situam em outro lugar senão no simbólico.

“(...) o estado do sujeito S (neurose ou psicose) depende do que se desenrola no Outro A. O que nele se desenrola articula-se como um discurso (o inconsciente é o discurso do Outro), do qual Freud procurou inicialmente definir a sintaxe relativa aos fragmentos que nos chegam em momentos privilegiados, sonhos, lapsos, chiste.” (op. cit., p. 555)

A partir dessa concepção do simbólico, Lacan (op. cit.) postula a psicose como um acidente no registro do simbólico (p. 582) ou, como diz Soler (1996), “um déficit do simbólico” (p. 26). Este acidente é a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, o fracasso da metáfora paterna em significar o desejo da Mãe.

O efeito deste 'déficit' no simbólico é produzir no imaginário uma desordem denotada nos fenômenos psicóticos de rupturas na cadeia significante, onde um significante ao ficar fora, desconectado do simbólico, retorna no real na forma de alucinações e delírios.

A psicose para Lacan também pode ter como condição esse acidente e a direção do tratamento caminhava no mesmo sentido: restabelecer, através de uma suplência simbólica, a conexão com a cadeia significante, criando uma metáfora delirante que desse conta, imaginariamente, do furo do simbólico.

Partindo de Freud, Lacan vai considerar a castração como o ponto a partir do qual a estrutura se organiza. A castração vista por Freud como complexo é alçada, por Lacan, à condição de lei.

Tomando o complexo de Édipo freudiano como um operador da estrutura, Lacan vai entender a castração como uma lei e o falo como um significante.

Esta nova ordem, da castração como lei, implica que um significante metaforize o Desejo da Mãe, impondo-lhe uma proibição que fará com que a criança tenha que lançar mão de outros recursos para se situar como sujeito na trama edípica. A este significante do pai que barra a mãe Lacan chamou o Nome-do-Pai, e a operação em que este faz valer a lei do pai, inclusive para a mãe, ele chamou de Metáfora Paterna.

“(...) é na medida em que o objeto do desejo da mãe é tocado pela proibição paterna que o círculo não se fecha completamente em torno da criança e ela não se torna, pura e simplesmente, o objeto do desejo da mãe.” (Idem, p. 210)

A metáfora paterna produz como efeitos o falo como objeto imaginário e o falo como significante. Como efeito imaginário temos o falo como objeto do desejo

do Outro, um objeto metonímico que tentaria dar conta daquilo que o neurótico supõe faltar ao Outro, é isto que o faz inventar respostas para o enigma ‘o que o Outro quer de mim?’ Como efeito simbólico temos o falo articulado à linguagem, portanto, como significante da falta, propriamente dita, inserindo o sujeito no discurso, possibilitando-lhe produzir significações sobre a vida, a morte e o sexo.

“O falo é o significante privilegiado dessa marca, onde a parte do *logos* se conjuga com o advento do desejo” (LACAN, 1958b/1998, p. 699), já que o desejo é efeito da falta: sem falta não há desejo.

No sujeito psicótico, o segundo tempo do Édipo não se dá da mesma maneira que no neurótico. Na psicose a metáfora paterna não opera, impossibilitando assim, a “colocação substitutiva do pai como símbolo, ou significante, no lugar da mãe” (LACAN, 1957-58/1999, p. 186), ou seja, há a foraclusão do Nome-do-Pai.

Nesse momento do ensino de Lacan, a foraclusão do Nome-do-Pai significa que a metáfora paterna não operou porque, diante da espera de um significante da lei do pai que viesse barrar o Outro-Mãe, não veio nada. O prazo para que esta operação se desse expirou e o sujeito perdeu o direito de criar para si uma pergunta, um enigma sobre o desejo do Outro. A criança não pôde metaforizar o desejo da mãe e, no lugar de uma pergunta neurótica sobre o que o Outro quer, o que veio foi uma certeza psicótica, isto é, surgiu algo no real que foi tomado como uma resposta para uma pergunta que sequer foi formulada.

A consequência maior da foraclusão do Nome-do-Pai é a não-submissão à castração simbólica, acarretando a impossibilidade da função fálica. Como efeito da não-operação da função fálica temos a dificuldade do sujeito psicótico se situar em relação à partilha dos sexos, já que nesta partilha está em jogo o significante da diferença. Em seu *Seminário sobre As psicoses*, Lacan (1955-56/1985) afirma:

“Para que o ser humano possa estabelecer a relação mais natural, aquela do macho com a fêmea, é preciso que intervenha um terceiro, que seja a imagem de alguma coisa de bem-sucedido, o modelo da harmonia. (...) é preciso aí uma lei, uma cadeia, uma ordem simbólica, a intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai. Não o pai natural, mas do que se chama o pai. A ordem que impede a colisão e o rebentar da situação no conjunto está fundada na existência desse nome do pai.” (p. 114)

Esta passagem é a primeira menção que Lacan faz ao Nome-do-Pai, situando-o como a lei simbólica que vai ordenar a partilha dos sexos.

Se a função fálica é tributária da metáfora paterna compreende-se por que, no caso da foraclusão do Nome-do-Pai, o falo, enquanto significante, não pode possibilitar efeitos de significação. Estes efeitos promovem uma modificação na maneira de lidar com o significante, muito evidente nos distúrbios de linguagem

característicos da psicose. Na psicose, diz Lacan, “o sujeito se situa em relação ao conjunto da ordem simbólica, da ordem original, meio distinto do meio real e da dimensão imaginária, com a qual o homem sempre lida, e que é constitutivo da realidade humana” (idem, p. 141).

Por esse déficit da função simbólica temos, em conseqüência, um desarranjo no imaginário. Ao estudar o caso do presidente Schreber, Lacan (1955-56/1985) vai situar este prejuízo da função imaginária através do termo ‘dissolução imaginária’. Com isso ele quer apontar as repercussões imaginárias da não-inserção do sujeito na ordem fálica.

“É sugestivo ver que, para que tudo não se reduza de repente a nada, para que toda tela da relação imaginária não torne a enrolar-se a um só tempo, e não desapareça num preto hiante, do qual Schreber não estava tão longe do início, é preciso aí essa rede de natureza simbólica, que conserva uma certa estabilidade da imagem nas relações inter-humanas.” (idem, p. 117)

Este prejuízo pode ser da ordem do corpo e da ordem da linguagem.

Freud havia trabalhado a formação do eu através do narcisismo — teoria do eu e de suas relações com os objetos. No texto *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/1996) evocava um narcisismo primário, auto-erótico, em que todos os investimentos libidinais estavam dirigidos ao eu, sem que este eu ainda estivesse constituído: ele se constituiria, justamente destes investimentos. Um segundo momento seria o do narcisismo secundário em que a energia libidinal depositada nos objetos retornaria ao eu através de um movimento de reversão da libido. Já em Freud podemos entender o narcisismo como fundador do eu, aquele que vai proceder às identificações no complexo de Édipo, e que permitirá ao sujeito uma imagem de totalidade em relação ao seu corpo.

Lacan (1914/1996), por sua vez, vai trabalhar o narcisismo freudiano através do que ele chamou o estádio do espelho — momento coincidente com o primeiro tempo do Édipo lacaniano. Ele faz uso da metáfora do espelho para explicar como o eu se constitui de imagens, de imagens fora dele, na superfície do espelho. Assim o eu se constitui a partir de um outro especular, de uma imagem completa, que cria no eu a convicção de totalidade. É justamente esta operação imaginária que possibilita ao ser humano não se considerar apenas um punhado de órgãos, que lhe dá a experiência da unidade, da consistência, fundamentais para poder se relacionar com seus semelhantes sem risco de perda da integridade psíquica. É também, em contrapartida, a operação que o aliena no outro, sede da ambivalência que o dividirá de forma radical. O estádio do espelho funcionaria como uma matriz simbólica, a *imagem* primordial, por onde se instaura a ordem simbólica.

Até esse momento do ensino de Lacan, a ordem simbólica é tributária desta

matriz, pois, somente a partir da significação produzida por essa última, será possível ao homem se constituir como corpo significado, isto é, inserir o corpo na linguagem.

Assim, a ordem simbólica opera pela assunção imaginária do eu, e quando isto não ocorre, o que se tem são os efeitos brutos de um imaginário não constituído, sem ordenação significativa, o corpo é puro corpo, em toda a sua dimensão escatológica. É o imaginário, enquanto lugar de ilusão e de alienação mas também de unificação, que possibilita ao sujeito ir vivendo sem pensar no sangue que lhe corre nas veias, na forma tão estupidamente estranha como vem ao mundo, na incompreensibilidade do ato sexual, enfim em toda a incidência do real sobre nós. Ainda hoje, podemos dizer que o imaginário põe véus sobre o real sustentado no simbólico.

O sujeito psicótico, ao contrário do neurótico, estaria exposto ao real sem nenhuma intermediação simbólica. É disso que podemos deduzir a maneira peculiar como o psicótico lida com o corpo e com a linguagem.

Na ordem do corpo temos, como efeito desta dissolução imaginária, os fenômenos da fragmentação corporal, em que o sujeito não consegue imaginar seu corpo como uma unidade. Trata-se do corpo despedaçado, fenômeno tão comum na esquizofrenia. Temos também as sensações de estranhamento, de invasão e manipulação do corpo. Esta perspectiva é o resultado da não incidência no corpo do significativo enquanto promotor do corpo simbolizado, impondo ao psicótico uma disjunção entre o significativo e os órgãos do corpo.

Na ordem da linguagem temos as alucinações classificadas em fenômenos de dois tipos, conforme Lacan (1958a/1998) propõe no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”: são eles os fenômenos de código e os fenômenos de mensagem.

Primeiro teríamos os fenômenos de código que consistem nos neologismos, nas significações neológicas, na reduplicação dos significantes sem que para eles contribua nenhum sentido e nos significantes desprovidos de significação mas que justamente por isso tomam para o sujeito um valor de certeza.

Nos fenômenos de mensagem estariam as mensagens interrompidas no exato momento em que a significação iria se dar, isto é, são frases que “se interrompem no ponto em que os termos no código indicam a posição do sujeito a partir da mensagem e que são designados por *shifters*” (QUINET, 1997, p. 16-17).

Lacan, então, retira a alucinação do âmbito da percepção e a coloca fora do ouvido, no lugar do Outro: a alucinação é a voz do Outro. É a voz que tenta significar o sujeito psicótico. É uma voz direta que vem do Outro como imperativa, sem equívocos ou possíveis negociações.

Segundo Miller (1997), a voz, como um objeto pulsional, é tudo o que, do significativo, não converge para o efeito de significação. Assim, ela tem uma função

diferente daquela da palavra, pois que comporta, além do dizer, a intenção de significação. A voz, para Lacan, é uma função da cadeia significante, não estando, portanto, ligada a qualquer órgão dos sentidos. Essa voz que vem do Outro é a que o sujeito psicótico ouve e para a qual o neurótico ensurdece como efeito da operação da metáfora paterna.

A alucinação nas formas psicóticas delirantes funciona como suplente deste vazio de significação, porém, existem alucinações onde não se tem este efeito de assentamento na cadeia significante do delírio. São vozes que se infinitizam porque seu estatuto não dá conta de dizer nada do sujeito. O sujeito fica, assim como as vozes, à deriva. Um eterno deslizamento metonímico que não ancora o sujeito a nenhum porto. Elas se infinitizam justamente porque não conseguem amarrar o sujeito numa significação. Mesmo não dando conta imaginariamente do sujeito, há nelas um ponto de certeza inabalável próprio da alucinação psicótica.

Freud (1915/1996) diz que o psicótico crê na realidade da alucinação, entendendo que esta crença está baseada na certeza que lhe é dada pela realidade com que vivencia o fenômeno alucinatório. Vamos, porém, tentar provar que a crença nesses fenômenos tem estatutos diferenciados na neurose e na psicose.

A crença do neurótico se baseia na possibilidade da descrença. O neurótico está sempre dividido por uma afirmação primordial (*Bejahung*) e uma denegação (*Verneinung*) desta afirmação, tendo em vista que a denegação, como nos explica Jean Hyppolite (1954/1998), é um processo dialético que nega para afirmar, que suprime para conservar. Diferentemente do neurótico, o psicótico está imerso numa certeza sem vacilações porque esta afirmação primordial (*Bejahung*) não foi negada — e assim afirmada — ou, segundo Freud, o que se passa é que a pessoa se recusa a crer na autocensura (FREUD, 1892/1996), sendo a autocensura o primeiro tempo desta negação.

A partir destas considerações podemos tentar entender que a certeza que o psicótico tem das suas alucinações seja fruto justamente disto que lhe falta, ou seja, o recalque, e que a certeza que o assola vem em lugar daquilo que ficou foracluído: o Nome-do-Pai.

As alucinações nos casos psicóticos vêm de um Outro que goza dele, um Outro que para o sujeito existe, é consistente a ponto de falar com ele, demonstrando assim a falta de um significante que venha metaforizar o desejo do Outro e que inscreva o sujeito na ordem fálica.

Agora, retomaremos um ponto que havia ficado suspenso até então. Trata-se da concepção do simbólico que Lacan formula a partir dos anos 70. Este estudo não será tão exaustivo quanto gostaríamos porque ele está em andamento neste momento da pesquisa, na qual se baseia o presente artigo.

A efetiva entrada da topologia no ensino de Lacan possibilitou-lhe a utilização do nó borromeano para articular os três registros: real, simbólico e imaginário.

Isto acarretou uma modificação com relação à primazia do simbólico em relação aos demais registros.

A partir de 1966, algumas formalizações de Lacan já apontam para um novo estatuto para o simbólico. Soler (1996) cita o *Seminário A lógica da fantasia* (LACAN, 1966-67/1998) e o texto *A posição do inconsciente* (LACAN, 1960/1998) para localizar esta virada em relação ao simbólico. A estes dois textos nós somamos um terceiro: *Do Trieb de Freud e do desejo do psicanalista* de 1964. Neles, o que está em jogo é a idéia de que o desejo não pode ser capturado todo pela linguagem, portanto, que no simbólico falta um significante e que “o desejo é desejo de desejo, desejo do Outro (...) submetido à Lei” (LACAN, 1964/1998, p. 866).

A lei à qual o significante está submetido é a lei da castração — “é antes a assunção da castração que cria a falta pela qual se institui o desejo” (ibid.), porque “a lei está a serviço do desejo que ela institui pela proibição do incesto” (ibid.).

Mas esta lei não é propriamente a da ameaça de castração. Lacan teria tentado diferenciar o mito edípico da estrutura da linguagem fazendo com que de um lado estivesse a castração na linguagem que nos remeteria à “falta real de um significante capaz de nomear o desejo feminino” e de outro a ameaça de castração como “uma falta imaginária, fantasia edípica, que antes encobre a falta real do que a revela” (COELHO DOS SANTOS, 1998, p. 180).

Tendo a linguagem como estrutura (MILLER, 1994) o que se esboça é que esta falta é um dado da estrutura, falta fundamental em torno da qual o sujeito se organiza. Se à estrutura falta algo, como poderíamos conceber o simbólico como sem buracos? Assim, não só o simbólico “cria buracos no real, como também ele mesmo tem seu buraco irreduzível” (SOLER, 1996, p. 27). Este buraco, diz Soler, é tamponado pela fantasia, “há algo, de uma só vez imaginário e real, na fantasia que pode cumprir a função de tampão” (p. 28).

Tomando o simbólico como não-todo, e sendo esta uma condição da estrutura, temos que admitir que isto ocorre tanto para a neurose quanto para a psicose.

Neste ponto, uma questão se impõe: como entender, a partir deste novo estatuto do simbólico, as estruturas clínicas organizadas em torno da operação da metáfora paterna, tendo o Nome-do-Pai como o significante da lei?

A princípio constata-se que se a castração opera na linguagem e esta é a lei da estrutura, não há porque se entender que na neurose opera o Nome-do-Pai enquanto que na psicose ele está foracluído. Pois se a castração está para todos, a foraclusão de um significante que venha no lugar da falta na estrutura também existe para todos.

Esta dedução vai fazer com que Lacan entenda que não há um Nome-do-Pai e sim Nomes-do-Pai. Isto quer dizer que tanto o mito edípico da neurose, quanto o delírio na psicose, quanto o fetiche na perversão são Nomes-do-Pai; são formas de na linguagem dar conta do insuportável da castração, de tentar dar conta deste

significante que falta no Outro, entendendo o Outro na vertente do lugar dos significantes.

O Nome-do-Pai tem então a função de ser um significante que amarre os três registros — Real, Simbólico e Imaginário. Como significante, o Nome-do-Pai é uma exceção pois ele não é um significante que significa o sujeito para outro significante, sua função é outra, é a de possibilitar que o sujeito venha a ser representado pelo significante (SOLER, 1991). Ele, portanto, não tampona a falta mas possibilita que tampões se constituam.

Na medida que o Nome-do-Pai não tampona a falta no Outro, esta falta sempre estará em jogo para o sujeito que tentará significá-la a seu modo. Como esta tentativa será sempre uma tentativa, ela deixará restos e é deles que o neurótico tentará extrair o gozo, atribuindo ao Outro um desejo que para ele, neurótico, será enigmático. Na psicose o gozo não é enigmático, é tirânico, nela o que temos é o gozo do Outro que xinga o sujeito e o humilha através do que as vozes lhe dizem. Mas em ambos os casos temos um efeito de sentido: o Outro quer que eu seja brilhante ou o Outro faz com que eu goze como uma mulher (no caso Schreber). Este efeito é dado pelo ponto de basta, ou seja, o que retroativamente produz sentido, qualquer que seja ele. E havendo produção de sentido, há sujeito, mesmo que o sentido se produza na forma de um delírio.

Assim, teríamos que pensar que, o que está em jogo na psicose não é a forclusão do Nome-do-Pai mas um modo de Nome-do-Pai, um modo do ponto de basta produzir sentido: pelo sintoma ou pelo delírio. A referência às três categorias — neurose, psicose e perversão — fica, então, relativizada.

É a partir da teoria dos nós que Lacan vai passar a fazer os seus diagnósticos, afastando-se das categorias psiquiátricas. Isto implica que as estruturas clínicas não seriam ordenadas pelo 'ter' ou 'não ter' o Nome-do-Pai e sim por uma gradação entre diferentes maneiras de operar com o Nome-do-Pai fazendo-o equivaler ao sintoma. Vamos tentar ir um pouco mais adiante nesta discussão.

No seminário inédito *Le Sinthome*, Lacan (1975-76) vai fazer essa equivalência do Nome-do-Pai ao sintoma. Para isso, faz uso da homofonia entre perversão e *père-version* para dizer que o pai tem versões e que uma delas é o sintoma. Diz mais, que "toda realidade psíquica, quer dizer o sintoma, depende, em última análise, de uma estrutura em que o Nome-do-Pai é um elemento incondicionado" (p. 28). Ora, assim, o Nome-do-Pai, como o sintoma e 'toda a realidade psíquica', é justamente "este quarto elemento sem o qual nada é possível no nó do simbólico, do imaginário e do real" (ibid.). É por esta via que vai-se poder entender que o Nome-do-Pai e o sintoma são duas formas de se fazer o ponto de basta (MILLER, HENRY & JOLIBOIS, 1997/1998) e que clinicamente podemos constatar uma gradação com relação a esta amarração, muito mais que uma diferença. A clínica borromeiana teria mais um caráter continuísta que descontinuísta, fruto de uma gradação em

relação ao ponto de basta, uma gradação em relação ao compromisso estrutural do sujeito com a linguagem. Nela não caberia a idéia de que na psicose haveria um déficit no simbólico, o que traz conseqüências para a clínica da psicose e, principalmente, para seu diagnóstico.

Pelo percurso feito em nossa exposição, temos duas concepções de diagnóstico que não se opõem necessariamente e marcam dois momentos das formulações lacanianas sobre o diagnóstico: a primeira pautando as categorias psiquiátricas sobre a estrutura e a segunda pautando a estrutura sobre a topologia. Podemos então superpor esta segunda clínica à primeira e teremos indicações de critérios moebianos de diagnóstico em que o dentro e o fora da fita estariam apontando para uma maior ou menor consistência do Outro como um divisor de águas em que se poderiam localizar efeitos de linguagem como psicose ou neurose respectivamente.

O DIAGNÓSTICO NA ESTRUTURA: RELATO DE UM CASO

A grande questão que se impõe em nossa discussão diagnóstica é a definição de estrutura em seu funcionamento no campo da experiência, ou dos fenômenos propriamente ditos.

A estrutura se diferencia das categorias. Este é um ponto sobre o qual não devemos ceder. Para tal, somos levados a postular que há apenas uma estrutura — a estrutura da linguagem — e a partir dela há diferentes efeitos de sujeito que, numa primeira abordagem, caracterizam o que Freud aponta como a ‘escolha’ seja da neurose, psicose ou perversão. A estrutura dá ao mundo uma organização e ficamos diante do problema da fixidez, da possibilidade ou impossibilidade de acontecer o novo.

Uma questão que daí deriva, diz respeito à amarração do sentido fundamental. Como se constitui esta amarração? Um elemento ‘atravessa’ o código, faz algum sentido para o sujeito e, assim, amarra o sujeito na estrutura — num sintoma, que tomamos como fundamental, portanto, irreduzível.

O sintoma seria esse ponto de amarração ou, pelo menos, uma modalidade de amarração por onde o sujeito se situa na estrutura. Para o diagnóstico, não é tão importante questionar a idéia de ‘ter’ ou ‘não ter’ a amarração, já que estamos todos na linguagem, e sim como ela se dá: seja pelo delírio, pelas vozes, pela fantasia ou frase fundamental.

Se o critério é ter ou não o NP (Nome-do-Pai), diferenciamos neurose e psicose nos termos de uma descontinuidade. O ponto, então, é discutir as formas possíveis de amarração do sujeito na estrutura para aí situarmos uma diferença entre neurose e psicose.

O problema que se coloca então é: se estamos diante de diferentes estruturas como o divisor de águas entre neurose e psicose, novamente nos encontramos no

terreno das categorias, da classificação, do campo nosográfico por excelência. Se abandonamos esse divisor, caímos no continuísmo e corremos o risco de retornar ao empirismo evolucionista que supõe um 'bom' caminho da psicose à neurose, ou ainda, um movimento intercambiável entre ambas, que elide diferenças importantes na direção do tratamento.

Podemos pensar que se partirmos de uma estrutura única que produz como efeito posições diferentes, estas posições não têm diferença hierárquica. A forclusão deixaria de ser pensada apenas para a psicose como déficit que a definiria e a idéia de 'suplência' poderia ser plural. Neste sentido, seria mais produtora pensar em 'suplências' como Lacan aponta em suas formulações posteriores.

Se tudo o que há são suplências, cada sujeito se constitui de forma singular. Mas, o problema retorna: em meio às continuidades, qual seria o divisor? O divisor poderia estar, então, na diferença em relação a uma variação de maior ou menor consistência do Outro como pontos-limite. Este é um outro aspecto das formulações de Lacan que deve ser elaborado à medida que nos deparamos com o que poderíamos chamar de casos-limite ou que nos lançam no desafio de ressituar o estatuto da neurose e da psicose na clínica psicanalítica.

Passemos agora ao relato de um caso que foi elaborado a partir do trabalho da pesquisa.

Trata-se de uma senhora de mais de 60 anos, casada, com filhos e netos. É levada para internação pelo marido porque há quatro dias não come, não fala, não evacua nem urina, só fica deitada e se recusa a tomar banho. Já foi internada mais de 20 vezes, em diferentes instituições, sendo isto uma constante em sua vida nos últimos 20 anos, sempre pelos mesmos motivos. Em todas as internações anteriores esta senhora só saiu da crise através da utilização de uma média de cinco sessões de ECT (eletroconvulsoterapia), sendo este o pedido que a família faz a cada vez que a interna, alegando que ela "fica boa, volta à vida normal fazendo as tarefas de casa" etc.

A anamnese psiquiátrica relata um intenso negativismo, mutismo, hipovigilância e hipotenacidade, humor triste, afeto esmaecido, hipocinesia e hipopragmatismo. O diagnóstico de síndrome catatônica foi concluído pela psiquiatria com o adendo de que estaria mais exato se definisse a síndrome como estuporosa. Cabe aqui a explicação de que quando o diagnóstico psiquiátrico aponta a síndrome como estuporosa esta poderia ser catatônica, depressiva, dissociativa ou maníaca, ou seja, se levado em conta o adendo, o diagnóstico nosológico ficaria entre a esquizofrenia, a histeria e a doença afetiva bipolar. Ao concluir-se por síndrome catatônica fecha-se o diagnóstico em esquizofrenia. Para a psiquiatria, o uso de ECT se justificaria tanto na depressão quanto na catatonia.

Um mês após essa última internação, a paciente é levada para a entrevista psicanalítica pela equipe clínica que a acompanha.³ Essa entrevista vem sendo realizada quinzenalmente com pacientes voluntários como parte da pesquisa diagnóstica em psicanálise.⁴

Convém esclarecer que, neste caso, a entrevista psicanalítica foi solicitada pela equipe clínica devido a uma dúvida diagnóstica surgida a partir do momento em que esta equipe, não cedendo às pressões da família, não aplicou o eletrochoque. Foi utilizada medicação benzodiazepínica e houve visitas constantes ao leito da paciente. No final de duas semanas, a paciente saiu da crise e a equipe, mesmo acreditando e apostando na sua conduta, acabou por se surpreender com o resultado. Este resultado funcionou como resposta à prova terapêutica que a equipe fez. A dúvida foi: como pode um estupor catatônico ser debelado com benzodiazepínicos e conversas ao leito? Esta pergunta provoca a psiquiatria e instaura a dúvida em relação ao diagnóstico do caso.

Nossa perspectiva é o diagnóstico estrutural, e para tal vamos tomar alguns elementos trazidos pela paciente à entrevista com o psicanalista e com eles construir o caso. Esta construção é que vai nos levar à estrutura, aqui o que conta são os ditos do paciente articulados ao dizer, à enunciação, e é daí que tentaremos cernir a posição do sujeito na estrutura.

A partir dos ditos de Amanda, podemos localizar sua divisão subjetiva: ela diz que não fala, mas que quer falar. Seu sintoma é não falar, ela não sabe por que isto acontece. Acha que é de família pois alguns de seus irmãos, em especial o mais velho, e sua avó morreram loucos. Entretanto, na entrevista, ela fala articuladamente e conta sua história. Diz que não sabe por que é assim, que “dá essa coisa de não falar”, não fazer nada, mas que ela não sente nada: “fico lá parada sem reagir”.

Privilegiamos o recorte de duas cenas para desenvolver nosso argumento.

Primeira cena: ela nos conta que quando era pequena, viu sua mãe pedindo ao irmão para falar e este não o fez. Ela diz: “ele ficava nervoso, ficava sem falar, a minha mãe ficava falando com ele, ele não respondia, ficava assim nervoso, aí eu também ficava nervosa”. Esta cena se repete toda vez que Amanda adocece. Os outros pedem que ela fale e ela não fala. Podemos inferir que ela se coloca numa posição especular em relação ao irmão, tomando este traço ‘não falar’ como um

³ A equipe clínica é uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, residentes em psiquiatria, psicólogos, assistente social, terapeuta de família, terapeuta ocupacional, enfermeiro e outros. Sua função é receber o paciente e ocupar-se dele ao longo do tratamento na instituição.

⁴ A entrevista faz parte do projeto desenvolvido pelo psicanalista Antonio Quinet, com o tema “A função diagnóstica da apresentação de pacientes com orientação psicanalítica”. As entrevistas são gravadas e discutidas posteriormente. Em geral, os pacientes são encaminhados pelas equipes clínicas de acordo com suas demandas.

traço identificatório. Ela não se identifica com o irmão e sim com aquilo que nele não atende à demanda da mãe. Amanda supõe, pela demanda insistente da mãe ao filho, que é este traço que causa o desejo na mãe.

Segunda cena: ela conta que ao conversar com a mãe sobre o pai que já havia morrido diz, “eu acho que o papai não gostava de mim”. Ao que a mãe retruca: ‘gostava sim, porque ele pediu pra mim perdoar você’; “a minha mãe não quis me perdoar, aí ele ajoelhou nos pés dela e pediu pra ela me perdoar. Aí ela me perdoou.” Esta cena tem especial interesse porque no *a posteriori* vai dar sentido ao ato falho que aparece logo no começo da entrevista quando diz: “minha doença começou aos 18 anos”. Esta teria sido a idade com que fugiu de casa para se casar. Depois, ao ser solicitada a fazer as contas, ela confirma que adoecera há 18 anos e não aos 18 anos.

Através desse ato falho, ela nos diz que o que se constituiu como uma cena traumática foi a sua fuga de casa para se casar. Abandona o amor do pai para fugir com o marido e, através dele, tentar obter o amor que supunha não ter do pai. Essa suposição se assenta no fato de ela dizer que o pai preferia a irmã mais velha.

O que podemos inferir neste caso é que a fuga de casa configurou-se como um apelo ao pai na forma de uma demanda de amor e é este apelo ao pai que fracassa como tal quando, logo após a morte deste, ela adoece pela primeira vez.

Articulando a primeira cena, da recusa do filho à demanda da mãe, com a segunda, do apelo fracassado ao amor do pai, podemos construir uma série onde Amanda se inscreve numa recusa ao Outro, agora encarnado no marido, na família atual e no tratamento, e, por outro lado, fracassa em sua tentativa de se pôr como objeto de amor do pai.

Tomando o pai como o que vem no lugar do Outro metaforizar a mãe, o apelo dirigido ao Outro toma a forma de um apelo de amor ao pai, ser a filha preferida, ser o alvo do perdão paterno e dos apelos deste à mãe. É a partir do pai no lugar do Outro que Amanda busca uma significação que a sustente, nesse caso, como objeto de amor, como ‘amada’. Uma doença ‘cedo demais’ (o lapso dos 18 anos) para um amor que vem ‘tarde demais’ (o pai morto pode ser o desencadeador de sua doença atual) apontando uma falha em sua sustentação simbólica.

No sintoma se condensam as duas cenas e Amanda se coloca em relação ao marido na posição análoga à de seu irmão para com a mãe, dado o fracasso do apelo ao pai. A relação especular se dá com o irmão em função da identificação produzida com o traço ‘não falar’.

Temos então o diagnóstico feito a partir da construção do caso. Vemos que o operador estrutural, aquele que amarra real, simbólico e imaginário, fez sua função na forma do sintoma. Este operador é o Nome-do-Pai e é em torno dele que se dá a estruturação psíquica. O Nome-do-Pai no caso de Amanda aparece articulado ao Complexo de Édipo como uma suplência que nos referencia à categoria da

neurose. É o Nome-do-Pai sob a forma de sintoma que possibilita que as séries se liguem e se superponham, articulando desejo, demanda e gozo.

A estrutura existe pelos seus efeitos, portanto, vamos buscar estes efeitos.

Amanda não apresenta nenhum dos fenômenos típicos da psicose: não tem fenômenos elementares, não alucina nem delira e não produz neologismos. O que emerge é uma formação do inconsciente que retorna sob a forma do sintoma que está lá para ser decifrado. Não retorna no real dos fenômenos psicóticos, retorna no campo do simbólico sob a forma metafórica do sintoma.

A esse propósito podemos pensar, a partir das indicações psiquiátricas, que o estado estuporoso apresentado pela paciente não é da ordem da catatonia pois não responde a uma forma de gozo absoluto do Outro. O Outro não goza dela, é ela que goza, quando entra no estado estuporoso, como objeto de cuidados e preocupação. Ela sai deste estado com o eletrochoque mas isso não se sustenta por muito tempo. A hipótese dos efeitos do ECT pode ir na direção de uma punição ou uma resposta absoluta do Outro sem apelação. De qualquer modo, ela sempre volta para apontar o furo no Outro, a inconsistência do saber médico e de seus instrumentos de força.

O seu gozo está inserido na ordem fálica, é um gozo na forma de sintoma articulado à cadeia significante. Ele vem no lugar daquilo que aponta uma falta no Outro, seu mutismo se lança como enigma ao Outro mostrando nele uma inconsistência.

Da mesma forma, podemos dizer que seu estupor não é melancólico, pois não estão presentes os fenômenos típicos da melancolia, quais sejam, a autocomiseração, a auto-acusação e a autoflagelação. O que aparece é uma indiferença com relação ao seu estado, uma ‘bela indiferença’, onde ela não se implica no sintoma — “é de família”; onde são os outros que querem que ela fale, são os outros que sofrem por ela, são os outros que devem cuidar dela.

Esta posição subjetiva pode ser verificada pela maneira como Amanda se oferece ao Outro através da forma enigmática de seu sintoma. Tanto é assim que é o marido quem quer que ela fale, ela mesma não dá a sua ‘libra de carne’, pelo contrário, extrai deste sintoma um gozo. Ela se oferece, como objeto, à medicina num gozo muito particular: gozar do estupor. O gozo obtido como objeto a fixa nesta posição, o que faz com que ela precise constantemente repetir a cena: chegar muda (traço do irmão) ao hospital e acabar tomando eletrochoque. A primeira forma de gozo pelo estupor é rapidamente trocada pelo eletrochoque. Não se trata aqui exatamente de prazer, ela própria chegou, por diversas vezes, a pedir que não lhe dessem mais eletrochoque, mas mesmo assim, retornava a seu estado, talvez sabendo que o marido e a família logo se prontificariam a autorizar novas aplicações alegando que com ela “não tinha outro jeito”. Quando a equipe que a recebeu decidiu por um outro tipo de intervenção e insistiu que ela fosse ouvida, Amanda

respondeu com toda a sua ambigüidade de falar dizendo que não podia falar, ora como quem está impossibilitado (uma identificação) ora como quem guarda um segredo (de amor?).

Se quisermos pensar em termos de uma nosologia, temos que situar este sujeito como histérico, mas na verdade o que é fundamental é que dando valor ao seu próprio discurso podemos destacar um significante que o representa e, neste caso, este está em seu próprio nome: AMA. Estas três letras marcam este sujeito no seu universo simbólico, não só na sua particularidade mas também na universalidade da estrutura da linguagem. Curiosamente, AMA está presente no nome de todos os seus irmãos, imprimindo neles uma heráldica da união do casal parental. Tomando suas próprias palavras, na crise subsequente à relatada, Amanda sai dizendo para a chefe da equipe: “É doutora, o meu mal é amar demais.”

Recebido em 31/1/2000. Aceito em 14/8/2000.

BIBLIOGRAFIA

- COELHO DOS SANTOS, T. “As estruturas da psicose: transferência e interpretação em casos-limite”, in *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, Spid, n. 30, 1998, p. 45-73.
- FIGUEIREDO, A. C. *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1997.
- . “Notas sobre uma experiência de ensino e pesquisa em psicanálise no Ipub/UFRJ”, in *Cadernos Ipub-60 anos 1938 -1998*, ed. Especial, Rio de Janeiro, Ipub/UFRJ, 1998, p. 167-174.
- . “A relação entre psiquiatria e psicanálise: uma relação suplementar”, in *Informação Psiquiátrica*, v.18, n. 3, Rio de Janeiro, 1999, p. 87-89.
- FREUD, S. *Standard Edition of the Complete Psychological Works*, Londres, Hogarth Press, 1978.
- “The interpretation of dreams”, 1900, v. V, p. 1-720.
- “The dynamics of transference”, 1912, v. XII, p. 97-108.
- “Instincts and their vicissitudes”, 1915, v. XIV, p. 109-140.
- “Lecture XXXII”, in *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, 1933, v. XXII, p. 1-182.
- “Constructions in analysis”, 1937, v. XXIII, p. 255-270.
- . *Edição eletrônica brasileira das obras completas*. Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- “Rascunho K”, 1892.

- “Sobre o narcisismo: uma introdução”, 1914.
- “Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos”, 1915.
- “A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade”, 1923.
- “A dissolução do complexo de Édipo”, 1924.
- HANS, L. *Dicionário comentado do alemão de Freud*, Rio de Janeiro, Imago, 1996.
- HYPPOLITE, J. (1954) “Comentário falado sobre a Verneinung de Freud”, in *Escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1932) *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1987.
- _____. (1949) “O estádio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelada na experiência psicanalítica”, in *Escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998.
- _____. (1953-54) *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*, Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
- _____. (1955-56) *O Seminário, livro 3: As psicoses*, Rio de Janeiro, Zahar, 1985.
- _____. (1957-58) *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*, Rio de Janeiro, Zahar, 1999.
- _____. (1958a) “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, in *Escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998, p. 537-590.
- _____. (1958b) “A significação do falo”, in *Escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998, p. 692-703.
- _____. (1958c) “A direção do tratamento e os princípios de seu poder”, in *Escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998, p. 591-652.
- _____. (1964) “Do Trieb de Freud e do desejo do psicanalista”, in *Escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998, p. 865-868.
- _____. (1966) “Posição do inconsciente”, in *Escritos*, Rio de Janeiro, Zahar, 1998, p. 843-864.
- _____. (1975-76) *Le Sinthome* (mimeo).
- MACHADO, O. M. R. “O diagnóstico na psicanálise: da clínica dos fenômenos à clínica da estrutura”, dissertação de mestrado, Instituto de Psiquiatria, Ipub/UFRJ, 1999.
- _____. “Da demanda de eletrochoque à demanda de significante”, trabalho apresentado na X Jornada Clínica da Escola Brasileira de Psicanálise Seção Rio, Instituto Philippe Pinel, 1999.
- MILLER, J.-A. *Matemas II*, Buenos Aires, Ediciones Manantial, 1994.
- _____. “Jacques Lacan y la voz”, in *Freudiana*, n. 21, Catalúnia, Escuela Europea de Psicoanálisis/ Ediciones Paidós, 1997, p. 7-17.
- MILLER, J.-A., HENRY, F. & JOLIBOIS, M. *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica — A conversação de Arcachon*, São Paulo, Agalma, Biblioteca Freudiana Brasileira, 1997.
- MILNER, J.-C. *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*, Rio de Janeiro, Zahar, 1996.
- SOLER, C. “Abordagens do Nome-do-Pai”, in *Artigos Clínicos*, Salvador, Editora Fator, 1991, p. 119-135.
- _____. “Los diagnosticos”, in *Freudiana*, n. 16, Catalúnia, Escuela Europea de Psicoanálisis/ Ediciones Paidós, 1996, p. 21-33.

QUINET, A. *Teoria e clínica da psicose*, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1997.

VIEIRA, M. *L'ethique de la passion: l'affect dans la théorie de Freud et Lacan*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 1998.

_____. "Entre fenômeno e estrutura: o diagnóstico em psicanálise", in *Anais do VIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano*, Salvador, EBP, 1998.

Ana Cristina Figueiredo

Rua Smith de Vasconcelos, 55/101

22241-160 Rio de Janeiro RJ

E-mail: anafigueiredo@openlink.com.br

Tel. (21)205-7663

Ondina Maria Rodrigues Machado

Rua General Osório, 4/204

28625-630 Nova Friburgo RJ

E-mail: ondinamm@uol.com.br

Tel. (24)523-1976