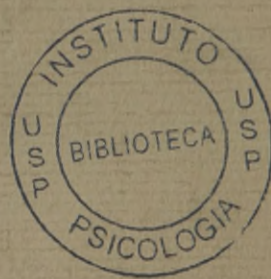


Psicologia USP

Volume 11 - Número 1 - 2000
ISSN 0103-6564



Diagnóstico

JUSSARA FALEK BRAUER
Editora Convidada

A revista

PSICOLOGIA, USP

é uma publicação semestral
do Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo

ADMINISTRAÇÃO E REDAÇÃO

Instituto de Psicologia

Av. Prof. Lúcio Martins Rodrigues,

Trav. 4, 399 Bl. 23

Cidade Universitária - Butantã

CEP - 05508.900 São Paulo - SP

Tel (011) 818-4452

Fax (011) 818-4462

<http://www.usp.br/ip/revpsico/>

E-mail: revpsico@edu.usp.br

http://www.scielo.br/psicologia_usp

Psicologia USP

Volume 11 - Número 1 - 2000
ISSN 0103-6564



Diagnóstico

JUSSARA FALEK BRAUER
Editora Convidada

Psicologia USP / Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
Vol.1, n.1 (1990).- São Paulo, USP-IP, 1990-

Semestral

ISSN 0103-6564

1. Psicologia. I.Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia.

CDD 150

INDEXAÇÃO:

LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (BIREME).

INDEX PSI (Conselho Federal de Psicologia).

Psicologia USP está disponível eletronicamente na SciELO (Scientific Eletronic Library OnLine).

http://www.scielo.br/psicologia_usp

PSICOLOGIA USP

Volume 11 - Número 1 - 2000

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REITOR

Jacques Marcovitch

VICE-REITOR

Adolpho José Melfi

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DIRETOR

César Ades

VICE-DIRETOR

Lino de Macedo

COMISSÃO EXECUTIVA

César Ades

Helena Maria Sampaio Bicalho

João Augusto Frayze-Pereira

Maria Helena Souza Patto

Sylvia Leser de Mello

CONSELHO EDITORIAL

Carolina Martuscelli Bori

Celso de Rui Beisiegel

Franklin Leopoldo e Silva

Gabriel Cohn

EQUIPE TÉCNICA

Bibliotecária: Aparecida Angélica Z. P. Sabadini

Secretaria Geral: Gerson da Silva Mercês

CAPA

Gravura em metal de Marcelo Grassmann (1980)

PSICOLOGIA USP

Volume 11 - Número 1 - 2000

Revista editada pelo Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| EDITORIAL | 9 |
| ARTIGOS ORIGINAIS | |
| LÉIA PRISZKULNIK \ <i>Clínica(s): Diagnóstico e Tratamento</i> | 11 |
| TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG E MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO \ <i>Diagnóstico Estrutural de Personalidade em Psicopatologia Psicanalítica</i> | 29 |
| ANA MARIA DE BARROS AGUIRRE, ELIANA HERZBERG, ELIZABETH BATISTA PINTO, ELISABETH BECKER, HELENA MOREIRA E SILVA CARMO E MARY DOLORES EWERTON SANTIAGO A <i>Formação da Atitude Clínica no Estagiário de Psicologia</i> | 49 |
| VERA STELA TELLES \ <i>A Desvinculação do TAT do Conceito de "Projeção" e a Ampliação de Seu Uso</i> | 63 |
| MARIA CRISTINA MACHADO KUPFER \ <i>Notas Sobre o Diagnóstico Diferencial da Psicose e do Autismo na Infância</i> | 85 |
| ANDRÉ GELLIS \ <i>Diagnósticos e Psicotrópicos - uma Resposta pela Psicanálise</i> | 107 |

| | |
|---|-----|
| SANDRA DIAS <i>A Inquietante Estranheza do Corpo e o Diagnóstico na Adolescência</i> | 119 |
| RENATA VOLICH EISENBRUCH <i>Leitura e Diagnóstico do Sintoma Orgânico</i> | 137 |
| MARIA JOSEFINA SOTA FUENTES RODRIGUES <i>O Diagnóstico de Depressão</i> | 155 |
| MARIA CRISTINA RICOTTA BRUDER <i>A Alienação Eternizada: uma Abordagem Estrutural de um Caso Clínico</i> | 189 |
| CLAUDIA DO AMARAL DE MEIRELES REIS <i>Uma Reflexão Acerca do Diagnóstico de Psicose Infantil: Uma Abordagem Psicanalítica</i> | 207 |
| JUSSARA FALEK BRAUER <i>Entre a Inibição e o Ato: Fronteiras do Trabalho Analítico com Crianças</i> | 243 |
| ROLAND LETHIER <i>Bataille com Lacan</i> | 253 |

PSICOLOGIA USP

Volume 11 - Número 1 - 2000

Journal edited by the Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo

CONTENTS

| | |
|-----------------|---|
| EDITORIAL | 9 |
|-----------------|---|

ORIGINAL ARTICLES

| | |
|---|----|
| LÉIA PRISZKULNIK <i>Clinic (s): Diagnosis and Treatment</i> | 11 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| TÂNIA MARIA JOSÉ AIELLO VAISBERG E MARIA CHRISTINA LOUSADA MACHADO <i>Psychoanalytical Psychopathology Structural Diagnosis of Personality</i> | 29 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| ANA MARIA DE BARROS AGUIRRE, ELIANA HERZBERG, ELIZABETH BATISTA PINTO, ELISABETH BECKER, HELENA MOREIRA E SILVA CARMO E MARY DOLORES EWERTON SANTIAGO <i>Development of a Clinical Attitude in Undergraduate Clinical Practice</i> | 49 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| VERA STELA TELLES <i>Disconnection of TAT from the "Projective" Concept and its Use Enlargement</i> | 63 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| MARIA CRISTINA MACHADO KUPFER <i>Notes on the Diagnostic Differences Between Psychosis and Autism in Childhood</i> | 85 |
|--|----|

| | |
|---|-----|
| ANDRÉ GELLIS <i>Diagnosis and Psychotropics: an Answer Through Psychoanalysis</i> | 107 |
|---|-----|

| | |
|--|-----|
| SANDRA DIAS <i>The Body Feeling of Strangeness and the Diagnosis in Adolescence</i> | 119 |
| RENATA VOLICH EISENBRUCH <i>Organic Symptom Diagnosis and Interpretation</i> | 137 |
| MARIA JOSEFINA SOTA FUENTES <i>Depression's Diagnosis</i> | 155 |
| MARIA CRISTINA RICOTTA BRUDER <i>The Eternalized Alienation: a Structural Approach of a Clinical Case</i> | 189 |
| CLAUDIA DO AMARAL DE MEIRELES REIS <i>Considerations about the Diagnosis of Childhood Psychosis: A Psychoanalytic Approach</i> | 207 |
| JUSSARA FALEK BRAUER <i>Between Inhibition and Action: borders of Analytic Work with Children</i> | 243 |
| ROLAND LETHIER <i>Bataille With Lacan</i> | 253 |

EDITORIAL

Ao criar a psicanálise, Freud, interrogado pela histeria, deu lugar a que se superasse um impasse importante no que se refere ao sofrimento humano. Trata-se da contraposição entre normal e patológico. A partir de Freud é possível pensar, no interior do discurso da ciência, em um adoecer que não repousa mais no corpo material, mas que se deve à materialidade das palavras e sua função em tudo aquilo que se pode considerar humano. Autor saído da medicina, Freud gravita em sua obra em torno da psicopatologia, criando novos quadros nosológicos, para no final publicar a “Psicopatologia da vida cotidiana”, onde ele reencontra no sujeito os mesmos mecanismos que descrevera ao falar dos quadros patológicos. A questão da patologia é superada dando lugar à questão do sujeito tomado agora em sua singularidade.

Os trabalhos reunidos neste número da revista *Psicologia USP* debruçam-se sobre o tema do *Diagnóstico* apoiando-se nas contribuições teóricas da psicanálise em suas diferentes vertentes. Esse termo diagnóstico, originário da medicina e da patologia, foi absorvido pela língua e resignificado por ela, e está hoje no jargão de profissionais de diferentes áreas. Está no vocabulário do economista dizer que ele faz um diagnóstico da situação econômica antes de propor uma operação na área financeira, do músico dizer que ele faz um diagnóstico da música para construir seu arranjo de forma que sua interpretação seja fiel, do engenheiro dizer que ele faz um diagnóstico de uma viga para propor uma forma adequada de recuperá-la, e assim por diante. Os textos apresentados neste volume discutem temas clínicos, questões ligadas ao ato de estabelecer um diagnóstico no âmbito da Psicologia. E, se o intuito é avançar na resignificação deste termo, representam uma contribuição, a partir da psicanálise, para este fim.

Jussara Falek Brauer

CLÍNICA(S): DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Léia Prizskulnik¹

Instituto de Psicologia - USP

O artigo analisa os pressupostos que delimitam o domínio da clínica médica (clínica positiva) e da clínica psicanalítica, duas configurações diferentes de clínica, que se utilizam de referenciais muito próprios que determinam trabalhos distintos. Levanta um breve histórico e examina a maneira de cada profissional se posicionar frente ao sintoma do paciente, ao processo de diagnóstico e de tratamento.

Descritores: Clínicas. Psicologia clínica. Diagnóstico médico. Psicodiagnóstico. Psicanálise. Medicina.

O ser humano, há séculos, sofre e sente dores. Diante do sofrimento e das dores, há séculos, ele apela para que alguém lhe proporcione alívio. Essa situação cria o espaço para o aparecimento de pessoas que se propõem a ajudar os outros. Nasce o chamado médico primitivo, parente distante e, ao mesmo tempo, próximo do médico atual.

Durante anos, o médico se vale dos influxos dos céus, dos astros, da alquimia e das crenças populares, aprendendo tudo através da experiência. Muitos males são descritos, muitos vegetais são identificados pelas propriedades terapêuticas, vários procedimentos são usados para cuidar dos doentes (lancetam, sangram, cortam, serram, etc.). Santos Filho (1991) indica a descrição e tratamento de uma série de doenças, entre elas, a peste das bexigas (varíola), o mal de Lázaro (lepra), o mal gálico (sífilis), a tísica (tuberculose), as câmaras de sangue (disenteria com san-

1 Endereço para correspondência: Rua Galeno de Almeida, 660 – Jd. América, SP - CEP 05410-030. E-mail: ippsc@edu.usp.br

gue), as terças ou quartãs (malária), a peste náutica (escorbuto), catarro no ventre (enterocolite), almorreimas (hemorróidas).

Assim, para a Medicina, a experiência com pacientes é muito antiga, a observação clínica e a clínica médica existem há muito tempo. Mas, a prática clínica que hoje conhecemos só começa a ser produzida num tempo mais recente da história ocidental.

Antes do século XIX, a Medicina pode ser dita classificatória. Foucault (1987) assinala que "... a regra classificatória domina a teoria médica e mesmo sua prática (...) antes de ser tomada na espessura do corpo, a doença recebe uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies" (p. 2). A redistribuição anatômica da doença não modifica sua estrutura essencial. A percepção da doença no doente supõe um olhar qualitativo, ou seja, para apreender a doença é preciso olhar onde há secura, calor, excitação, umidade, debilidade, leveza, esgotamento. Para definir uma entidade mórbida é levado em conta um conjunto de qualidades e, desta maneira, a Medicina fica distante da possibilidade de lidar com quantidades que a ciência exige.

A Medicina como ciência clínica aparece no século XIX. Segundo Foucault (1987), a clínica ligada à linguagem de uma "ciência positiva" aparece quando o médico substitui a pergunta "o que é que você tem?," pela pergunta "onde lhe dói?." Essa mudança se opera quando se admite que se pode associar a lesões de órgão (anatômica) definidas, grupos de sintomas estáveis. A anatomia e a clínica se unem e surge a anátomo-clínica. "Daí o aspecto que a anatomia patológica tomou em seu início: o de um fundamento enfim objetivo, real e indubitável da descrição das doenças" (p. 147).

A mudança vai criar possibilidades novas. Foucault (1987) esclarece que ela traz: "... progresso da observação, cuidado em desenvolver e ampliar a experiência, fidelidade cada vez maior ao que os dados sensíveis podem revelar, abandono dos sistemas e teorias em proveito de um empirismo mais científico" (p. 156).

A anatomia patológica ordena o novo espaço clínico. A Medicina classificatória cede lugar à Medicina dos órgãos, do foco e das causas. Esse novo sistema referencial vai permitir uma nova ordenação das doenças e um interesse direto pelo corpo do doente, mas pelo *corpo morto* porque o exame do cadáver ensina ao médico as causas da morte e, conseqüentemente, das doenças. Clavreul (1983) destaca que o médico ignora a morte na sua especificidade porque “... não é o corpo morto enquanto tal que interessa ao médico, mas o que nele se pode ler” (p. 113).

Impulsionados pela patologia, os estudos de fisiologia avançam e também oferecem subsídios para a determinação das causas da doença. Clavreul (1983) assinala que:

... os progressos da fisiopatologia, propondo uma outra leitura da doença, vieram substituir os estudos anatômicos e anátomo-patológicos. A morte do doente cessou de ter interesse para o médico desde que os exames sobre o vivo tornaram-se os mais importantes. Não existem mais nos hospitais esses doentes que eram conservados um pouco por caridade, mas cuja morte se esperava para saber o que tinham. Esta prática ... cessou desde que os exames paraclínicos permitiram ‘violentar a natureza’ sobre o vivo. O corpo não é senão o lugar onde a doença se inscreve. (p. 114)

Esse novo espaço permite que a biópsia se destaque em relação à autópsia. Atualmente, alguns desses exames paraclínicos, ou subsidiários, são realizados através de aparelhagens tecnológicas (endoscópios, p.ex.) que permitem o diagnóstico fisiopatológico e a retirada de material orgânico para o diagnóstico anátomo-patológico (biópsia) no paciente vivo.

É a partir do século XIX, então, segundo Foucault (1987), que a presença da doença no corpo funda a doença como objeto para o olhar positivo do médico e a linguagem se transforma em discurso racional. Assim, “... torna-se possível organizar em torno [do indivíduo] uma linguagem racional” (p. xiii) e pode-se, “... finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (p. xiii). O discurso médico se torna um discurso científico sobre a doença.

A Medicina como ciência clínica tem bem delimitado o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. É uma clínica fundamentada no olhar (ver, observar), no chamado olhar clínico, mas “... o olhar médico envolve mais do que diz a palavra ‘olhar’; encerra, em uma estrutura única, campos sensoriais diferentes; [é] a trindade visão-tato-audição” (Foucault, 1987, p. 188). Assim, apesar do médico se valer do olho, do tato e do ouvido, a dominância é do visível (atualmente, o olhar clínico está cada vez mais aguçado pela aparelhagem tecnológica). É uma clínica que, com seu discurso de estrutura científica, tem os mesmos pressupostos exigidos pelo conhecimento científico. Chauí (1996) assinala que o conhecimento científico busca a objetividade (estruturas universais e necessárias), a quantificação (medidas, padrões), a homogeneidade (leis gerais), a generalização, a regularidade, a constância, a frequência, a normalidade dos fatos investigados, procura “... apresentar explicações racionais, claras, simples e verdadeiras para o fatos” (p. 250) e procura “... prever racionalmente novos fatos como efeitos dos já estudados” (p. 251). Portanto, um discurso de estrutura científica aspira ser universal, pois “... a ciência busca as leis objetivas gerais, universais e necessárias dos fatos” (p. 271).

Assim, para o reconhecimento de determinada doença é necessário a existência de doenças nitidamente definidas, ou seja, o processo de diagnóstico requer que a doença tenha uma definição racional e clara. Kammerer e Wartel (1989) indicam que na Medicina:

... o processo epistemológico segue sempre a mesma progressão histórica: num primeiro estágio, a entidade mórbida emerge sob forma de um quadro *descritivo*, resultante da observação clínica. Num segundo estágio um substrato *anatômico* lhe é reconhecido [substrato anátomo-fisiológico; substrato orgânico]. A descoberta do agente *etiológico* das lesões constitui o terceiro estágio. A entidade nosográfica está perfeitamente definida, quando munida dessas três dimensões. (p. 28)

Segundo os autores, é uma nosografia tridimensional. A entidade nosográfica permanece provisória enquanto não ultrapassar o estágio clí-

nico. Alcançar a nosografia tridimensional é o objetivo a ser atingido na definição das doenças orgânicas, mas também das doenças mentais (patologia cerebral).

O médico clínico deve seguir um roteiro pormenorizado e rigoroso no processo de diagnóstico. Marcondes, Sustovich, & Ramos (1976), enfatizando a necessidade de considerações etiopatogênicas, fisiopatológicas e clínicas, descrevem os passos a serem seguidos que, resumidamente, são:

1) *a observação clínica* é o registro pormenorizado dos dados pessoais, dos sintomas e dos sinais apresentados pelo doente e obtidos durante a entrevista, e consta de \Rightarrow identificação (I.D.),² anamnese (queixa e duração: Q.D.), história pregressa da moléstia atual (H.P.M.A.), interrogatório sobre os diferentes aparelhos (I.S.D.A.), antecedentes pessoais (A.P.), antecedentes hereditários e familiares (A.F.). O exame clínico deve ser metódico e disciplinado para o bom raciocínio clínico. É necessário, nesse momento, o estabelecimento de hipótese diagnóstica (H.D.).

2) *o exame físico* minucioso e sistemático do doente para a complementação da observação clínica (exame físico geral: E.F.G.; exame físico especial: E.F.E.). São necessárias hipóteses bem formuladas sobre os diagnósticos anatômico, funcional e etiológico. O diagnóstico deve ser preciso para a indicação de plano terapêutico eficiente e racional.

3) *os exames subsidiários* adequados, quando necessários.

Depois dos passos indicados acima, chega o momento da elaboração de plano terapêutico adequado, eficiente e racional (Cd.= conduta). A terapêutica inclui os medicamentos, considerados essenciais em muitos casos.

2 as siglas indicadas entre parênteses são as mesmas que se encontram nos prontuários médicos.

A visualização do roteiro descrito permite destacar, não só os passos que o médico clínico deve seguir, mas como

... esses passos estão estabelecidos, previamente, pelo saber médico com o objetivo de guiar o profissional à elaborar um diagnóstico objetivo, que permita indicar o tratamento mais eficaz. No diagnóstico, a definição da doença se dá a partir da perspectiva do médico, perspectiva objetiva em relação ao paciente. (Priskulnik, 1998, p. 18)

Além de seguir o roteiro pormenorizado e rigoroso, ao diagnosticar:

... o médico opera mentalmente um corte nos dados trazidos pelo paciente, tendo como eixo a idéia de que alguns sintomas são essenciais e definidores da doença, enquanto outros são secundários, pois, só assim, a indicação da terapêutica produzirá o efeito desejado e trará bons resultados, ou seja, a cura da doença, o alívio rápido, a eliminação dos sintomas, a restituição da saúde anterior à doença. (Priskulnik, 1998, p. 19)

O médico precisa escutar seletivamente as palavras do paciente para poder formular o diagnóstico (escuta seletiva *a priori*). Clavreul (1983), para enfatizar que “... do que é dito, o médico só retém o que ressoa no discurso médico” (p. 158), refere-se a uma situação-exemplo: quando um paciente tem sua primeira dor precordial no dia da morte de um parente querido, essa data da morte só terá importância para *fixar uma data*, pois essa espécie de sofrimento não tem ressonância no discurso médico, ou seja, mesmo se o médico der importância a isso, ele não terá como operar com este dado na formulação do diagnóstico (objetivo e racional), quando muito pode fazê-lo ter palavras de consolo para seu paciente. O autor sublinha que “... o sofrimento no discurso médico se nomeia dor, ou opressão, ou febre, etc.” (p. 157), quer dizer, ele é um sintoma que precisa estar associado a um substrato orgânico e ter, de preferência, uma etiologia definida.

A Medicina, enquanto ciência clínica, se vale das pesquisas genéticas, imunológicas, bioquímicas, biofísicas, farmacológicas, etc., pesquisas desenvolvidas em laboratórios de experimentação. Assim, muitos co-

nhcimentos aplicados na clínica médica são exteriores ao próprio campo clínico. Existe também toda uma aparelhagem tecnológica que auxilia o médico no processo de diagnóstico, o que acaba enfatizando mais ainda a vertente objetiva da doença e colocando entre o médico e o paciente vários aparelhos e muitos resultados de exames.

Essa configuração da clínica médica é, freqüentemente, considerada o *paradigma* quando se pensa na experiência clínica como forma de conhecimento. Assim, ao se pensar em *diagnóstico e tratamento*, não se pode esquecer a origem médica das expressões. Sem essa precaução, pensar em clínica numa configuração diferente da estabelecida pela Medicina fica mais difícil e, às vezes, mais complicado. É o que pode acontecer quando se tem em mente a Psicanálise e a clínica que Freud inaugura.

A Psicanálise, com suas proposições, faz emergir um modelo de clínica bem peculiar, onde o diagnóstico e o tratamento são abordados dentro de referenciais psicanalíticos.

Freud (1925/1976c) estuda e trabalha no ambiente científico do final do século XIX. Ele se forma médico (1881) e segue a Neurologia. Atua como pesquisador em laboratórios de fisiologia e de anatomia cerebral, é docente de doenças nervosas na Universidade de Viena, trabalha no Hospital Geral de Viena, publica muitos artigos científicos em revistas especializadas (grande número de observações clínicas sobre doenças orgânicas do sistema nervoso), publica um livro sobre as paralisias cerebrais infantis considerado um trabalho importante para a Neurologia clínica. Realiza diagnósticos precisos, situando o local de uma lesão de maneira tão exata, que ao anátomo-patologista não cabe acrescentar informação alguma, a não ser a confirmação post-mortem. Ele conhece e pratica a pesquisa científica durante muitos anos, atua na clínica médica e efetua diagnósticos médicos durante muito tempo.

Freud (1925/1976c), por questões pecuniárias, começa a estudar as doenças nervosas. Planeja viajar para Paris e continuar seus estudos. Ganha uma bolsa de estudos da faculdade (1885) e torna-se aluno de Charcot. Fica impressionado com as investigações dele acerca da histeria, que

procuram mostrar a autenticidade e a objetividade dos fenômenos histéricos. Para isto, Charcot realiza uma descrição completa dos fenômenos, demonstra que eles têm suas próprias leis e regularidades, indica como reconhecer os sintomas que possibilitam o diagnóstico, tem a idéia de reproduzir artificialmente as paralisias históricas, que previamente já diferenciara das paralisias orgânicas, através da sugestão hipnótica (Freud, 1893/1976a). Charcot declara que a histeria não é uma simulação e afirma que a etiologia deve ser buscada na hereditariedade e que ela é “... uma doença nervosa completa, autônoma, funcional e sem traços lesionais” (Roudinesco, 1989, p. 21). Freud, mais tarde, vai atribuir uma etiologia sexual para a histeria.

Nas palavras de Mannoni (1994), esse encontro deixa marcas no jovem Freud. Ele tem a oportunidade de assistir às aulas de Charcot onde o mestre “... cria e elimina os sintomas pela palavra, mas não se trata de mágica, ele mostra que os fenômenos histéricos obedecem a leis” (p. 43), e de acompanhar o método de trabalho de Charcot em que “... ele tratava as observações clínicas como fatos e delas extraía conjecturas neurológicas, ao contrário dos clínicos alemães, que se fundavam numa teoria fisiológica constituída para explicar os estados mórbidos” (p. 44). Charcot segue os princípios da clínica anátomo-patológica e se vale também dos conhecimentos de fisiologia.

Freud (1925/1976c) inicia sua prática privada (outono de 1886) como especialista em doenças nervosas. Para tratar de seus pacientes “nervosos,” sabe que precisa ser capaz de fazer algo para ajudá-los. Porém, seu arsenal terapêutico conta só com a eletroterapia e o hipnotismo. Em relação à primeira, decepçiona-se com os resultados e põe de lado seu aparelho elétrico. Em relação ao segundo, começa a empregá-lo de outra maneira que a usual, isto é, além de meras ordens ou proibições sugestivas, formula perguntas ao paciente sobre a origem de seus sintomas. Assim, nos seus primeiros anos de atividade como médico, tem como principal instrumento de trabalho a sugestão hipnótica, “... afora os métodos psicoterapêuticos aleatórios e não sistemáticos” (p. 28), que o leva a abandonar o tratamento das doenças nervosas orgânicas. Seu interesse em

aprender algo sobre a origem das manifestações que vinha lutando para eliminar, cria as condições “... da pesquisa científica mais uma vez ter-se tornado o principal interesse de [sua] vida” (p. 30). Mais tarde, ele acaba denominando seu “... método de pesquisa e de tratamento (...) de psicanálise” (p. 43).

Sua experiência clínica com os pacientes cresce e suas indagações também. Para as questões que vão surgindo, ele não encontra respostas em todo seu conhecimento médico, em todo seu preparo em anatomia, fisiologia, patologia, etc. A ciência da época não oferece respostas para os problemas levantados pelos seus pacientes (sintomas histéricos). Em vez de tentar “encaixar” os pacientes nos moldes dos conhecimentos médicos, rompe com o saber médico (científico) vigente e constrói um sistema conceitual que tece os fundamentos que sustentam a constituição do saber psicanalítico e da clínica psicanalítica.

As idéias de Freud realmente germinam no solo do mundo científico do final do século XIX. Segundo Mannoni (1989), ao estudar a histeria, ele:

... descobre que uma paralisia histérica pode cobrir um território anatômico que contradiz aquilo que poderíamos chamar de cartografia neurológica. Não põe em dúvida absolutamente a verdade e a exatidão da Neurologia, ao contrário. É sobre essa verdade anatômica que irá se fundar. Mas, levantará a hipótese de que há algo imaginário nessas paralisias ... é por meio da *verdade neurológica* que se tenta *refutar* as paralisias histéricas (o que não significa curá-las) mas, jamais a Psicanálise tentará refutar a Neurologia ... Em presença de uma paralisia, um neurologista deve acabar por achar algo que não funciona em algum lugar na materialidade do sistema nervoso. Freud, pelo contrário, pensa que seria preciso antes olhar para o lado da “imaginação das histéricas.” Falando assim, não contradiz em nada a *ciência* dos neurologistas, ao contrário, *fundamenta-se justamente nessa ciência* para emitir essa hipótese. (pp. 154-155)

A investigação da histeria leva Freud a propor uma mudança no campo de estudo. Como afirma Birman (1991), ele “... propõe que a figura da histeria se articula no *campo da representação* e não no campo do

corpo anátomo-patológico” (p. 141). O autor sublinha que Freud formula algo fundamental para a teoria psicanalítica que está começando a ser construída, a saber, que:

... os sintomas histéricos se articulam num sistema coerente, fundado na imagem do corpo e não na estrutura do corpo, subordinada esta última às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais. O importante passa a ser como o histérico vivencia a sua corporalidade, ou seja, de que maneira investe as diferentes partes do seu corpo e as interpreta como superfícies dotadas de significação ... a existência de um corpo representado como eixo de sustentação da histeria é a primeira construção positiva que define a possibilidade de existir outra ordem corporal, diferente daquela circunscrita pelos cânones da anátomo-clínica. (pp. 141-142)

Com a descoberta da sexualidade infantil, Freud descobre o corpo erógeno: é o corpo representado investido sexualmente. Mas, a sexualidade para a Psicanálise não coincide com a sexualidade biológica; para ela, a sexualidade humana está separada de uma ligação estreita com os órgãos sexuais e o sexo genital e é considerada uma função corpórea mais abrangente que visa o prazer e que pode chegar a servir, ou não, às finalidades de reprodução. Portanto, como esclarece Birman (1991, p. 148), “...a sexualidade se articula numa outra economia, que passa necessariamente pelo campo da representação, (...) não é um instinto, nem se localiza no plano do corpo biológico.” Assim, a noção de corpo para a Psicanálise é bem diferente da noção de corpo para a Biologia. O corpo biológico é um corpo objetivado (objeto da ciência), um organismo, para ser estudado em termos de suas funções (digestão, respiração etc.), do funcionamento específico dos vários órgãos e seus tecidos, do funcionamento das células. O corpo para a Psicanálise é um corpo tecido e marcado pela sexualidade e pela linguagem.

No transcurso de seus estudos, a medida em que Freud se afasta da neuropatologia e se interessa pela psicopatologia, abre-se a possibilidade de começar então, “... a emergência progressiva da noção de inconsciente (...) e o caminho para uma teoria das doenças nervosas fora do campo da Neurologia” (Roudinesco, 1989, p. 67). Inaugura, então, um novo espaço

clínico fundamentado na fala do paciente e na escuta do médico (psicanalista) e funda a Psicanálise.

As investigações de Freud são empreendidas no contato com seus pacientes que, por sua vez, possibilitam inaugurar um novo tipo de tratamento e construir um corpo teórico que sai do domínio médico para questões do funcionamento psíquico do ser humano. Ele não parte de experiências de laboratório, mas do trabalho terapêutico e da prática clínica. Birman (1989, p. 138), refletindo sobre a posição da clínica no discurso freudiano, sublinha que “... o procedimento de investigação é o eixo fundador do campo psicanalítico, sustentando tanto o método de curar quanto o discurso teórico.” Assim, a Psicanálise nasce de uma prática que gera uma teoria, mas a teoria pretende dar conta do que acontece no processo de investigação e nos seus efeitos terapêuticos; os conhecimentos aplicados na clínica pertencem ao próprio campo clínico. Nasce e subverte a própria concepção de clínica, concepção ainda muito ligada a uma prática específica, a da Medicina.

Para a clínica psicanalítica, a doença tem um sentido para quem sofre, sentido que está afastado da consciência, sentido que está inserido na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito (verdade do sujeito). “O analista não faz uso de qualquer instrumento, nem mesmo para examinar o paciente, nem receita quaisquer remédios” (Freud, 1926/1976d, p. 213). Assim, “... para buscar ou decifrar o sentido do sintoma, o psicanalista não submete a pessoa a uma observação clínica, a um exame corporal, ou indica exames subsidiários, mas pede-lhe que fale de si mesmo sem censura ou crítica” (Prizskulnik, 1998, p. 19), ou seja, que obedeça a regra técnica fundamental que é a associação livre. O uso da associação livre permite que a pessoa fale mais do que sabe, pois o que se deseja ouvir do paciente “... não é apenas o que ele sabe e esconde de outras pessoas, ele deve dizer-nos também o que *não* sabe,” como sublinha Freud (1940/1975, p. 201). Diante do relato (associação livre), procura escutá-lo sem privilegiar a *priori* qualquer elemento do discurso, pois a escuta deve ser sem censura, deve ser uma recepção sem privilegiar a *priori* partes da fala do sujeito. O que realmente acontece

entre o analista e o paciente é “... que conversam entre si (...) o analista concorda em fixar um horário com o paciente, faz com que ele fale, ouve o que ele diz, por sua vez conversa com ele e faz com que ele ouça” (Freud, 1926/1976d, p. 213). É uma clínica fundamentada no falar/escutar, estritamente.

Os pacientes procuram ajuda através de seus sintomas, que podem ser de ordem física, familiar, sexual, profissional, etc. Para a Psicanálise, o sintoma precisa ser apreendido na trama de sua elaboração inconsciente. Assim, o procedimento para a investigação dos processos nos níveis inconscientes tem como modelo a interpretação de sonhos que busca nestes um sentido e é essa decifração de sentido que se impõe, mostrando a importância da linguagem e servindo de paradigma para a apreensão do sintoma.

O objetivo, então, não é diretamente eliminar o sintoma, aliviar rapidamente o mal-estar, corrigir possíveis deficiências, porque ele tem um sentido rigorosamente subjetivo e é portador de uma verdade que precisa ser revelada ou desvendada. A cura do sintoma virá como um desdobramento do próprio processo analítico. Freud (1923/1976b) estabelece que o objetivo da análise é capacitar o paciente:

... a poupar a energia mental que está despendendo em conflitos internos, obtendo do paciente o melhor que suas capacidades herdadas permitam, e tornando-o assim tão eficiente e capaz de gozo quanto é possível. Não se visa especificamente à remoção dos sintomas da doença, contudo ela é conseguida, por assim dizer, como um subproduto, se a análise for corretamente efetuada. O analista respeita a individualidade do paciente e não procura remoldá-lo de acordo com suas próprias idéias pessoais, isto é, as do médico; contenta-se em evitar dar conselhos e, em vez disso, em despertar o poder de iniciativa do paciente. (p. 304)

O método de tratamento analítico situa o profissional em uma relação diferente com o sujeito que sofre, ou seja, instaura o trabalho com algo singular que é a transferência. Para Freud (1923/1976b, p. 300) a transferência “... transforma-se no mais poderoso instrumento terapêutico

e desempenha um papel que dificilmente se pode superestimar na dinâmica do processo de cura.” Freud (1925/1976c) esclarece que a transferência não é criada pela situação analítica:

... ela é um fenômeno universal da mente humana, decide o êxito de toda influência médica e, de fato, domina o todo das relações de cada pessoa com seu ambiente humano. ... É perfeitamente verdade que a Psicanálise, como outros métodos psicoterapêuticos, emprega o instrumento da sugestão (ou transferência). Mas a diferença é esta: na análise não é permitido desempenhar o papel decisivo na determinação dos resultados terapêuticos. Utiliza-se, ao contrário, induzir o paciente a realizar um trabalho psíquico ... que implica uma alteração permanente em sua economia mental ... a transferência é transformada de arma mais forte da resistência em melhor instrumento do tratamento analítico. Não obstante, seu manuseio continua sendo o mais difícil, bem como a parte mais importante da técnica de análise. (pp. 56-57)

A clínica psicanalítica tem uma acepção muito peculiar do que seja o diagnóstico. Ele não é realizado de maneira objetiva, ou seja, a pessoa tem tais sintomas, então, tem tal doença ou distúrbio. Ele não aponta simples e diretamente a interpretação analítica a ser feita, ou seja, o diagnóstico (tal doença) não dá, prontamente, sustentação para a atuação do profissional (tal medicamento, p.ex.). Ele não se vale de roteiros, previamente estabelecidos, a serem seguidos. Deve ser estabelecido, dentro do espaço analítico e na transferência, para determinar a direção do tratamento. O diagnóstico deve ser preliminar, pois é quase impossível defini-lo (fechá-lo) sem um certo tempo de análise (tratamento). Essa é uma peculiaridade da clínica psicanalítica, já que ela não se vale de coordenadas externas, de noções de valor geral e de previsões, itens que são exigidos pela pesquisa objetiva do método científico.

É preciso, no entanto, estabelecer o diagnóstico, mesmo o preliminar. O analista precisa de certos elementos para balizar seu trabalho. Freud (1913/1969) utiliza-se de um período de tempo de uma ou duas semanas para empreender uma “sondagem” com o intuito de conhecer o caso e decidir se ele é apropriado para a análise.

Este experimento preliminar, contudo, é, ele próprio, o início de uma psicanálise e deve conformar-se às regras desta. Pode-se talvez fazer a distinção de que, nele, deixa-se o paciente falar quase todo o tempo e não se explica nada mais do que o absolutamente necessário para fazê-lo prosseguir no que está dizendo. (p. 165)

Entretanto, Freud (1913/1969) coloca que existem também razões diagnósticas para essa fase preliminar, ou seja, a do diagnóstico diferencial entre a neurose e a psicose. Ele indica que a fase preliminar constitui um espaço privilegiado para o estabelecimento do diagnóstico preliminar porque, como ele mesmo acentua, "... nenhum outro tipo de exame preliminar, exceto este procedimento, encontra-se à nossa disposição" (p. 165).

A fase preliminar freudiana corresponde às entrevistas preliminares para Lacan. Para ele é fundamental que o analista tenha esse trabalho prévio antes de aceitar um paciente para a análise. A teoria lacaniana permite fazer o diagnóstico diferencial estrutural. Quinet (1991) procura esclarecer isso.

É a partir do simbólico que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo -- negação da castração do Outro -- correspondentes às três estruturas clínicas. Um tipo de negação nega o elemento, mas o conserva, manifestando-se de dois modos: no recalque (*Verdrängung*) do neurótico, nega conservando o elemento no inconsciente e o desmentido (*Verleugnung*) do perverso, o nega conservando-o no fetiche. A forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa. ... Cada modo de negação é concomitante a um tipo de retorno do que é negado. No recalque, o que é negado no simbólico retorna no próprio simbólico sob a forma de sintoma: o sintoma neurótico. No desmentido, o que é negado é concomitantemente afirmado retornando no simbólico sob a forma de fetiche do perverso. Na psicose, o que é negado no simbólico retorna no *real* sob a forma de automatismo mental, cuja expressão mais evidente é a alucinação. (p. 23)

Além do diagnóstico diferencial entre neurose, psicose e perversão, as entrevistas preliminares também constituem um espaço privilegiado

para o diagnóstico diferencial entre a histeria e a obsessão. Como sublinha Quinet (1991, p. 27), é muito importante, em relação à direção da análise “... ultrapassar o plano das estruturas clínicas (psicose, neurose, perversão) para se chegar ao plano dos tipos clínicos (histeria e obsessão), ainda que ‘não sem hesitação,’ para que o analista possa estabelecer a estratégia da direção da análise”

Freud, com a Psicanálise, introduz a noção de inconsciente e afirma que esse inconsciente determina tudo que a consciência e o sujeito sentem, pensam, fazem, falam, etc. Com isso, coloca “... uma poderosa limitação às pretensões da consciência para dominar e controlar a realidade e o conhecimento” (Chauí, 1996, p. 169), desloca a consciência de um lugar central na nossa vida psíquica, questiona a origem exclusivamente orgânica das doenças e mostra que a “fala” tem função terapêutica (talking cure) e que “... os distúrbios patológicos do corpo e da mente podem ser eliminados por ‘meras’ palavras” (Freud, 1905/1972, p. 297).

Temos, então, a clínica médica e a clínica psicanalítica, duas configurações diferentes de clínica, com pressupostos diferentes que balizam trabalhos diferentes. Essas diferenças podem, agora, ser pontuadas em relação à maneira do médico e do psicanalista se posicionarem diante dos sintomas do paciente.

Quando alguém chega e pede ajuda para acabar com suas dores, esse alguém já pressupõe que o profissional tem algum conhecimento ou alguma solução para seu caso. O médico pedirá que o paciente fale, mas que responda às suas perguntas (roteiro previamente estabelecido), ouvirá o paciente com uma escuta seletiva, *a priori*, para buscar os sintomas que definam uma doença, fará um exame físico, pedirá exames complementares (se necessário) e indicará a terapêutica apropriada (algum medicamento) com o intuito de curar, ou eliminar, ou aliviar os sintomas; ele tem o conhecimento do que se passa com o paciente e tem a solução para o caso. O psicanalista pedirá que o paciente fale, mas que fale o mais livremente possível (associação livre), ouvirá o paciente sem privilegiar, *a priori*, qualquer, parte do relato e procurará transformar a queixa-sintoma

em sintoma-enigma, ou seja, ele sabe que a queixa precisa ser transformada “... numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma [precisa passar] do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo” (Quinet, 1991, pp. 20-21); ele sabe que o sintoma tem um sentido para quem sofre (sentido subjetivo), que o sentido está inserido na trama de uma história marcada pelo desejo inconsciente do sujeito e que é portador da verdade do sujeito, portanto não procurará curar, ou eliminar, ou aliviar o sintoma; ele não só não dá resposta ao paciente, como transforma a resposta pedida em questão para o sujeito.

O paradigma da clínica médica, clínica positiva, é uma configuração que é adotada para o trabalho clínico também por outros profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos. Esses profissionais aceitam a nomenclatura das doenças (doenças com substrato orgânico), realizam os diagnósticos utilizando provas organizadas a partir de pesquisas científicas (testes de inteligência, testes de personalidade, testes de aptidões, etc.), buscam curar, ou eliminar, ou aliviar os sintomas, recorrem a técnicas padronizadas de tratamento, ou trabalham no nível da consciência. São médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, que valorizam os pressupostos que a ciência determina, ou seja, a objetividade, a quantificação, a homogeneidade, a generalização, etc. e valorizam um trabalho baseado na consciência e na razão.

A análise dos pressupostos que configuram a clínica médica e a clínica psicanalítica tem por objetivo delimitar o domínio de cada uma (alcances e limitações), o domínio do trabalho que cada profissional pode desenvolver com seus pacientes. Ao meu ver, colocar uma contra outra não contribui para um possível diálogo entre os profissionais e nem para um possível trabalho em equipe.

Freud (1926/1976d) reflete sobre isso e afirma que:

... em si toda ciência é unilateral. Tem de ser assim, visto que ela se restringe a assuntos, pontos de vista e métodos específicos. É uma insensatez, na qual eu não tomaria parte, lançar uma ciência contra a outra. Afinal de

contas, a Física não diminui o valor da Química; ela não pode ocupar seu lugar mas, por outro lado, não pode ser substituída por ela. A Psicanálise é, por certo, bem particularmente unilateral, por ser a ciência do inconsciente mental. Não devemos, portanto, contestar às ciências médicas seu direito de serem unilaterais (p. 262).

Prizskulnik, L. (2000). Clinic (s): Diagnosis and Treatment. *Psicologia USP*, 11 (1), 11-28.

Abstract: The article analyses the presuppositions which delimit the domain of medical (positive clinic) and psychoanalytic clinic, two different clinical configurations, that use their own basis to determine distinct works. It shows a concise historical and examines clinical procedures, in order to contrast each professional's position towards the patient's symptom, the diagnosis process and the final treatment.

Index terms: Clinics. Clinical psychology. Medical diagnosis. Psychodiagnosis. Psychoanalysis. Medical sciences.

Referências Bibliográficas

- Birman, J. (1989). *A constituição da psicanálise: Freud e a experiência psicanalítica*. Rio de Janeiro: Taurus-Timbre.
- Birman, J. (1991). *A constituição da psicanálise: Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Chauí, M. (1996). *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Foucault, M. (1987). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Freud, S. (1969). Sobre o início do tratamento. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 163-187). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913)

- Freud, S. (1972). Tratamento psíquico (ou mental). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 295-316). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Freud, S. (1975). Esboço de psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 165-237). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1940)
- Freud, S. (1976a). Charcot. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 21-38). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1893)
- Freud, S. (1976b). Dois verbetes de enciclopédia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 285-312). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923)
- Freud, S. (1976c). Um estudo autobiográfico. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 13-92). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1925)
- Freud, S. (1976d). A questão da análise leiga. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 205-293). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926)
- Kammerer, T., & Wartel, R. (1989). Diálogo sobre os diagnósticos. In J. Lacan et al., *A querela dos diagnósticos* (pp. 27-44). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mannoni, O. (1989). A psicanálise e a ciência. In M. Augé et al., *O objeto em psicanálise* (pp.149-166). Campinas, SP: Papirus.
- Mannoni, O. (1994). *Freud: Uma biografia ilustrada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Marcondes, M., Sustovich, D. R., & Ramos, O. L. (1976). *Clínica médica: Propedêutica e fisiopatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Prizskulnik, L. (1998). As entrevistas diagnósticas em psicanálise. *Psychê*, 2 (2),17-23.
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roudinesco, E. (1989). *História da psicanálise na França: A batalha dos cem anos: V.1: 1885-1939*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santos-Filho, L. C. (1991). *História geral da medicina brasileira* (Vol. 1). São Paulo: Hucitec/EDUSP

DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DE PERSONALIDADE EM PSICOPATOLOGIA PSICANALÍTICA

Tânia Maria José Aiello Vaisberg¹
Maria Christina Lousada Machado²
Instituto de Psicologia - USP

Este artigo apresenta o diagnóstico estrutural de personalidade como prática clínica fundamentada na Psicopatologia Psicanalítica Estrutural. As concepções de Bleger, Bergeret e Winnicott são articuladas visando oferecer subsídios teóricos para o estabelecimento de tal diagnóstico, cuja finalidade principal é orientar decisões clínicas quanto à escolha de técnicas e estratégias psicanalíticas adequadas ao tipo de psicopatologia envolvido em cada caso particular. Procedimentos Projetivos, utilizados transicionalmente nas entrevistas clínicas, são especialmente mencionados, uma vez que possibilitam o acesso, num contexto lúdico e criativo, aos determinantes lógico-emocionais subjacentes às condutas humanas.

Descritores: Psicopatologia. Psicanálise. Psicodiagnóstico. Desenvolvimento da personalidade. Técnicas projetivas.

1 Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo, SP – CEP 05508-900. E-mail: tanielo@uol.com.br

2 Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo, SP – CEP 05508-900. E-mail: mclmachado@uol.com.br

“Tenho de tomar por certa a compreensão e a aceitação da análise da psiconeurose. Baseado nesta presunção, digo que, nos casos que estou examinando, a análise começa bem e progride com ímpeto; o que está acontecendo, contudo, é que o analista e o paciente estão se divertindo em conluio em uma análise psiconeurótica, quando, na realidade, a enfermidade é psicótica. (...) Na realidade, o avanço não foi um avanço, mas sim um novo exemplo de o analista jogar o jogo que o paciente faz de postergar a questão principal.” (D. W. Winnicott. “O Medo do Colapso”).

Observa-se, na prática psicológica corrente, direta ou indiretamente influenciada pelo pensamento psicanalítico, certa tendência a desvalorizar o diagnóstico da personalidade. Esta tendência tem importantes consequências, tanto do ponto de vista da eficácia clínica como da ética, na medida em que o desconhecimento das condições psicopatológicas pode resultar em intervenções terapêuticas ineficazes e até prejudiciais.

No entanto, desde os primórdios da psicanálise, Freud (1904/1948e) reconheceu a importância do estabelecimento de um diagnóstico provisório antes do início efetivo do tratamento. Esta preocupação manifesta-se explicitamente já em 1904, ocasião em que indica, baseado em sua experiência clínica e nos conceitos teóricos desenvolvidos até então, alguns critérios para a seleção de pacientes (p. 307). Em artigo posterior, Freud (1913/1948b) retorna a questão da necessidade de uma triagem preliminar e ratifica a necessidade de um período prévio de entrevistas para “...sondagem, e para decidir se ele é apropriado para a psicanálise,” admitindo que “... existem também razões diagnósticas para começar o tratamento por um período de experiência deste tipo, a durar uma ou duas semanas” (p. 334). Naquele contexto, tratava-se sobretudo, de proceder à escolha de caso passível de ser beneficiado pela psicanálise, já que Freud excluía, nesta data (1913), a possibilidade da análise de pacientes não-

neuróticos. Contudo, admitia e almejava que desenvolvimentos teórico-técnicos posteriores pudessem levar à proposição de uma psicoterapia psicanalítica das psicoses.

Pensamos que a atual desvalorização do diagnóstico da personalidade resulta de uma confusão entre os conceitos de método e técnica. Não havendo uma clara discriminação entre o método psicanalítico, que é, de fato, essencial e fundante da atividade humana denominada psicanálise, e a técnica de tratamento das neuroses, que é uma de suas aplicações, historicamente a mais antiga, muitos erros passam a ser cometidos. A desvalorização do psicodiagnóstico é um destes equívocos, cometido justamente por profissionais que pensam saber valorizar o conhecimento psicanalítico. Consequentemente, toda vez que se deparam com sintomatologia psicopatológica de significado emocional, deixam de proceder à realização do psicodiagnóstico para apenas indicar psicoterapia psicanalítica, como se o método psicanalítico só pudesse se concretizar através do modelo freudiano clássico de tratamento para neuróticos. Um olhar mais detido não pode deixar de perceber que, para tais profissionais, problemática psíquica de ordem emocional é sinônimo de neurose, de sorte que muito provavelmente nutrirão crenças acerca da organogênese dos distúrbios psicóticos. Uma variante, que não muda essencialmente este quadro, acontece quando pais buscam atendimento psicológico infantil. Nestas situações, o psicodiagnóstico é realizado, mas, surpreendentemente, pouco considerado pelo psicoterapeuta que vai se encarregar do caso. O objetivo deste estudo de caso parece se restringir a embasar uma “entrevista devolutiva” com os pais, cuja função principal é convencê-los a optar por uma ludoterapia. Pensamos que este procedimento é questionável tanto no âmbito epistemológico, por separar investigação e intervenção em dois momentos distintos, quanto clínico, por desconsiderar dados valiosos do ponto de vista psicopatológico que deveriam orientar uma intervenção terapêutica eficaz.

A questão do método psicanalítico tem sido pormenorizadamente desenvolvida, entre nós, por Herrmann (1979), que demonstra, de modo convincente, ser este o elemento invariante que unifica uma série de dife-

rentes práticas as quais, rigorosamente, podem ser consideradas psicanalíticas. Concordamos com Herrmann, quando afirma que o método psicanalítico consiste essencialmente na busca dos determinantes lógico-emocionais que estruturam as condutas humanas. Desta feita, trata-se de método que pode ser utilizado em tentativas de inteligibilidade, desde a perspectiva psicológica de análise do fenômeno humano, de toda e qualquer conduta na acepção precisa com que este conceito é definido por Bleger (1977). Utilizando o conceito de conduta que se atualiza como fenômeno mental, corporal ou de atuação no mundo, Bleger adota posição epistemológica que supera o dualismo corpo-mente e estabelece uma relação dialética entre ambos. Simultaneamente, ao definir tais manifestações como essencialmente vinculares, torna inviável a desconsideração das condições concretas da existência humana, firmando, deste modo, uma visão do homem como ser essencialmente social. É interessante lembrar que o desenvolvimento destas idéias fundamentou-se na concepção de *dramática* desenvolvida por Politzer (1928/1929). Bleger vai, contudo, enfatizar que o *drama* humano é necessariamente forjado, desde tenra idade, na relação com outrem, de modo que seu significado íntimo só é susceptível de ser desvendado com base nas experiências vitais do sujeito em questão. Por outro lado, conforme ensina a psicanálise, este sentido pode permanecer inconsciente, o que requererá a aplicação do método psicanalítico ao estudo psicológico da conduta, a partir do que se pode chegar à apreensão/construção daquilo que Herrmann (1979) denomina *inconsciente relativo*.³

O método psicanalítico pode se concretizar por meio de diferentes técnicas, segundo os propósitos pelos quais se intenta realizar uma investigação/intervenção psicanalítica, duas facetas indissociáveis neste campo

3 Ou seja, o campo determinante do significado das condutas humanas. Desta feita, é possível, mediante o uso do método psicanalítico, apreender/construir o significado de qualquer produção humana a partir da interpretação das subjetividades individuais ou grupais nela expressas. Neste sentido, uma obra literária, por exemplo, é dotada de um *inconsciente relativo* próprio, que transcende a subjetividade pessoal de seu autor e que se exprime na conduta de cada personagem, no desenrolar da trama, etc.

do saber. Assim, a interpretação verbal, o manejo do *setting*, o uso de procedimentos projetivos em psicodiagnóstico ou em pesquisa sobre representações sociais (Aiello-Vaisberg, 1995, 1996, 1997; Lousada-Machado, 1995) ou o estudo psicanalítico de produções culturais, são exemplos de diferentes modos de emprego do mesmo método. Mais precisamente, é importante lembrar que, no âmbito psicoterapêutico, o método psicanalítico deve se concretizar através de técnicas e estratégias de tratamento diferentes, segundo a psicopatologia envolvida. Quando está em pauta o sofrimento neurótico, o método se encarna segundo as modalidades interpretativas classicamente empregadas por Freud. Entretanto, deve-se recorrer a outros procedimentos técnicos quando o paciente apresenta problemáticas de origem mais regredida, comumente designadas como *borderlines* ou psicóticas, sendo fundamental salientar que, embora as condutas terapêuticas difiram da análise padrão, permanecem essencialmente psicanalíticas na medida em que a cura é conduzida por meio da busca dos determinantes lógico-emocionais subjacentes às condutas.

Sabemos que o conceito de cura em psicanálise é bastante complexo e polêmico, tendo em vista o arcabouço teórico desenvolvido por Freud, de modo que não nos propomos discuti-lo neste momento. Consideramos, entretanto, indispensável mencionar que, no contexto da psicopatologia psicanalítica estrutural, diferentes estruturas/organizações de personalidade apresentam angústias básicas distintas, cuja abordagem terapêutica requer técnicas diversas (Bergeret, 1974). Toda cura é empreendida, para este autor, através da busca de compensação da estrutura do sujeito, sem pretensão do alcance de transformação estrutural, já que considera que uma existência “saudável” pode ser conquistada tanto a partir de uma estruturação neurótica de personalidade, como a partir de uma estruturação psicótica.⁴ O mesmo, no entanto, não se pode dizer dos ca-

4 Ao assinalar a possibilidade de uma “normalidade psicótica,” o ponto de vista de Bergeret coincide com o de Winnicott (1988/1990), quando este autor afirma que: “O psiconeurótico funciona, aparentemente, a partir da consciência, sentindo-se pouco à vontade com o que se encontra fora da mesma. O desejo de conhecer a si próprio parece ser uma característica do psiconeurótico. Para estas pessoas, a análi-

sos *borderlines*, organizações limítrofes que, a rigor, nunca estariam verdadeiramente compensadas. No entanto, da mesma forma que a estrutura psicótica, estes casos exigem estratégias de atendimento distintas da modalidade clássica, sendo, portanto, imprescindível a realização do diagnóstico da psicopatologia envolvida.⁵

Em resumo, se a unicidade do método for confundida com unicidade de técnica, não existirá, realmente, sentido na elaboração do psicodiagnóstico. Por outro lado, se o método psicanalítico tiver que se conformar a diferentes procedimentos técnicos e estratégias de atendimento, não poderemos abrir mão do diagnóstico. Cabe, neste momento, para dar continuidade a nosso pensamento, esclarecermos o que entendemos por psicodiagnóstico. *Consiste o psicodiagnóstico na realização de discriminações que visam, primordialmente, orientar intervenções psicoterapêuticas e psicoprofiláticas. Ou seja, a nosso ver, o psicodiagnóstico só tem sentido no contexto de uma prática psicológica, pois existe*

se traz um aumento da autoconsciência, e uma tolerância maior para com o que é desconhecido. Já os pacientes psicóticos (*e as pessoas normais de tipo psicótico*), ao contrário, pouco se interessam por ganhar maior auto-consciência, preferindo viver os sentimentos e as experiências místicas, e suspeitando do autoconhecimento intelectual ou mesmo desprezando-o. Estes pacientes não esperam que a análise os torne mais conscientes, mas aos poucos eles podem vir a ter esperanças de que lhes seja possível sentir-se reais.”

- 5 Khan (1970/1977) entende que, no caso de pacientes não neuróticos, a cura deve ser empreendida por meio de *uma espécie de aliança com a prática de autocura do paciente* (p. 122) e explica que esta consistiria na criação e crescimento de novas capacidades a partir da experiência analítica. Winnicott (1971/1975) afirma que cabe ao analista desenvolver a capacidade de seu paciente para um viver criativo, com base no sentimento de autenticidade do self. Neste sentido, o processo de “cura” é voltado para o cultivo de um bem e não para a extirpação de um mal, o que se reflete diretamente no modo de condução da análise. Pensamos que, especialmente no caso das estruturas psicóticas ou das organizações limites, a questão da cura associa-se diretamente à atualização do potencial criativo individual tolhido durante crescimento emocional devido a deficiências ambientais. Isto pode ser compreendido por meio do desenvolvimento de um espaço potencial entre o par analista-analisando, onde angústias mais primitivas podem ser adequadamente contidas e melhor toleradas.

um vínculo essencial entre o tipo de discriminação diagnóstica apreendida e o tipo de operação interventora que se pretenda aplicar à questão. Tanto é absurdo utilizar, na clínica psicológica, distinções que orientam outras práticas, médicas ou religiosas, como entender que outros agentes, operando a partir de diferentes perspectivas de entendimento, adotem nossas discriminações. Qualquer conclusão diagnóstica, seja psicológica, psiquiátrica ou qualquer outra, é significativa apenas no âmbito de uma certa operatividade, teoricamente orientada, postura que evita, inclusive, o uso fetichizado do diagnóstico. Sabemos que é este tipo de uso, baseado na crença a respeito da possibilidade de uma afirmação essencial sobre o ser humano, que legitima rotulações e práticas segregacionistas mais ou menos disfarçadas. Em outras palavras, considerar qualquer diagnóstico desvinculadamente das condições de sua produção resulta em duplo equívoco, ético e epistemológico, que pode gerar consequências humanamente lamentáveis.

De nossa parte, propomos enfaticamente a consideração do psicodiagnóstico como tentativa de apreensão de aspectos da realidade intersubjetiva a partir do reconhecimento das limitações inerentes às condições mentais humanas do pesquisador. Pensamos que esta é uma postura baseada em pretensões mais realistas, podendo resultar em maior eficácia clínica. Evidentemente, nesta concepção do psicodiagnóstico como orientação para certos tipos de intervenções, que guardam em comum o fato de sempre se realizarem em termos simbólicos, ao nível psicológico de organização do fenômeno da vida (Bleger, 1977), encontramos diferentes práticas. Apresentaremos, entretanto, a forma como temos praticado do *diagnóstico estrutural psicanalítico* (Bergeret, 1992), que deve lidar com uma concepção de estrutura de personalidade como “história transformada em estrutura psíquica” (Paz, 1976), uma vez que a psicanálise é um “estruturalismo genético” (Goldmann, 1974). Ou seja, estrutural, neste contexto, não significa descolado da história, mas, ao contrário, aquilo que se cristaliza a partir da história emocional infantil.

Lembramos que esta idéia é, no nosso entender, uma das mais valiosas contribuições da psicanálise, pelo fato de enfatizar a importância do

ambiente, mais precisamente das experiências emocionais em tenra idade, para a formação da personalidade do ser humano. Está presente na obra de Freud (1917/1948c), em suas considerações referentes às três séries complementares, a saber, fatores hereditários e constitucionais, experiências infantis e fatores desencadeantes ou atuais, cuja interação complexa seria responsável pela etiologia das neuroses. Embora, ao desenvolver sua metapsicologia baseada na teoria pulsional, Freud tenha negligenciado, até certo ponto, o contexto concreto da existência humana, sua contribuição original permanece inestimável, justamente por maximizar o valor dos acontecimentos vitais, ou seja, nos termos de Bleger (1958), da dramática humana, para a compreensão do fenômeno psíquico.

Encarada como estruturalismo genético, a psicanálise pode ser focalizada de uma perspectiva dialética, o que, acreditamos, permite um manejo teórico interessante do conceito de estrutura de personalidade, evitando um vínculo obsessivo, sempre paralisante e pouco fecundo, com a noção de estrutura. Trata-se de uma questão fundamental, pois entendemos que ao articular as contribuições de Bleger (1958, 1977), autor que lê dialeticamente a psicanálise, e as sistematizações metapsicológicas tais como propostas por Bergeret (1974), interessantes caminhos teórico-clínicos podem se abrir. Este tipo de articulação tem, inclusive, valor didático, uma vez que facilita a leitura da psicopatologia implícita de autores psicanalíticos de estilo pouco sistemático.

Goldmann (1974) ressaltou que a psicanálise e o marxismo têm importantes pontos em comum, aqui retomados, na tentativa de melhor compreensão da noção de estrutura de personalidade, tal como nos propomos trabalhar. Afirma este autor que ambos partem da afirmação de que, no plano humano, nada existe desprovido de sentido, embora sua significação nem sempre seja aparente ou consciente. Tanto a psicanálise quanto a teoria marxista utilizam métodos de restabelecimento de sentido a partir de fragmentos em si mesmos superficialmente não significativos ou portadores de outros sentidos manifestos. Em ambos os métodos, trata-se de integrar o fragmento estudado em uma totalidade relativa mais ampla, que, segundo o caso, pode receber o nome de estrutura, vida social ou

psiquismo inconsciente. De fato, qualquer fragmento estudado poderia ser integrado em estruturas diferentes, nos planos da subjetividade, da vida histórica ou da vida biológica. Finalmente, tanto para a psicanálise como para a teoria dialética, as estruturas não devem ser consideradas invariáveis ou permanentes, mas constituem o termo final de processos históricos.

À luz da psicanálise como estruturalismo genético, podemos pensar que a estrutura de personalidade é *produto de uma história e é essencialmente mutável*. Isto não significa, infelizmente, que a estrutura de uma personalidade seja sempre passível de mudança no plano concreto da vida, pois a temporalidade da vida humana não permite que qualquer experiência seja vivida a qualquer tempo. Ainda assim, a qualquer momento e seja qual for a psicopatologia envolvida, um atendimento psicoterápico embasado no método psicanalítico, que considere as características estruturais da personalidade do paciente, pode aliviar o sofrimento psíquico e facilitar a atualização de potencialidades. Aliás, é muitíssimo importante salientar que, no nosso entender, a estrutura de personalidade deixa de ser, no plano concreto da temporalidade de cada um, mutável, porque, em última instância, ela expressa posições libidinais e localizações tópicas do sujeito, as quais, fixadas na infância, passam a se constituir como determinações. Mas o sujeito humano não se reduz, de modo algum, à estrutura de sua personalidade. É o que justamente enfatiza Bianchi (1993), dizendo que, para além da estrutura existe:

... uma zona de liberdade, uma margem de manobra do sujeito e toda diligência psicoterapêutica repousa evidentemente na possibilidade de o sujeito distanciar-se em relação às subestruturas de valência dominante (p. 67).

Na prática clínica, as estruturas podem manter-se, mas seu funcionamento pode ser transformado. Por outro lado, as organizações limítrofes podem chegar a se estruturar verdadeiramente.

Estruturas de personalidade e história individual

A psicanálise destaca-se de outros enfoques psicopatológicos na medida em que distingue o plano sintomatológico, que pertence ao registro descritivo, superficial e manifesto, do plano latente da estrutura de personalidade, que diz respeito a angústias, defesas e fantasias não diretamente acessíveis à consciência (Ionescu, 1994).

Bergeret (1974) define a estrutura de personalidade como: "... modo de organização permanente mais profundo do indivíduo, aquele a partir do qual desenrolam-se os ordenamentos funcionais ditos 'normais', bem como os avatares da morbididade." (p. 15), acrescentando que: "... a sintomatologia torna-se simplesmente o modo de funcionamento mórbido de uma estrutura quando esta se descompensa." (p. 10), sendo que "... o sintoma não nos permite jamais, por si só, prejudicar acerca de um diagnóstico da organização estrutural profunda da personalidade." (p. 46).

Desta feita, os sintomas são considerados de modo bastante relativizado, acreditando-se que qualquer estrutura de personalidade pode apresentar qualquer tipo de sintoma, neurótico ou psicótico, em virtude de todos os seres humanos partilharem todos os tipos de situações de ansiedade, como já apontava Freud (1926/1948a). Fundamental é o contexto de personalidade no qual o sintoma tem lugar, da mesma forma que este contexto orientará primordialmente as intervenções psicoterápicas ou psicoprofiláticas a serem desenvolvidas, com vistas a permitir a cada estrutura encontrar sua melhor realização. Não se menospreza, contudo, o valor da discriminação sintomatológica psiquiátrica, a partir da qual eventuais medidas devem ser tomadas, em caráter de urgência, para a preservação da integridade e da vida. Trata-se, entretanto, de prática que, sendo desenvolvida por outro profissional, o psiquiatra clínico, não se confunde com as intervenções psicológicas propriamente ditas, a cargo do psicoterapeuta.

Psicanaliticamente falando, pensa-se que, no plano mais profundo da personalidade, cada estrutura é produto do alcance e da realização de

determinadas etapas do desenvolvimento psicoemocional. Entende-se, assim, que a estrutura psicótica seja resultado do enfrentamento de frustrações bastante precoces, numa fase da vida em que não foram suficientemente alcançadas e consolidadas a integração da personalidade, a diferenciação eu/não-eu e estabelecidas relações objetais (Winnicott, 1945/1978a). Este autor chegou, em 1948, a afirmar: "... a importância do meio ambiente é tão vital neste estágio inicial, que se chega à inesperada conclusão de que a esquizofrenia é uma espécie de doença de deficiência ambiental" (p. 294). Isto porque, conforme retoma e explicita em 1952, o sucesso destas tarefas empreendidas pelo bebê humano nos primeiros meses de vida depende, essencialmente, da presença de uma mãe suficientemente boa. Esta, adaptando-se ativamente às necessidades do bebê, oferece-lhe a oportunidade de criar ilusões acerca do mundo e de dominá-lo imaginariamente. É justamente a habilidade do bebê de usar a ilusão, aliada à disponibilidade da mãe para proporcionar-lhe esta experiência, isto é, para fornecer-lhe aquilo de que necessita na hora e no lugar certos, que tornam viável o contato entre o bebê e o ambiente. Quando o mundo não é apresentado gradativamente ao novo ser humano, possibilitando que os processos intelectuais superem paulatinamente eventuais falhas adaptativas por parte da mãe, e acontecem invasões ambientais excessivas para esta fase, ocorre uma perda do sentido de continuidade do ser e um retorno defensivo a estados não integrados, como resposta ao ambiente traumático. Esta situação vital concorre para a exacerbação de angústias de fragmentação, características do período, contra as quais o sujeito vai construir uma personalidade pré-psicoticamente estruturada ao redor do uso extensivo de determinadas técnicas defensivas.

Por outro lado, quando a criança pôde contar, em seu crescimento, com um ambiente suficientemente bom na fase de dependência absoluta, conhecendo o que Bergeret (1974) chama de *evolução banal*, mas encontra dificuldades de alguma magnitude em função de insuficientes ou inadequados aportes ambientais na fase de dependência relativa, ou seja, quando já alcançou certa autonomia e separatividade, a ponto de perceber a mãe como objeto total distinto de si própria, do qual, entretanto, ainda

depende, um fenômeno diverso tem lugar. Trata-se da ocorrência de um trauma psíquico precoce que leva a criança, ainda despreparada emocionalmente, a ingressar abruptamente na situação edípiana dando lugar à *pseudolatência*. Observa-se, neste caso, uma luta constante contra angústias depressivas, isto é, relativas à perda do objeto de amor e de ódio, a qual configura o que é conhecido como *organização limítrofe de personalidade*, podendo esta assumir variadas formas sintomatológicas ou caracterológicas. Citando Bergeret (1974):

O ego, no caso dos estados limítrofes, superou sem frustrações nem fixações demasiado grandes o momento em que as relações iniciais e precoces muito más com a mãe teriam podido operar uma pré-organização do tipo psicótico. Este ego continua, pois, sem muitos empecilhos, seu caminho rumo ao Édipo quando subitamente, (...) esta situação relacional triangular e genital não pode ser abordada em condições normais; *um fato da realidade do contexto*, que em outras circunstâncias estruturais não teria, talvez, o mesmo impacto significativo, é sentido pelo sujeito como uma frustração muito viva, um risco de perda do objeto; é a isto que chamarei de “trauma psíquico precoce. (p. 129, grifos nossos)

Continuando:

Este primeiro trauma afetivo ou “trauma precoce” desempenhará o papel de *primeiro desorganizador* (ou desorganizador precoce) da evolução do sujeito. Encontraremos, pois, esta evolução fixada, de início, e às vezes por muito tempo, em uma espécie de *pseudolatência* mais precoce e durável que a latência normal.(...) Este bloqueio evolutivo da maturidade afetiva do ego, no momento em que este ainda não está sexualmente diferenciado, constitui aquilo que chamei de “*tronco comum dos estados limítrofes*.” (p. 130, grifos do autor)

Ressaltamos que Bergeret (1974) refere-se a um *fato da realidade*, atribuindo a responsabilidade pela perturbação no desenvolvimento emocional do indivíduo a uma falha do meio-ambiente, ou ainda, nos termos

de Winnicott (1945/1978a, 1948/1978c, 1952/1978d), a um *ambiente insuficientemente bom*, incapaz de fornecer um *holding* adequado no momento em que este é necessário. Justifica-se, portanto, não só nos casos de pré-estruturação psicótica, mas também nos de pseudolatência limítrofe, a proposta de diferenciação de uma área de pesquisa e de intervenção que temos denominado de *Psicopatologia da Deficiência Ambiental*. Evidentemente, não queremos dizer que o ambiente deixe de ter importância na vida humana a partir da superação das fases de dependência absoluta e relativa. De fato, estamos muito longe disso, principalmente porque entendemos que o homem é, essencialmente, um ser social, vivendo sempre inserido em um ambiente humanizado. Entretanto, em termos clínicos, é importante diferenciar casos que, em virtude do grau de amadurecimento do indivíduo, caracterizem-se pela presença ou ausência de um ego suficientemente discriminado, unificado e fortalecido.

Finalmente, quando a criança lidou suficientemente bem com as tarefas emocionais características das fases de dependência absoluta e relativa, não se sobrecarregando com angústias de fragmentação ou do tipo anaclítico, pode vivenciar a situação edipiana, o que enseja uma pré-estruturação neurótica da personalidade. A neurose, forma de “adoecer” desta estrutura, origina-se “... quando a criança está começando a tomar seu lugar na família como um ser humano total” (Winnicott, 1952/1978d), em outras palavras, quando o ego está íntegro e a identificação sexual bem estabelecida. O indivíduo é impelido, então, pelo desejo sexual dirigido à figura parental do sexo oposto, desejo este inaceitável pelo superego. O sintoma neurótico expressa, portanto, o conflito entre a censura psíquica e o desejo sexual inconsciente, constituindo-se como um compromisso entre ambos. A angústia de base, reverso do desejo, é, neste caso, a de castração, que, simbolicamente implicaria na perda de acesso ao prazer, temido e desejado.

Resumindo, cada uma das estruturas pode se apresentar compensada ou descompensada, enquanto as organizações, pela sua labilidade e pelo desgaste emocional que custam, nunca estão, rigorosamente falando,

realmente compensadas, ainda que possam passar por períodos de sofrimento mais ou menos agudo.

É neste sentido que Bergeret, comentando o funcionamento mental das organizações limítrofes, faz menção àquilo que Winnicott (1949/1978b, 1952/1978d, 1960/1982) designa como falso self, referindo-se, com certeza, à *pseudonormalidade* que tais organizações podem demonstrar à primeira vista e aludindo a elas como: "... as frágeis organizações narcisistas intermediárias (...), cuja estabilidade contenta-se em imitar (os 'normais' possíveis) às custas de ardis psicopatológicos variados, incessantemente renovados e profundamente custosos e alienantes. (Bergeret, 1974, p. 42).

O psicodiagnóstico estrutural psicanalítico vem a ser, portanto, a discriminação da estrutura/organização de base da personalidade, a partir da qual diferenciamos, em um primeiro momento, se estamos, ou não, diante de psicopatologia resultante, essencialmente, de deficiências ambientais, para, a seguir, diferenciarmos, excluía a possibilidade de estruturação neurótica, a magnitude e momento desenvolvimental de ocorrência da falha básica (Balint, 1933/1968). Tais diferenciações resultarão em diferentes estratégias terapêuticas, no campo mesmo da aplicação do método psicanalítico de busca dos determinantes lógico-emocionais estruturantes das condutas. Discrimina-se a estrutura/organização em pauta por meio do exame de alguns critérios metapsicológicos, a partir dos quais, segundo se supõe, esta ou aquela se configura ao longo da história e do desenvolvimento individuais. São eles: a angústia organizadora, as modalidades de relação objetal predominantes, as técnicas defensivas mais intensa e freqüentemente utilizadas e o grau do desenvolvimento egóico e pulsional. Trata-se, como é possível notar, de critérios passíveis de apreensão tão somente na relação transferencial, vale dizer, no contato intersubjetivo peculiar que o enquadre psicanalítico oferece, de modo a possibilitar produção de conhecimento sobre o analisando. Como é sabido, a compreensão e o manejo da transferência exige certa perícia por parte do profissional, resultante tanto de sua formação teórica, como de sua experiência pessoal de análise.

Acreditamos que o campo transferencial pode se configurar em qualquer tipo de contato clínico, isto é, durante entrevistas psicoterapêuticas, psicoprofiláticas ou psicodiagnósticas, as quais podem incluir o emprego de métodos projetivos. Tais procedimentos facilitam, em apreciável medida, o trabalho psicodiagnóstico justamente quando são usados para o desvelamento da relação transferencial estabelecida, com a vantagem, não dispensável para profissionais iniciantes, de serem facilmente supervisionáveis.

No contexto clínico de certa preocupação com a dificuldade de rememoração apresentada por determinado tipo de pacientes e, com a ocorrência da *compulsão à repetição*, que substituíra a recordação, Freud (1914/1948d) chegou a explicar a transferência comparando o campo terapêutico com um *playground*, no qual os conteúdos infantis inconscientes expressar-se-iam em um contexto lúdico relativamente seguro. A transferência passa, nesta ocasião, a ser vista como uma forte aliada do trabalho analítico não só nos casos em que conteúdos inconscientes foram simbolizados, mas também naqueles que jamais se tornaram conscientes por terem ocorrido em épocas precoces do desenvolvimento, quando tal capacidade ainda não estava disponível. “A transferência cria assim uma área intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada” (p. 349), afirma Freud, referindo-se ao fenômeno de substituição de sintomas neuróticos pela neurose transferencial, a qual, a seu ver, “... representa uma doença artificial em todos os pontos acessível à análise” (p. 349).

Winnicott (1951), introdutor do conceito psicanalítico de transicionalidade, amplia e articula com originalidade as noções de área intermediária, de transição e de brincadeira infantil, já indicadas por Freud no âmbito transferencial. Segundo Winnicott, o bebê bem assistido pela mãe nos primórdios de sua vida emocional (dependência absoluta) desenvolve a capacidade de criar *ilusões* acerca do mundo e de lidar criativamente com a realidade. Isto estabelecido, estará apto, na fase posterior de dependência relativa, a partilhar com a mãe uma área intermediária, na qual podem acontecer experiências comuns, símbolo tanto da união como da

separação do par mãe-bebê. É nesta zona de transição entre realidade e fantasia, entre o “dentro” e o “fora,” entre o bebê e sua mãe, que se desenvolve o brincar, atividade lúdica criadora. Na vida adulta, esta região é preservada como área de repouso, à qual se pode recorrer sempre que surjam dificuldades excessivas no enfrentamento da realidade. Este recurso possibilita a superação de frustrações e elaboração de soluções criativas para problemas vitais, evitando que mecanismos defensivos paralizem o trabalho psíquico e a ação sobre a realidade. No âmbito social e cultural, este espaço é preservado e partilhado pelos membros do grupo social, consistindo numa área comum, intermediária entre a objetividade e a subjetividade, a partir da qual é possível usufruir ludicamente e alcançar o relaxamento necessário para a atualização do potencial criativo inerente ao ser humano. Neste espaço singular da vida acontecem a arte, a religião e toda a produção cultural humana (Winnicott, 1971/1975).

Temos salientado (Aiello-Vaisberg, 1996), que os procedimentos projetivos podem ser vistos como concretização particular do método psicanalítico e compreendidos à luz do conceito winnicottiano de transicionalidade. O contexto transferencial, próprio do encontro psicanalítico, não só se presta particularmente à atualização de conflitos infantis, como também ao estabelecimento de um *espaço transicional* entre o profissional e seu paciente, no qual os procedimentos projetivos podem se alojar como *objetos transicionais* a serem partilhados ludicamente por ambos os participantes.

Com o desenvolvimento das ciências humanas e com as novas reflexões epistemológicas (Santos, 1987), deixamos de buscar, compreensivelmente, o “aperfeiçoamento” dos procedimentos projetivos de acordo com paradigmas psicométricos, e passamos a considerá-los como uma *forma especial de diálogo*, que ludicamente enseja o desvelamento da transferência. Já temos definido os métodos projetivos como *tudo o que, a partir de uma forma sofisticada de brincar, propicie conhecimento acerca da subjetividade, mediante o uso, pelo profissional, de método de escuta que rompa o acordo consensual dos significados cotidianos e que propicie a emergência de novos sentidos* (Aiello-Vaisberg, 1996). Res-

salta-se, entre os novos significados emergentes a partir da ruptura do consenso, exatamente o fenômeno transferencial descrito por Freud. Como assinala Herrmann (1979), se pudermos ultrapassar a noção mais difundida que restringe a transferência a “... um conjunto de fenômenos repetitivos, provindos das relações primordiais da infância e atualizados no processo terapêutico” (p. 33) e ampliarmos fecundamente este conceito, poderemos compreender que a *transferência existe quando comunicações humanas, que são inelutavelmente fenômenos intersubjetivos, são vistas em função daquilo que permitem apreender, no plano psíquico, quem é aquele que as enuncia*. Assim pensando, estaremos aptos a utilizar a transferência como poderoso aliado já durante a realização do psicodiagnóstico.

A angústia, bem como os demais critérios psicopatológicos utilizados por Bergeret (1974), só podem ser apreendidos através da utilização transferencial do método psicanalítico, em entrevistas clínicas que podem incluir o uso de procedimentos projetivos. A partir destes critérios indicativos do modo pelo qual o indivíduo se estrutura/organiza, em termos de personalidade, pode o profissional escolher as estratégias mais adequadas ao tratamento psicoterápico. A par das óbvias conseqüências quanto à eficácia clínica, lembramos que, do ponto de vista ético, é imperioso não confundir a igualdade civil com o desconhecimento das diferenças individuais, as quais exigem ser consideradas para preservação da dignidade, para realização de potencialidades, para alívio de sofrimento e para estabelecimento da justiça. Já contava Politzer (1928) que um pai supostamente muito justo comprava sapatos de um só número para todos os seus filhos, de idades e tamanhos bastante diversos. A mesma técnica psicanalítica, oferecida em situações psicopatológicas e vivenciais muito diversas, pode resultar num incômodo calçado largo ou em torturante aperto dos pés ...

Aiello-Vaisberg, T. M. J. A., & Machado, M. C. L. (1999). Structural Diagnosis of Personality in Psychoanalytical Psychopathology. *Psicologia USP*, 10 (2), 29-48.

Abstract: This article presents the *structural diagnosis of personality*, as a clinical practice based on Psychoanalytic Structural Psychopathology and established from Bleger, Bergeret and Winnicott's theoretical conceptions. The aim of this diagnosis consists on guiding the psychoanalyst through clinical decisions about peculiar techniques and strategies, depending on the kind of psychopathology of each particular case. Projective Procedures, transitionally used on clinical interviews, are specially mentioned, once they provide the access, in a ludic and creative basis, to the latent logical-emotional determinants related to human manifestations.

Index terms: *Psychopathology. Psychoanalysis. Psychodiagnosis. Personality development. Projective techniques.*

Referências Bibliográficas

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1995). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: Projeção e transicionalidade. *Psicologia USP*, 6 (2), 103-127.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1996). O uso de procedimentos projetivos na pesquisa sobre representação social. In R. M. L. L. Carvalho, *Repensando a formação do psicólogo: Da informação à descoberta* (pp. 99-108). Campinas, SP: Alínea.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1997). Investigação de representações sociais. In W Trinca (Org.), *Formas de investigação clínica em psicologia* (pp. 255-288). São Paulo: Vetor.
- Balint, M. (1993). *A falha básica: Aspectos terapêuticos da regressão*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1968)
- Bleger, J. (1958). *Psicoanalysis y dialetica materialista*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bleger, J. (1977). *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bergeret, J. (1992). *La dépression*. Paris: Payot.
- Bergeret, J. (1974). *Personalité normale et pathologique*. Paris: Bordsas.

Diagnóstico Estrutural de Personalidade em Psicopatologia Psicanalítica

- Blanchi, H. (1993). *O eu e o tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1948a). *Inibicion, sintoma y angustia*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1926)
- Freud, S. (1948b). *La iniciacion del tratamiento*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1913)
- Freud, S. (1948c). *Introducción al psicoanálisis*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1917)
- Freud, S. (1948d). *Recuerdo, repeticion y elaboracion*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1914)
- Freud, S. (1948e). *Sobre psicoterapia*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1904)
- Goldmann, L. (1974). El sujeto de la creación cultural. In U. Eco, L. Goldmann, & R. Bastide, *Sociologia contra psicoanálisis*. Barcelona, España: Martinez Roca.
- Herrmann, F. (1979). *O método da psicanálise*. São Paulo: EPU.
- Ionescu, S. (1994). *Catorce enfoques de la psicopatologia*. México: Fondo de cultura Economica.
- Khan, M. M. R. (1977). Para uma epistemologia do processo de cura. In *Psicanálise: Teoria, técnica e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1970)
- Lousada-Machado, M. C. (1995). *Universo em desencanto: Conceitos, imagens e fantasias de pacientes psiquiátricos sobre loucura e/ou doença mental*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Paz, R. (1976). *Psicopatologia: Sus fundamentos dinamicos*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Politzer, G. (1929). *Crítica de los fundamentos de la psicologia*. Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1928)
- Santos, B. S. (1987). *Um discurso sobre as ciências*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1971)
- Winnicott, D. W. (1978a). O desenvolvimento emocional primitivo. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1945)

- Winnicott, D. W. (1978b). A mente e sua relação com o psique-soma. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1949)
- Winnicott, D. W. (1978c). Pediatria e psiquiatria. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1948)
- Winnicott, D. W. (1978d). Psicose e cuidados maternos. In *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Originalmente publicado em 1952)
- Winnicott, D. W. (1982). Distorção do ego em termos de self verdadeiro e falso. In *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. (Originalmente publicado em 1960)
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1988)

A FORMAÇÃO DA ATITUDE CLÍNICA NO ESTAGIÁRIO DE PSICOLOGIA¹

Ana Maria de Barros Aguirre*
Eliana Herzberg
Elizabeth Batista Pinto*
Elisabeth Becker*
Helena Moreira e Silva Carmo*
Mary Dolores Ewerton Santiago*
Instituto de Psicologia USP

Neste artigo visamos destacar aspectos que consideramos fundamentais para o processo de ensino / aprendizagem em Psicologia Clínica, baseados na nossa experiência como supervisores da disciplina de psicodiagnóstico para estagiários da graduação em Psicologia. Delineamos nossa sistemática de trabalho na disciplina, que segue um referencial psicanalítico e enfocamos particularmente a questão da formação da atitude clínica do estagiário em relação ao cliente. Procuramos mostrar as inter-relações da mesma com o enquadramento de trabalho e com o processo de formação da identidade profissional do psicólogo, enfatizando o papel da supervisão. Apontamos a necessidade de novos estudos e pesquisas, bem como de discussões entre supervisores, psicólogos e estudantes, sobre assuntos tais como o processo de ensino/aprendizagem clínicos e a habilitação de psicólogos para o exercício clínico.

Descritores: Psicologia clínica. Supervisão. Psicodiagnóstico. Formação do Psicólogo.

1 Este tema foi abordado pelos autores em diferentes trabalhos apresentados nos seguintes eventos científicos: Congresso Interamericano de Psicologia, San José, Costa Rica, julho de 1991; I Congresso Interno do Instituto de Psicologia da USP, São Paulo, novembro de 1991; Congresso do Conselho Regional de Psicologia – CONPSIC II, São Paulo, junho de 1992; Congresso Iberoamericano de Psicologia, Madri, Espanha, julho de 1992.

* Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo, SP – CEP 05508-900. E-mail: ippsc@edu.usp.br

A experiência como supervisores da disciplina “Métodos de Exploração e Diagnóstico em Psicologia Clínica,” denominada doravante de forma abreviada por “Métodos,” no curso de graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, tem nos levado a refletir sobre várias questões que surgem no ensino desta disciplina teórico-prática, suscitando inquietações naquilo que diz respeito fundamentalmente à *formação da atitude clínica* nos alunos, ou seja, no aprendizado da forma de relacionar-se com o cliente no contexto clínico.²

É na disciplina de “Métodos” que o aluno de graduação em Psicologia do IPUSP tem, a rigor, sua primeira experiência clínica, quando não somente terá a oportunidade de realizar entrevistas e outros procedimentos clínicos com o mesmo cliente, mas também terá que utilizar e integrar os conhecimentos teóricos já adquiridos, a fim de obter uma compreensão global do mesmo. Esta costuma ser para os alunos uma experiência enriquecedora em termos profissionais e pessoais. No entanto, convém ressaltar que a vivência do estagiário necessariamente envolve a superação de obstáculos relacionados à sua própria insegurança e inexperiência, fatores importantes e sempre presentes na formação profissional.

Visamos, neste artigo, apresentar sucintamente nossa sistemática de trabalho da disciplina “Métodos,” destacando aspectos que nos parecem fundamentais no aprendizado clínico, especialmente quando relativo às primeiras vivências clínicas. Nosso objetivo mais amplo é contribuir para a reflexão sobre as características do ensino clínico, bem como sobre a qualidade da formação do psicólogo.

Inicialmente faremos alguns esclarecimentos sobre o contexto e funcionamento da disciplina “Métodos.” A seguir consideraremos três aspectos fundamentais, bem como suas inter-relações, contidos no aprendizado clínico: o desenvolvimento de uma *atitude clínica*, o *enquadramento de*

2 Ressaltamos que no Brasil o diploma de psicólogo, obtido ao término dos 5 anos do Curso de Graduação em Psicologia, habilita à atividade clínica.

trabalho (que pressupõe a realização de um processo psicodiagnóstico sob nossa supervisão), e a construção da *identidade profissional do psicólogo*.

1. Contexto e funcionamento da disciplina “Métodos de Exploração e Diagnóstico em Psicologia Clínica” do curso de graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

O curso de graduação em Psicologia no Brasil tem a duração de cinco anos. No IPUSP as disciplinas são semestrais, sendo que “Métodos” pertence ao Departamento de Psicologia Clínica – PSC, é obrigatória e tem a duração de dois semestres (7^o e 8^o). Nesta disciplina, via de regra, cada aluno do quarto ano da graduação realiza, sob a supervisão de um docente, o *processo psicodiagnóstico* de um cliente inscrito na Clínica Psicológica do PSC. Esse processo é constituído de entrevistas e outros procedimentos clínicos, em referencial psicanalítico (Arzeno, 1995; Ocampo et al., 1981; Trinca, 1983; Trinca, 1984). Em termos gerais, constitui uma modalidade de atendimento psicológico que tem a finalidade de compreender e dar continência ao que se passa com o cliente (incluindo sua família e às vezes outros contextos aos quais pertence) a fim de proporcionar-lhe(s) o encaminhamento que melhor atenda às suas necessidades.

Cabem aqui alguns esclarecimentos sobre o funcionamento da Clínica Psicológica do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP. Trata-se de uma clínica-escola pública, que tem a função de proporcionar estágios para a formação clínica dos alunos e prestar serviços à comunidade, oferecendo também campo para a pesquisa científica. A população que procura a Clínica é em sua maioria de média e baixa renda, sendo mais freqüente a busca de atendimento para crianças, embora a Clínica o ofereça também a adolescentes e adultos. Quanto às queixas mais freqüentes, observamos que a procura ocorre, na maior parte dos casos, quando há dificuldades claramente instaladas. Podemos citar dentre elas: as decorren-

tes de gravidez, parto e distúrbios do desenvolvimento neuro-psico-motor que não puderam contar no momento adequado com os necessários cuidados especializados; sucessiva repetência escolar; variadas situações de grave desestruturação familiar e outros problemas sociais concomitantes a distúrbios de natureza psicológica.

Após passarem por uma entrevista psicológica de triagem, os clientes podem ser encaminhados para psicodiagnóstico (com a supervisão em “Métodos”), psicoterapia (realizada na própria Clínica por estagiários de outras disciplinas), ou receberem outro encaminhamento que se faça necessário (para outros serviços da Clínica ou externos). O atendimento em psicodiagnóstico é gratuito.

A aprendizagem teórico-prática na disciplina “Métodos” dá-se em pequenos grupos de supervisão, de no máximo 8 alunos. Estes funcionam em duplas, nas quais um dos elementos atende um cliente no primeiro semestre, com a assessoria do seu par (além das contribuições do grupo como um todo e do supervisor), e o seu par atende no segundo semestre (contando com as mesmas colaborações).

Cada grupo de alunos tem o mesmo supervisor durante o ano todo. O contrato de trabalho é estabelecido entre os participantes do grupo (supervisor / alunos), e inclui: quatro horas de supervisão semanal, com horário de início e de término, número mínimo de alunos para a realização da supervisão, normas de sigilo em relação aos clientes e ao próprio grupo, orientação sobre a elaboração do relatório de atendimento e critérios para a aprovação na disciplina. Nas supervisões são também discutidos textos básicos da área, bem como os atendimentos realizados pelos alunos, cujas sessões devem ser apresentadas por escrito, acompanhadas de uma análise realizada pela dupla.

Paralelamente ao trabalho de supervisão semanal com seus respectivos grupos, os supervisores realizam reuniões periódicas, atualmente mensais, quando são discutidas desde questões relativas aos procedimentos burocráticos e administrativos para o bom andamento dos grupos de supervisão àquelas de natureza institucional mais ampla. A concepção,

bem como a elaboração do presente trabalho, por exemplo, ocorreu justamente nessas reuniões.

O contexto da Disciplina “Métodos,” ou seja, o fato de ser a primeira experiência clínica do aluno-estagiário, com supervisão individualizada, por um período prolongado, e da supervisão ocorrer em pequenos grupos de alunos acompanhados pelo mesmo supervisor durante o período de um ano, bem como de ser uma disciplina teórico-prática com terceiros envolvidos (clientes, outros profissionais etc.) são elementos que favorecem o aprofundamento da formação clínica. Isto também significa que características e dificuldades dos alunos que, em outros contextos acadêmicos, muitas vezes passam despercebidas, podem emergir com maior intensidade nos grupos de supervisão. Estes são aspectos que tornam esse aprendizado uma experiência tão rica quanto complexa.

Uma das condições mais importantes do aprendizado clínico passa necessariamente pelo desenvolvimento de uma *atitude clínica* do aluno em relação ao seu cliente, tópico que abordaremos a seguir.

2. O desenvolvimento da atitude clínica

Entendemos por atitude clínica a *possibilidade de colocar-se no papel profissional dentro de um determinado enquadramento, mantendo uma empatia com o cliente*. A atitude clínica permite estabelecer uma relação de respeito com o cliente e limita ou impede as transgressões éticas, enquanto o psicólogo clínico busca uma compreensão sobre o que se passa com o cliente.

Um ponto de vista tradicionalmente aceito é que a formação da atitude clínica, no aluno de Psicologia, estaria assentada sobre três fatores básicos: *sua própria psicoterapia, seu conhecimento teórico e sua prática clínica supervisionada* (Tsu, 1983). Estes fatores estão intimamente ligados, uma vez que os conhecimentos teóricos só podem ser internalizados e processados em uma psicoterapia pessoal que torne possível o

conhecimento do mundo interno e a utilização dos recursos pessoais na investigação e compreensão dos processos psíquicos. A supervisão, por sua vez, busca facilitar a integração destes dois aspectos na tarefa clínica: o conhecimento teórico e o auto-conhecimento.

Sabemos que num enfoque psicanalítico o principal instrumento de trabalho do psicólogo é a sua pessoa (Bleger, 1974; Ocampo et al., 1981; Tsu, 1984). É por este motivo que, nas supervisões dos atendimentos clínicos, visamos principalmente a compreensão do aluno quanto às suas emoções e atitudes na relação com o cliente. O supervisor busca promover, no restrito âmbito da supervisão, o reconhecimento e, ao mesmo tempo, a continência das ansiedades do estagiário relacionadas à situação de atendimento.

Consideramos que a atitude clínica é uma experiência subjetiva que é objetivada na relação com o cliente. É, portanto, a representante de um fenômeno interno complexo, na medida em que muitas variáveis concorrem para a sua produção: o conhecimento teórico, as experiências pessoais, as diversas identificações, as fantasias sobre o papel do psicólogo, as possibilidades de experimentação e investigação de vivências interiores, e a capacidade de conter as ansiedades e de preservar os limites da própria identidade no contato com o outro. Para empatizar com o cliente é necessário poder colocar-se no lugar deste, sem porém confundir-se com ele. É tarefa do supervisor contribuir para essa discriminação.

A possibilidade do estagiário de desenvolver uma *atitude clínica* frente ao seu cliente passa necessariamente pela compreensão e apropriação do *papel de psicólogo*. Poder desempenhar esta função envolve primeiramente conhecer, compreender e aceitar esse papel, para poder então assumi-lo. Isto significa conhecer e utilizar as possibilidades e limites que o caracterizam e ao mesmo tempo o diferenciam de outros papéis (tais como os de amigo, conselheiro, juiz, professor, filho e assim por diante).

Desse modo a atitude clínica parece resultar de um processo que se desenvolve concomitantemente à *construção da identidade profissional*. Esta identidade envolve um complexo conjunto de experiências internali-

zadas, abrangendo desde a concepção de mundo e a adoção de uma escala de valores, até sua possível exteriorização em escolhas e comportamentos. Está portanto associada aos parâmetros que caracterizam o papel do psicólogo: seus objetivos, suas estratégias, sua filosofia de trabalho e outros. São esses parâmetros que constituem o *enquadramento de trabalho*, instrumento indispensável para o exercício desse papel, pois é o referencial que permite a objetividade necessária para dar sentido aos aspectos subjetivos essenciais ao trabalho clínico com enfoque psicanalítico (Abuchaem, 1986; Bleger, 1974; Ocampo et al., 1981; Trinca, 1984).

Desenvolveremos a seguir estes dois aspectos fundamentais da prática clínica: o *enquadramento de trabalho* e a *identidade profissional*.

3. O enquadramento de trabalho e a identidade profissional

Estamos de acordo com os autores que consideram que o *enquadramento* é um elemento essencial no trabalho clínico desenvolvido num referencial psicanalítico (Abuchaem, 1986; Bleger, 1974; Grinberg, 1975; Ocampo et al., 1981; Trinca, 1984). É tarefa do supervisor ensinar o aluno a compreender e utilizar o *enquadramento* como instrumento indispensável (inerente) à prática clínica que, no nosso caso, é a realização de um processo psicodiagnóstico.

O cliente procura a clínica, seja por iniciativa própria ou indicação de um profissional, por estar enfrentando um problema que o incomoda e que não consegue resolver sozinho. O cliente traz, portanto, alguma queixa e alguma expectativa quanto ao que encontrará na Clínica. Este é o ponto de partida do trabalho clínico no processo psicodiagnóstico: ouvir a queixa e as expectativas quanto ao trabalho, esclarecendo as características deste (inclusive seus limites), verificando o interesse e as possibilidades do cliente de dar prosseguimento e, então, estabelecendo um contrato no qual são definidos: o horário, o lugar, os objetivos e os papéis (do profissional e do cliente).

O enquadramento de trabalho equivale à configuração do campo de atuação do psicólogo, com o estabelecimento de parâmetros básicos como o tempo de sessão, os objetivos e as características do trabalho, os papéis dos participantes. Estes referenciais possibilitam ao estagiário perceber aspectos latentes da conduta do entrevistado, principalmente através das dificuldades do cliente de compreender e / ou respeitar o enquadramento e o contrato de trabalho. Isto é também associado às emoções que as atitudes do entrevistado despertam no entrevistador.

Etchegoyen (1987) refere-se ao enquadramento como um elemento ordenador que propõe normas que regem qualquer tipo de tarefa entre 2 pessoas.

Para Berlín (citado por Bohoslavsky, 1974) é o enquadramento que estabelece os limites da identidade e das possibilidades de ação, sendo o único instrumento que permite observar, pensar e operar livremente, com o “máximo de efetividade profissional e o mínimo de confusão ou identificação com a situação problemática” (p. 179).

Como veremos, há uma estreita analogia entre o enquadramento no contexto de atendimento ao cliente e a situação de supervisão, pois também esta envolve um enquadramento, ou seja, é caracterizada por um contrato de trabalho feito entre o supervisor e seus alunos, definindo o horário (tempo), o lugar, os objetivos, as tarefas e os papéis.

A tarefa não é fácil para o aluno que pela primeira vez se defronta com o papel de psicólogo, no qual é responsável pelo cliente, diante dos colegas, do supervisor e também da instituição (no caso a Clínica além do IPUSP). Há que considerar ainda que a disciplina de “Métodos” é obrigatória, podendo não coincidir com a motivação do aluno. Estes fatores estão presentes na caracterização da disciplina, e no enquadramento que dela faz parte, isto é, o estabelecimento dos parâmetros de trabalho no grupo de supervisão.

Além disso o aluno tem expectativas e fantasias, manifestas ou latentes, quanto ao papel do cliente, ao seu papel e ao papel do seu grupo e do supervisor. Estas expectativas irão, através da prática clínica supervi-

sionada, tornando-se menos idealizadas e possibilitando a internalização do papel do psicólogo, ou seja, a aquisição de uma identidade profissional. A compreensão de *como* se processa o trabalho do psicólogo, associada à compreensão de *porquê* se processa desta forma, alicerça a formação dessa identidade.

É fundamental uma atitude ativa do aluno nesse processo, não uma absorção passiva dos procedimentos que estão sendo aprendidos: é necessário que estes lhe façam sentido. Campos para o confronto construtivo entre supervisor e alunos serão configurados a cada etapa do processo, desde a condução das entrevistas, a escolha de instrumentos e a interpretação do material por eles coletados, até à constante reflexão sobre as dificuldades inerentes ao papel e à manutenção do enquadramento.

Tanto o cliente quanto o aluno podem ter dificuldades para manter, ou mesmo para estabelecer o enquadramento, respectivamente no atendimento e na supervisão. São essas “rupturas” de enquadramento que permitem o acesso a características de personalidade do cliente e / ou do aluno.

Podemos ilustrar com exemplos que tornem mais clara a nossa explanação: um cliente que chega sempre atrasado, outro que fala de assuntos que aparentemente não dizem respeito à queixa, aquele que trata o estagiário como se este fosse um professor do qual espera “palestras” e cobranças, etc. Todas estas posturas estão comunicando alguma coisa a respeito das dificuldades, fantasias e ansiedades do cliente com relação ao atendimento. Ao mesmo tempo estão configurando, através de suas ações no contexto do atendimento, sua forma de funcionamento e sua personalidade (Bleger, 1974).

O responsável pela manutenção do enquadramento é o profissional, não o cliente. Mas o aluno pode ter dificuldades para lidar com essas situações, principalmente quando o cliente espera dele algo que ele não pode dar, ainda que esse “algo” geralmente não caiba no papel de quem está realizando um psicodiagnóstico. Nesse início da vida profissional é comum o medo do estagiário de que o cliente abandone o atendimento, o

que poderia aumentar os sentimentos de insegurança quanto à própria competência, por não estar desempenhando bem a sua tarefa. Isto pode fazer com que o próprio aluno rompa o enquadramento. Por exemplo: não conseguindo encerrar a entrevista no horário, evitando abordar assuntos “delicados,” dando conselhos, transformando a entrevista num interrogatório, respondendo perguntas sobre sua vida pessoal e assim por diante. Os distanciamentos do enquadramento estão muitas vezes ligados às dificuldades de assumir o papel profissional.

Este momento do curso de Psicologia é talvez o primeiro em que o estudante se defronta com seu papel profissional, quando o conhecimento teórico não basta: é necessário que ele se encontre com seus conteúdos emocionais convertendo-os em instrumentos de trabalho. O aluno tem medo de “fazer feio” diante dos colegas, do supervisor e de si próprio, teme uma crítica severa quanto ao seu desempenho e tem dificuldades de se expor. Quanto mais manifestas estas ansiedades, e quanto mais o enquadramento tenha garantido as condições de sigilo e confiança, qualificando o espaço da supervisão como continente às vicissitudes do trabalho, maior a possibilidade de crescimento individual e do grupo.

Em determinadas situações pode ser até necessária a intervenção do supervisor, apontando aspectos contratransferenciais do estagiário, mas isto deve ocorrer apenas quando estes criam obstáculos à continuidade do processo psicodiagnóstico. Sendo assim, considerando-se a especificidade da supervisão, é necessário que o supervisor tenha muito cuidado e parcimônia ao abordar as questões contratransferenciais dos estagiários, visto que os objetivos da supervisão estão relacionados à formação profissional, e como tal distinguem-se dos visados em uma psicoterapia.

A supervisão pode, portanto, ser entendida como um modelo de trabalho que realiza um atendimento indireto ao paciente, o qual é visto não só através de material das sessões de atendimento mas particularmente através do relato do aluno e da conduta deste na supervisão, bem como das emoções despertadas no grupo no decorrer desta.

Na supervisão, o enquadramento procura assegurar esse campo de maior confiança através do contrato de sigilo dos elementos do grupo, tanto em relação ao material dos pacientes quanto ao que acontece dentro do grupo, no sentido deste ser um bom continente para as ansiedades que emergem no trabalho, sem deixar de enfatizar a importância da psicoterapia pessoal. O aluno pode transportar para a situação de atendimento ao seu cliente um enquadramento similar ao vivenciado na supervisão, que garanta ao cliente as condições de sigilo, respeito e continência para com as dificuldades que este apresenta.

A função do supervisor é acolher e orientar, favorecendo o aprendizado através da compreensão dos aspectos latentes e manifestos presentes, inclusive na situação de supervisão. No entanto, o supervisor pode, em certos momentos, representar o modelo idealizado com o qual o aluno rivaliza ou do qual tem muito medo. Pode ser difícil encarar o supervisor como um profissional com cuja experiência o estagiário pode contar para dar-lhe respaldo no atendimento e continência para as inseguranças.

Também na supervisão o aluno pode ter atrasos, “esquecimentos” do material que deveria ser apresentado, tendência a falar de maneira técnica usando o jargão psicológico e distanciando-se do que se passa emocionalmente com ele no atendimento e na supervisão. Há grupos que conseguem alcançar uma relação madura e construtiva de colaboração entre seus elementos, há outros nos quais domina a persecutoriedade ou a rivalidade. Da mesma forma, o atendimento psicológico pode promover maior ou menor crescimento do cliente, segundo as possibilidades criadas na relação deste com o psicólogo e dentro dos limites possíveis para ambos.

Considerações finais

Ao cursar a disciplina “Métodos,” o futuro psicólogo encontra-se num complexo rito de passagem, às voltas com uma sobreposição de papéis, na medida em que é ao mesmo tempo aluno frente ao seu supervisor e profissional frente ao seu cliente. O supervisor também está às voltas

com a face pedagógica (como aquele que ensina e avalia o aprendizado) e a face terapêutica (como modelo e continente) desse particular tipo de ensino, mobilizado na transmissão da atitude clínica. Acrescentemos a este quadro as exigências, expectativas e fantasias despertadas por cada caso clínico em cada conjunto de participantes e poderemos visualizar com facilidade a dimensão das dificuldades presentes na situação, para todos os que dela participam.

Mantidas as devidas proporções, nesse momento do curso de Psicologia, a dupla supervisor-aluno está gerando um futuro profissional e, às vicissitudes expostas, inerentes a tal “maternagem,” associa-se a clara gratificação de acompanhar um processo de crescimento cujos indiscutíveis benefícios reparatórios estendem-se ao terceiro (sempre presente e sempre excluído): o cliente.

Em síntese, a tarefa de realizar um processo psicodiagnóstico nesse contexto, e a tarefa de iniciar um futuro colega, possibilitando-lhe experiências cruciais à formação da atitude clínica, constitui para o supervisor um fascinante desafio. Poder acompanhar, ao longo de um ano, o complexo conjunto de movimentos de aproximação e recuos defensivos, observando ao final uma integração fundamentada em raciocínios clínicos, resultando na compreensão dinâmica e profunda da personalidade do cliente, constitui um privilégio para o supervisor. Essa possibilidade de crescimento não exclui, entretanto, sérias preocupações quanto à qualidade da formação oferecida ao aluno de Psicologia, quer no âmbito específico do ensino do processo psicodiagnóstico, quer considerando-se, de forma geral, a habilitação, a competência e as atribuições deste como futuro psicólogo.

Este artigo, sistematizando algumas de nossas preocupações, focalizadas especialmente na formação da atitude clínica do estagiário de psicologia, seguramente não esgota a amplitude do tema proposto mas, ao contrário, remete à troca de experiências e reflexões com nossos colegas envolvidos na formação de psicólogos. Decorre disso uma necessária ênfase em novas pesquisas e estudos sobre o ensino/aprendizagem clínicos e sobre a habilitação do psicólogo para a atividade clínica.

A Formação da Atitude Clínica no Estagiário de Psicologia

Aguirre, A. M. B., Herzberg, E., Pinto, E. B., Becker, E., Carmo, H. M. S., & Santiago, M. D. E. (2000). Development of a Clinical Attitude In Undergraduate Clinical Practice. *Psicologia USP*, 11 (1), 49-62.

Abstract: In this paper, we highlight aspects we consider fundamental in the clinical teaching/learning process, according to our experience as supervisors of psychological assessment (we point out that in Brazil this clinical practice takes place during undergraduate studies). After presenting our outline of work, which follows a psychoanalytical approach, we focus particularly on the student's development of a *clinical attitude* toward the patient. We show its connections with the *establishment of the clinical setting* and the *process of acquiring a professional identity*. The ultimate role of the *supervision*, in these aspects, is also emphasised. Further research, as well as discussions among supervisors and psychologists, are necessary, regarding issues like the process of clinical teaching/learning and also the licensing of psychologists.

Index terms: Clinical psychology. Practicum supervision. Psychological assessment. Professional psychology.

Referências Bibliográficas

- Abuchaem, J. (1986). *O processo psicodiagnóstico no adulto, na criança e no adolescente*. Porto Alegre, RS: Luzzato.
- Arzeno, M. E. G. (1995). *Psicodiagnóstico clínico: Novas contribuições*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bleger, J. (1974). *Temas de psicologia*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Bohoslavsky, R. (1974). *Orientación vocacional: La estrategia clínica*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Etchegoyen, H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Grinberg, L. (1975). *A supervisão psicanalítica: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Imago.

- Ocampo, M. L. S., et al. (1981). *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Trinca, W. (1983). *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Trinca, W. (Org.). (1984). *Diagnóstico psicológico: A prática clínica*. São Paulo: EPU.
- Tsu, T. M. J. A. (1984). A relação psicólogo-cliente no psicodiagnóstico infantil. In: W. Trinca, *O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis, RJ: Vozes. Cap. 4, p. 34-50.

A DESVINCULAÇÃO DO TAT DO CONCEITO DE “PROJEÇÃO” E A AMPLIAÇÃO DE SEU USO

Vera Stela Telles¹
Instituto de Psicologia – USP

Crítica à designação de “projetivo” referente aos fenômenos implicados no material do TAT. Procurou-se mostrar que tal designação levou historicamente o teste a ser amarrado às teorias psicanalíticas, sem que nada, nos fenômenos registrados, obrigasse a tal leitura. Ao contrário, a nosso ver, a maior parte da problemática de seu uso em pesquisa e da possibilidade de um consenso geral referente à sua interpretação, deve-se aos problemas inerentes à próprias teorias psicanalíticas. Sugerimos então sua desvinculação desse termo que o remete a um sistema teórico fechado que como tal, impede a verdadeira observação do material obtido pelo teste. Essa observação dos fenômenos permitiria a superação dos impasses e consequentemente a ampliação de seu uso, já que o consenso seria procurado no material, para além de qualquer postura teórica prévia do observador.

Descritores: Teste de Apercepção Temática. Projeção (Mecanismo de defesa). Teoria psicanalítica. Técnicas projetivas. Psicologia clínica. Cognição.

O problema dos assim chamados testes projetivos começa na própria definição de “projetivo.” Esse conceito carrega consigo o sentido subjacente de que o fenômeno, *a ser pesquisado*, de certo modo já é previamente “conhecido” - ele pertence e é circunscrito dentro de uma dimensão “projetiva” (qualquer que seja o sentido dado à palavra). Essa

1 Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo, SP – CEP 05508-900. E-mail: ippsc@edu.usp.br

forma de nomear implica então em uma específica posição frente ao fenômeno. Aliás, é precisamente à *imprecisão do termo projetivo* que os autores atribuem os erros dos “métodos projetivos” (Cattell, 1951 & Rappaport, 1952, citados por Imbasciati & Ghilardi, 1994, p. 40). Também Shentoub (1990) na sua introdução afirma: “Os testes *ditos projetivos*, seriam melhor nomeados de provas de personalidade, desde *que eles procedessem de mecanismos que ultrapassam o quadro da projeção*, mesmo na concepção mais ampla do termo ...” (p. 1, grifos nossos).

A história do TAT (Teste de Apercepção Temática) poderia ser concebida como uma *démarche* das mais complicadas, tentando resolver um impasse que, pensamos ter muito mais a ver com essa designação intempestiva do que com problemas suscitados pelos fenômenos psicológicos implicados na tarefa. As mais diferentes formas de avaliação e teorização do teste tentam, no fim, explicar a “projeção” (e o “inconsciente”); suas fundamentações teóricas deixam muito a desejar² - tanto em relação à captação do fenômeno quanto ao consenso sobre sua explicação e sua metodologia. O problema é de tal magnitude que alguns autores põem em dúvida se existe algo neste teste compatível com a função de instrumento diagnóstico (Anderson, & Anderson, 1967). Quanto à sua utilização em pesquisas, o impasse parece insolúvel.

Voltando às suas origens (1935), apesar de Henry Murray ter recorrido à teoria psicanalítica clássica para descrever a estrutura de personalidade do indivíduo achava “... que somente a psicanálise não seria suficiente para fornecer esquemas facilmente utilizáveis na ... *praxis* da psicologia; quis então integrá-la num sistema teórico que sublinhasse os problemas de adaptação e as influências ambientais” ((Imbasciati & Ghilardi, 1994, pp. 15-16). Tenta assim (segundo os autores) integrar a

2 Anzieu (1990), diz, comparando o TAT com o teste de Rorschach, o qual foi provido pelo seu autor de uma teoria, além do material e do método de aplicação: “Está aí sua força (do TAT) ao mesmo tempo que sua fraqueza: o material e a aplicação são modificáveis segundo a população estudada; a interpretação corre atrás de uma teoria que a fundamentaria; donde em contrapartida, uma grande adaptabilidade deste teste a conceituações diversas.” (p. 7)

clínica e a psicologia experimental. Sua linha teórica é basicamente fundamentada nas necessidades do sujeito e nas pressões ambientais. Necessidades que incluem uma força determinada pelos processos internos e, mais freqüentemente, devidos às interferências ambientais “organizadoras de toda atividade do indivíduo em vista de uma modificação de uma situação tida como insatisfatória” (Imbasciati & Ghilard, 1994, pp. 15-16).

A idéia que fundamenta essa posição é a de *adaptação* e centraliza-se na problemática de harmonizar o interior do sujeito e o exterior, representado pelo seu ambiente. Para descrever as alterações perceptivas introduzidas pelo sujeito, Murray usa o termo psicológico de *apercepção* (Imbasciati & Ghilard, 1994, p. 34).³

Os trabalhos da Gestalt estabelecendo as leis da percepção também preocupam-se em dar sentido às distorções perceptivas; nestas distorções a Gestalt localiza “um processo dinâmico devido às leis da *“pregnância”* e do conceito de transponibilidade.”

As imagens percebidas no TAT seriam *então* “antes de mais nada *uma gestalt*, formada desde a memória que fornece a imagem composta real das figuras concretas que lhes correspondem, e das imagens – estímulos fornecidos pelo teste segundo uma *organização perceptiva ótima*” (Ancona, s. d., grifos nossos).

Essa configuração perceptiva não é um simples resultado de uma composição, mas a percepção é gestaltizada com os componentes afetivos que estão presentes no sujeito:

3 Descrevendo as fundamentações do TAT segundo Murray (1943, 1951, citado por Imbasciati & Guilardi, 1994, p. 34) diz: “... ele considerava que o sujeito, ao descrever o protagonista da história, se servisse de aspectos passados ou presentes da própria personalidade, baseando-se em recordações conscientes ou inconscientes de eventos reais ou imaginários que modelaram a sua personalidade. Se as necessidades expressas no TAT não coincidiam com o comportamento manifesto, podia-se recorrer a alguns conceitos psicanalíticos, como a regressão, a sublimação, a formação reativa e o recalque, para explicar o desacordo entre história e comportamento.”

Estes últimos são responsáveis ... por um processo de distorção de tipo gestáltico que procura a *organização mais simples possível*; no nível desta gestalt superior, a organização se exprime como a manutenção do equilíbrio psíquico obtido com a exclusão subjetiva da dificuldade da realidade; o que perturba é evitado enquanto não é percebido, e o que não é percebido não existe.⁴ (Ancona, s.d., grifos nossos)

O eu aprende depressa o modo mais econômico *de manter constante a própria organização* deformando assim as percepções exteriores ...” por isso Bellak tem razão em dizer que “a organização da personalidade constitui um sistema de controles e de balanceamentos, de modo a *absorver cada novo estímulo com o mínimo de mudanças*” e Ancona acrescenta: “A percepção do mundo exterior *torna-se por isso mesmo necessariamente projetiva*” (Ancona, s.d., p. 8, grifos nossos).

Mais adiante o autor acrescenta:

... o modo mais correto de descrever essa situação é como fez Murray chamando *apercepção*. A *apercepção* é de fato uma distorção perceptiva porque através dela a nova experiência é assimilada e transformada segundo traços da experiência passada; e gera a *projeção*, segundo uma transferência de aprendizagem.⁵ (Ancona, s.d.)

Mais ainda; este modo de ver as coisas permite considerar os fatos de percepção como aqueles descritos pela psicanálise como “*mecanismo*

4 Cremos ter ficado por conta do autor essa correlação com o afetivo e “manutenção do equilíbrio psíquico” excluindo-se o que perturba para não perceber a dificuldade – O texto da Gestalt falando em organização perceptiva “ótima,” e “mais simples” possível refere-se, especificamente, a leis de nossa organização perceptiva. (ver citações mais adiante).

5 Recorre-se aqui ao uso da palavra projeção que além de ser problemático como *explicação* da aprendizagem (seria quando muito descritiva), o é também quanto ao seu uso dentro da própria teoria psicanalítica – Esse termo aqui só se justifica (dentro das teorias psicanalíticas) se fosse referido não a mecanismos de defesa, mas à projeção descrita como “normal” em Freud, e que mereceu ser descartada (como veremos adiante) como não significativa na obra de Freud. (Laplanche & Pontalis, citados por Brelet, 1986).

de defesa,” somente substituindo a noção de *pregnância* pela de *defesa*” – Há aqui uma contradição flagrante: o autor está explicando a aprendizagem; parece-nos, então, absurdo falar em mecanismo de *defesa*; mais ainda, o termo *projeção* aqui descrito (e o único que poderia ser relativo à produção do TAT) refere-se ao conceito “normal” de *projeção*, não àquele advindo de mecanismos de *defesa*. Desse modo a *apercepção* mencionada *nada* tem a ver com a *projeção* como mecanismo de *defesa*. Faz-se então uma passagem indevida entre dois termos iguais mas de sentidos completamente diferentes (sempre dentro da própria *psicanálise*). Como se verá mais adiante, o único “*projetivo*”- (segundo autores de orientação *psicanalítica*) - pertinente à produção do sujeito no TAT seria aquele que precisamente *nada tem a ver com mecanismo de defesa*. Portanto *nada*, a não ser a coincidência do nome, justifica que se identifiquem as alterações perceptivas ou *aperceptivas*, com os mecanismos de *defesa* descritos pela *psicanálise*. Essa concepção é impropriedade mesmo dentro da avaliação orientada *psicanaliticamente*.

Além disso, é absurdo fazer a substituição do termo *pregnância* por *defesa*. Cremos que absolutamente não se trata de uma mera *substituição* de conceitos - cada qual provém e explicita um contexto teórico completamente diferente. O problema, a nosso ver, é muito mais profundo; a substituição de *pregnância* por mecanismo de *defesa*, *apercepção* por *projeção*, implica uma drástica mudança do *referencial teórico*, onde essas palavras têm um sentido preciso, designando fenômenos diferentes, envolvendo, portanto, universos teóricos específicos, implicando conseqüentemente mudanças de perspectivas fundamentais em relação à pesquisa e sentido dos fenômenos.⁶ Na história do TAT essa substituição de

6 Citando um exemplo de percepção visual: “... este fenômeno serve de exemplo do princípio de “*complementação*.” Não somente há uma tendência para a “*forma*” em nossas reações, mas é tão intensa que quando a circunstância externa não está inteiramente “*formada*,” a reação psicológica tende a completá-la. A “*complementação*” é um caso particular da “*lei da pregnância*,” de acordo com a qual a experiência, quer seja espacial ou temporal, e seja qual for a região sensitiva, tende a assumir a melhor forma possível, de modo que as formas tendem a se tornar mais exatas e

palavras permitiu que se fizesse uma ponte apressada e, a nosso ver, de todo instável – entre a proposta primitiva de Murray e as teorias psicanalíticas. cremos que essa passagem acabou por afastar definitivamente o teste da possibilidade das pesquisas de psicologia em geral e determinou as dificuldades nas quais os autores até hoje debatem-se para resolver o problema.

A partir da identificação inoportuna desses conceitos, os escritos sobre o TAT têm de preocupar-se em definir o sentido de projeção (além de outros) pertinente à natureza do que é *observado* na produção do sujeito. Assim, por exemplo, Shentoub (citado por Brelet, 1986) analisa e critica longamente um artigo de Laplanche e Pontalis, (1963) sobre o sentido de projeção em Freud, tentando encontrar qual deles poderia ser usado para explicar a produção no TAT. Contra a decisão dos autores de priorizar o termo que em Freud é explicitado como mecanismo de defesa (advindo da situação paranóide), ela cita Freud entendendo a projeção como um mecanismo “normal,” que para ele explicaria a superstição, o anísmo e a mitologia (Brelet, 1986, pp. 71-72).

Além de Shentoub e Brelet secundando-a, temos já anteriormente Bellak em 1944, apontando esse sentido mais geral da palavra projeção em Freud: “um mecanismo perceptivo devido ao qual a percepção atual é

mais bem definidas – a tornarem-se o que elas são, de modo mais completo e típico.” (Heibreder, 1969, p. 302)

E mais adiante: “... Basicamente, existe a tendência para a experiência ser “formada,” e para os componentes formarem grupos, para as figuras incompletas serem completadas e tornadas mais definidas e exatas; e para o campo total ser organizado – quase que se poderia dizer estratificado – em figura e fundo. É como se um processo estivesse em andamento em busca de um estado de equilíbrio e no qual a organização total é mais completa ...” (Heibreder, 1969, pp. 303-304)

Como pode-se depreender facilmente destes textos, as “alterações” perceptivas para a Gestalt têm a ver com a *nossa forma de organizar* a experiência perceptiva (aliás os gestaltistas encontraram inclusive na biologia e mesmo na física exemplos dessa tendência. Köhler vai apontar as gestalten ocorrendo na resolução de problemas – o “*insight*” é “... uma padronização do campo perceptível de tal maneira que as relações importantes são óbvias...” (Heibreder, 1969, p. 307)

recebida e estruturada em relação e dependência dos traços mnêmicos de todos os fatos até agora percebidos” (Imbasciati & Ghilardi, 1994, pp. 40-41). Franck (1939) descreve o fenômeno como o “... processo com o qual o sujeito organiza e estrutura a sua experiência vital e, especificamente, qualquer material não estruturado que perceba, *projetando* nele a sua experiência interior e a própria estrutura da sua personalidade ...” (grifos nossos).

Nessa teoria já existe o conceito de projeção que será depois desenvolvido e elaborado por Bellak” (Imbasciati & Tirelli, s.d., pp. 9-10, 18). Descrito assim, o conceito de projeção ganha tal amplitude que deixou de ter sentido na descrição e ainda menos na explicação do processo. Para usá-lo em psicologia com esta acepção, teria que *fundamentar* as razões de sua escolha. Como explicação da aprendizagem, por exemplo, por que priorizar esse enfoque em detrimento das descobertas da própria Gestalt e, mais modernamente, frente a posições como as da Psicologia Genética de Piaget (que explica o mesmo fenômeno em termos de assimilação e acomodação)?

O conceito de projeção envolve, na verdade, referências “subterâneas” muito mais profundas e complexas que não poderiam ser ignoradas na escolha de um tal termo. É só superficialmente que ele “explica” a percepção e a apercepção do indivíduo. Dentro do próprio assinalamento de Freud (Imbasciati & Guilardi, 1994, p. 49)⁷ sobre a projeção “normal”

7 “A projeção, todavia não foi criada para defesa, ela se verifica também lá onde não existem conflitos. A projeção ao externo de percepções internas é um mecanismo primitivo que subjaz, por exemplo também nas nossas percepções sensoriais; a ela é atribuído normalmente uma parte relevante na configuração de nosso mundo interno. Em condições nas quais a natureza não é ainda suficientemente precisa, são projetadas em direção ao externo, do mesmo modo de percepções sensoriais, também percepções internas de processos emotivos e mentais; desse modo são utilizadas para configurar o mundo externo percepções que deveriam legitimamente permanecer no mundo interno.” E os autores acrescentam “... Eis então como o animismo, o pensamento mágico e a onipotência das idéias dos primitivos, da criança e do neurótico são o efeito da projeção dos processos psíquicos primários so-

está implícita a estrutura geral do indivíduo: – antes de mais nada sua forma sensório-perceptiva de informar a realidade à qual ele compartilha com congêneres de sua espécie (e portanto a própria definição do que é estímulo está assim problematizada, Uexküll, s.d.); toda problemática do aprendizado (que é questionada inclusive com relação às teorias psicanalíticas atuais) (Imbasciati, 1990); todo estudo da memória e da própria percepção (estudos modernos sobre senso-percepção, por exemplo), enfim toda relação entre “consciente” e “inconsciente” está em jogo (atualmente preocupa-se mais com a possibilidade da consciência do que com o próprio “inconsciente”) (Searle, 1998).

Em poucas palavras, o conceito de projeção nessa ampla acepção, envolve, no limite, praticamente todos os problemas que a ciência psicológica tenta explicar. Ainda mais: fora do campo específico da psicologia, ela arrasta consigo toda problemática filosófica de teoria do conhecimento. Como vemos, ela é uma palavra no mínimo perigosa e pretensiosa no atual estágio da psicologia.

Uma vez estabelecida essa conexão com a psicanálise, a história do TAT será um verdadeiro roteiro de “correções” e “ajustes” que acompanha problemas e mudanças teóricas *da psicanálise*.⁸ Passa-se assim da explicação freudiana clássica para uma centrada na psicologia do ego; considera-se o teste de um ponto de vista de conteúdo depois passa-se a priorizar a forma, etc., até a escola francesa (centralizada nos estudos de Shentoub, de 1955 a 1971) (Shentoub, 1990, pp. 15-16). Esta resume o “drama,” começando por considerações formais das histórias (modalidades do discurso, histórias banais, mecanismo de defesa etc.) seguindo-se

bre o mundo externo. De resto, também a criação artística, segundo a intuição de Freud, é uma projeção do artista na própria obra.”

- 8 “... Examinando as contribuições da psicanálise para a compreensão das técnicas projetivas, nota-se fundamentalmente duas diferentes modalidades de enfoque que estão em relação com a evolução da teoria psicanalítica. A primeira privilegia a relação entre as pulsões do sujeito e as suas produções no teste, enquanto que a segunda analisa as relações entre as funções do ego e o comportamento no teste.” (Imbasciati & Ghilardi, 1994, p. 33).

uma focalização onde ao papel do eu e das funções conscientes e inconscientes no ato de organização dos estímulos tem prioridade até que em 1967 chega-se à conclusão de que uma teoria do TAT deveria:

... referir-se não aos elementos esparsos das teorias psicanalíticas, mas ao corpo metapsicológico freudiano, tomado em seu conjunto. Deve-se, então, levar em consideração tanto a Primeira como a Segunda tópica (inconscientemente, pré-consciente; id, ego e super-ego) e os três pontos de vista clássicos: dinâmico, econômico e *tópico sem entretanto confundir situação psicanalítica e situação TAT*, associações livres obtidas na cura e fantasias espontâneas dadas no TAT. (Shentoub, 1990, p. 16, grifos nossos)

Assim, a história das interpretações do TAT parece apontar continuamente para reconhecimentos da *insuficiência* das teorias psicanalíticas na abordagem dos fenômenos que ocorrem no TAT (critica-se que seja interpretado como sonho, põe-se em dúvida o que seja fantasia no TAT, se as pranchas comportam ou não a teoria do conteúdo latente e manifesto, etc.). Uma vez atado às teorias psicanalíticas o teste perdeu uma preciosa autonomia teórica que poderia proporcionar-lhe correlações altamente criativas dentro do estudo do comportamento em geral. A designação de projetivo *obriga* o pesquisador, de início, partir de um referencial teórico básico, do qual nem sempre tem consciência e que aplica sem antever as conseqüências. Toma-o como um apriori inquestionável (no mais das vezes por inconsciência de que se trata de uma *teoria*); apoia-se nele e dele conclui como se tivesse um fundamento verdadeiro, e não como uma *possível* interpretação dos dados.

Enquanto isso, aparecem trabalhos em outras áreas, como na neurofisiologia, no cognitivismo moderno, estudos de perceptologia precoce e o próprio - e antigo - estudo de Piaget sobre a constituição evolutiva da inteligência, etc., que deveriam, no mínimo, serem levados em conta numa teorização desse gênero. Infelizmente, fechada em seu sistema teórico, a psicanálise não pôde considerar descobertas que necessariamente deveriam levar a reformulações conceituais em seu campo de estudo. Quando chegam a tomar consciência das novidades (exemplo a senso-

percepção precoce) que, se “levadas a sério,” necessariamente determinariam reformulações teóricas, (por exemplo, em relação à teoria kleiniana) simplesmente englobam tais achados *justapondo-os* ao seu sistema teórico, (e até usando-os para “confirmar” seus pontos de vista), quando na verdade exigiriam revisões teóricas essenciais.⁹

Assim, os vários impasses e defeitos do TAT parecem advir mais de uma herança do enfoque psicanalítico do que serem realmente devidos aos fenômenos que o teste elicia. A possibilidade de sua utilização em pesquisa, a construção de uma teoria que seja fruto do próprio material do teste, a constituição de uma metodologia geral frente ao seu uso, não nos parece ser algo que remeta necessariamente para além das características dos fenômenos que se encontram presentes no teste. Sua problemática parece ter raízes em determinadas propostas teóricas prévias, elas próprias eivadas de contradições.

Gostaríamos, entretanto, de assinalar que essas observações críticas não se referem aos *achados observacionais* derivados da experiência clínica. Os clínicos experientes sabem usar bem o teste – *apesar* das teorias, diríamos; sua prática acaba por neutralizar os efeitos negativos e contraditórios das mesmas. O problema aparece em toda sua gravidade quando se trata de *transmitir* o que a experiência – mais do que as teorias – lhes ensinou. Alertar para uma crítica epistemológica, e sugerir a volta aos fenômenos, à observação seria, a nosso ver, ampliar o uso do teste, permitindo sua utilização em pesquisa por qualquer psicólogo, independentemente de suas posições teóricas prévias. Essa postura frente ao teste traria uma visão mais abrangente dos fenômenos implicados, e, eventualmente, uma fundamentação teórica mais pertinente.

9 Por exemplo Stern (1989) “... dizendo que os *conceitos psicanalíticos* necessitam comprovação experimental.” É interessante notar um viés epistemológico mesmo em autores que podem observar a teoria mais criticamente. Ele não chega a pensar que os *conceitos* já existentes *podem ser modificados*.

Nossa postura frente ao TAT

Um tanto casualmente, devido ao público a que se dirigia nosso trabalho clínico - primeiro psiquiatras, depois alunos de psicologia - tivemos de abandonar uma avaliação do teste em termos psicanalíticos e nos concentrar em uma análise formal do texto do sujeito. Afim de evitar “projeções” de *nossa* parte, tentávamos avaliar sua produção sem qualquer conhecimento prévio da anamnese do indivíduo (era encarregada da supervisão, e só tinha acesso ao material do teste que os supervisionados traziam para discutirmos). Só conhecíamos o sexo e a idade dos sujeitos. Para nossa surpresa tal avaliação “selvagem” revelou-se capaz de permitir uma idéia bastante acurada do modo de funcionamento dos sujeitos e, muitas vezes, até conseguíamos prever as queixas e dados significativos de sua história de vida. Ficava muito claro, a *partir do texto*, o grau de possíveis desadaptações do indivíduo, a idéia que fazia de si próprio e sua relação mais ou menos objetiva com a realidade. A partir do recorte (Uexküll, s.d.) que fazia da prancha, podíamos fazer previsões sobre que áreas de sua vida estariam prejudicadas em seu funcionamento. Desde essa época (1970 – dentro da Psiquiatria do HC) até hoje (desde 1971 lecionando o teste no Instituto de Psicologia da USP) estamos tentando ampliar nossa observação dessa performance do sujeito, tendo oportunidade muitas vezes de acompanhar e comparar no trabalho de Psicoterapia, a validade dessas previsões.

Concomitantemente, nosso trabalho em psicoterapia fundamentada no referencial psicanalítico sofreu modificações. Insatisfações concernentes à prática e questionamentos teóricos vinham intensificando-se com a experiência. Amparada em alguns autores (psicanalistas inclusive), começamos a *encarar* nossa prática terapêutica de um modo bastante diverso. Através de suas críticas epistemológicas às teorias psicanalíticas eles ofereciam um modelo de possível superação dos impasses com que

nos deparávamos em cada momento de nossa prática.¹⁰ Atualmente trabalhamos em psicoterapia sem recorrer às teorias psicanalíticas; baseando nossa prática na *observação* do paciente, tentamos, a partir da *forma* com a qual ele estrutura e dá sentido às suas experiências, encontrar características que nos ajudem a posicioná-lo frente a um momento do seu desenvolvimento cognitivo.¹¹ Essa observação nos proporciona a estrutura - estruturadora que *logicamente* permitiria fazer *aquele* específico recorte de si e da realidade, e ter, conseqüentemente, os afetos e as ações pertinentes a ele. A partir da identificação dessa forma, tentamos rastrear em sua história (a maioria das vezes *deduzida* de seu comportamento) o sentido que ele pôde formar *naquela* etapa da vida e que atualmente, como memória alucinada (Ferrão) determina a construção de sentidos obsoletos. Quando essas significações precoces podem ser inferidas, elas são transformadas em *representações* (sentido piagetiano do termo) que a mente atual do paciente pode compreender; feita essa decodificação do alucinado em termos compreensíveis para a atualidade de sua mente, ele pode vir a perceber a não adequação daquele antigo sentido (*que não é patológico* a nosso ver, mas sim desadaptativo porque obedece a uma lógica superada).¹²

Essa possibilidade crítica das teorias psicanalíticas e a prática terapêutica onde tínhamos oportunidade de verificar um novo modo de conceber teoricamente a “patologia” e a ação terapêutica, nos deu subsídios para melhor fundamentar o que chamávamos primitivamente de análise de texto das histórias do TAT.

10 Por exemplo Ferrão, L.M. (psicanalista da Sociedade Brasileira de Psicanálise) com sua clínica inovadora e sua sugestão de voltar à observação do paciente. Imbasciati, A - com livros como *Affeto e rappresentazione* (1991) e *L'Oggetto e le sue vicissitudini* (1993)– (psicanalista italiano, professor diretor da cátedra de psicologia junto à Faculdade de Medicina e Cirurgia de Brescia).

11 Sentido do termo segundo cognitivistas modernos (citados por Imbasciati) onde é totalmente abolida a dicotomia afeto x cognição.

12 Para melhor esclarecimento ver Telles (1997).

Passamos então, com relação ao TAT, a centralizar basicamente nosso parâmetro de comparação na noção biológica de adaptação. Dentro desse quadro referencial lemos o TAT como um problema, uma tarefa que o indivíduo tem de dar conta. O tipo de instrução dada a ele, *descriptivamente*, implica que se atenha à figura, e *ao mesmo tempo* construa subjetivamente uma hipótese que dê sentido à cena. Tal exigência vai obrigá-lo a observar e partir da realidade ao mesmo tempo que deve recorrer a si próprio, aos recursos que tenha (ou pensa ter); àquilo que ele de fato ou imaginariamente pensa ser, enfim da identidade através da qual *realmente funciona*, para estabelecer uma relação significativa entre os elementos figurativos da prancha. Assim sendo, consideramos os elementos da prancha, somados às instruções fornecidas ao sujeito como sendo a “realidade:” o dado “fixo” que limita o indivíduo a circunstâncias dadas (o externo) por um lado, enquanto por outro o libera e incentiva a construir a partir de sua subjetividade (o interno) um *sentido* para ela. Assim, a proposta requer que ele, como em qualquer situação de sua vida, *funcione*, resolva a tarefa dentro do quadro restrito da realidade (a figuratividade da prancha mais instruções) usando *sua própria* organização. Desse modo, *seja o que for* que ocorra *na sua interioridade*, teremos *na sua* solução do problema, observacionalmente falando, a *explicitação* do instrumental utilizado. A comparação entre a prancha “vista” (seus elementos) e a prancha realmente “contada” nos apresenta de imediato, pela simples observação, o modo pessoal desse indivíduo recortar a realidade, e, portanto, também imediatamente, a expectativa (real ou não) que possui sobre si próprio para dar conta do problema adaptativo (lembramos aqui que Piaget mostra em termos simplesmente cognitivos que a constituição do eu e do mundo são dialeticamente construídas; são elementos complementares, lógica e reciprocamente constitutivas, Piaget, 1975).

Acreditamos que esse modo simples de conceber a tarefa TAT abrange tudo o que o indivíduo é – suas estruturas gerais de comportamento, sua experiência, sua história, os sentidos alucinados que veio a construir durante seu desenvolvimento, sua relação, consigo e com o

mundo externo, enfim sua própria identidade. E isso, independente de *sabermos* que mecanismos poderiam estar “por trás” dessa ou daquela escolha feita (a ciência ainda não pode nos oferecer as “causas últimas” dos mesmos). Todo seu “inconsciente” (*tudo* aquilo que ignora porque é *com tal estrutura estruturadora* que apreende, informa a experiência) está aí e à mostra nos seus *resultados*, não precisamos sair à cata do “inefável” (em ciência devemos construir teorias a partir do observado). Tal “inconsciente,” por ser aquilo com que categoriza as suas experiências, não pode logicamente ser-lhe consciente (Kant diz que são exatamente as categorias de nossa sensibilidade). Dado a exigüidade de conhecimentos objetivamente fundamentados sobre o mental, cremos ser de extrema importância nos atermos ao observado, fazendo realmente uma ciência *do comportamento*, evitando assim teorias precoces que enganosamente oferecem pseudos saberes.

Dentro dessa perspectiva, vemos o sujeito aparecer nas suas histórias como uma organização total; ele está inteiro naquela específica forma de recortar a realidade – aliás, nem pode construir qualquer coisa com algo que não *seja ele*; e *é por isso*, e não por “projeção,” que podemos inferir as características que intervieram e determinam *seu* processo de apreensão da realidade. Tais características serão a causa *lógica, formal*, daquele *consequente* recorde. Em suas histórias temos como dado de observação¹³ as causas formais que fundamentam e justificam logicamente o tipo de escolha que *foi possível* ao sujeito. A análise da pertinência ou não desse enfoque (segundo o que se espera de acordo com o desenvolvimento cognitivo do indivíduo) nos dá imediatamente as causas formais de suas possibilidades adaptativas.

13 Dentro desse modo de encarar o fenômeno fica “resolvido” o problema da explicitação do objeto estudado – o fenômeno *está aí* – a problemática passa a ser centralizada na *visão do observador*. Não teríamos assim o objeto furtando-se ao conhecimento (não existiriam “mecanismo de defesa” escondendo o que ele é) mas com que *olhar* está sendo encarado pelo observador. E dentro desse parâmetro teríamos nas teorias prévias o grande impedimento da visão do que *está aí*.

Comparando-se, então, a prancha “vista,” com a inferida de sua história temos imediatamente a visão de sua forma de “perceber” a realidade, se teve ou não de “transformá-la,” se pôde ou não dar conta da tarefa dentro do enquadre proposto. Em outros termos, se pôde ou não, partindo do real – tal como as circunstâncias que a vida lhe apresenta – posicionar-se adaptativa e criativamente a ele.

Sua história nesse sentido é a “descrição” de “caminhos” que ele concebeu durante seu desenvolvimento para adaptar-se. Independentemente de como e porque construiu tais apriores, eles estão necessariamente presentes quando se pede ao sujeito para resolver o problema proposto pela prancha (entendida aqui, para além de seu conteúdo temático, como *expressão* de uma *solução pessoal* a um problema previamente dado). Por mais “conflitos” que surjam na sua história, o que temos de seguro e observável é que a história, antes de mais nada, *é dele, é sua produção, e portanto, sua expressão*. Todo problema do observador reside em poder *ver* o que *de fato* está lá.

Nesta perspectiva, as possíveis deformações introduzidas no real não vão ser concebidas como um ato “voluntariamente – inconsciente” que o indivíduo realizaria para não ver o que *não* deseja saber, mas como uma demonstração de que *com aquela organização utilizada na apreensão desse real*, a partir daquela particular estrutura estruturadora de suas experiências ele, na verdade, *não pode ver* de outro modo. Não seria então por motivos “afetivos” que o indivíduo deturparia o real, mas por motivos da *específica organização cognitiva* (sentido que não pressupõe dicotomia entre afeto x cognição) que está funcionando naquela apreensão. É devido ao tipo de “enquadramento” da realidade que, como decorrência, vai aparecer determinada visão da mesma, seu sentido, e conseqüentemente um afeto e uma ação correspondentes. Por exemplo para nós, a modificação do estímulo da prancha (retirada de partes, introdução de personagens etc.) não estaria revelando *rejeição* do dado realístico – antes *de mais nada* estaria evidenciando *que para aquele indivíduo é “natural”* transformar o real (não o perceber como um dado independente dele). E isso não *porque* ele é “onipotente.” Isto é uma descrição de seu

comportamento que tem origem em outras causas;¹⁴ pode ser descrito como onipotente justamente porque está estruturando aquela realidade dentro de uma condição psíquica primitiva, onde *ainda* não havia sido solidamente diferenciada a realidade interna da externa. A causa *lógica* para isso ocorrer está em que tal sujeito funciona dentro de uma dimensão cognitiva onde as categorias que permitem diferenciar idéia de fato, interno de externo, não estão consolidadas. Para que a noção de realidade e a concomitante identidade correspondente do indivíduo sejam estabelecidas deve ocorrer uma evolução cognitiva onde justamente vão constituir-se tais diferenciações (para Piaget, por exemplo, elas seriam tempo, espaço, conservação de objeto e causalidade, Telles, 1997).

Essas idéias – que são apenas um início de uma pesquisa que pretende visualizar o problema de um outro ângulo – não têm a pretensão de criticar os achados observacionais que toda história do uso clínico do TAT colecionou, a partir de estudos obtidos da *experiência*. A nosso ver, qualquer que seja a postura teórica básica do observador, se ele realmente *observa* o fenômeno, suas conclusões diagnósticas deverão ser pertinentes, e nessa dimensão encontrar um consenso geral. (Isso naturalmente vale também para os achados observáveis da psicanálise). O que pretendemos aqui é chamar atenção para as teorias fechadas em sistemas *prévios* à observação do fenômeno e utilizadas para apreendê-los. Tais “fixações,” casualmente ou não, apresentam uma “patologia” encontrada em material de sujeitos desadaptados, que não podem lidar com o novo criativamente. Quando as teorias impedem que conhecimentos novos sejam revolucionariamente incorporados, elas revelam-se obsoletas e impedidoras da continuidade da pesquisa do fenômeno. Por isso, achamos inadequado, mesmo descritivamente, pensar o TAT em termos de projeção.

Poderíamos perguntar aqui sobre a validade de pretendermos assinalar um modo diferente de visualizar e interpretar o material fornecido pelas histórias do TAT.

14 Em psicanálise é comum confundir-se descrição com explicação do fenômeno.

De um ponto de vista epistemológico, não há nada que obrigue tal material ser interpretado segundo uma teoria pronta, prévia, sobre o mental. Pessoalmente não encontramos em nenhum momento no material por nós consultado, uma fundamentação coerente com o *objeto* de estudo que justificasse até-lo às *teorias* psicanalíticas. Tentamos explicitar a colocação, meramente *afirmativa*, da passagem para o conceito de projeção que levou o TAT ser considerado nessa vertente psicanalítica. Como decorrência, sua pesquisa acaba regularmente nos mesmos impasses das teorias psicanalíticas. Sua interpretação fica, então, atada a conceitos pertencentes a um sistema fechado que não podem, sob pena de romper essa “unidade,” – serem modificados segundo exige a atualidade das pesquisas de ciências correlatas. Acreditamos que pela natureza dos fenômenos que intervêm na realização das histórias, o teste situa-se num lugar privilegiado tanto em termos de diagnóstico quanto como parte de um instrumental de pesquisa do comportamento humano. Mas para isso realmente efetivar-se, deveria haver uma liberdade real de interpretação de seus achados observacionais, dentro de teorias abertas, provisórias, que dessem lugar às reformulações contínuas exigidas pelas novas descobertas. Observamos na história do TAT a impossibilidade dele obter um mínimo de validação consensual¹⁵ que permitisse seu uso na pesquisa científica da mente, por pesquisadores pertencentes a *qualquer linha teórica* de pensamento. E note-se que ele faz parte da formação profissional do psicólogo! Uma vez ligado a uma interpretação psicanalítica, seu uso vê-se drasticamente limitado e circunscrito aos que elegeram as teorias psicanalíticas como referencial prévio de trabalho.

Se observarmos com atenção, veremos que, mesmo dentro do âmbito de diagnóstico, o aparente “consenso geral” só é compatível se considerarmos os fundamentos fornecidas pelas teorias psicanalíticas. Tal

15 “... Não obstante a sua ampla aplicação clínica, o primeiro problema é constituído pela falta de um orgânico sistema de classificação das respostas em função interpretativo-diagnóstica. Não se chegou a ordenar segundo um critério unívoco e condiviso os dados recolhidos com os diversos sistemas de classificação utilizados a partir de Murray até hoje.” (Imbasciati & Ghilardi, 1994, p. 9)

“consenso”¹⁶ não deriva do *próprio material* obtido através do teste. Aliás, a sua história mostra que mesmo entre pesquisadores que desconfiavam haver “algo mais” naquela experiência, diante do limite de saber imposto por nossa ignorância do fenômeno, preferiram trocar esse desconhecimento natural (e incentivador), por um pseudo-saber previamente “garantido” pelos sistemas teóricos da psicanálise.

Uma segunda razão – (mais condizente com nossa prática) – e não menos séria, diz respeito ao ensino do mesmo, na formação do psicólogo. Os testes fazem parte específica do seu instrumental de trabalho. Nesse sentido, qualquer teste deve estar coerentemente alicerçado nas possibilidades de sua formação profissional. O psicólogo não pode esperar transformar-se em psicanalista para usar devidamente esse instrumento de avaliação diagnóstica. Apesar do aluno de psicologia dever ser informado sobre as teorias psicanalíticas, como de qualquer outra linha de pesquisa psicológica – ele não recebe “formação psicanalítica” no curso básico de sua preparação. E os testes serão o instrumental básico que ele terá para garantir-se, no início de sua vida profissional, contra a falta de experiência. Nesse sentido, achamos absurdo, – e epistemologicamente incorreto, – ligar um teste a uma específica linha teórica de explicação dos fenômenos (qualquer que seja), principalmente quando ela não encontra fundamentação na própria ciência psicológica. Ele deve estar baseado em conhecimentos que o campo da formação específica pode oferecer.

A pesquisa psicológica deve então ter como requisito básico, uma flexibilidade nos conceitos de que se vale para dar sentidos provisórios às

16 Shentoub na introdução explicita essa opinião: “Aqui, a técnica, ou mais exatamente certos princípios metodológicos, não são senão o instrumento que permaneceria letra morta se ele não se *apoiasse sobre uma teoria* da personalidade do qual procede e que permite *então* que os elementos dispersos recolhidos virem a ordenarem-se em um todo. A *técnica não pode ser assimilada por aquele que não possui o conhecimento das teorias*, mas tais provas constituem também o lugar privilegiado onde os conhecimentos teóricos – corpus- abstrato- encontram, sua ilustração e sua encarnação ...” (Parece soar tautológica uma tal afirmação). (Shentoub, 1990, p.1, grifos nossos)

suas descobertas. Justamente o que a designação de “projetivo” vai impedir. Como ter a liberdade de conceituar uma observação que não se encaixe na “projeção?”

Além desses problemas, temos um de formação: pensamos que os alunos atuais serão os futuros pesquisadores de nossa incipiente ciência. Eles têm de saber que *pouco sabemos* e, portanto, que todo conhecimento atual é provisório; neste sentido, devem ser alertados contra teorias “prontas”, fechadas em sistemas, pois estas entravam e mesmo impedem a *observação* de tudo que o fenômeno tem a nos apresentar, sendo desse modo um empecilho ao desenvolvimento da ciência.

Assim pensamos que treiná-los no TAT, baseados antes de mais nada na análise do texto, significa treiná-los precisamente em *observação* – o que a nosso ver deveria ser a base de uma formação inicial na carreira de qualquer pesquisador, com mais razão ainda quando se trata do estudo de um objeto tão complexo como o fenômeno mental.

Em terceiro lugar, contra uma aparência de introdução de uma maior subjetividade na interpretação, essa proposta visa aumentar a objetividade na avaliação das histórias, na medida em que o referencial usado não remete a nada externo à sua constituição. Acreditamos ser um engano ingênuo pensar que a classificação prévia das respostas do sujeito, - freqüentemente usada na maioria das avaliações do teste, - garanta uma base mais objetiva de avaliação. Essa classificação prévia na verdade provém da decisão do avaliador, e portanto, na melhor das hipóteses, depende de sua prática clínica e conhecimentos aprofundados para discernir convenientemente sobre elas. Fica, portanto, na dependência do nível de experiência do avaliador a decisão sobre a objetividade de uma classificação - o que absolutamente não nos assegura que a técnica seja pertinente. Podemos facilmente estar diante de um TAT do observador mais do que do sujeito testado!

Telles, V. S. (2000). Disconnection of TAT from the "Projective" Concept and its Use Enlargement. *Psicologia USP*, 11 (1), 63-83.

Abstract: It criticises the "projective" designation, which refers itself to implicit phenomena on TAT material. It was intended to show that the "projective" led, in historical means, the test to be tied up to psychoanalytic theories, though nothing on those phenomena obliged this interpretation to be made. On the contrary, the largest part from the problematical of its research using and from the possibility of a general consensus, concerning its interpretation, are due to inherent problems of psychoanalysis theories themselves. We suggest, then, its disconnection from this term, which prevents a real remark of the material obtained by the test. The phenomena observation would allow the impasses overcoming and, consequently, the enlargement of its use, since consensus would be searched in the material, beyond any previous theoretical posture from the observer

Index Terms: Thematic Apperception Test. Projection (Defense mechanism). Psychoanalytic theory. Projective techniques. Clinical psychology. Cognition.

Referências Bibliográficas

- Ancona, L. (s.d.). In Imbasciati & Tirelli. *Il TAT secondo la sistematica di Bellak*. Firenze: Ed. O. S.
- Anderson, H. H., & Anderson, G. L. (1967). *Técnicas projetivas do diagnóstico psicológico*. São Paulo: Mestre Jou.
- Anzieu, D. (1990). Prefácio. In V. Shentoub. *Manuale d'utilization du TAT*. Dunod: Approche Psychanalytique.
- Brelet, F. (1986). *Il TAT: Fantasma e situazione proietiva*. Ed. Raffaello Cortina.
- Heibreder, E. (1969). *Psicologias do século XX*. Mestre Jou.
- Imbasciati, A. (1990). *Affetto e rappresentazione: Per una psicoanalisi dei processi cognitivi*. Milano: Franco Angeli.
- Imbasciati, A. (1993). *L'oggetto e le sue vicissitudini: Storia di un concetto e valore della teoria in psicoanalisi*. Castrovillari: Teda.

A Desvinculação do TAT do Conceito de “Projeção” e a Ampliação...

- Imbasciati, A., & Ghilardi, A. (1994). *Manuale clinico del TAT: La diagnosi psicoanalitica*. Firenze: Giunti.
- Imbasciati, A., & Tirelli. (s.d.). *Il TAT secondo la sistematica di Bellak*. Firenze: Ed. O. S.
- Piaget, J. (1975). *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Searle, J. R. (1998). *O mistério da consciência*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Shentoub, V. (1990). *Manuale d'utilization du TAT*. Dunod: Approche Psychanalytique.
- Stern, D. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: Puf.
- Telles, V. S. (1997). A leitura cognitiva da psicanálise: Problemas e transformações de conceitos. *Psicologia USP*, 8 (1), 157-182.
- Telles, V. S. (s.d.). *O paradoxo da constituição de significações precoces antecedendo o pensar e sua solução estética*. (Manuscrito não publicado)
- Uexküll, J. V. (s.d.). *Dos animais e dos homens*. Lisboa: Ed. Livros do Brasil.

NOTAS SOBRE O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA PSICOSE E DO AUTISMO NA INFÂNCIA

M. Cristina M. Kupfer¹
Instituto de Psicologia – USP

O artigo aborda a discussão em torno do diagnóstico diferencial da psicose e do autismo infantis, mostrando a falta de concordância entre os autores psicanalistas. Busca, em seguida, delinear um diagnóstico diferencial a partir da proposição de que no autismo falha a função materna e na psicose infantil falha a função paterna.

Descritores: Diagnóstico. Crianças autístas. Psicose infantil. Relações mãe-criança. Relações pai criança. Psicanálise. Linguagem.

Um dos principais entraves ao avanço dos estudos sobre a psicose infantil e o autismo está na disputa diagnóstica. A falta de concordância entre profissionais impede, logo de saída, qualquer estudo epidemiológico, e dificulta enormemente as trocas científicas, já que os pesquisadores não estão falando do mesmo objeto de pesquisa - o autista do neurologista não é o autista do psicanalista.

Tampouco entre os psicanalistas há um consenso. Sob a rubrica “psicose e autismo infantil,” que designa o diagnóstico dos transtornos graves dentro do referencial psicanalítico, encontram-se estudos de autores como Klein (1921-1945/1970, 1932) e Tustin (1984). Na esteira do pensamento de Jacques Lacan, situam-se Mannoni (1977, 1979, 1987),

¹ Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo, SP – CEP 05508-900. E-mail: mckupfer@usp.br

Dolto (1972, 1985), Rosine e Robert Lefort (1984). No entanto, tal profusão ainda não é suficiente para que se tenha uma definição precisa das diferentes manifestações dessas patologias. Mais do que isso, não há um consenso sobre o que sejam verdadeiramente uma psicose infantil ou um autismo infantil, e tampouco sobre a sua etiologia.

Na tentativa de produzir uma uniformidade diagnóstica, a Associação Americana de Psiquiatria passou, desde 1994, a colocar dentro de uma mesma categoria as crianças que eram anteriormente classificadas como psicóticas e autistas, não importando as causas admitidas, em sua quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV). Às crianças desta ampla categoria foi atribuído o nome de “portadores de distúrbios globais do desenvolvimento.”

Embora tal classificação possa facilitar as trocas entre os profissionais da área, ela não produziu contudo um avanço real na compreensão desses quadros, já que deles fornece apenas uma descrição. Assim, os psicanalistas prosseguem utilizando-se dos diagnósticos de psicose infantil e de autismo.

Os diagnósticos de psicose infantil e autismo têm uma história recente. Até o início deste século, o olhar médico ainda não havia subtraído, do grupo das crianças deficientes mentais, aquelas que apresentavam bizarrices, alheamentos, auto-agressões ou desconexões significativas ao lado do rebaixamento intelectual. Para a sociedade, todas eram deficientes, e todas votadas ao cruel destino dos adultos doentes mentais: o recolhimento em asilo e a alienação.

Essas crianças, porém, sempre existiram. Temos notícias delas através de lendas tradicionais ou através de obras literárias tais como *Niliouchka*, de Gorki (citado por Rosenberg, 1991)

Dentre os inúmeros problemas a serem enfrentados, há a discordância sobre as diferenças entre a psicose infantil e o autismo, que ocorre mesmo entre psicanalistas de diferentes filiações teóricas.

Mahler (citado por Ledoux, 1989), por exemplo, incluía o autismo dentro do quadro geral das psicoses infantis. De acordo com Ledoux,

Mahler, inicialmente, estabeleceu uma distinção nítida entre o que ela chamou de psicose autística e psicose simbiótica. Na primeira, a mãe parece não ser percebida como elemento externo, e não é investida libidinalmente, o que aproxima essa categoria com a clássica de autismo. Na psicose simbiótica, a representação psíquica da mãe existe, mas fusionada ao *self*; essa segunda categoria aproxima-a da psicose infantil clássica. Após 1951, essa nitidez desaparece, já que, para Mahler, podemos encontrar um largo espectro de traços autísticos e simbióticos no interior da síndrome psicótica infantil.

Melanie Klein, ainda de acordo com Ledoux, diagnosticou como esquizofrênico o célebre pequeno Dick, quando, de acordo com sua descrição, ele talvez recebesse hoje o diagnóstico de autismo. Isto mostra o desacordo em que se encontravam e ainda se encontram os psicanalistas a respeito dessas diferenças diagnósticas.

“Há evidentemente diferenças radicais,” afirma Ledoux (1989):

... entre o autismo infantil precoce e outras formas menos severas de psicoses. Diferenças no nível do funcionamento mental, dos mecanismos em jogo. Alguns hesitam em colocar o autismo precoce severo sob a mesma rubrica estrutural que outras formas de psicose, e podemos nos perguntar também se, no plano etiopatogênico, estamos lidando com a mesma coisa, com os mesmos “fatores.” Para outros, não há sentido em isolar o autismo infantil. (pp. 333-334)

Rocha (1997) e seu grupo de trabalho preferiram abordar todas as patologias infantis sob a rubrica de “autismos.” Ela explica:

Durante muito tempo utilizávamos, no Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), o termo psicose infantil precoce englobando autismo e psicose simbiótica. Neste trabalho [referindo-se aqui ao livro que o CPPL publicou em 1997] usaremos o termo autismo para denominar estas duas patologias, à medida que se distinguem de todas as outras patologias da infância. (p. 16)

Atualmente, os esforços dos psicanalistas vêm se concentrando na direção de definir dois quadros distintos para o autismo e a psicose.

Jerusalinsky (1993) marca radicalmente a diferença, e propõe que se entenda o autismo como uma quarta estrutura clínica, ao lado das três outras – psicose, neurose e perversão – propostas por Lacan. Em entrevista concedida à revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Jerusalinsky responde do seguinte modo quando indagado se a psicose e o autismo são ou não estruturas diferentes:

No que se refere à lógica que articula a posição do sujeito a respeito do significante, eu diria que entre psicose e autismo não há nenhuma identidade de estrutura, porque num caso se trata da forclusão e no outro se trata da exclusão. É evidente que no campo lacaniano não há unanimidade neste ponto, porque há quem considere (segundo a lógica que tome como referente) a exclusão como um caso particular da forclusão, mas esse não é o meu ponto de vista. A diferença entre forclusão e exclusão consiste em que, no caso da forclusão se produz uma inscrição do sujeito numa posição tal que esta inscrição não pode ter consequências na função significante. No caso da exclusão não há inscrição do sujeito; no lugar onde a inscrição deveria se encontrar, se encontra o Real, ou seja, a ausência de inscrição. Esta diferença radical de estrutura conduz a efeitos clínicos observáveis. (p. 63)

Para ser mais simples, pode-se propor, como o faz Jerusalinsky, uma forma de diferenciar psicose de autismo nos seguintes termos: no autismo, falha a função materna; na psicose, falha a função paterna.

Kanner escreveu em 1943:

Desde 1938 nossa atenção foi atraída por um certo número de crianças cujo estado difere tão marcada e distintamente de tudo que foi descrito anteriormente, que cada caso merece – e espero que acabe por merecer – uma consideração detalhada de suas fascinantes peculiaridades. (1997, p. 111)

De fato, desde 1938 Kanner havia isolado, dentro do grupo maior das psicoses infantis, já estabelecido nosograficamente tanto pela Psiquiatria Infantil como pela Psicanálise, uma nova categoria que, segundo

ele, tinha as características de uma síndrome. A ela, Kanner deu o nome de Autismo Infantil Precoce, tomando o termo autismo de empréstimo a Bleuler, que o havia cunhado em 1911 para designar um dos sintomas da esquizofrenia (Postel & Quénel, 1987).

Este grupo havia chamado a sua atenção por uma série de características: os que nele se enquadravam eram incapazes de estabelecer relações, os que tinham linguagem não a usavam para comunicar-se, possuíam uma excelente capacidade de memorização decorada, reagiam com horror a ruídos fortes ou objetos em movimento, tendiam à repetição, mas eram dotados de boas potencialidades cognitivas. Finalmente, Kanner observou que todos vinham de famílias extremamente inteligentes. Mais que isso, ousou comentar que as mães das crianças pareciam frias e distantes, insinuando que talvez isso pudesse relacionar-se também com os problemas de contato daquelas crianças. Ou seja, Kanner oscilou, no transcurso de seus textos, entre considerar a dimensão do orgânico na etiologia do autismo – uma síndrome genética – e enfatizar as relações mãe-bebê para explicá-lo.

As observações de Kanner se espalharam como um rastilho de pólvora pelo mundo do entre-guerras, e muito particularmente no seio da cultura americana, na qual trabalhou. Em primeiro lugar, a palavra “fascinante” não veio à toa em sua pena. O mundo já parecia estar preparado e mesmo aguardando o recorte que Kanner acabara de criar. E fascinou-se. O autismo ganhou rapidamente as revistas, o cinema e, mais tarde um pouco, a literatura. A criança autista ganhou status de “*avis rara*,” atiçava a curiosidade, mas era ao mesmo tempo escondida pela mãe. O autismo tornou-se uma criação moderna.

Mas Kanner não causou apenas fascínio. Provocou também o repúdio das mães de autistas, que protestaram contra a idéia de que eram “frias.” “Amamos nossos filhos,” elas diziam, “e ninguém tem o direito de dizer que somos culpadas pelo autismo de nossos filhos.” Organizaram-se em associações e puseram-se a lutar por direitos não se sabe bem do que, como é o costume dos americanos. Kanner teve de recuar e, em

1946, escreveu *Em defesa das mães* (Kanner, 1946/1974). Pareceu não saber mais o que fazer com sua observação sobre as mães.

Para os psicanalistas, a observação sobre o lugar das mães na montagem do autismo não é nada desprezível. Muitos deles puseram-se a buscar essas relações, mas não parecem ter sido mais felizes que Kanner. Hoje esses psicanalistas são o alvo de ataque das mães, que se associam em AMAS por todo o mundo e fogem deles como o diabo da cruz.

Mas é possível hoje recolocar a questão, afirmando: as mães têm razão - e Kanner também.

Para esse grupo de especialistas, não são as mães reais, com seus sentimentos, sua devoção, sua encarnação em um papel social que exercem bem ou no qual acreditam, que estão na base da eclosão do autismo infantil precoce. São as mães postas no exercício de uma função que desconhecem exercer, e que cumpre descrever.

No exercício dessa função, uma mãe sustenta para seu bebê o lugar de Outro primordial. Impelida pelo desejo, antecipará em seu bebê uma existência subjetiva que ainda não está lá, mas que virá a instalar-se justamente porque foi suposta. Desenhará com seu olhar, seu gesto, com as palavras, o mapa libidinal que recobrirá o corpo do bebê, cuja carne sumirá para sempre sob a rede que ela lhe tecer.

Essa tarefa não depende de nenhum ato de volição, mas se faz em um cotidiano construído de pequenos e imperceptíveis reconhecimentos recíprocos, dos quais escutar o choro de seu bebê sem que ninguém mais o houvesse escutado é apenas um exemplo banal e já conhecido. Do lado do bebê, é muitíssimo cedo que o vemos virar a cabeça, reencontrar a *gestalt* do rosto materno que saíra de seu campo de visão, e lhe sorrir. Esse processo está descrito por Lacan através da metáfora do espelho, que, segundo ele, é o primeiro tempo na constituição de um sujeito, inaugurado pela construção da imagem do corpo a partir do desejo ou do olhar materno.

Quando esses atos de reconhecimento recíproco começam a falhar, e se perde a sua constante realimentação, vemos surgir, logo por volta de

seis meses de idade, os primeiros traços autistas. O bebê não olha para ninguém, e evita especialmente o rosto materno. Podem surgir as primeiras hipotonias: o bebê sentado não fixa a cabeça, que cai para o lado já que não há por que olhar. Mais tarde, a boca, não erotizada, não recortada pelo trabalho materno de fazer nascer a pulsão oral, - nisso que é pura carne, pura necessidade - estará sempre semi-aberta, hipotônica, sem tônus: a criança exibirá uma baba constante, a deslizar por entre seus lábios moles.

Os detratores da Psicanálise objetam: não seriam esses processos de troca entre mãe-bebê por demais inexpressivos, e não seria um exagero imputar-lhes a responsabilidade por uma patologia tão grave e definitiva como é o autismo?

A isso se responderá que a relação mãe-bebê opera sobre um universo de grande complexidade, que começa com o equipamento material com o qual a criança vem ao mundo e termina no entorno social em que mãe e bebê encontram-se mergulhados. Mas não se deve com isso minimizar o valor do encontro mãe-bebê. Somente ele poderá permitir que um bebê faça uso de seu equipamento, inteiramente inoperante se não houver quem o pilote. Mais que isso, esse equipamento sequer existirá se não houver quem o construa. Assim, poderemos estar diante de um equipamento defeituoso, que uma mãe poderá “saber” pilotar, enquanto outras ali sucumbiriam. Poderemos estar diante de um equipamento completamente inoperante, e uma mãe não poderá humanizá-lo de jeito nenhum, em que pesem seus esforços. Falhou a função materna, não porque a mãe não tivesse condições de exercê-la, mas porque seu bebê não podia absorvê-la.

Mas a razão última para o autismo continua sendo a falha da função materna. A partir do colapso da função materna, muitos poderão ser os efeitos. Poderá ocorrer uma inoperância radical da função e do desejo maternos, o que resultará em uma ausência de imagem do corpo, já que o principal dessa função é a construção do mapa libidinal do corpo. Nesses casos, estaremos diante do autismo infantil precoce. Mas poderão ocorrer

falhas pontuais, a que alguns teóricos chamam de falhas na especularização, e aí surgirão os traços autistas, que aparecem de modo associado a outras patologias.

O melhor exemplo disso é o surgimento de traços autistas na síndrome de Down.

Logo que a síndrome foi descrita, incluíam-se entre os seus sinais patognomônicos, isto é, aqueles que pertencem inequivoca e estruturalmente à síndrome, os traços autistas. De fato, em 97% dos casos eles surgiam. Jerusalinsky (1989) descreve, porém, uma pesquisa realizada no Centro Lydia Coriat que desmente essa ligação indissociável entre Down e autismo. Naquela pesquisa, o acompanhamento analítico precoce da relação mãe-bebê impediu o surgimento dos traços autistas, que costumavam ocorrer após os dois anos de idade, persistindo em apenas 1% dos casos. Como explicar esses resultados?

Para as mães das crianças Down, é muito difícil reconhecê-los como filhos. Mais que isso, não podem reconhecer-se neles. Não podem sublinhar neles um traço imaginário que prezam, ou de alguém com quem se identificam. Isto impede o reconhecimento recíproco e a consequente inscrição em uma filiação. Quando a criança é impedida de entrar na linguagem, surgem os traços autistas, denotando falhas na especularização, embora essa criança ainda não possa ser considerada um autista infantil precoce típico e acabado.

Afirmou-se que, para os psicanalistas, tanto as mães como Kanner têm razão. Isto é possível caso se adote a diferença entre os termos culpa e responsabilidade. A partir de Kanner, duas correntes de explicação e tratamento foram se tornando cada dia mais nítidas. De um lado, uma “medicalização,” uma biologização do autismo e das psicoses, em busca, por exemplo, de falhas nos neurotransmissores. Nessa primeira, a “desculpabilização” das mães é absoluta. De outro lado, foi tomando vigor a corrente psicanalítica, na qual há uma grande ênfase na psicogênese do autismo, ou seja, entendem-se esses quadros como o efeito de uma relação patogênica mantida entre mãe e filho.

Nenhum psicanalista, em sã consciência, pode negar que um bebê seja antes de mais nada um feixe de nervos. E acolherá como bem-vindas todas as experiências que puderem avançar no conhecimento das bases neurológicas de todas as patologias. Um psicanalista acredita, porém, que o corpo de um bebê jamais sairá de sua condição de organismo biológico se não houver um outro ser que o pilote em direção ao mundo humano, que lhe dirija os atos para além dos reflexos, e principalmente, que lhes dê sentido. Assim, de nada adiantará um organismo absolutamente sã se não houver quem o introduza no mundo do humano, vale dizer, da linguagem.

De outro lado, acredita o psicanalista que uma criança com sérios problemas neurológicos encontrará sérias dificuldades para encontrar um piloto capaz de fazer-lhes face. Conclusão: contrariamente a aquilo que se divulgou, e em que as mães das AMAS acreditam, um psicanalista não culpa mãe alguma. Mas a responsabiliza.

Responsabilizar uma mãe significa fazê-la perguntar-se a respeito da parte que lhe cabe na criação de seus filhos. E isto serve, diga-se de passagem, para todas as mães, convenientemente “desculpabilizadas” e desresponsabilizadas pela sociedade de massas, interessada em fazê-las deixarem seus filhos em creches e diante da televisão para correr atrás de novos valores fálicos no mundo do consumo.

Responsabilizar uma mãe significa engajá-la neste movimento de resgate do que não pôde acontecer quando seu filho era ainda um bebê, seja porque ele não facilitou as coisas por ser, por exemplo, cego, surdo, ou hipotônico, seja porque ela vivia um momento em que se encontrava “apagada” para o exercício da função materna.

Culpá-la, de outro lado, significa apoiar-se nos sinais imaginários que a nossa cultura habituou-se a pensar como relevantes quando se trata da maternidade: pegar no colo, acarinhar, amar loucamente seu bebê são sinais que, ausentes, podem fazer adoecer, segundo os cânones de nossa cultura. E segundo os de Kanner. Uma mãe que não os exerce pode então ser culpada: você não o ama o bastante, você o deixou abandonado aos

cuidados de uma babá, dizem em uníssono a mídia, os pediatras e muitos educadores mais severos. Mas se pudermos deixar de lado esses sinais imaginários, então será possível encontrar, de um lado, uma mãe “fria” – que não fica o tempo todo a agarrar e beijar seu filhinho –, que foi capaz de exercer sua função, que pôde colocar em ação seu desejo inconsciente, e de outro, uma mãe efusiva, amorosa, que não pôde, todavia, olhar para seu filho de modo a fazer operar a especularização. Nenhuma delas é intencionalmente culpada, mas ambas são responsáveis pelos destinos subjetivos de seus filhos.

Os psicanalistas que escutam as mães dessas crianças, que as deixam falar, que lhes abrem as condições para que se dê esse corajoso enfrentamento de si, têm colhido resultados. Ao lado dessa escuta, têm proposto novas abordagens de tratamento das crianças, inspiradas na Psicanálise, e novas formas de reintroduzir essas crianças no mundo da cultura e da escola. Têm acompanhado os progressos da Medicina. Resta agora esperar que também os médicos reconheçam nossos resultados, e se sentem conosco para planejar a melhor maneira de mudar os destinos, até agora francamente desfavoráveis, dessas crianças em nossa sociedade.

Ainda no âmbito da discussão diagnóstica, cabe mencionar que as crianças incluídas na categoria nosográfica de autismo infantil precoce são em pequeno número: 4 em cada 10.000, de acordo com números americanos. Aquelas que carregam traços autistas associados a outras patologias são, porém, em maior número. E há também as chamadas pós-autistas, categoria cunhada por Kanner para incluir as crianças que mostravam uma saída do autismo infantil precoce, exibindo olhar direcionado para o outro e demonstrando que estariam se iniciando as relações com um outro localizado como tal.

Os traços autistas surgem, como já se disse, associados a outras patologias. Surgem também na psicose infantil, já que também para eles o estágio do espelho não se estruturou convenientemente.

Uma última questão. Mais acima, afirmou-se ser o autismo uma criação moderna. Ora, se ele é efeito de uma falha da função materna, não deveria ser encontrado em outros momentos históricos?

Uma primeira tese a ser examinada é a de que os autistas sempre existiram. Atestam-no as crianças-fada das lendas irlandesas, crianças cujas almas eram furtadas por duendes e que adquiriam os traços cuja descrição os aproxima daquilo que hoje chamamos de autistas. Na literatura, também fizeram aparições esporádicas, de acordo com Rosenberg (1991). Não se conhecem outros rastros dessas crianças, que provavelmente se confundiam com as débeis, ou então eram submetidas por exemplo à eutanásia, como se fazia na Grécia Antiga com as crianças (cf. Jerusalinsky, 1989). Talvez morressem “naturalmente,” simplesmente porque, embora o autismo seja uma particular maneira de vida sem sujeito, uma existência dessubjetivada é quase impossível, como mostra Spitz (1996) em seus estudos sobre o marasmo seguido de morte nas crianças institucionalizadas que não criavam vínculos com seus cuidadores.

A segunda tese é a de que o autismo seria uma criação moderna sem precedentes na história da humanidade. Volnovich (1993) afirma: “As contradições e paradoxos da modernidade colocam a infância num lugar de testemunha, onde seus sintomas, incluída a loucura, falam muito menos de um avatar psicopatológico e muito mais de uma produção conflitiva da liberdade” (p. 33).

“Produção conflitiva de liberdade” é, para Volnovich, a expressão que resume o mal-estar contemporâneo. É o que resulta de uma representação social da infância na sociedade moderna, marcada por uma reafirmação narcisista e por um ocultamento do sentido da história do sujeito através de uma pseudo-informação oferecida pela educação. Assim, para ele a produção da loucura tem raízes sobretudo histórico-políticas.

A terceira tese, com a qual estamos mais inclinados a concordar, afirma ser o autismo um significante moderno que dá nome a um fenômeno estrutural na constituição do sujeito, nome esse que o representa

porém, dentro de uma particular inflexão do discurso social contemporâneo, e que ao representá-lo, o recria.

O autista de hoje não é o mesmo que poderia ter surgido no mundo antigo, porque esse nome moderno, criado por Kanner, recorta e cria uma nova realidade. Cria, com o poder de criação do significante, um novo autista. Que prolifera, vai à mídia, aos filmes, que entenece. Significa algo para a sociedade, hoje.

O autismo de Kanner nasce em estreita conexão com a culpabilização das mães. Em movimento oposto, são desculpabilizadas pela Psiquiatria Biológica: o problema está na falha dos neurotransmissores, dizem esses teóricos. Independentemente de que isso efetivamente possa ocorrer - embora não se saiba se é o autismo que a provoca ou se é o contrário - o uso que a sociedade faz disso é o seguinte: ao serem desculpabilizadas (e precisam sê-lo, pois efetivamente não têm culpa), são pelo mesmo ato desresponsabilizadas.

Isto é a criação moderna. Nas histórias das crianças-fada, as mães tinham de cuidar para que seus filhos não fossem roubados. Hoje, em um típico movimento moderno do discurso cínico, não há lugar para responsabilidades. O autista moderno da mídia e dos psiquiatras não é filho de uma falha na responsabilidade de suas mães e, no entanto, cura-se com o carinho e a dedicação delas. Ora, o remédio adotado não revela justamente a causa da doença? A sociedade moderna vê no autista a denúncia de sua falha, a denúncia do modo como está tratando suas crias. Choca tanto ou até mais do que a infância abandonada, pois pode surgir no meio dos lares abastados.

O autista não poderá deixar de sofrer os efeitos desse lugar moderno em que está situado. Sofre os efeitos desta significação social, carrega a exclusão da linguagem e da circulação social, submetido a técnicas de condicionamento para permanecer aí, na borda, lugar em que ele, de forma valente e surpreendente, se equilibra. Não significa o mesmo que significava a criança louca de alguma aldeia medieval, para cujo núcleo social a sua “doença” não significava nada parecido com a denúncia de

falhas do funcionamento social, e que inquietava apenas por aquilo que ela “devolvia” a respeito da posição subjetiva de cada um frente à linguagem.

Há, portanto, uma estrutura autista reveladora de uma especial posição subjetiva na linguagem (ou quem sabe, de uma posição a-subjetiva na linguagem), mas há também o significante “autismo,” cunhado pelo social, que recria essa estrutura, tendo efeitos sobre o modo como essa criança é apresentada por seus pais, e sobre o modo como é tratada e, portanto, sobre essa criança mesma.

Psicose: falha da função paterna

Já é bem conhecida a afirmação de Lacan (1955-1956/1966) segundo a qual uma psicose se estrutura a partir da forclusão do significante Nome-do-Pai. Dito de outra maneira: a presença onipotente da mãe – ou, se se preferir, da língua materna – impede a operação da função paterna, essa que poderia carregar consigo aqueles significantes capazes de funcionar como pontos de basta, como articuladores, como pontos nodais dos feixes de cadeias significantes necessárias à constituição e ao exercício de um sujeito.

Para cunhar o termo forclusão, Lacan baseou-se em dois textos freudianos: *História de uma neurose infantil*, no qual Freud (1918/1973a) utilizou o termo *Verwerfung* – “rejeição” – para se referir ao mecanismo de defesa da psicose, e *A perda da realidade na neurose e na psicose*, (Freud, 1924/1973b).

A forclusão, o recalque e a recusa são reunidos como três modos de defesa em Freud; Lacan os toma na mesma vertente e acrescenta que esses são os três modos básicos de defesa, denominando-os estilos de obturação da falta no Outro.

A partir da noção de forclusão do Nome-do-Pai, a psicose passa a ser entendida como uma posição subjetiva na qual o sujeito não pode

responder quando uma situação-limite exige o acionamento do Nome-do-Pai.

Para Lacan, o significante Nome-do-Pai é um significante primordial, cuja ausência provoca um “furo” no campo das significações. Lacan acrescenta ainda que os significantes Nome-do-Pai, excluídos da cadeia, da rede simbólica da qual emergem as significações, não simbolizados portanto, retornam sob forma alucinatória. Desse modo, pode-se entender o delírio do psicótico como um fato de linguagem, um modo particular da relação de um sujeito com a linguagem.

Mannoni (1987) tem um modo bastante próprio de conceber a psicose infantil:

O destino do psicótico se fixa a partir da maneira pela qual foi excluído por um ou por outro dos pais de uma possibilidade de entrada numa situação triangular. É isso que o destina a não poder jamais assumir qualquer identidade. Preso desde o seu nascimento num quadro de palavras que o fixam reduzindo-o ao estado de objeto parcial, é preciso, para que possa entrar um dia como sujeito no tratamento, que o sistema de linguagem no qual se encontra aprisionado se modifique de início. É em seguida somente que vai poder ser resolvido pela linguagem. (p. 124)

A tese central da concepção de Mannoni a respeito da psicose infantil é a de que a criança psicótica faz parte de um mal-estar que é o efeito de um discurso coletivo. As condições para a cura de uma criança psicótica só são operantes a partir das transformações que deverão ocorrer no nível da palavra da criança que, alienada no discurso dos pais, precisará se separar desse discurso.

Em relação às diferenças entre psicose no adulto e na criança, Lacan (1954-1955/1988), no *Seminário II*, é enfático ao afirmar que a psicose não se dá, “de jeito nenhum,” da mesma maneira na criança e no adulto.

Assim, há autores que seguem essa direção apontada por Lacan, e buscam as particularidades do estabelecimento da psicose infantil. Entre eles estão, por exemplo, Calligaris (1989):

Quando falamos que a construção de uma estrutura precisa de um tempo, de fato queremos dizer que precisa de tempos. Eu conto quatro pelo menos. Primeiro, uma disposição já inscrita no Outro, e que por sua vez já precisa de uma sucessão de tempos lógicos para ser eficiente. Segundo, algo relativo à primeira relação com o Outro dito “materno.” Terceiro, o tempo do Édipo. Quarto o tempo da latência e a saída na puberdade. Eu não falaria de estruturação neurótica ou psicótica que seja, antes deste quarto tempo. Portanto, quando falo de psicótico fora da crise, que nunca encontrou crise, quero dizer que nunca encontrou desde este quarto tempo que sanciona a sua estrutura. Deste ponto de vista, poderíamos dizer que só se pode falar propriamente de forclusão da função paterna como efeito de uma crise depois do quarto tempo. Já que o conceito mesmo de forclusão conota um “tarde demais” que só valeria depois do quarto tempo. (p. 67)

Jerusalinsky (1993) observa que se deve levar em conta, nessa discussão, o fato de que a estruturação subjetiva ocorre no tempo da infância, e por isso há algo de provisório nessa estruturação. “As psicoses infantis precocíssimas devem ser consideradas, de um modo geral, como não decididas,” afirma ele em uma entrevista à Revista da APPOA (1993, p. 63).

Na psicose infantil, está em jogo uma palavra absoluta, uma palavra que oferece à criança um sentido único, que rouba da linguagem a sua flexibilidade, sua ambiguidade, suas múltiplas possibilidades. A criança é o falo de sua mãe, e nada mais. Seu Outro, para usar a linguagem lacaniana, é absoluto. “A criança psicótica está, mais que qualquer outra, prisioneira de uma palavra que dá fé e é lei; é uma palavra única, discurso a uma só voz, a de uma mãe ou um pai” (Cordié, 1994, p. 31).

O lugar do orgânico na discussão etiológica

Sabe-se, de outro lado, que os determinantes orgânicos têm sido postos à frente do diagnóstico com cada vez maior vigor. Mais que isso, têm sido invocados especialmente nos diagnósticos diferenciais. A sín-

drome do X frágil, embora nada definitiva no que diz respeito aos resultados de pesquisas (Schwartzman, 1995) quando confirmada em exames de cariótipos, costuma “acalmar” profissionais e pais, que se vêem diante de um autismo confirmado, definido, materializado em uma falha genética.

Diante da importância que tais diagnósticos médicos vêm tomando, qualquer discussão que gire em torno dos diagnósticos da psicose e do autismo não poderá ignorar o que se vem pesquisando nos âmbitos da Neurologia, da Genética, da Psiquiatria Infantil e da Fonoaudiologia.

No entanto, a Psicanálise tem demarcado claramente a irredutibilidade do discurso médico ao discurso psicanalítico. Clavreul (1983), em *A ordem médica*, afirma que “toda tentativa de fazer uma reconciliação superficial entre *psyché* e *soma* não é senão denegação do que instaurou a objetivação científica: a impossibilidade de deixar um lugar que seja para a questão do Sujeito.”

Por ocasião de um curso sobre a abordagem interdisciplinar dos problemas de desenvolvimento na infância, Jerusalinsky (1996) discutiu as origens da fragmentação interdisciplinar e sua relação com a questão do sujeito:

O nascimento da Ciência Moderna e contemporânea trouxe como consequência um deslocamento do estatuto da verdade do sujeito para o objeto ... Nós nos dirigimos, na busca da verdade, muito mais ao objeto do que ao sujeito ... Esta suposição de que a verdade opera assim, ou seja, que está absolutamente colada ao objeto ... permeia a Psicologia, e portanto permeia as diversas disciplinas que se alimentam dela. E uma vez que se supõe que a verdade está no objeto, quanto menor o objeto, maior o nível de certeza que sobre ele se pode atingir. Assim é que surge a fragmentação, que vai dar nas especializações ... É por isso que o discurso das especialidades faz resistência à interrogação sobre a subjetividade. (p. 5)

Mais, porém, do que se posicionar criticamente em relação ao discurso da Ciência e da Medicina, torna-se necessário levar em conta alguns avanços da área médica. Afinal de contas, todos os profissionais

dessa área conhecem os efeitos avassaladores que uma série de síndromes pode ter não apenas sobre o desenvolvimento da criança, mas igualmente sobre a constituição do sujeito do inconsciente. Basta lembrar que, até há bem pouco tempo, eram tão comuns os traços autistas em crianças com síndrome de Down que esses traços chegaram a ser considerados como patognomônicos daquela síndrome, como já foi aqui mencionado. Atualmente, alguns psicanalistas consideram que o corpo, em sua dimensão material, não comparece nesses casos como causa, mas como limite, e como provocador de ressonâncias de ordem fantasmática tanto para o sujeito infantil como para seus pais, a ponto de infletir sobre a especularização e ali se produzirem falhas, responsáveis pelo surgimento dos traços autistas.

Levar em consideração a dimensão do corpo em sua materialidade não é, certamente, tarefa fácil para um psicanalista, para quem o corpo é antes de mais nada corpo erógeno e construção significativa. Mais que isso, não é possível pensar em uma soma dos diferentes tipos de diagnóstico realizados por profissionais de diferentes disciplinas. O perfil dessa criança resultante desses diagnósticos iria parecer-se muito provavelmente com o de um Frankenstein.

Há, no entanto, equipes interdisciplinares que vêm trabalhando na tentativa de fazer as especialidades girarem em torno de um mesmo eixo, sem que com isso se percam suas especificidades. E o eixo comum é uma só noção de sujeito, formulada pela Psicanálise. Embora trabalhosa, devido ao modo como se estabeleceram as especialidades, modo esse que as indis põe contra uma leitura do sujeito, é possível subverter essa marca de origem histórica das especialidades e propor uma prática interdisciplinar cujo ponto de articulação seja o sujeito posto em posição de ator fundamental.

Levin (1996) observa:

O enodamento do desenvolvimento corporal com a estrutura subjetiva é o campo privilegiado da interdisciplina. Recordamos que o sujeito se constitui e institui; não se desenvolve, mas se estrutura. Em troca, o corpo se

constrói e se desenvolve, matura e cresce. A infância transita por esse inefável caminho onde o enodamento (*tichè*) entre a constituição subjetiva e o desenvolvimento psicomotor marca um trajeto balizado por particularidades, onde o sujeito infantil toma a palavra e se apropria de seu corpo. Consideramos que é "em" e "por" estes pontos de encontro entre estrutura e desenvolvimento que a clínica interdisciplinar tem sua origem e sua fundamentação em nosso campo de trabalho. (p. 20)

Diante dessas questões, alguns autores vêm propondo um reordenamento do campo diagnóstico. Os eixos não são mais as perguntas pelo orgânico ou pelo psicogênico, e sim a indagação pela posição do sujeito no enodamento do simbólico, do imaginário e do real. A pergunta a ser dirigida à criança, na perspectiva de um diagnóstico a realizar-se na transferência – o que caracteriza o diagnóstico em Psicanálise em oposição ao da Psiquiatria –, será a pergunta por sua posição subjetiva diante do Outro. Ao invés de psicóticos, encontraremos crianças postas em variadas posições, cujo eixo comum é uma falha no registro do simbólico, ou seja, o Outro não se estruturou como barrado,² o que resulta em uma variedade imensa de manifestações fenomênicas. Ao invés de autistas, encontraremos crianças para as quais é o registro do imaginário que não se estruturou de modo conveniente, provocando igualmente uma grande gama de manifestações "subjetivas."

A introdução desse reordenamento diagnóstico poderá refletir-se, naturalmente, no tratamento. Nas falhas do imaginário, uma atenção à

² O conceito de Outro, escrito com letra maiúscula, se encontra na obra de Jacques Lacan, e busca estabelecer uma distinção em relação à idéia de "outro." Com minúscula, designa o semelhante, o parceiro imaginário, fonte das identificações imaginárias. Com a idéia de Outro, o que se quer é indicar que, "além das representações do eu e também além das identificações imaginárias, especulares, o sujeito é tomado por uma ordem radicalmente anterior e exterior a ele, da qual depende, mesmo que pretenda dominá-la. (...) O Outro, em seu limite, confunde-se com a ordem da linguagem" (Chemana, 1995, p. 156).

O Outro Barrado, por outro lado, é também um conceito lacaniano, que se escreve A com uma barra transversal sobre a letra. A barra alude à castração, à falta, à submissão a uma lei.

construção da imagem corporal. Nas falhas do simbólico, um reordenamento da relação da criança com o Outro, para barrá-lo, ainda que de modo ortopédico.

Kupfer, M. C. M, (2000). Notes on the Diagnostic Differences Between Psychosis and Autism in Childhood. *Psicologia USP*, 11 (1), 85-105.

Abstract: This paper discusses the differences between the diagnosis of the infantile autism and the one of psychosis in infancy. It shows the lack of agreement among psychoanalysts who have written about this theme and proposes a way of establishing the diagnostic difference: autism can be stated as a fail in maternal function, and psychosis as a fail in paternal function.

Index terms: Diagnosis. Autistic children. Childhood psychosis. Mother child relations. Father child relations. Psychoanalysis. Language.

Referências Bibliográficas

- Associação Americana de Psiquiatria (1994). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-IV* (3ª ed.). São Paulo: Manole.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Chemana, R. (Org.). (1995). *Dicionário de psicanálise Larousse*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica*. São Paulo: Brasiliense.
- Cordíé, A. (1994). *Um niño psicótico*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Dolto, F (1972). *O caso Dominique*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Dolto, F (1985). *Seminário de psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Freud, S. (1973a). História de uma neurose infantil. In *Obras completas* (Vol. 3). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1918)

- Freud, S. (1973b). A perda da realidade na neurose e na psicose. In *Obras completas* (Vol. 3). Madrid, Espanha: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1924)
- Jerusalinsky, A. (1989). *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, A. (1993). Psicose e autismo na infância: Uma questão de linguagem. *Psicose*, 4 (9). Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, RS.
- Jerusalinsky, A. (1996). [Apresentado no Seminário de 16 de março de 1996, São Paulo, Instituto de Psicologia da USP- Apostila]
- Kanner, L. (1974). *En defensa de las madres*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Originalmente publicado em 1946)
- Kanner, L. (1997). Os distúrbios autísticos do contato afetivo. (Originalmente publicado em 1943) Completar
- Klein, M. (1932). *El psicoanálisis del niño*. Buenos Aires, Argentina: Hormé.
- Klein, M. (1970). *Contribuições à psicanálise*. Rio de Janeiro: Mestre Jou. (Originalmente publicado em 1921-1945)
- Lacan, J. (1966). D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In *Écrits*. Paris: Seuil, 1966. (Originalmente publicado em 1955-1956)
- Lacan, J. (1988). *O Seminário livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1954-1955)
- Ledoux, M. (1989). *Conceptions psychanalytiques des psychoses infantiles*. Paris: PUF.
- Lefort, R., & Lefort, R. (1984). *Nascimento do outro*. Salvador, BA: Fator.
- Levin, E. (1996). A clínica interdisciplinar em crianças com transtornos na estrutura e no desenvolvimento. *Amarelinhas*, 3. Curitiba, PR: Biblioteca Freudiana de Curitiba.
- Mannoni, M. (1977). *Educação impossível*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mannoni, M. (1979). *Un lieu pour vivre*. Paris: Seuil.
- Mannoni, M. (1987). *A criança, sua doença, e os outros*. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Postel, J., & Quételet, C. (Org.). (1987). *Historia de la psiquiatria*. Cidade do México: Fondo de Cultura Económica.
- Rocha, P. (1997). *Autismos*. São Paulo: Escuta.
- Rosenberg, R. (1991). Autismo: Histórico e conceito atual. *Temas sobre desenvolvimento*, 1(1).

Notas Sobre o Diagnóstico Diferencial da Psicose e do Autismo na Infância

Schwartzman, S. (1995). *Autismo infantil*. São Paulo, Mennon.

Spitz, R. (1996). *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes.

Tustin, F. (1984). *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago.

Volnovich, J. (1993). *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

DIAGNÓSTICOS E PSICOTRÓPICOS - UMA RESPOSTA PELA PSICANÁLISE

André Gellis¹

Depto. de Psicologia - UNESP

O diagnóstico é um ato que separa a psicanálise das psicoterapias e da psiquiatria. A sua presença no tratamento envolve questões cujas respostas revelam, por sua grande variedade, a impotência do clínico diante do mal que deve tratar e suas dificuldades frente às demandas do paciente. Entre essas respostas, a que abandona a fala e assimila o diagnóstico à reação do paciente a certos medicamentos psicotrópicos não é menos controversa do que o uso quase indiscriminado de substâncias psicotrópicas. Mais polêmica ainda é a restrição do tratamento à prescrição. O que aqui vai escrito parte de duas questões: O que foi feito do diagnóstico? A que responde o psicotrópico?.

Descritores: Diagnóstico. Drogas. Psicanálise. Linguagem. Psiquiatria.

Quanto mais as terapêuticas psiquiátrica e psicológica se entretêm com sintomas e procuram dispor o homem ao seu mal, mais resta inaudível a dimensão da causa deste mal - eis o que se pode subtrair das novas versões da *CID* e do *DSM*.² Longe de significar tão só um aprimoramento técnico ou científico, esta procura pelo fim do mal-estar se iniciou há

-
- 1 Endereço para correspondência: Universidade Estadual Paulista Departamento de Psicologia. Av. Engº Luiz E.C. Coube, s/n - CEP 17033-360 - Bauru, SP. E-mail: agellis@sti.com.br
 - 2 *Classificação Internacional de Doenças e Manual Diagnóstico e Estatístico*, respectivamente.

tempos, diligentemente impulsionada pelos psicotrópicos disseminados nas mais diversas civilizações.

A cultura moderna impõe uma satisfação imperativa, mesmo que as coisas demonstrem serem bem diferentes (Lacan, 1988). Há uma intensa e marcante frustração de desejos, característica de qualquer civilização; frustração de desejos narcisistas que, embora necessária à vida em civilização, leva sempre ao mal-estar, o mesmo que Freud identificou ao indagar o sujeito (Freud, 1930/1973). Se o neurótico era então descrito como o sujeito que não quer saber do que ele próprio nomeia como realidade, hoje se pode indagar por que não são poucos os que preferem se refugiar em outra forma de ilusão: aquela produzida por esses psicotrópicos miraculosos, cuja facilidade de aquisição remete à exigência, por vezes cruel, da satisfação fácil e imediata peculiar à cultura.

Em tais condições, como estes sujeitos podem não se iludir e se divertir? Se estas substâncias, susceptíveis de modificar o psiquismo e o comportamento do homem ao agir sobre seu cérebro - é desta maneira que se procura definir um psicotrópico -, se tais substâncias podem adoçar a vida, por que não usá-las?

Diagnósticos e respostas

Esta diversão, no entanto, é precedida por um *ato* chamado diagnóstico. Apesar de muitos estarem convictos de que o realizam - ao procederem, por exemplo, a uma autoprescrição, invariavelmente de modo equivocado -, ele é também um ato específico quando se refere à reprodução de conhecimentos, de um saber já estabelecido. Assim, em medicina, a intervenção diante do paciente constitui um *ato médico*, inclusive o diagnóstico que, por ser uma ação exclusiva, muito privativa, sempre escapará ao paciente. Exclusivo ou não, não se pode ignorar que o ato diagnóstico é, antes, a resposta que se endereça a um paciente.

Um diagnóstico pode se efetivar de diversas maneiras. Há diagnósticos biológicos, diferenciais, etiológicos, clínicos, etc. Um *diagnóstico diferencial*, talvez o mais próximo da psicanálise, tem por objetivo estabelecer discriminações, diferenças, mediante a comparação de sintomas e outras manifestações da afecção em estudo com as de outras afecções semelhantes, eliminadas, quando possível, por dedução. O estabelecimento dessas diferenças não deixa de produzir efeitos que implicam posições e condutas para quem institui o ato diagnóstico; posições que se desdobram irremediavelmente até o sujeito que demanda uma cura, um saber, etc.

Um diagnóstico diferencial pode ser realizado em conjunto e às expensas de um *diagnóstico clínico*, caracterizado pela entrevista direta com o paciente. Nada impede que o diagnóstico diferencial utilize como parâmetro um *saber externo* à entrevista do clínico com o paciente, como as catalogações de sintomas ou nosografias - verdadeiros discursos preestabelecidos. No entanto, a modalidade diagnóstica que utilizar este parâmetro externo jamais poderá dar lugar a um *saber interno*, proveniente dessas entrevistas com o paciente, pois correria o risco do fracasso. Este saber interno, desde que *inédito*, será legitimado sobretudo pela psicanálise que tenta torná-lo condição para seu êxito.

Nesta perspectiva psicanalítica, o diagnóstico estará referido não a um saber externo, mas à *verdade* - verdade que poderá ser enunciada pelo sujeito mesmo durante esta entrevista. É necessário, então, afirmar de vez: *a dimensão diagnóstica está presente em uma análise*. Se há uma psicanálise, um diagnóstico está implicado como ato estranho às clínicas médica, psiquiátrica e psicológica.

Um dos objetivos da clínica psiquiátrica clássica é o de determinar, a partir dos sintomas do paciente, a natureza de sua afecção, inserindo-a em um quadro nosológico. Trata-se de uma *classificação analítica*, na qual os sintomas seriam relacionados entre si e analisados em busca de algum sentido. Nesta clínica, o diagnóstico, diferencial ou não, clínico ou não, precisa estar sempre referido a um discurso preestabelecido, a um

saber externo à relação clínico / paciente. Trata-se aqui de um discurso que rejeita o não-sabido e, por isso mesmo, se torna digno de análise.

Hoje, é possível filiar-se à comunidade terapêutica mediante o uso do *diagnóstico sindrômico*. Escorado nas catalogações *CID* e *DSM*, o diagnóstico sindrômico se desdobraria em um *diagnóstico múltiplo*, oposto ao clássico raciocínio clínico de buscar um único diagnóstico que viesse *explicar* ou ao menos dar um *sentido* a todos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Esta proposta, típica, não se reduz contudo à sua manifesta intenção de superar o antigo, ou seja, este raciocínio diagnóstico julgado ultrapassado e inoperante. Ela ainda repousa em Kraepelin e em sua nosografia a despeito de tentar acabar com ela e com o *diagnóstico aproximativo*, aquela modalidade diagnóstica que engloba a incerteza da resposta clínica por buscar exprimir um aspecto provável e jamais uma verdade que encerra o sujeito em um quadro definitivo e acabado.

Bem se poderia indicar o recuo deste diagnóstico aproximativo diante da verdade do sujeito e procurar analisar por que esta modalidade diagnóstica não permite a quem a utiliza saber sobre sua própria posição. Contudo, há que se ressaltar: este diagnóstico aproximativo, de estrutura aberta, viabiliza uma ação clínica concreta nada desprezível, mesmo em vista do diagnóstico sindrômico múltiplo.

É certo que o psiquiatra e a própria medicina têm por dever aceder a uma outra verdade que a apresentada pelo paciente através de suas percepções, interpretações e significações - daí a necessidade de parâmetros externos. O primeiro momento do ato médico envolvido no diagnóstico seria então o de *escolher* entre os ditos do paciente afim de eliminar as interferências que parasitariam o reputado rigor da investigação clínica. Nada é tão estranho à psicanálise do que esta escolha. Fundada em uma escuta que se volta menos ao dito do que ao dizer, a psicanálise ocorrerá com a livre fala do paciente.

O diagnóstico médico envolve uma seleção porque o que o paciente diz é recebido como um dado discutível, ruidoso, desnecessário até, sobre o qual não se deve basear a resposta do clínico. Não seria a isso que o su-

posto avanço tecnológico médico vem responder? Ao que se escuta, confia-se ou não ... As novas tecnologias, como as ressonâncias, voltadas para a quantificação e a visualização, prometem acesso ao plano biológico dos comportamentos, dos pensamentos, dos afetos, etc., mas, com isto, o sentido e a significação implicados no diagnóstico acabam por se endereçar ao que é quantificado, ao que é visualizado e não mais ao que é enunciado pelo paciente. Se este avanço tecnológico pode fazer o paciente se calar ainda mais, basear-se de vez em sinais que se pensa capturar fora de sua fala é escutá-lo menos ainda ...

Os sistemas de classificações diagnósticas nada devem a esta ensurdecadora panóplia tecnológica: para prometer acesso ao ideal de toda pesquisa clínica eles tiveram de abandonar a rota da subjetividade, da singularidade do *sujeito que se exprime em seu próprio nome*. A psicanálise, por sua vez, abandona o sujeito à liberdade de, enfim, falar em seu próprio nome.

Se à ciência menos interessa o singular que o generalizável, para dela se valer é preciso realmente ignorar que a percepção do paciente se dispõe em uma representação que não procede de nada, que sua queixa se elabora em uma linguagem que não depende diretamente de qualquer plano biológico, cultural ou social, mesmo que ela esteja assentada sobre uma infelicidade, uma dor, uma disfunção ou um infortúnio? Ao que parece, a proposta do *DSM-III-R* (1989) de se utilizar a resposta do paciente à imipramina (um antidepressivo) como padrão etiológico e classificatório para a depressão desconsidera toda esta dimensão da linguagem. A prescrição toma todo o espaço psicoterapêutico.

Tratamentos sem respostas

Não se pode desconhecer que os psicotrópicos ocupam, entre outros, o lugar de uma resposta para a maioria das civilizações (Freud, 1930/1973). Nesta perspectiva, a sólida presença de psicotrópicos na clínica psiquiátrica e na pesquisa psicopatológica, aqui sob a forma dos le-

galizados medicamentos, não seria um eco desta mesma resposta? De um modo ou de outro, nada isenta sua contestação.

Em todas as civilizações e em qualquer época, substâncias naturais foram utilizadas pelo homem para afetar sua existência. Várias eram julgadas estimulantes, algumas sedativas, outras, tenebrosamente extasiantes; sem falar das inebriantes. A *Odisseia* já citava uma mistura de ervas contra a melancolia. Platão, por sua vez, descrevia o *phármakon*, substância não-substância capaz de alterar a identidade do sujeito a ponto de torná-la estranha ao que lhe é mais familiar, a própria memória. Inúmeras outras substâncias foram e ainda têm sido utilizadas para aplacar a fome, retardar a fadiga, aproximar-se dos outros, alijar o sofrimento moral, mas também e sobretudo para atingir o prazer sem qualquer palavra.

Alegações distorcidas, sem dúvida. A recorrência a tais substâncias tem como causa primeira, para a psicanálise, o desconforto que advém das condições estipuladas pela vida em civilização, pelo ingresso na cultura (Freud, 1930/1973). Mal-estar devido à exigência incontornável de fazer de seus desejos e necessidades, linguagem.

Ao tentar dar conta do mal-estar, a ingestão de substâncias psicotrópicas acaba com a palavra. Justamente por se voltar para a palavra, a psicanálise irá transpor esta resistência até conseguir produzir efeitos mesmo em um sujeito que se encontra sob a ação de um psicotrópico qualquer - trata-se da ação inesperada de *palavras* e *transferência*.

O fim da palavra

Se há algo que a psicanálise pode testemunhar é que um psicotrópico não escapa nem resiste à palavra transferencial, na verdade, muitas vezes ele depende da ação da palavra. Por que, então, o clínico desistiria antecipadamente de responder ao tratamento para se voltar, já no diagnóstico, à exclusiva prescrição?

A psicanálise não se apoia na realidade material nem se sustenta com um saber preestabelecido, mas com o que advém da fala do paciente. Eis porque ela não cede à biologia o quadro exclusivo da definição do mal: isto acarretaria na condenação de toda uma parte das expectativas dos pacientes ao mutismo. As técnicas diagnósticas que caíram sob o domínio de critérios biológicos cada vez mais numerosos e discriminantes acabaram por exigir uma leitura cada vez mais rigorosa e sistemática para que a interpretação dos sinais tecnologicamente capturados permitisse a identificação das patologias. Todavia, a leitura aqui exigida ignora o sujeito pois desconsidera que um diagnóstico jamais será decidível em termos exclusivamente científicos e objetivos. É a cada sujeito que cabe decidir o momento em que foi transposto o limiar tolerável de sofrimento ou de mal-estar. Ao desconsiderar este dado elementar, qualquer que seja a técnica diagnóstica ou a terapêutica envolvida, ela na verdade estará ignorando a dimensão da responsabilidade de um sujeito irreduzível.

É preciso insistir: é eminentemente subjetivo o domínio a que pertencem as ditas perturbações psíquicas. Nele, qualquer fronteira entre “normal” e “patológico,” maléfico e saudável, naufraga diante da apreciação particular, esta região inóspita em que o limite entre o tolerável e o intolerável traçado por uma fala é uma verdade subjetiva singular da qual o sujeito nada quer saber ou espera esquecer, em que as frustrações da existência e o bem-estar correspondem a critérios particulares e até ilusórios.

A ciência instala a obrigação de compreender, de explicar. A clínica, no entanto, impõe uma ação terapêutica. Todas as especialidades médicas *definem diagnósticos antes de descobrir as terapêuticas*, mas com a psiquiatria ocorre um estranha inversão. A partir dos anos 1950 a psiquiatria passou a dispor de certas substâncias às quais concedeu a insígnia de medicamento psiquiátrico *sem que houvesse diagnósticos no sentido estritamente médico do termo*. Neste caso, não se tratavam de medicamentos para nada? Esta situação sustenta práticas não menos estranhas em que se procura estabelecer diagnósticos a partir de substâncias farmacológicas. Mas esses eram pequenos problemas contanto que se consideras-

se que tais substâncias tinham alguma eficácia que permitia ao clínico enfim agir concretamente sobre os sintomas e alentar um ideal de cura se ele esquecesse que a exclusiva desaparecimento dos sintomas não conduz à cura.

De um ponto de vista psicanalítico, o tratamento do sintoma seria apenas um elemento de uma estratégia clínica mais extensa - a descoberta de uma significação para o sintoma que pressupõe um sujeito. Significação cuja descoberta reporta a um trabalho analítico que se inicia já no diagnóstico e que depende sobretudo da fala de um sujeito.

Pode-se evitar a resposta?

O sujeito que se dirige àquele que trata pode lhe pedir uma cura, um conselho, um pouco de atenção, um saber, um remédio; *pode demandar até mesmo sem saber o que se quer*.

Por isso, há que se questionar qualquer demanda, quer se trate de uma solicitação de análise ou de uma busca por medicamentos. Toda demanda tem algo de inapropriado e estranho se devidamente escutada, contudo, à vezes ela se torna tão familiar e repetitiva a quem se dedica à clínica que se lhe oculta o fato de que o sujeito que demanda solicita, antes do objeto da demanda, uma resposta.

Mas, por que responder? Se existem substâncias capazes de tornar negligente ou indiferente às agressões da existência o mais tenso ansioso, de conter um louco agitado liquidando seus delírios, de mergulhar em instantes em um sono profundo e entorpecedor quem ruminava idéias melancólicas e sombrias durante horas por noites seguidas, por que não ir mais longe? Se as grandes moléstias hoje são curáveis, ao menos em suposição, *as pequenas misérias humanas permanecem: o pior resiste*. Falta ainda aceitá-las já que se trata de uma resistência? Trata-se de recomendar àquele sujeito rebelde uma aceitação da pressão e da tensão que se agrava à medida que o prazo se reduz? Ou trata-se de receitar a resignação amarga diante da tristeza associada a um luto ou a um desgosto

amoroso? Talvez simplesmente aconselhar a tolerância ante a desilusão com o que fala o ser amado ou frente à fadiga de um fim de expediente em que as frustrações pesaram mais do que de costume. Por que não torná-las recalçadas esquecendo-as com um medicamento ou abafando-as com um belo e precioso conselho? Em outras palavras, poderia o clínico tão só responder?

A crença do clínico na ação exclusiva de medicamentos lhe assegura que ele se instala no plano biológico da doença somente à medida que lhe oculta que ninguém deixa de operar através de vieses simbólicos. A causalidade psíquica postulada pela psicanálise - que advém da fala - diz que há outras influências além das que o experimentalismo psicológico e a ciência médica apresentam como determinantes para a ação deste clínico.

O paciente, não separa um estado do sentido que consegue dar a esta condição. Em seu nome, ele apresenta uma solicitação que, por mais estranha e caótica que possa parecer, é única e aguarda uma resposta que a leve em conta. Não é senão, em um segundo tempo, que ele pode ser levado a diferenciar suas demandas e necessidades, por vezes não lhe restando outra saída que a de se endereçar a diferentes profissionais, de acordo com o que privilegiam, e estabelecer por fim um itinerário ao qual dedicam nada mais que suas vidas.

Há que se dizer, então: engana-se quem insiste em levar uma ação científica à prescrição que tornaria desnecessária uma resposta à demanda do paciente. A prescrição é bem mais que um ato técnico, na verdade *ela é mensagem, é palavra*. Neste sentido, pode-se constatar que *não há um único remédio que se cale*, que mesmo um ato objetivo não é, contudo, um ato mudo. Pode-se esperar de todo produto administrado quando de uma prescrição, ainda que ele seja somente um placebo, e de todo ato que se distingue como tratamento, ainda que ele seja um diagnóstico, que eles não participam apenas da mensagem recebida pelo paciente, mas também da resposta que ele aguarda, mesmo que eles não a considerem. A despeito de se conceber um produto para um embuste ou uma mentira, é

possível afirmar, ao inverso, que não há uma falsa relação, pois a demanda do paciente existiu.

Responder ou agir

Esta dimensão não é absolutamente ignorada pelo clínico; a expressão “medicamento de conforto” não revelaria um valor que se reluta em admitir? Ele não estaria aí mais para *responder* que para *agir*?

Uma resposta não pode ser substituída por um medicamento ativo ou um ato remediador, mesmo que não lhe seja dada importância no quadro de uma consulta. Ao repelir pouco a pouco a dimensão da palavra, não se estaria se desviando ainda mais da apreciação da representação que o doente faz a si mesmo de seu estado de saúde? E não seria este o espaço em que se criam os rituais, as práticas alternativas, as magias, os exorcismos? O medicamento aqui não é somente um mediador químico. Ele também intercede entre dois sujeitos: o clínico e o paciente - trata-se de um mediador simbólico que não pode ser ignorado.³

O que não se pode ignorar é que o paciente solicita antes de tudo uma resposta que admita tanto quanto possível a relação entre a infelicidade e a dor das quais ele fala e o destino que ele ignora. Esta é a justa dimensão do diagnóstico. Estaria aí a tarefa do clínico? Ele teria os meios de concluí-la se deixasse de ignorar que *responder também é agir*, sobretudo quando esta resposta é um questionamento.

Mas, se qualquer demanda é *demanda para análise*, então a dimensão diagnóstica se torna presente sempre que há demanda? Isto acarretaria que o diagnóstico é um *ato clínico* exigido nas mais diversas etapas de um tratamento, senão em todas? O diagnóstico propriamente psicanalítico não corresponde a uma ação eficaz, ele tenta estimar a posição subje-

3 Sobre o papel da mediação simbólica no tratamento, cf. o texto de Lacan (1987), especialmente o *Prefácio* de Tito Cardoso e Cunha.

tiva do sujeito diante do Outro; mais especificamente, verificar como o sujeito se defende contra o perigo da inconsistência do Outro.

O ato que a prescrição tenta substituir é aquele de uma resposta que a psicanálise se esforça em revelar: trata-se de uma fala que, em uma relação que se quer terapêutica, entre um *sujeito* que demanda e um outro que é *suposto curar* ou *suposto saber*, conduz a um efeito terapêutico seja qual for a sintomatologia, até mesmo no diagnóstico, pois não se analisa o que o sujeito tem, mas o que lhe falta ser. E desde que há um sujeito que demande a quem é suposto curar, tratar ou saber, há *palavra* e *transferência*, das quais nada poderá privar o sujeito.

Gellis, A. (2000). Diagnosis and Psychotropics: an Answer Through Psychoanalysis. *Psicologia USP*, 11 (1), 107-118.

Abstract: This paper deals with the problem of diagnosis in psychoanalysis, psychiatry and psychology. The question of diagnosis is discussed through psychoanalytical concepts. There is no diagnosis without patient's demands and it cannot be understood apart from physician-patient relationship. It further inquires clinical consequences of the psychotropic abuse.

Index terms: Diagnosis. Drugs. Psychoanalysis. Language. Psychiatry.

Referências Bibliográficas

- Freud, S. (1973). El malestar en la cultura. In *Obras completas* (Vol. 3). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1930)
- Lacan, J. (1985). *O seminário - Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1987). *O mito individual do neurótico*. Lisboa, Portugal: Ed. Assírio e Alvim.

Lacan, J. (1988). *O seminário Livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1991). *Le séminaire Livre VIII: Le transfert*. Paris: Seuil.

Postel, J. (1981). *Genèse de la psychiatrie*. Paris: Le Sycomore.

Postel, J. (1994). *La Psychiatrie* (Col. Textes Essentiels). Paris: Larousse.

La recherche: Voir dans le cerveau. (1996). Numéro special, Paris, No 289.

Zarifian, E. (1994). *Des paradis plein la tête*. Paris: Éditions Odile Jacob.

Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais: DSM-III-R (3a ed.). (1989). São Paulo: Manole.

A INQUIETANTE ESTRANHEZA DO CORPO E O DIAGNÓSTICO NA ADOLESCÊNCIA

Sandra Dias¹

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

O texto aborda a adolescência como um momento em que ocorrem transformações na relação do sujeito com o seu corpo e com os laços amorosos e sociais. A teoria freudiana destaca nesta fase duas grandes transformações: um novo fim sexual e a escolha do objeto sexual ao lado de uma nova excitação sexual da qual o sujeito não pode escapar. É o momento em que há o risco de pane e uma tendência a agir como solução para os impasses. Esse agir decorre da descoberta que o corpo se torna estranho. O corpo familiar da primeira infância é perdido e em seu lugar aparece um mal-estar em relação ao corpo. A impossibilidade do luto do corpo perdido ao lado da queda dos ideais e da separação dos pais conduz ao alto índice de tentativas de morte, muitas vezes mascaradas através de jogos e condutas arriscadas dos adolescentes. Perceber a forma como esse corpo se torna estranho e fonte de angústia, permite estabelecer índices diagnósticos. Esses poderão servir para se antecipar a uma ação que conduza ao pior, em virtude do desencadeamento de uma psicose muitas vezes confundida com a crise narcisista própria da idade.

Descritores: Adolescência. Desenvolvimento físico. Identidade sexual. Diagnóstico. Psicose. Complexo de Édipo. Agressividade.

A adolescência se coloca como um desafio para os pais, educadores e a sociedade em geral, porque aparece como o momento em que o sujeito pode se encontrar num estado-limite, em risco de pane, solicitando intervenções de natureza prática, ética e clínica. Enquanto a psicanáli-

¹ Endereço para correspondência: Rua Pedroso Alvarenga, 1208 – cj.1202 – CEP 04531-004 – São Paulo – SP. E-mail: sandra.dias@uol.com.br

se enfatiza a posição subjetiva na adolescência, a psicologia a caracteriza como um momento de crise, caracterizado pela rebelião contra as gerações anteriores e contra os valores tradicionais.

Rassial (1997, p. 38) situa a *pane* no âmbito dos pensamentos, dos investimentos e na diferenciação entre o discurso e o agir, o objetivo e o subjetivo, o pequeno *outro* e o grande *Outro*, entre o passado, o presente e o futuro, o familiar e o social. Mas o mais fundamental em relação a esse momento de crise é que é o momento na existência em que se verifica a tendência a agir como solução para a *pane* / crise. Essa tendência implica uma forma de agir que, embora o senso comum conote como um agir sem pensar, é na verdade um pensamento-ação que muitas vezes conduz ao pior. Essa forma de agir decorre da descoberta de que o corpo se torna um estranho, um estrangeiro que incomoda (Alberti, 1996). O corpo familiar da primeira infância é perdido e em seu lugar aparece um mal-estar em relação ao corpo - um corpo desconhecido, suspeito, fonte de inquietude e, na medida em que remete à sexualidade, interpela e questiona o sujeito (Tubert, 1999, p. 59). Os impasses em relação a esse novo corpo ainda não familiar, ao lado da queda dos ideais e da separação dos pais conduz aos altos índices de tentativas morte nessa fase da vida, frequentemente mascaradas através de ritos, de jogos grupais e condutas ousadas (Víctora, 1997, p. 163). Portanto, situar a crise da adolescência precisando os mecanismos que ocorrem permite estabelecer índices diagnósticos a partir dos quais é possível se adiantar a uma catástrofe.

Freud (1905/1972, p. 213) utiliza a palavra *puberdade*, não *adolescência*, para o momento “onde operam-se mudanças destinadas a dar à vida sexual infantil sua forma final normal,” mudanças decorrentes do crescimento manifesto dos órgãos genitais externos. Com o período da *puberdade* ele marca um período de transformações que se inicia com as mudanças físicas e se estende até a eleição do objeto sexual e a realização do ato sexual. O uso da palavra *puberdade*, em detrimento de *adolescência*, é a marca da inserção do pensamento freudiano na cultura de sua época pois denota a maturação fisiológica como limite à infância, e não a

constatação clínica das mudanças na identidade sexual relatada nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*.

Nesse texto:

... a puberdade é caracterizada como a fase em que as atividades derivadas de pulsões e zonas erógenas distintas, que independente umas das outras buscavam prazer por si mesmas, se subordinam ao primado genital, isto é, a fase em que se estabelece a unificação das pulsões sob um novo fim sexual a primazia do genital com a conseqüente diferenciação entre sexos e a eleição do objeto sexual. (Freud, 1905/1972, p. 213).

Ao relatar as metamorfoses da puberdade, Freud destaca não só o novo fim sexual e o reencontro com o objeto, como também o aparecimento de uma nova excitação sexual. Essa nova excitação deriva de três fontes: mas a mais importante é a excitação sexual endógena da qual o sujeito não consegue fugir, e que provoca o mal-estar em relação ao corpo.

Ao lado da elevação da libido, do novo objetivo sexual e do processo de escolha de um objeto, o jovem também afrouxa os laços com a família em decorrência da luta contra a barreira do incesto (Freud, 1905/1972, p. 232). Esse é o momento onde se conjugam o desejo sexual e a possibilidade do ato sexual, é o encontro da verdade que situa os limites da onipotência infantil. “O sujeito desperta de suas fantasias de imortalidade para se deparar com o mal estar que o acorda do sonho,” permitindo emergir o que fora preservado no sonho – o desejo sexual (Shermann, 1996, p. 113). Esse encontro como o desejo, se bem sucedido, permitirá a apropriação de um novo corpo – o corpo sexuado, afetando não só a relação com o Outro parental, como também a relação com o outro semelhante. Essa passagem onde o corpo infantil inicialmente preso à problemática de ser o falo da mãe passa para o estatuto de corpo sexuado, oriunda do acesso à uma identificação sexual secundária e a emergência do sujeito desejante, é o que se conhece como saída ou resolução do Édipo (Delaroche, 1996).

Freud (1905/1972, p. 214) caracteriza a puberdade como um período crítico em que se devem dar novas combinações e ajustes que levam a

complicados mecanismos, cuja não realização implica em distúrbios patológicos. Isto quer dizer que a crise se refere ao fato de que uma série de operações fundadoras serão recolocadas, exigindo um trabalho psíquico, o qual se não for realizado conduz ao que se conhece como “patologias da adolescência.” No plano da subjetividade, a puberdade se constitui um tempo de acabamento da estrutura, em que o remanejamento do sexual em relação ao mito edípico, afeta a economia do desejo e gozo, produzindo novas produções sintomáticas e possibilitando novos laços sociais. Essa temporalidade em que se produzem esses efeitos, momento na existência onde o sujeito ultrapassa o período da infância sem contudo aceder à posição na sociedade de sujeito do direito, isto é, passa pelas vicissitudes do complexo de Édipo sem o correspondente reconhecimento social e jurídico de sua posição como sujeito sexuado e cidadão - o adulto, é o que a sociedade moderna chama de adolescência.

A adolescência sendo o período em que se verificam mudanças na vida psíquica, mudanças na relação com o corpo próprio e com o semelhante; onde se estabelece novas escolhas e laços, pode ocorrer em outra temporalidade que a da puberdade, o que é comprovado pela dificuldade de estabelecer os seus limites.

A adolescência é também o momento da existência em que o sujeito experimenta pela primeira vez um sentimento de estranheza em relação ao seu corpo e as dificuldades e impossibilidades serão resolvidas por atos, atos que permitam a saída dos impasses e da pane. O mal-estar com o corpo, o sentimento de estranheza, decorrente da perda da imagem narcísica infantil que revestia o corpo, ao lado da onipotência infantil ainda não superada, levarão esses jovens a escolher atos sem considerar a possibilidade de danos no corpo próprio e no do outro.

Lacan (1985) retoma a tradição psiquiátrica do diagnóstico para enfatizar que qualquer ato do sujeito deve ser relacionado à sua posição subjetiva. Retoma a noção de defesa em Freud e a articula a diferentes localizações subjetivas. Uma tentativa de suicídio é diferente se a defesa que opera é o recalque (*Verdrängung*) ou a rejeição (*Verwerfung*), isto é,

se trata de uma neurose ou psicose. Com esses indicadores pode-se diferenciar a crise da adolescência do desencadeamento da psicose, tão comum e catastrófico nessa fase. Isto porque o que leva o jovem neurótico às ações que colocam sua vida em risco não é angústia frente ao corpo, elemento decisivo na psicose, mas sim a impossibilidade de separação dos pais ao lado da ferocidade do super-eu.

Na neurose, o recalçamento indica uma operação simbólica que permite a elaboração do luto pelo corpo infantil, a estranheza inicial do corpo, logo é substituída pela angústia frente ao olhar dos outros, olhar sobre esse novo corpo. Nesse caso a angústia é mais de perda de amor, o medo de que a nova imagem possa não agradar, daí a crise ser uma crise de natureza narcísica. A fase do espelho permite esclarecer essa crise narcisista, crise que se coloca em relação à imagem do corpo e à perda do amor.

Lacan mostra que a criança se constitui na dependência do amor materno, o primeiro Outro inesquecível. Dessa forma a criança é moldada no e pelo desejo desse Outro. O que sustenta a relação da criança com esse corpo primeiro é o olhar e a voz do Outro. O olhar e a voz são os elementos que permitem a apropriação da imagem e a regulação da distância da imagem do corpo real - o corpo enquanto carne. A criança ante sua imagem no espelho reage com júbilo buscando com seu olhar a quem a sustenta (Lacan, 1949/1998b). Essa função de reconhecimento implica numa presença: o Olhar do Outro, garantia do desejo. Ser olhado é ser amado, por isso na neurose a forma como o outro vê o sujeito é tão importante. É que o olhar traz no simbólico a marca do Ideal do eu que se “forma com o recalque de um desejo do sujeito, pela adoção da imagem mesma do Outro que desse detém o gozo, juntamente com o direito e os meios” (Lacan, 1958/1998c, p. 763).

Na fase do espelho a imagem fragmentada do corpo é recoberta pela idéia de totalidade antecipada decorrente de uma identificação com a imagem do outro. Nesta constituição, onde o eu é um outro, há dois lugares para um só, o eu se constituindo como desconhecimento. Este modo

de identificação narcisista, onde se nega a imagem do outro para passar a ser essa imagem, terá a agressividade como tendência correlativa deste modo de identificação narcisista (Lacan, 1948/1998a, p. 112). As identificações edípicas posteriores permitirão ao sujeito transcender esta agressividade constitutiva do primeiro momento da constituição subjetiva. Assim quando o outro vem a se constituir um rival para o jovem, este se sente ameaçado em sua posição subjetiva, a agressividade pode aparecer mas com limites. Isto porque a relação do sujeito com a imagem é sustentada pelo simbólico do desejo do Outro, e a ferocidade do super eu é inibida pelo ideal do eu, regulação que impediria o sujeito de cair na lei do tudo ou nada: ou eu ou o outro, ou me destruo pelo dano no corpo próprio ou bem passo à destruição do outro (Dias, 1999).

Para aceder a essa constituição, a criança tem que ter metaforizado para sua mãe o falo, para que ela possa introduzi-la no engano básico de sua consistência imaginária como completa. Isto é, a criança consiste nessa ilusão preliminar de ser essa imagem antecipada, de ser esse todo que reveste o corpo despedaçado porque ela tem uma existência simbólica para a mãe. É o desejo da mãe que dá ao filho o lugar de falo imaginário, e essa imagem do filho como falo é a tela com a qual a mãe engana seu desejo e o filho também. Esta imagem não denota tanto o ver-se no espelho como o fato de ver essa imagem sustentada no olhar do Outro. Este olhar é um olhar de amor porque representa a disposição da mãe de nomear o gozo jubiloso do filho. Esse olhar permite, enfim, a constituição de um eu, que abandonando as prerrogativas auto-eróticas, logrou alcançar uma unidade na imagem, sustentada pelo traço unário (o significante do Ideal do Eu) que é a instância que autoriza a imagem como amável.

O crescimento do corpo e os sinais exteriores da maturação fisiológica (a mudança do timbre de voz, as secreções genitais, o aparecimento dos seios e da barba) - a emergência de um real pulsional - vai colocar em jogo não só o lugar do adulto como o lugar do próprio sujeito. Na comparação com o adulto-pai, destituído agora do lugar ideal que ocupava, ao sujeito não lhe cabem ainda nem esse lugar nem as roupagens infantis: a do falo e as imagens que cobrem o real do corpo. Em relação ao

corpo, a morte da imagem sustentada no narcisismo parental através do “*His majesty, the baby*” é acompanhada pela perda da voz e do olhar que a fundavam - o olhar e voz da mãe - havendo aí necessidade de uma passagem de uma imagem do corpo a outra. O adolescente se confrontará com uma perda do ser - ser o falo, deverá passar do ser para o ter. Esta passagem provoca um mal-estar na sua relação com o outro semelhante, estabelecida na base de um novo olhar e voz, e em relação ao próprio corpo, onde se opera um deslocamento do campo pulsional que viabilizará uma posição sexuada.

O espelho mostra o devir humano em que a criança deve se alojar no narcisismo dos pais para ter garantia de existência e aponta também para a possibilidade da estrutura: a criança-falo deve se alojar no desejo em relação a uma falta estruturante, o que marca a castração materna e o lugar da criança como sendo o objeto da falta no Outro - o falo imaginário. A lógica dos três tempos do Édipo mostra essa passagem em que a criança entra como objeto do Outro para sair dele como sujeito dividido pela palavra. Ao entrar no Édipo, pela metaforização do desejo materno, esta interdita o gozo do Outro e abre uma brecha. Essa hiância, em que se dá a primeira inscrição da significação fálica, permite que a criança se localize em relação a uma perda de gozo e à localização de um saber em falta.

No seminário sobre as psicoses, Lacan (1985) situa a noção de defesa no centro da questão do diagnóstico e a associa à função paterna. Considerando o espelho como o momento fundante em que o sujeito é capturado pelo desejo da mãe - o Outro primordial -, o significante paterno, aquele que nomeia o desejo da mãe que viabilizará a saída da criança do impasse edípico. Essa substituição do representante-significante do desejo materno pelo representante-significante paterno é a metáfora paterna que barra o incesto ao estabelecer a dupla proibição: não dormir com a mãe e não reintegrar o próprio produto. Lacan distingue dessa forma os significantes que determinam a criança antes mesmo dela nascer - o Outro do código, dos significantes que permitem situar a barreira contra o incesto - o Outro da lei. O pai sendo responsável pela separação

da criança da mãe, responde na estrutura pelo Outro enquanto Lei e permite à criança sair do espelho outorgando-lhe uma identidade sexual.

Rassial (1997, p. 40) coloca como primeira operação adolescente: aceder a uma relação genitalizada com o Outro sexo, para além do fálico que domina a infância, ao lado de duas outras operações igualmente importantes: a modificação do valor e da função do sintoma (do sintoma que era no desejo dos pais para a apropriação de um sintoma - o sintoma sexual) e o teste da eficácia da lei paterna enquanto significante que barra o incesto. A metáfora paterna perde seu valor na adolescência devido à desqualificação do pai e da mãe em encarnar imaginariamente o Outro, e também porque a promessa de felicidade se mostra enganadora: a promessa edípica de que se renunciasse ao gozo, mais tarde teria direitos. A criança vive ouvindo dizer que quando crescer ela terá isso, ou será igual ao papai/mamãe, enfim que, quando for adulto, poderá obter o que almeja, ser feliz, enfim gozar. Contudo essa promessa é enganosa porque a completude não existe, uma vez que o objeto é perdido, todo encontro sendo reencontro aponta uma falta. Esse momento da verdade é o momento do profundo mal-estar, se descortina para além do imaginário, o real do sexo. Momento da queda dos pais do lugar de sustentação imaginária desse Outro, restando só ao significante paterno a possibilidade de fazer frente ao gozo invasor.

Na adolescência, o sujeito assim constituído, quando essa imagem narcisista não serve mais de revestimento para o corpo, ao se deparar com a emergência do real pulsional que afeta o corpo, passará por uma crise narcisista onde o central é a enunciação: como sustentar um desejo (Tubert, 1999). Nesses casos é a forma como o Outro parental se posiciona nessa situação crítica que precipita as condutas impulsivas e os atos dos jovens.

Se na relação com o Outro parental predominam as injunções: Faça isso, faça desse modo; Seja assim, não seja desse modo; é reforçada a ferocidade do superego. Isto porque a criança se separa dos pais identificando-se ao super eu parental; o super eu é, na teoria freudiana, a estru-

ra herdeira do complexo de Édipo. Sendo o super eu uma instância imperativa, ocorre um curto-circuito já que os pais deixam de encarnar imaginariamente os ideais. As consequências disso podem aparecer sob a forma de uma inibição, onde o adolescente rejeita qualquer atividade ou relação que possa aumentar a angústia (Víctora, 1997), ocasionando uma depressão onde a saída mais freqüente para o impasse é a morte, pois o aniquilamento do corpo se coloca como a única possibilidade de separação do Outro parental, uma vez que nenhum apelo é escutado.

A outra possibilidade diz respeito a uma situação onde o jovem fica completamente só nesse momento de pane, sem nenhum arrimo por parte do par parental, que ao verem no corpo do filho a imagem de um adulto, se licenciam de suas funções simbólicas, muitas vezes, invertendo até a relação, colocando-se eles próprios no palco da vida como personagens em crise. A omissão e o mutismo frente à angústia do adolescente conduzem a uma situação onde a emergência do pulsional, ao afetar as formas do corpo e remanejar o imaginário correlato, torna o corpo um fardo para o seu portador, que não sabe muito bem o que acontece ali, nem dispõe de recurso para poder entender o que é essa estranheza em relação ao corpo (Hamad, 1999, p. 25). A ferida narcisista, o mal-estar em relação ao corpo, aparecerá numa dialética da aparência que se mostra no culto ao espelho - à imagem, tanto no cuidado excessivo com o corpo como no desmazelo, no culto à moda ou mesmo o seu desprezo, nos ritos de limpeza e na obsessão por esportes. A gravidez precoce também pode se apresentar como uma saída para o impasse do mal-estar em relação ao sexual.

Portanto, se o Outro, Outro simbólico e da Lei, não vier em auxílio do jovem, se houver o risco do desarrimo do Outro, isso porá em causa os valores do pai e da família e pode levar tanto à depressão como a exaltações maníacas, nas quais o sujeito retorna à nostalgia da liberdade ilusória infantil, onde era tudo e podia tudo. Essa vacuidade do Outro e essa nostalgia segundo Rassial (1997, p. 42) podem também estar por detrás de certas psicopatias e toxicomanias.

Já na psicose, a angústia apresenta-se fundamentalmente frente ao próprio corpo: a imagem não vindo proteger o sujeito na sua relação com o Outro, o olhar se torna invasão, despedaçamento. Quando a defesa se mostra insuficiente para conter a angústia frente ao corpo, o aniquilamento deste aparece como única forma de evasão para o sujeito (Alberti, 1999). Frequentemente esses momentos são tomados como uma crise narcisista e não são valorizados até que uma lesão ou morte aconteça.

O desfalecimento da função paterna obstaculariza e impede que a criança logre sair do espelho com o sentimento de pertencer a um ou outro sexo, de ter acesso a uma identidade sexual. Se o sujeito entra mal no Édipo, fora da normalidade edípica, a impossibilidade de sair do espelho provoca, ao lado de impulsões e transgressões, atos que colocam em risco a integridade física e até mesmo suicídio, como forma de resolução do impasse. Impasse porque o corpo fica preso ao real do espelho esférico, num transativismo entre o eu e o eu ideal, como falo da mãe, dialética do tudo ou nada, cuja saída se dá pelo despedaçamento. A inoperância da paternidade deixa o corpo do adolescente cativo do real, cujos efeitos catastróficos não se deixam ver, até que se produza uma lesão, uma mutilação ou mesmo a morte.

A tensão ou o aumento da libido, o real pulsional, afeta o sujeito e exige uma nova posição sexuada, que depende do luto feito em relação ao corpo - o corpo familiar da primeira infância, corpo do narcisismo parental. Na psicose esse luto não é levado a cabo, o corpo ganha o sinal de estranho, como um quisto, um fora que o invade, um objeto estranho. O estranhamento e a impossibilidade de fugir desse novo pulsional, desse corpo que coloca um “plus” energético e exige um trabalho, produzem uma desesperança e um sentimento de inadequação. Isto porque o impossível luto da imagem infantil perdida se coloca ao lado da impossibilidade de acesso a um ideal, da conquista do objeto sexual e de uma nova posição subjetiva. A desesperança, se não inibir totalmente o âmbito da conduta num mutismo paralisante, conduz à sua proliferação num movimento desenfreado, na tentativa de se fazer escutar através de um apelo, cuja urgência revela sua dimensão. Esses adolescentes em suas atividades

mostram o desespero através das condutas de risco (sexo promíscuo, esportes perigosos, velocidade, adesão a drogas e a grupos que desafiam a lei). Nos seus diários e redações escolares, através de histórias totalmente idealizadas ou com conteúdos mórbidos, ao modo de uma crônica da morte anunciada, revelam o mal-estar onde a saída se dá através de um ato impulsivo que provoca dano no próprio corpo ou do outro.

Perceber as formas como esse estranhamento aparece, permite se antecipar aos movimentos da saída do impasse, sempre perigosos, porque desesperados e situados no campo do ser e na dialética do tudo ou nada, permite evitar o pior e auxiliar esses jovens antes que uma tentativa de suicídio ou um rito de passagem mutilante, possam ser o único apelo escutado. Fenomenologicamente, esses atos que podem tomar a forma de ritos, de impulsões e até manias se fazem anunciar por índices que nos permitem fazer um diagnóstico da posição subjetiva do adolescente e antecipar a atos que conduzem ao pior, tanto nos apelos como nos surtos esquizofrênicos freqüentes nessa fase da vida. Destaco a seguir alguns desses índices como a dismorfobia e a obsessão com a forma perfeita, as provas ou os ritos de iniciação que implicam em agressão ao próprio corpo, ausência de agressividade diante da intrusão do outro e agressividade desmedida ao outro.

O aparecimento das secreções (a polução e a menarca), que assinalam a mudança do corpo, promove o novo encontro do sujeito diante do real do sexo e a possibilidade de colocar em ato o desejo edípico, já que as condições físicas agora permitem ser o que se idealiza. Mas esse agir é impedido pelo recalque, que, se não for eficaz, deixa entrever um profundo mal-estar com seu corpo (Alberti, 1996, p. 166). Nessas condições onde o recalque não faz barreira, o corpo passa a ser objeto de angústia, já que a imagem que o sustentava e o protegia claudicou. O sujeito não sabe lidar com o frêmito que vem do corpo, não sabe se servir dele nem apaziguá-lo, isto porque a fantasia não vem em socorro do jovem adolescente tapando o buraco aberto pela hiância do objeto.

É a fantasia através da conjunção das duas correntes (a terna e a sensual) que permite ao sujeito se situar na partilha dos sexos e ir de encontro ao objeto e o fim sexual. No texto sobre a fantasia “Bate-se numa criança,” Freud (1919/1976b, p. 241) diz que “... compele o homem, provavelmente sózinho entre todos animais, a iniciar duas vezes a sua vida sexual, primeiro, como todas as criaturas, na primitiva infância e depois, após uma longa interrupção, uma vez mais na puberdade ...” Para Freud, a puberdade traz consigo uma normalização da vida sexual do sujeito que se origina da estrutura edípica. Isto é, como a fantasia e o desejo se inserem no complexo de Édipo, é a sua elaboração, ou não, que viabilizará o tipo de resolução para o sexual. Se o recalque não se mostrar eficaz, o corpo e os atos trarão a marca do incesto.

O Édipo freudiano é triangular, mas Lacan nos mostra que um quarto termo é fundamental para situar o além da rivalidade do filho com o pai pela mãe, o elemento simbólico que opera a castração do filho ao interditar que ele goze da mãe e que esta goze dele. O quarto termo, o falo, como objeto do desejo materno (o desejo do Outro) no qual a criança se constitui no primeiro tempo edípico, pela intervenção do significante paterno passa do “ter sido objeto do desejo do Outro” para “o querer ter o falo.” Essa dialética entre ser e ter, na qual a criança deixa de ser objeto do desejo materno para ser como o pai, abre não só o campo do Ideal do eu, como funda o sujeito desejante. A báscula que vai se dar nesse movimento responderá por uma agressividade narcísica quando o sujeito se vir ameaçado na sua posição subjetiva. Quando essa agressividade for ausente ou deixar de apresentar contornos limitados, tanto em relação ao próprio corpo como ao do semelhante, o fracasso do recalque em relação às pulsões sexuais, a inoperância da função paterna e a não constituição do corpo como corpo sexuado serão denunciados.

O que se quer dizer com o corpo tomado como real é que ele é considerado como uma coisa entre coisas, não tem estatuto de corpo simbólico, um corpo para mim, um corpo de prazer. O corpo não é simbolizado porque a perda primordial do objeto não foi simbolizada, restando ao corpo o lugar do objeto real: o estranho. Lacan ressitua as colocações

freudianas a respeito de um estranho amor no auto-erotismo e um primitivo ódio anterior a este. Esse ódio e amor anteriores ao espelho, ao narcisismo, respondem pela indiferença com que um sujeito pode deixar destruir o seu próprio corpo sendo a ausência de agressividade um forte indício de psicose.

Freud designa o ódio como mais antigo que o amor porque assinala com o “eu odeio” o assassinato da coisa - Ding, como o primeiro objeto hostil, o estranho, o real que tem de ser excluído. Esse ódio primitivo não se coloca no campo da paixão, do narcisismo, é anterior ao espelho, é a forma de Freud situar a expulsão primordial, essa perda disso que se era como objeto. Eu odeio o objeto mau, estranho, hostil, que é lançado fora, eu o cuspo, corresponde na estrutura ao momento em que se constitui o primeiro fora, o fora para si. A ação -eu cuspo- essa expulsão do objeto mau: o objeto cuspidor ocorre porque um pensamento sobre ele instaurou a sua dimensão simbólica. Esse pensamento designa a marca de um vazio, que permite um fora e um dentro para mim, o ódio sendo o equivalente da perda do objeto. Já o objeto dentro de mim é o objeto amado que corresponde ao que Freud (1925/1976a, p. 297) designa com afirmação primordial (*Bejahung*), e que Lacan situa como o sujeito alienado no espelho fora da lei, a dimensão do amor sem limites, da incorporação oral do pai anterior a toda relação de objeto.

É preciso que eu me desprenda desse primeiro fora para constituir-me como sujeito de uma falta, isto é, para que ocorra a perda do primeiro objeto-coisa, o objeto hostil, primeiro real que pela expulsão se torna indiferente. Se não houver expulsão, não há fora para mim, nem uma realidade para esse real hostil. É o julgamento de existência - um pensamento que pode decidir sobre a existência de um objeto - que permite ter um corpo imaginário e simbólico e, portanto, um corpo na realidade psíquica. O julgamento de existência implica o recalque originário que responde pela marca simbólica do corpo; que esvazia o gozo do corpo permitindo imaginarizá-lo num espaço fora, espaço da realidade psíquica, onde ele se situará no espaço demarcado pela fantasia. É a fantasia ao lado do significante paterno que modulará o grau de agressividade,

impedindo a ferocidade do super-eu; o corpo do outro, assim como o próprio, não poderá ser tomado como objeto de destruição. Desse modo, se a intrusão do outro, do rival, for acompanhada de uma indiferença ou de uma agressividade desmedida que coloca em risco a integridade do corpo, estamos diante de um índice diagnóstico da falência paterna, porque ali não houve um representante-representação do corpo. Esse corpo se constituiu ao modo do amor do auto-erotismo sem que tenha passado pelo ódio simbolizante, há uma inscrição sem perda, o que quer dizer que o objeto está inscrito em mim sem que eu saiba (Ariel, 1993, p. 92). O corpo aí é tomado como resto, como envelope ou como casca que pode cair, deixando antever a falha no revestimento narcísico do eu. É por isso que podemos assistir horrorizados a rituais que infligem intensa dor, jogos perigosos ou mesmo brigas em que os adolescentes se espancam como se seus corpos não fossem de carne e osso ou não existissem. Com o corpo aprisionado ao real, o jovem não reage ou detém a ação de destruição, não se percebe nenhuma compaixão ou sofrimento, seu corpo está como que dissolvido no mundo. A ausência de agressividade frente à intrusão do semelhante aponta para o corpo como real e para a psicose. Esses jovens podem até andar com bandos, estar no meio da turma, mas o único laço social de que são capazes é com as palavras. No texto *O inconsciente*, Freud (1915/1974) aponta que a transferência com a palavra é a única possível na psicose, em particular o esquizofrênico, que vivendo num mundo de objetos reais, trata a palavra como coisa, e todo o objeto como coisa, inclusive seu corpo. Assim nos desenhos, nos diários e nas redações escolares aparece esse mundo de relações entre objetos sem que se defina um sentido que não seja o do despedaçamento ou da morte colocada como aspiração ideal.

Em relação à obsessão com a forma perfeita, quando a defesa do recalque funciona, esse sintoma na adolescência refere-se mais à preocupação com a rejeição do semelhante da imagem e o medo da perda do amor do Outro. Acompanhada muitas vezes de excessos com regimes, esportes e moda, ela tem seus contornos limitados, pois não impede o jovem de realizar as tarefas próprias da idade, até mesmo quando apare-

cem os sintomas histéricos típicos da relação com a imagem, como bulimia e anorexia. Se contudo ela é acompanhada de atos ou rituais que infligem dor, humilhação ou risco de vida deve ser cuidadosamente considerada, pois o corpo pode estar sendo tratado como objeto real. Nesses casos ocorre uma dismorfobia, isto é uma vivência delirante do corpo em que o sujeito não se deterá em fazer com que o que foi rejeitado passe pelo equivalente perceptivo na realidade. Nesse sentido qualquer dor, lesão ou mutilação são utilizados para fazer acontecer na realidade, a fantasia, podendo até aparecer o pedido de um ato cirúrgico para a transformação do corpo. É totalmente diferente um adolescente dizer que o que detesta no nariz é que quando se olha no espelho vê o nariz da mãe daquele que, ao modo de Frankenstein, persegue um corpo ideal, com a crença de que aquele monte de atributos possa dar uma resposta ao seu ser ou ainda daquele que se sente perseguido pelo olhar do Outro, que denuncia o gozo que o ódio simbolizante não pode extrair do seu corpo e, para aplacar sua angústia, acredita que um ato cirúrgico possa ser a solução.

Portanto, para além dos índices que aparecem no campo da linguagem, é preciso prestar a atenção para o modo como o corpo do púbere se torna uma inquietante estranheza, junto com a angústia crescente que conduz aos atos que implicam riscos de morte, mesmo que mascarados. Esta é uma forma de se antecipar ao suicídio como único apelo possível nesse momento de pane na existência.

Dias, S. (2000). The Body Feeling of Strangeness and the Diagnosis in Adolescence. *Psicologia USP*, 11 (1), 119-135.

Abstract: The text approaches the adolescence to a moment when transformations happen on one person's relation with its body and love and social ties. At this stage, Freudian theory brings out two big transformations: a new sexual goal and the choice of the sexual object beside a new sexual excitement from what the person cannot escape. That is the moment when, beside the risk of breakdown, there is a tendency to act as a solution for the impasses. This acting comes from the discovery

that the body becomes a stranger. The first childhood's familiar body is lost and, in its place, it appears a discomfort towards the body. The impossibility of mourning over the lost body as well as the loss of the ideals and the separation from the parents takes it to a higher rate of death's tempt, many times covered by games and risking acts of the adolescents. Seeing the way in which this body becomes strange and source of anxiety, it allows establishing diagnostic signs. These signs may permit an anticipation of an action that takes to the worst on account of an outcome of a psychosis, many times confused with a common age narcissist crisis.

Index terms: Adolescence. Physical development. Sexual identify.

Diagnosis. Psychosis. Oedipal complex. Agressiveness.

Referências Bibliográficas

- Alberti, S. (1996). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Alberti, S. (1999). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo*. Rio de Janeiro: Marca D' Água.
- Ariel, A. (1993). *La psicosis*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens.
- Delaroche, P. (1996). Do falo ao sexo e vice-versa. In *Mais tarde é agora: Ensaio sobre a adolescência*. Salvador, BA: Agalma.
- Dias, S. (1999). *Paixões do ser: Uma captura monstruosa*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Freud, S. (1972). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (J. Salomão, trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Freud, S. (1974). O inconsciente (J. Salomão, trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1915)
- Freud, S. (1976a). A negativa (J. Salomão, trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1925)
- Freud, S. (1976b). Uma criança é espancada: Uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais (J. Salomão, trad.). In *Edição standard brasileira das obras*

A Inquietante Estranheza do Corpo e o Diagnóstico na Adolescência

psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919)

Hamad, N. (1999). O sauvageon não tem medo do lobo. In *Adolescente e a modernidade I*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Lacan, J. (1985). *Seminário III: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998a). A agressividade em psicanálise. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. (Originalmente publicado em 1948)

Lacan, J. (1998b). O estádio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1949)

Lacan, J. (1998c). Juventude de Gide ou a letra do desejo. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1958)

Rassial, J. J. (1997). *A passagem adolescente: Da família ao laço social*. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.

Schermann, E. (1996). Em nome do pai: Adolescência e morte. In *Adolescência*. Rio de Janeiro: Kalimeros.

Tubert, S. (1999). O enigma da adolescência: Enunciação e crise narcisista. In *A adolescência e a modernidade I*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

Victora, L. G. (1997). Entre o céu e o inferno. In *Adolescência: Entre o passado e o futuro*. Porto Alegre, RS: Artes e Ofício.

LEITURA E DIAGNÓSTICO DO SINTOMA ORGÂNICO¹

Renata Volich Eisenbruch²

Psicanalista, doutora pela Universidade de Paris

A psicanálise sublinha a subjetividade do corpo, dos afetos que o habitam, particularmente a angústia. Angústia enquanto afeto que participa das flutuações do nosso corpo. Afeto que mobiliza o corpo. O diagnóstico de certas patologias orgânicas não se faz pelo scanner mas pelo discurso. Referir-se à linguagem ao tratar da psicopatologia e do tratamento psicanalítico é essencial pois o sintoma não é indiferente ao discurso, o sintoma pode ser abordado pelo discurso. Se escolhermos falar do corpo que é atingido pela patologia orgânica nos reportamos ao fato que o corpo vivente não existe sem as incidências do inconsciente sobre ele. Isso nos conduz não somente às coordenadas do gozo do corpo mas também do desejo inconsciente enquanto vetor que parte do Outro materno e pode irromper no real do corpo da criança. A patologia da criança nos permite verificar o que está em questão no infantil. O sintoma é também o elemento que para cada ser, na sua singularidade, se subtrai da homeostase que o simbólico pode oferecer. O mistério da doença orgânica indica que o modelo resultante da estatística, como demonstram manuais de diagnóstico, é um certo resultado de cálculos do qual os indivíduos que encontramos numa clínica psicanalítica se afastam. É nisso que consiste sua subjetividade. A infelicidade estatística de cada patologia nunca fornece a soma das tragédias individuais.

Descritores: Distúrbios. Manual diagnóstico e estatístico. Angústia. Afeto. Inconsciente. Psicopatologia da criança.

-
- 1 Durante a elaboração deste texto soube do falecimento de Joël Dor. Durante anos Joël Dor dirigiu minha tese de doutorado e me orientou em direção a questões que contribuíssem com elucidações preciosas da clínica psicanalítica. Dedico este texto à sua memória.
 - 2 Endereço para correspondência: 28 Ocean Avenue - Double Bay – Sydney – NSW 2028 - Austrália. E-mail: rve@ibm.net

Desenvolveremos uma questão que nos preocupa enquanto psicanalistas e cuja forma inicial se articula da seguinte maneira: como pode o sinal de uma doença orgânica, que às vezes se mostra devastadora, jogar como engodo na escuta analítica? Em outras palavras, como o analista que está na escuta atenta da evolução de determinada doença, deixa de tornar-se o analista de um paciente e permanece imobilizado pelo signo da doença orgânica?

Para tentar situar os diversos debates que ocorrem hoje em dia em torno do orgânico e do psíquico, analisaremos a maneira de conceber o tratamento em uma certa abordagem psicanalítica e mencionaremos a questão do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM IV* (1995). Manual que exerce, com sua semiologia bem particular e sistemática, uma influência considerável sobre a prática clínica contemporânea.

Reconhecemos que o Manual de Diagnóstico e de Estatística denota uma pesquisa comum utilizável em diversos países, mesmo se, de fato, é a Associação Psiquiátrica Americana que dele faz uso. Cabe fazer a mesma observação a respeito do *CID-10 Classificação internacional de doenças e de problemas de saúde conexos* (1996/1997)- enquanto classificação européia. A semiologia médica é incontornável no que diz respeito ao prognóstico e ao tratamento de certas doenças. Se falamos nesses manuais como sendo uma referência para nossa época é porque é preciso saber lidar com eles, o que não significa necessariamente opor-se a eles ou endossá-los.

No entanto, a experiência adquirida a duras penas no contato com os pacientes parece perder seu valor num manual de diagnóstico. Com efeito, este visa homogeneizar os critérios diagnósticos, o que implica que sejam tão objetivos quanto possível. Nele, a interpretação subjetiva não encontra lugar.

Pelo viés desses manuais, há supressão não apenas da noção de causalidade psíquica, mas também das noções de mecanismo de defesa e de conflito, além da não validação daquilo que o sujeito relata, de seu discurso com suas produções fantasmáticas. O que sobra então da sensi-

bilidade ao equívoco ou do significado pessoal do enunciado verbalizado pelo indivíduo?

Retornemos à psicanálise. Certos distúrbios orgânicos estão mais no terreno da economia psíquica que do sintoma médico. Falamos de um corpo que não se diagnostica através do “scanner” mas através do discurso. Muitas vezes o sintoma deve ser considerado como uma metáfora cujo significado está ausente para o sujeito consciente.

Quando falamos do inconsciente em psicanálise, falamos do discurso que falta ao sujeito. É o discurso perdido, discurso que não se encontra de imediato à disposição do sujeito.

A palavra é aqui expulsa do discurso concreto que ordena a consciência, mas ela encontra seu suporte ... nas funções naturais do sujeito, caso uma espinha orgânica nele provoque o rasgo de seu ser individual até sua essência, que faz da doença a introdução do ser vivo em sua existência ... (Lacan, 1953/1966b, p. 280)

Um indivíduo pode se queixar, num dado momento do tratamento, de não poder ir para lugar nenhum, de estar aprisionado por sua doença. Ou então, seguindo a classificação do *DSM IV* falaríamos em certos casos de síndrome do pânico. Alcançar a libertação do sujeito em sofrimento num cenário dramático - que se agencia em torno de significantes não disponíveis ao sujeito - permanece a tarefa problemática.

Lembramos que nossa abordagem pressupõe que o sintoma orgânico seja indissociável do sujeito que o manifesta. A doença não pode naturalmente ser concebida sem a idiosincrasia de cada doente. O inconsciente é também a insistência irreduzível do desejo que se apresenta ao sujeito usando os meios singulares à sua disposição.

O fato é que esse mal-estar que concerne o inconsciente pode impor constrangimentos cada vez mais fortes à vida do indivíduo. No caso de certas doenças orgânicas é como se seu corpo não lhe pertencesse mais. O corpo pode se tornar o suporte de um gozo deletério que é heterogêneo ao simbólico, a incarnação de uma marca que a palavra não pode articular

nem metaforizar para aliviar os sintomas orgânicos. Uma intrusão que progride às custas da exclusão significativa.

Nem se trata de um dito um dia disponível e depois esquecido. É um dito que pode nunca ter se encontrado à disposição do indivíduo afetado pela doença. No caso clínico, ressalta-se que um sintoma pode não parar de ser alimentado e pode se mover, a posteriori, na direção de outras afecções orgânicas.

Mencionamos acima a síndrome do pânico. Pânico como se o indivíduo pudesse se perder no anonimato da rua, no desespero³, impotente na falta de um suporte simbólico segundo uma leitura psicanalítica.

O sistema Cs se protege agora contra a ativação da representação de substituto pelo contra-investimento do meio, como se estivesse anteriormente assegurado, pelo investimento da representação de substituto, contra a emergência da representação recalçada. ... por todo o mecanismo de defesa mobilizado, uma projeção do perigo de pulsão para o exterior foi obtida. O ego se comporta como se o perigo do desenvolvimento da angústia o ameaçasse, não a partir de uma moção pulsional, mas a partir de uma percepção, e é portanto levado a reagir contra esse perigo externo pelas tentativas de fuga fóbicas. (Freud, 1915/s.d., p. 225)

A psicanálise salienta a subjetividade do corpo e dos afetos que nele habitam, principalmente a angústia; a importância que o sujeito dá à sua patologia e às circunstâncias dos efeitos patógenos. A angústia reside também na relação vital quando o sujeito se depara com o desejo inconsciente. Desejo que apresenta uma perplexidade diante de seus efeitos. Angústia que nos concerne na medida em que ela está associada com o

3 ... é a perturbação econômica decorrente do aumento das grandezas de estímulo requerendo liquidação, esse fator é portanto o verdadeiro núcleo de “perigo” ... o perigo da carência de ajuda psíquica corresponde na vida à época da imaturidade do ego, como o perigo da perda de objetos à ausência de autonomia nos primeiros anos da infância, o perigo da castração à fase fálica, a angústia do super-ego aos tempos de latência. Mas todas essas situações de perigo e condições de angústia podem no entanto persistir ao lado uma da outra e induzir o ego à reação de angústia, mesmo em épocas posteriores às épocas adequadas ... Freud (1925/1992, p. 253, 257).

que prevalece no inconsciente, o que na angústia é efeito da verdade do desejo.

A verdade do desejo inconsciente adquire freqüentemente uma figura paradoxal perante a psicopatologia. Paradoxo que sublinha o caráter errático e excêntrico do desejo. Paradoxo frente a um corpo que goza de si mesmo. Partindo da demanda de cura em relação à patologia orgânica nos confrontamos com a fissura que existe entre demanda e desejo. O paradoxo reside no fato que a demanda de cura pode ser diametralmente oposta ao que deseja o sujeito.

A situação analítica implica uma escuta da queixa somática do doente ao mesmo tempo em sua conotação corporal imaginária - o que não é uma subestimação da “realidade” da doença orgânica - e sob o ângulo da relação com o real. O aspecto fundamental é, do ponto de vista da psicanálise, permitir-lhe produzir seu próprio saber ao articular o que ocorre no nível do inconsciente - esse discurso que falta ao sujeito - dando-lhe a possibilidade de remanejar o sintoma.

Freud salientava a importância de levantar o recalque, que identificava como sendo a pedra angular da vida psíquica, como protótipo do inconsciente. Lacan, por sua vez, falava em reengajar o real, em torno do qual se constituem as representações inconscientes. Em um segundo tempo de sua obra, Lacan propõe que o sintoma seja o que existe de mais real. O sintoma orgânico revela um encontro com esse real, lá onde há uma impossibilidade em representá-lo.⁴

O sujeito é intimamente implicado na interpretação do sentido que ele dá ao que ocorre. “O saber inconsciente é de fato suscitado pelo analista na transferência, mas ninguém senão o analisando é seu detentor” (Dor, 1990, p. 41).

4 “A distinção se realiza entre o que está incluído na relação narcísica e o que não está. É na junção do imaginário com o real que se localiza a diferenciação” (Lacan, 1978, p. 122).

A verdade é uma verdade que retorna através da falha de um saber absoluto, esse saber absoluto, sem equívoco, que às vezes a medicina reivindica. É no entanto necessário não confundir a medicina com o médico pois cada médico pode ter sua própria maneira de conceber a patologia. Sempre se deve desconfiar da generalização. Cada médico é tomado à sua maneira pela angústia de sua própria morte e da do outro, reagindo com seus próprios mecanismos de defesa. É preciso ressaltar que, nessa dialética, o recurso a um diagnóstico estereotipado serve de defesa para tratar uma crise.

De onde provém a tendência geral e constante em conceber a cura como fim de uma perturbação e volta à ordem anterior, como o mostram todos os termos com prefixo *re* que servem para descrever o processo: restaurar, restituir, restabelecer, reconstituir, recuperar, recobrar, etc. (Canguilhem, 1978, p. 15)

Por trás da “crise” se desvenda o tema de cada sujeito. Se escolhermos falar da criança doente, essa criança pode atualizar a verdade do Outro materno como campo organizado do simbólico no qual está inserida. É nesse campo que sua demanda de amor começou a se expressar. Trata-se do lugar que a criança, cujo corpo está em questão, vem a ocupar frente ao Outro materno.

As produções psíquicas da mãe definem sua relação com a criança. Ora, se de um lado a criança deve interessar o fantasma da mãe para que ela possa investir nesta criança, por outro lado é preciso que a criança posteriormente se dissocie desta posição que ela ocupa no fantasma materno.

Entre a criança e a mãe há o desejo que circula. A existência desse desejo depende, no início, das experiências de necessidade que visam o objeto a fim dele se satisfazer e, por outro lado, das experiências de falta que a mãe é capaz de introduzir. Na criança a função dos órgãos não está dissociada entre o que se passa entre o significante e o enigma do desejo do Outro materno. A função e finalidade de um órgão não tem uma relação unívoca. Passando por um registro significativo, os órgãos são toma-

dos na dialética do desejo que opera no inconsciente, dialética que transforma o real da carne em órgão como significante.

Referindo-nos à experiência clínica podemos testemunhar o panorama inquietante em que a criança pode submergir a fim de dar consistência a este desconhecido que é o desejo materno, em uma tentativa de satisfazer este desejo inconsciente da mãe, às vezes ao preço da sua própria vida. Em casos extremos este movimento pode conduzir a uma parada da função do órgão com uma consequência fatal.

A criança que responde ao enigmático desejo materno pelo sintoma orgânico fica suspensa no fantasma que através do somático põe em valor o gozo. O corpo torna-se o teatro de seu fantasma. Fantasma que faz uso de uma “falha” no corpo para obter direito à expressão. A atividade fantasmática pode então encontrar um campo fecundo no corpo através de efeitos patogênicos.

Este fantasma que atua na psicopatologia e que acompanha o sujeito a cada momento permanece despercebido até que ele se construa durante o tratamento. Fantasma que se interpõe entre o sujeito e a realidade.

Trata-se então de afastar uma certa impossibilidade de articular o dito que o fantasma contém em si. As articulações que se operam sobre o fantasma, em torno da gramática, em torno do movimento do verbo entre o passivo e o ativo, em torno do equívoco, podem inflectir passo a passo o ganho obtido sobre o sintoma. O processo que atua assim consiste em endereçar a fixação do gozo que constitui o sintoma orgânico em uma outra distribuição menos perniciosa. A operação sobre o fantasma engaja o sujeito na fala transferencial que ofereceria outras vias de satisfação para o sujeito.

“O que foi, para aquela criança, sua mãe e aquela voz por onde o amor se identificava aos comandos do dever?” (Lacan, 1958/1966c, p. 749).

Sem que a mãe tenha disso qualquer conhecimento, ao encarregar a criança da missão de curá-la, muitas vezes curá-la de sua depressão - a criança como remédio, trazendo a possibilidade de resituar o lugar da

mãe, de reconstituir o voto inconsciente da mãe -, o inconsciente materno, no movimento que ele promove em relação à criança pode ter êxito. A partir disso, o inconsciente poderia assumir um papel essencial na penosa doença orgânica que pode ocorrer na criança que se encontra em dependência em relação à mãe. Certos sintomas orgânicos podem ser portanto, por um lado uma irrupção da verdade que reside no inconsciente maternal e, por outro lado, uma fuga de sentido. Verdade que anima o sujeito e que: "... se revela complexa por essência, humilde em seus ofícios e estrangeira à realidade, insubmissa à escolha do sexo ..." (Lacan, 1955/1966a, p. 436).

O mistério da doença orgânica indica que o modelo resultante da estatística é um certo resultado de cálculos do qual os indivíduos que encontramos numa clínica se afastam. É nisso que consiste sua subjetividade. A infelicidade estatística de cada patologia nunca fornece a soma das tragédias individuais.

O afeto, particularmente a angústia, pode vir ao corpo. Ela mobiliza e faz o corpo se expressar. Refrear a angústia, mesmo na prática medicamentosa, não a faz diminuir. Não elimina tão pouco a causa que ela sinaliza.

O doente cria a doença pelo próprio excesso de sua defesa e a importância de uma reação, que o proteja menos que o esgota e o desequilibra. Os remédios que negam ou estabilizam ganham então terreno sobre todos os que estimulam, favorecem ou sustentam. (Dagognet, 1964, p. 310)

Na neurologia e nas neurociências os pesquisadores tentam encontrar cromossomos responsáveis pela psicose, pelos distúrbios do delírio, pela angústia na neurose. Raciocinam como se uma retificação específica do cromossomo pudesse dissipar o peso da loucura, o peso da angústia bem como a carga paralisante da psicopatologia.

Seguindo a idéia freudiana conforme a qual a doença seria uma forma de satisfação procurada, um certo benefício, o procedimento analítico propõe ao sujeito um outro benefício lhe permitindo sair de sua condição de doente. Esse benefício é a fala. Uma fala que, por sua capacidade em se prestar ao equívoco, se abre a várias significações, a uma

pluralidade de sentidos que permite que o inconsciente seja permeável ao discurso. Fala que tem efeitos sobre o corpo.⁵

Confrontados aos impasses de nossa prática clínica, defrontamo-nos à questão de tornar possível o desdobramento de um sintoma sob transferência em vez de permanecermos paralisados pela doença orgânica.

O sintoma deixará o sujeito aberto ao aspecto enigmático da doença. A transferência é o que transforma o sintoma ao tratá-lo como um enigma. O sintoma aparece como uma teoria enigmática, como uma lei particular que não pode ser abordada senão de maneira singular, uma por uma.

Como gerir a relação entre a patologia real que pode destruir o corpo que nos surpreende, e a versão que se tem do gozo corporal? Como faz o sujeito para arbitrar a relação entre as duas?

Na sombra de certas doenças orgânicas, por mais reais que sejam, além de tudo o que o médico pode delas dizer, esse mesmo médico, com seu saber médico, cozinha em fogo brando o gozo corporal. Há um encontro no corpo entre a doença orgânica real e a estratégia do gozo corporal.

Na criança, o gozo da doença orgânica pode se manifestar antes mesmo que o poder da fala se institua. Como se o corpo da criança assumisse o que a fala ainda não pode expressar.

... ao que a descoberta de Freud nos envia, é à enormidade dessa ordem na qual entramos, para a qual de certa maneira nascemos uma segunda vez, ao sair do estado justamente denominado *infans*, sem fala: ou seja, a ordem simbólica constituída pela linguagem, e o momento do discurso universal concreto de todos os sulcos por ele abertos naquela hora, onde vemos que nos alojar. (Lacan, 1957/1966f, p. 445)

5 “O caso da lingüística é mais sutil pois deve integrar a diferença do enunciado à enunciação, o que se revela ser, dessa vez, a incidência do sujeito que fala, (e não o sujeito da ciência). É por isso que vai se concentrar em outra coisa, ou seja a bateria do significante da qual se busca assegurar a prevalência sobre os efeitos de significação. ... O que se pode dizer é que se vai muito longe na elaboração dos efeitos da linguagem ...” (Lacan, 1965-1966/1966, p. 860).

Em certos casos, a doença orgânica deve ser situada do lado do sujeito em relação à falta de ressonância do significante no que diz respeito ao corpo onde ele habita. O corpo, doente dessa falta de ressonância, não permite ao sujeito estar nele representado, a doença zomba do simbolismo, o gozo sendo uma consequência possível desse defeito de ressonância.

Se a medicina toma a doença como signo, a clínica psicanalítica, graças à transferência, permite a esse signo tornar-se um significante sob transferência.

Frente a doenças como a asma, o eczema, a anorexia ou outros sintomas que pedem uma consulta, a gravidade das afecções nos indica a necessidade de uma articulação entre o aspecto biomédico e a psicanálise.

Essa questão concerne a demanda do doente.

Quando o doente é encaminhado ao médico ou quando o procura, não digam que simplesmente espera dele a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente ... vem às vezes pedir-nos que o autentiquemos como doente ... que o tratemos da maneira que é para ele conveniente, e que lhe permita continuar sendo um doente bem instalado na sua doença ... isso, para lembrar-lhes o significado da demanda ... e introduzir ... a estrutura da falha que existe entre a demanda e o desejo. (Lacan, 1966d, p. 767)⁶

Assim, a psicanálise carrega em seu coração a questão do gozo que pode ser mortífero – a questão do desejo inconsciente, e o trabalho dos mecanismos significantes, entre outros.

Significante que tem toda uma autonomia em relação ao significado, toda uma liberdade que se revela pelo desdobramento da fala. Essa lógica motiva nossa pesquisa no sentido em que, conforme o uso do significante, certas doenças orgânicas poderiam sofrer alguns avatares. “O

6 Palestra feita por Lacan na mesa redonda *O lugar da psicanálise na medicina*, em 1966, tendo como Presidente J. Aubry e como participantes H. P. Klotz, G. Raimbault, M. P. Royer e L. M. Wolf, publicada em *Cahiers du Collège de Médecine*, 7 (2), p. 767, 1966.

corpo, ao levá-lo a sério, é primeiramente o que pode carregar a marca capaz de atribuir-lhe um lugar numa sequência de significantes. A partir dessa marca, torna-se suporte da relação, não-eventual mas necessária, pois escapar-lhe ainda é suportá-la” (Lacan, 1970, p. 61).

Há doenças que podem se tornar uma identidade para o sujeito, uma tentativa de encontrar uma “consistência” corporal. O sujeito é representado pelo órgão doente, como se o órgão pudesse dar uma requalificação.⁷ Como se a doença tomasse o sujeito por objeto. Uma vez diagnosticada, o nome, significante da doença, pode estabilizar o sujeito atribuindo-lhe uma identidade. Tal dialética coloca o sujeito em uma relação onde não há mais palavras.

Freud discorre sobre a função egoica do órgão, o aspecto do corpo que permite encontrar um dispositivo operante pelo qual o ego encontra uma consistência. A função “egoica” do órgão que permite ao ego, segundo a leitura de Freud, encontrar uma densidade ontológica em relação ao órgão. O órgão será escolhido afim de dar um fundamento ao ego, lá onde a dor encontrará sua dinâmica que entrelaça o psíquico e o orgânico. Nesta concepção de “organ ich funktion” função egoica do órgão, vem a se inscrever a função da psique que anima o sujeito.

Nós adquirimos a idéia que a função egoica de um órgão é danificada quando seu erotismo, sua significação sexual, aumenta ... Uma vez que a escritura, que consiste em fazer correr de um tubo um líquido sobre um pedaço de papel branco, adquiriu sua significação simbólica de coito ou uma vez que o andar torna-se o substituto simbólico da marcha sobre o corpo da terra mãe, então a escritura e a marcha são ambas abandonadas pois é como se executasse a ação sexual proibida. (Freud, 1925/1992, p. 208)

7 “As palavras da medicina tornam-se, uma vez que são escritas em latim ou exibem raízes grego-latinas, ou ainda reenviam a um nome próprio- aquele que forneceu o nome a esta doença- o meio para que o ‘doente’ crie um nome para o seu sintoma e ilustre o nome pelo sintoma. Participa-se assim de uma ‘antonomásia’- retórica que faz de um nome próprio sua coisa” (Assoun, 1997, p. 91).

Referir-se à linguagem ao tratar da psicopatologia e do tratamento psicanalítico, é essencial pois o sintoma não é indiferente ao discurso. Mesmo se o sintoma governa por seus próprios meios visando seus próprios fins, o sintoma pode ser abordado pelo discurso. “... É preciso de tempo, é o ser que solicita o inconsciente para a ele voltar cada vez que for necessário” (Lacan, 1970, p. 78).

E o inventor da psicanálise nos lembra que:

... um estado de doença doloroso e febril exerce, enquanto dura, uma influência potente sobre a repartição da libido. ... a lesão corporal simultânea, por seu lado, ligaria o excedente de excitação recorrendo a um sobreinvestimento narcísico do órgão doente ... (Freud, 1920/s.d., pp. 304-305)

Na doença orgânica, há uma ancoragem no sofrimento que é preferível a uma mudança percebida como insuportável renúncia. Esse fenômeno torna o trabalho psicanalítico um tanto penoso.

Aliás, existem pais que não conseguem estabelecer uma relação com a criança senão pela via da doença e dos distúrbios somáticos.

A psicanálise parte do sintoma histérico e mostra seu significado simbólico. O distúrbio que concerne a doença orgânica reporta a um outro significado, a possibilidade de inserir o sintoma numa “lógica” do inconsciente.

Cada homem, cada um de nós, responde a um dos inúmeros ensaios pelos quais as “razões” da natureza se lançam à conquista da existência, conclui Freud em seu estudo sobre Leonardo. Tudo ocorre como se, em função das aberrações, dos absurdos, das mentiras, das contradições nas mensagens que atingem a criança para se inscrever em seu inconsciente, a doença psicossomática pudesse se definir como substituto de uma impossível resposta à desordem secundariamente desvendada dos significados da história. ... A um mito aberrante mas silencioso opõe-se, pela não-dor ou o não-mórbido, o desejo amortecido a custa de um compromisso anestesiante ... (Perrier, 1967, p. 198)

O inconsciente, que faz sinal ao sujeito pela sua manifestação, revela que, no combate regrado pela lógica do desejo, é a causa deste que prevalece sobre o sujeito.

No que concerne a doença orgânica, é preciso certamente levar em consideração certas reações complexas, não somente psíquicas mas também orgânicas.

No entanto, o sujeito pode estar pronto a tudo sacrificar para gozar,⁸ inclusive seu corpo e seus objetos de amor. A própria angústia é um afeto que denota o que do desejo aponta em direção a uma satisfação inconsciente muitas vezes deletéria.

A doença tem uma função denunciativa, reveladora. O sintoma social se concebe quando há uma desordem da subjetividade. O próprio Freud aborda o tema de toda uma problemática entre o social e o inconsciente. O homem moderno parece estar disposto a tudo para gozar.

A civilização que exige bastante da criança que resta em cada um de nós, pode ser concebida como um prolongamento dos órgãos ligados à angústia que se faz presente frente à irrupção da presença opressiva do outro, o próximo podendo representar a iminência intolerável do gozo.

As variações clínicas do patogênico são muito diversas.

Claude Bernard foi o primeiro a propor o conceito de um equilíbrio interno do corpo em meio a condições externas mutantes, um conceito que, mais tarde, será conhecido pelo nome de homeostase. A noção de independência do meio interior em relação ao meio exterior torna-se cada vez mais complexa. A ordem do que é chamado homeostase segundo o neuro-fisiologista W. B. Cannon se refere às normas do funcionamento orgânico visando o restabelecimento do equilíbrio. No entanto, essas normas se referem a um certo saber absoluto, com certas constantes biológicas reguladas.

8 Em *L'agressivité en psychanalyse*, Lacan menciona a angústia no cruzamento das tensões, na tela de fundo contra a qual se revela a formidável fenda que rasga, até o fundo do ser, o homem liberto da sociedade contemporânea.

A realidade psíquica, na medida em que provém da fantasmagoria, que faz a mediação entre desejo e realidade, indica que é também o modo como um sujeito articula a causa de seu mal-estar que determina o sentido deste. É a abertura do mundo interno sobre a realidade externa. Ora, isto nos traz à questão da crença.

A psicanálise não pode se contentar com uma clínica do absoluto. Usamos nossa clínica pelo viés de um método heurístico, de um método de pesquisa, para aprender mais a respeito do sistema de crenças. Trata-se de destacar nomes, na lógica dos significantes, em relação ao sistema de crenças. No que diz respeito à estrutura, a crença se sustenta ou não em relação ao nome do pai. Essa crença determina a relação ao pai.

O sujeito é determinado por uma causalidade que, longe de ser linear, é uma combinatória se situando no campo da palavra. Essa combinatória dá sentido ao inconsciente.

O que volta a surgir no inconsciente é o desejo do Outro, cujo primeiro representante é a mãe. É perante a mãe que a criança experiencia dependência e também aflição. A questão do que a mãe enquanto objeto primordial poderia ter desejado se engaja em uma dinâmica que coloca o corpo em jogo através dos distúrbios funcionais cujas consequências subjetivas podem ser analisadas pelo intermédio das referências requeridas pela prática clínica e aí enraizadas.

Certas doenças orgânicas da criança podem garantir à mãe a ignorância de sua própria verdade íntima. De outro lado, ao tentar ser tudo para a mãe, uma criança pode chegar a tudo sacrificar por meio de seu corpo, pagando com uma doença orgânica.

Narcisismo do desejo?⁹ O amor de si se aplicando ao desejo que é do Outro.

9 Expressão usada por Lacan (1958/1966e) “Na posição de ou isso/ou aquilo pela qual o sujeito se encontra preso entre uma pura ausência e uma pura sensibilidade, não é de se espantar que o narcisismo do desejo se agarre imediatamente ao narcisismo do ego que é seu protótipo” (p. 733).

Um gozo que ultrapassa o sujeito é “dedicado” à mãe. Estamos frente a um superego maternal que traz a exigência de um gozo que escapa à fala e pode fazer cessar o poder desta. Superego que é situado pelo real do gozo, pelo imperativo deste, mais do que pelas proibições da consciência.

O sintoma orgânico tem todo um lado que manifesta a impossibilidade de escapar ao Outro. Isso posto, em vez de tomar o sentido do sujeito, o sintoma orgânico toma, em certos casos, o sentido do Outro materno.

Podemos portanto acercar o desejo como uma maneira de abordar o orgânico. O que está em jogo no desejo não deveria ser obturado pelas vias de manipulações fisio-biológicas.

A análise permitiria que o sujeito falasse em seu próprio nome - na sua falta de ser ligado ao desejo - e não como instrumento de gozo.

A interpretação analítica, em sua eficácia, pode modificar a posição subjetiva, e muda a relação do sujeito em relação à economia do gozo onde seu corpo está envolvido.

O inconsciente hospeda esse desejo imperturbável que desliza intato sob a palavra. O diagnóstico na psicanálise se faz também pela via do desejo. Do desejo problemático da histérica, que se identifica à mulher à custa de um desejo insatisfeito - porque supõe que a mulher sabe o que ela quer - até o desejo abolido do melancólico, passando pela mortificação do desejo no obsessivo - que brinca de esconde-esconde em relação a um mestre aproximando-se da morte para enganá-la no último instante - estamos frente ao gozo que se intensifica quando a defesa do desejo não opera.

Nunca será demais insistir no fato de que a psicanálise não pode tudo frente ao orgânico. O analista não entrega um certificado de término da doença orgânica. Não podemos assegurar tão pouco a erradicação da afecção. Seria um engodo sustentar o contrário de modo incondicional. Mesmo se obtemos somente uma diminuição da importância dessas afecções na vida do sujeito, ou uma simples diminuição das crises, teremos já

contribuído de maneira significativa para a vida de cada um. Façamos pois um voto que concerne uma “redistribuição” menos intrusa e menos deletéria do gozo. Que, em vez de gozar com um corpo doente, possa-se vir a gozar com as palavras.

Volich, E. R. (2000). Organic Symptom Diagnosis and Interpretation. *Psicologia USP*, 11 (1), 137-153.

Abstract: Psychoanalysis underlines the subjectivity of the body, the affects which can dwell in the body, particularly anxiety. The diagnosis of some organic pathologies cannot be made by the scanner but by the discourse. If we wish to talk about the body which is affected by the organic pathology, we come to the fact that the living body does not exist without the incidences of the unconscious in the body. This will lead us not only to the “jouissance” but also to the unconscious desire as a vector that starts from the maternal Other and can make an irruption in the child’s body. The symptom is also the part of the “jouissance” that for each one subtracts itself from the homeostasis that the symbolic can offer. The mystery of the organic pathology indicates that the patients we find in the clinic do not necessarily fit into the model, which results from statistical calculations. The statistical misfortune of each pathology does not represent each individual tragedy.

Index terms: Disorders. Diagnostic and statistical manual. Anguish. Affectionate. Unconscious.

Referências Bibliográficas

- Assoun, P. L. (1997). *Corps et symptôme*. Paris: Anthropos.
- Canguilhem, G. (1978). Une pédagogie de la guérison est-elle possible? *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 17.
- Dagognet, F (1964). *La raison et les remèdes*. Paris: PUF.

- Dor, J. (1990). *Interprétation, herméneutique et métalangage. Apertura, 4.*
- Freud, S. (s.d.). *L'inconscient*. In *Oeuvres complètes de Freud* (Vol. 13). Paris: PUF. (Originalmente publicado em 1915)
- Freud, S. (s.d.). *Au-delà du principe de plaisir*. In *Oeuvres complètes de Freud* (Vol. 15). Paris: PUF (Originalmente publicado em 1920)
- Freud, S. (1992). *Inhibition, symptôme et angoisse*. In *Oeuvres complètes de Freud* (Vol. 17). Paris: PUF. (Originalmente publicado em 1925)
- Lacan, J. (1966a). *La chose freudienne ou sens retour à Freud en psychanalyse* (pp. 401-436). In *Écrits*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1955)
- Lacan, J. (1966b). *Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse* (pp. 237-322). In *Écrits*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1953)
- Lacan, J. (1966c). *Jeunesse de Gide ou la lettre et le désir* (pp. 739-764). In *Écrits*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1958)
- Lacan, J. (1966d). *La place de la psychanalyse dans la médecine. Cahiers du collège de médecine, 7* (12).
- Lacan, J. (1966e). *Propos directifs pour un congrès sur la sexualité féminine* (pp. 725-736). In *Écrits*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1958)
- Lacan, J. (1966f). *La psychanalyse et son enseignement* (pp. 437-458). In *Écrits*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1957)
- Lacan, J. (1966g). *La science et la vérité* (pp. 855-877). In *Écrits*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1965-1966)
- Lacan, J. (1970). *Radiophonie in Scilicet 2-3*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1978). *Le séminaire Livre II: Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique psychanalytique*. Paris: Éditions du Seuil.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV*. (4a ed.). (1995). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (1996-1997). *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10* (3a ed.). São Paulo: EDUSP
- Perrier, F. (1967). *Le désir et la perversion*. Paris: Seuil.

O DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO¹

Maria Josefina Sota Fuentes Rodrigues²

*Núcleo de Estudos de Pesquisas Psicanalíticas da Psicose na Infância
Instituto de Psicologia - USP*

Investiga-se o tema da depressão desde o referencial teórico psicanalítico, na obra de Sigmund Freud, Jacques Lacan e de alguns de seus comentadores. O tema é inicialmente introduzido a partir da psiquiatria, campo desde onde o conceito de depressão, tal como é concebido na atualidade, veio surgir. São abordados, criticamente, o diagnóstico atual, a fragilidade da hereditariedade como hipótese etiológica principal, a insuficiência de “marcadores biológicos” e os limites da quimioterapia. Em seguida, o tema é abordado na psicanálise, onde se conclui que a depressão como categoria diagnóstica que responderia a uma causalidade única, não existe. Em contrapartida, nesse campo reconhecem-se, por um lado, a universalidade dos fenômenos depressivos, passíveis de manifestação em qualquer categoria nosográfica e, por outro, a melancolia como um quadro que se fundamenta não a partir da tristeza, mas de mecanismos psicóticos específicos.

Descritores: Depressão. Tristeza. Diagnóstico. Psiquiatria. Psicanálise. Freud, Sigmund. Lacan, Jacques.

A depressão na psiquiatria

Notadamente nas últimas décadas, a depressão tem sido um tema de grande destaque especialmente na psiquiatria. É surpreendente a

-
- 1 Artigo baseado na dissertação de Mestrado intitulada *Depressão: Da psiquiatria à psicanálise*, defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em julho de 1999.
 - 2 Endereço para correspondência: Rua Abílio Soares, 932 Paraíso - CEP 04005-003. E-mail: pepita@fs.com.br

quantidade de pesquisas, colóquios e publicações destinados a tratar do assunto que se desenvolveram nesse campo, bem como o alto investimento da indústria farmacológica na medicação antidepressiva, que vem lançando no mercado fórmulas quimioterapêuticas bastante “promissoras.”

O marketing na ocasião do lançamento de drogas como o Prozac, que não tardou em ser chamada de “pílula da felicidade,” não se limitava aos efeitos antidepressivos da droga, mas anunciava a chegada de uma nova era: a era da “psicofarmacologia cosmética,” tal como se refere o psiquiatra norte-americano Kramer (1994, p. 15), na qual bastaria uma pílula para modificar a personalidade, tornando-a compatível com as exigências do mundo capitalista.

O tema é com frequência levado ao grande público através da mídia que apresenta o problema como um assunto médico. É o psiquiatra quem detecta o problema, detém seu saber e sua solução. “A patologia deste final de milênio” (Biancarelli, 1998, p. 6) é como costuma ser anunciada, juntamente com índices epidemiológicos alarmantes que tenderiam a aumentar. É difundida como uma doença biológica, de origem preponderantemente hereditária e cujo principal tratamento seria a quimioterapia associada, em certos casos, à psicoterapia cognitivista, uma das poucas quando não a única considerada na literatura médica eficaz no tratamento da depressão. Com frequência, difunde-se a idéia de que a psicanálise seria inclusive contra-indicada, pois o engajamento na busca de um sentido conduziria o paciente a responsabilizar-se por uma “doença” da qual é na realidade vítima, isto é, pela qual não teria responsabilidade alguma e, com isso, sintomas da depressão tal como a culpabilidade tenderiam a agravar-se.

Essa “doença” é diagnosticada pelo psiquiatra a partir da presença de determinados sintomas que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade e que os manuais psiquiátricos mundialmente reconhecidos e atualmente em vigor (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV, 1995; Organização Mundial de Saúde, CID-10, 1996-1997) descrevem minuciosamente. Reservam um item

dentro da nosografia – os “Transtornos do Humor” (DSM-IV) ou “Transtornos Afetivos” (CID-10) – para designar aquilo que se costuma chamar de “depressão” ou “doenças depressivas.”

Além do humor deprimido (ou maníaco), a manifestação de determinados fenômenos tais como alterações no sono, alterações no apetite, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, culpa excessiva, pensamentos de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio, etc., definem o quadro nas suas subdivisões em Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares Outros Transtornos do Humor.

O DSM-IV informa que somente o diagnóstico de Transtornos do Humor Devido a uma Condição Médica Geral (quando decorrente de condições metabólicas, infecciosas, etc.) ou os Transtornos do Humor Induzido por Substância (decorrente de intoxicação ou abstinência), ambos classificados como Outros Transtornos do Humor, são baseados na etiologia, sendo que todas as demais classificações limitam-se à pura observação e descrição dos fenômenos sem nenhuma implicação etiológica. Ou seja, com isso o DSM pretende apenas descrever a realidade “tal como ela é” sem comprometer-se com nenhum pressuposto teórico.

No entanto, Sonenreich lembra que as doenças são conceitos nosográficos necessários aos médicos que lhes permitem analisar realidades clínicas, organizar o conhecimento e fazer observações de modo dirigido com o objetivo de orientar o tratamento e que, portanto, não podem ser pensados como entidades independentes do observador, de seu instrumental e sua doutrina. Enquanto o sofrimento é do doente, prossegue Sonenreich: “... a doença, conceito, sistema de avaliação, medicação, é do médico. ... [E por isso] não há razão de estranhar quando se fala em doença de Parkinson, doença de Basedow e tantas outras com o nome de autor que as conceituou” (1991, p. 3).

Portanto, por mais minuciosa e quantificável que seja a descrição dos fenômenos que compõe o quadro das “doenças afetivas,” ele não se isenta de pressupostos teóricos, e a pretensão “ateórica” dos manuais

acaba assim por revelar o caráter ideológico intrínseco à própria categoria nosográfica.

Sonenreich, questionando o conceito de doenças afetivas que pressupõe a alteração do humor como base do quadro, comenta que, na descrição dos sintomas, nenhum manual se limita às alterações afetivas e incluem alterações fisiológicas (perturbações no sono, apetite, fadiga, etc.) e cognitivas (lentificação ou aceleração do pensamento, idéias de culpa, morte e suicídio, falta de concentração, etc.).

Além disso, tal como se observa no CID-10, a manifestação de humor depressivo não é exclusiva dos Transtornos do Humor, aparecendo em quadros como nos Transtornos Fóbicos-Ansiosos, na Ansiedade Generalizada, no Transtorno Obsessivo Compulsivo, nos Transtornos de Adaptação, no Estado de Stress Pós-Traumático, etc. Ou seja, cabe saber se existiria algum quadro dentro da nosografia no qual sintomas de depressão poderiam não aparecer.

O que legitimaria a reunião dessa diversidade de sintomas, que não se reduz à alteração afetiva e nem é exclusiva do quadro, agrupadas sob esse denominador comum de distúrbio do humor ou afetivo?

Embora distúrbios relacionados à afetividade sempre tenham sido considerados na tradição psiquiátrica, uma seção na nosografia relativa aos Distúrbios Afetivos, tal como aparece nos últimos manuais, é uma novidade na história da psiquiatria que veio se consolidar nas últimas duas décadas, quando se passou a dar um destaque crescente à categoria.

Por exemplo, enquanto o CID-6, de 1948, classificava várias psicoses, entre elas a Psicose Maníaco-Depressiva (PMD) e a Melancolia de Involução, tal como Kraepelin no início do século as nomeou, o CID-9, de 1978, além do item reservado às Psicoses Afetivas, subdividido em 3 itens, dedicava mais 5 itens à depressão. O mesmo movimento se observa no DSM-III, de 1980, quando surgiu a categoria de Desordens Afetivas, que passou a incluir quadros psicóticos, como a antiga PMD, agrupados a quadros depressivos ou circulares leves, como a distímia ou ciclotímia, que não constavam do catálogo das doenças mentais. Com a publicação

do CID-10 e do DSM-IV nota-se que esse destaque é ainda mais notório: existem 29 subdivisões para os Transtornos do Humor no DSM-IV e 36 no CID-10, onde também se reúnem, em nome de uma suposta continuidade dada pelo humor alterado, quadros psicóticos e depressões leves na neurose.

Quanto à distímia, é interessante notar que, embora o termo fosse empregado desde a Antiguidade, quando filósofos como Hipócrates ou Aristóteles se debruçavam sobre a questão da melancolia – esta concebida como um problema mental caracterizado por medo e tristeza prolongados –, a distímia não possuía o mesmo estatuto. O termo de origem grega que significa tão-somente “mal-humorado,” era utilizado para designar o “temperamento melancólico.” A propósito, Aristóteles colocava-se a seguinte questão: “Por que todos os homens que foram ‘excepcionais’ no que concerne à filosofia, à política, à poesia ou às artes aparecem como sendo melancólicos, ao ponto de serem tomados pelas enfermidades oriundas da bÍlis negra?” (1997, p. 23).

Ele acaba por concluir que anômalos são os melancólicos que sofrem de uma enfermidade associada ao excesso de bÍlis negra, segundo a teoria dos humores – tal como o próprio termo, que corresponde à transliteração latina da expressão *melaina cole*, que significa bÍlis negra, sugere –, ela própria anômala e “Posto que é possível ser a anomalia bem governada e se apresentar de uma boa forma ...: ‘excepcionais,’ então, são todos os melancólicos, não por enfermidade, mas por natureza” (Aristóteles, 1997, p. 29).

Ou seja, era propriamente ao “temperamento melancólico” que Aristóteles atribuía a genialidade dos “excepcionais,” de homens ilustres como Empédocles, Platão, Sócrates entre outros e, portanto, longe de ser uma doença, um mal a ser sanado pela medicina, era um sinal de superioridade intelectual. E assim foi concebido durante séculos, até o início do século XIX, como uma marca de distinção, não só intelectual como também de refinamento e *status* social (Jackson, 1986).

Assim, com o sugestivo título, os autores do recente livro *Distímia: Do mau humor ao mal do humor* (Cordás, Nardi, Moreno, & Castel, 1997) acabam por demonstrar a modificação que o conceito de distímia sofreu ao longo da história, o “temperamento melancólico” sendo transformado em doença mental, num mal a ser corrigido pela medicina.

Já o termo “depressão” – do latim *de* (baixar) e *premere* (pressionar), isto é, *deprimere* que, literalmente significa “pressão baixa” – é relativamente recente, tendo sido introduzido no debate sobre a melancolia em contextos médicos somente no século XVIII, passando a ser mais utilizado pelos psicopatologistas no século XIX.

Foi notadamente ao longo do século XX que foram se estabelecendo dicotomias tais como depressão hereditária/psicogênica; autônoma/reativa, psicótica/neurótica, primária/secundária, que visavam distinguir basicamente a depressão “melancólica,” correspondente à PMD, hereditária, e “outras depressões” chamadas reativas, psicogênicas ou neuróticas. Ou seja, havia um esforço em distinguir a depressão neurótica da psicótica a partir não somente da gravidade do quadro, como da etiologia do mesmo.

Tais dicotomias favoreceram um amplo debate que se teceu ao longo deste século. Por exemplo, enquanto alguns eram favoráveis a uma continuidade entre os diferentes tipos de depressão, outros como Mendels e Cochrane, argumentavam que apenas a chamada depressão endógena deveria representar a sintomatologia depressiva, enquanto que as depressões reativas deveriam ser pensadas como a manifestação fenomenológica de outro distúrbio psiquiátrico, ou seja, apenas como um dos sintomas de outra psicopatologia (Jackson, 1986).

No entanto, esse debate foi gradativamente dando lugar ao consenso trazido pelos códigos diagnósticos internacionais e as dicotomias foram sendo abolidas dos manuais em nome de uma suposta continuidade entre todas as manifestações clínicas ali reunidas, apresentadas como um “dado da realidade,” isento de pressupostos teóricos.

Quanto à pretensão “ateórica” dos manuais, é de interesse notar ainda a contradição quando consideram o humor alterado na base do quadro, isto é, embora sem definir o que seja o humor ou o afeto, supõe que o humor deprimido ou maníaco sejam primários, não decorrentes de nenhum outro distúrbio mental. Os demais sintomas do quadro, como as alterações cognitivas e fisiológicas, seriam secundários em relação aos distúrbios afetivos. É evidente que, ao tratar o afeto tristeza como uma esfera isolada e anterior aos demais aspectos da vida psíquica existem inegáveis (e questionáveis) postulados.

Além disso, nota-se o perfeito casamento entre o diagnóstico de Transtornos do Humor, tal como propõem os manuais, e uma etiologia orgânica, pois se nada no universo psíquico pode causar o dito transtorno (e é preciso lembrar que se a depressão é decorrente de um luto ou de alguma contingência da vida, aplica-se outro diagnóstico, o de Transtorno de Adaptação), o que mais poderia ser a causa desse transtorno?

Embora em geral se admita que não existem dados para provar que a depressão é hereditária, essa é a principal hipótese etiológica que se procura sustentar e difundir. Por exemplo, Guz (1990) afirma que existem “fortes indícios de que fatores genéticos sejam os responsáveis primordiais pelas doenças depressivas em geral” (p. 27) porém, diante da inexistência de provas, acaba por concluir que “até o momento não existe nada seguramente estabelecido sobre o assunto” (p. 73).

Do mesmo modo, embora tenham sido realizados estudos de familiares, de crianças adotadas e de irmãos gêmeos procurando a causalidade hereditária, Kendell e Zealley (1993) acabam por concluir que “as anormalidades biológicas ainda não ... [foram] identificadas” (p. 437). Além disso, os dados desses estudos os levam a concluir que “influências ambientais desempenham um papel na etiologia dos distúrbios do humor. Se não fosse assim, a concordância entre gêmeos monozigóticos seria próxima a 100%” (p. 441).

Apesar de *ainda* não ter sido possível comprovar que a causa da depressão seja biológica, mais do que uma aposta, essa é uma suposição

que norteia o modo de apreensão da clínica. Por exemplo, Kaplan e Sadock (1989) sugerem que a maioria dos indivíduos não desenvolvem um quadro de depressão quando expostos às adversidades do meio e que estas só adquirem um caráter patogênico naqueles predispostos biologicamente à sua manifestação. Com isso finalmente elimina-se a importância dos eventos na vida de uma pessoa e de uma possível causa passam a ser entendidos como um sinal do adoecer. Ou seja, com esse raciocínio tautológico a hereditariedade pode tudo justificar, embora ela mesma não se justifique.

Contudo, existiriam ainda outros fatores que corroborariam a teoria biológica da depressão, que tenta explicá-la e tratá-la como uma doença orgânica. São os chamados “marcadores biológicos,” isto é, anomalias biológicas comuns a todos os portadores da doença, através das quais se poderia identificar a doença.

Kaplan e Sadock relatam que, a partir da década de 50, quando surgiram as primeiras drogas que se mostraram eficazes no tratamento da depressão, começaram a investigar as próprias drogas, seus mecanismos de ação no organismo, dando origem às hipóteses bioquímicas da depressão. Com o nascimento da psicofarmacologia e do estudo dos mecanismos de ação dos medicamentos, a hipótese bioquímica passou a ser explorada pela chamada “psiquiatria biológica,” que pressupõe que as alterações nas condições eletroquímicas do Sistema Nervoso Central sejam responsáveis pela depressão.

A partir dos distintos mecanismos de ação propostos pela psicofarmacologia, dois principais grupos de teorias foram se consolidando: o primeiro que considera que a diminuição da Noradrenalina nos sistema neuronais mediados por esse transmissor é o principal agente da depressão; o segundo que atribui essa função à diminuição da Serotonina. Porém nenhum dos dois neurotransmissores pode ser utilizado como um marcador biológico seguro, uma vez que a alteração não é nem constante e nem sempre envolve o mesmo neurotransmissor.

Não faltaram tentativas de se buscarem outros marcadores biológicos (teste de Dexametasona, marcadores fisiológicos, endocrinológicos, etc.), mas nenhum deles mostrou-se suficientemente específico e sensível para esse transtorno. Por esse motivo, a rigor, a depressão não pode ser considerada uma doença, pois para tanto seria preciso reunir à síndrome uma etiologia e uma fisiopatologia específicas, sendo que a etiologia biológica não se comprova, como tampouco existem marcadores seguros que indiquem uma mesma alteração biológica em todos os casos.

E mais, ainda que existam alterações bioquímicas na depressão, como a diminuição de certos neurotransmissores, estas não se confundem com sua causa. Kaplan e Sadock (1989), embora atribuam grande importância à hereditariedade, admitem que “fatores genéticos ... [podem] ter uma expressão bioquímica ao nível das sinapses, bem como fatores ambientais ou psicológicos, que também podem atuar nesse sentido” (p.1089).

É notável que o fato de que não se conheça a causa da depressão não impede que se faça o diagnóstico e que se aplique uma terapêutica. A droga funciona, mostra seus efeitos sobre a sintomatologia, é o que finalmente importa. E qualquer que seja a causa, a conduta diante da uma determinada manifestação sintomática é sempre a mesma: quimioterapia.

Não seria a clínica dos medicamentos que viria, em última instância, “justificar” o conceito diagnóstico de Distúrbios do Humor, que reúne quadros que em outras épocas se diferenciavam ou que sequer eram incluídos na classificação das doenças mentais?

É o que conclui Sonenreich (1991): “Com certeza, tal procedimento foi sustentado pelo interesse despertado pela terapia com carbonato de lítio, ganhando amplo uso o conceito de distúrbios afetivos” (p. 2).

Essa clínica pragmática, baseada nos efeitos dos medicamentos, no entanto, mostra seus limites também nesse mesmo nível, uma vez que a quimioterapia não tem o alcance que se desejaria. Por exemplo, embora seus progressos tenham sido importantes, não há provas de que a incidência da depressão tenha diminuído, como tampouco o índice de suicídios que, ao contrário, aumentou nos últimos anos. Além disso, somente

de 60 a 65% dos pacientes mostram uma melhora evidente no tratamento com uma droga tricíclica comum. Existem, ainda, pacientes que se negam a fazer uso da medicação por objeções pessoais (de 5 a 10%) ou que acabam por suspendê-la devido aos indesejáveis efeitos colaterais (de 10 a 15%). Finalmente, a taxa de recaída (50% após um ano de interrupção do tratamento) é bastante elevada.

Diante desse panorama que compõe o cenário da depressão – que passa pela psiquiatria, campo desde onde o conceito de depressão tal como entendido e difundido na atualidade veio surgir, e pela indústria farmacológica que promove a qualquer custo a venda dos antidepressivos, prometendo bem mais do que efeitos antidepressivos –, o que a psicanálise tem a dizer sobre isso que a psiquiatria chama de depressão, e o que pode fazer pelo sujeito “deprimido?”

A nosografia freudiana

Ao investigar o tema da depressão na obra freudiana, nota-se que não existe uma teoria já estabelecida sobre o tema tal como ocorre com conceitos como o inconsciente, a transferência, a histeria, etc. – inclusive por que o conceito de depressão, tal como concebido atualmente, não existia há cem anos atrás –, mas importantes indicadores que permitem extrair conclusões sobre o tema.

1. Na correspondência a Fliess existem várias referências, e é de interesse rastrear o pensamento que Freud esboçava ali a fim de mostrar que, embora o autor tivesse aproximado a melancolia da depressão, isto é, tratado a melancolia e os estados depressivos na neurose como se respondessem a uma problemática única tendendo a agrupá-los, acaba por abandonar essa tendência.

No *Rascunho A*, Freud interroga-se sobre a etiologia da “depressão periódica” e apresenta-a como uma forma de neurose de angústia, isto é, como resultado direto da inadequação ou falta de satisfação sexual, que

provocaria um acúmulo de energia sexual, transformando-se em angústia e depressão (Masson, 1986c).

No *Rascunho B*, diferencia a “depressão periódica branda” da “melancolia propriamente dita,” por ter a primeira “uma ligação aparentemente racional com um trauma psíquico” (Masson, 1986d, p. 43), trauma esse que funcionaria apenas como causa provocadora – como um fator desencadeante, uma vez que a causa específica da neurose de angústia seria o acúmulo de energia sexual não descarregada.

Nota-se a coerência dessa proposição com a nosografia e concepção de Kraepelin, que distinguia a psicose maníaco-depressiva, cuja etiologia atribuída à hereditariedade, dos estados de depressão psicogênicos, isto é, para os quais episódios de vida desfavoráveis seriam responsáveis pela determinação da síndrome. Para Freud, enquanto a “depressão periódica branda” estaria ligada a um trauma psíquico, a “melancolia propriamente dita” teria uma origem puramente endógena, hereditária. É exatamente o que se lê no *Rascunho G*, dedicado exclusivamente à melancolia, onde isola “a forma hereditária periódica ou cíclica ... [ou seja], a melancolia propriamente dita” (Masson, 1986f, p. 99), que pode recorrer periodicamente ou alternar-se ciclicamente com estados de mania.

Nesse rascunho, além dessas duas formas de melancolia, Freud isola a “melancolia neurastênica,” que já havia descrito anteriormente ao apresentar o caso do Sr. Von F. de Budapeste, de 44 anos:

Sendo um homem fisicamente sadio, queixa-se de que “está perdendo o ânimo e o gosto pela vida,” de um modo que não é natural num homem de sua idade. Esse estado – em que tudo lhe parece indiferente, em que ele considera o trabalho um fardo e se sente tristonho e enfraquecido – é acompanhado por uma pressão intensa no alto e também na parte posterior da cabeça. Além disso, é regularmente caracterizado por má digestão, isto é, por uma desinclinação a alimentar-se e por flatulência e constipação. (Masson, 1986a, p. 93)

Ao isolar esse quadro melancólico, Freud na realidade não está criando uma categoria clínica nova, mas seguindo uma tradição que remonta à

Antigüidade e que persistiu ao longo dos séculos. Galeno fazia menção a uma “melancolia hipocondríaca” para designar uma disfunção ligada ao *hipocondrium*, víscera abdominal que seria responsável pela digestão. A disfunção gastrointestinal, responsável pela flatulência e distúrbios digestivos, afetaria o cérebro, resultando num quadro melancólico com sintomas gastrintestinais – descrito a partir dos mesmos sintomas que Freud isolou nesse caso.

Freud propõe que, na “melancolia neurastênica,” práticas sexuais desviadas afetariam a produção de excitação sexual somática, que se veria diminuída, enfraquecendo também o grupo sexual psíquico. Na “melancolia periódica,” essa perda do *quantum* de excitação sexual somática e, conseqüentemente do grupo sexual psíquico, também ocorreria, porém por causas hereditárias, tal como na “melancolia cíclica,” com a peculiaridade de que, nesta última, se alternariam períodos de aumento e cessação da produção de libido. Já na “melancolia de angústia” não ocorreria essa anestesia sexual, pois tal como a neurose de angustia, práticas sexuais insatisfatórias levariam a um acúmulo de excitação sexual somática (e não a seu empobrecimento), o que a desviaria do grupo sexual psíquico, transformando-a, na fronteira entre o somático e o psíquico, em angústia.

Portanto, Freud refere-se “à melancolia” no singular baseado no pressuposto de que, em todos os casos, o princípio seria o mesmo: “um luto pela perda da libido” (p. 99). Da melancolia, escreve Freud, eis a melhor descrição: “inibição psíquica com empobrecimento pulsional e dor a respeito dele” (Masson, 1986f, p. 102).

O afeto que lhe corresponderia seria o luto, o anseio por aquilo que se perdeu, mas que aqui é entendido como conseqüência direta de uma perda de energia sexual. Portanto, em uma primeira nosografia, a melancolia é apresentada ao lado do que Freud veio chamar de “neuroses atuais” e não das “neuroses de defesa” por não envolverem o mecanismo psíquico de defesa e os destinos do processo mnemônico, mas apenas a atualidade da vida sexual.

Essa explicação mecanicista, no entanto, não tardou em ser abandonada, bem como a hipótese de que uma única explicação poderia reunir em uma mesma categoria fenômenos depressivos (a “melancolia de angústia” e a “melancolia neurastênica”) com a “melancolia propriamente dita.”

Freud fornece os seguintes indícios de ter deixado essa hipótese: por um lado, desaparecem as referências às categorias nosográficas de “depressão periódica branda,” “melancolia de angústia,” ou “melancolia neurastênica” e, em contrapartida, crescem as aparições do termo “depressão,” empregado no sentido descritivo nas diversas psicopatologias. As referências à “melancolia propriamente dita,” Freud as mantém, para designar, no entanto, não estados depressivos indiscriminados, mas um quadro psicótico bastante preciso.

2. Portanto, embora Freud tenha identificado e descrito fenômenos depressivos nas diversas categorias nosográficas, não os reuniu à melancolia ao modo dos atuais manuais psiquiátricos, mas os concebeu como próprios do existir humano. São várias as referências que evidenciam essa tendência, entre as quais se destacam as seguintes:

Muitos casos que, depois de uma investigação superficial são considerados como hipocondria vulgar (neurastenia), pertencem ao grupo dos afetos obsessivos. Assim, a chamada “neurastenia periódica” ou “melancolia periódica” resulta ser, com surpreendente frequência, uma neurose obsessiva desta segunda forma; esta constitui uma descoberta de grande importância terapêutica (Freud, 1896/1981i, p. 291).

Nessa passagem, os fenômenos depressivos são apresentados não mais como uma categoria nosográfica específica, mas como uma defesa dentro do quadro de neurose obsessiva. O mesmo se verifica no caso do Homem do Ratos (Freud, 1909/1981a), e quando distingue o luto normal do luto patológico próprio das depressões obsessivas:

Predisposição na neurose obsessiva, a ambivalência empresta ao luto uma estrutura patológica, que se exterioriza em auto-recriminações de ter desejado a perda do objeto amado ou inclusive de ser culpado por ela. Em

tais depressões obsessivas, consecutivas à morte de pessoas amadas, revela-se o que o conflito devido à ambivalência pode alcançar por si mesmo quando não existe simultaneamente a retração regressiva da libido. (Freud, 1915/1981d, p. 2096)

Fenômenos depressivos na histeria são igualmente citados:

Numa paciente ..., havia estados constantes de desespero, com uma convicção melancólica de que ela não servia para nada, era incapaz de qualquer coisa, e assim por diante ... Com uma outra paciente, convenci-me de que existe de fato uma coisa a que se pode chamar melancolia histérica. (Masson, 1986b, p. 342)

Ao relatar dois estados de consciência que se alternavam no curso da doença de Anna O., diferencia-os indicando que num desses estados “ficava melancólica e angustiada” (Freud, 1893/1981e, p. 59). No caso da sra. Emmy Von N., afirma que “os sintomas psíquicos neste caso de histeria, em que havia muito pouca conversão, podem ser divididos em alterações do humor (angústia, depressão melancólica), fobias e abulias” (p. 110). Lucy R. “sentia-se deprimida e fadigada, queixava-se de peso na cabeça, tinha perdido o apetite e não se achava capaz de desenvolver atividade nenhuma” (p. 89). Catalina, descreve Freud, havia servido-lhe o almoço durante uma excursão que ele realizava pela montanha, “com um marcado gesto de mau humor” (p. 101). Enfim, a freqüente aparição de fenômenos depressivos na histeria leva Freud (1901/1981b) a dizer, no caso Dora, que ela “apresenta todas as características de uma ‘petite hystérie’ com os sintomas somáticos e psíquicos mais vulgares: dispnéia, tosse nervosa, afonia, enxaquecas, depressão de ânimo, excitabilidade histérica e um pretendido ‘taedium vitae’” (p. 944).

E Freud vai além ao dizer que tais fenômenos, aos quais ele próprio está sujeito,³ são comuns ao quadro de todas as neuroses:

3 Freud confessa a Fliess ser “muito aflitivo, para um homem de medicina que passa todas as horas do dia lutando por alcançar a compreensão das neuroses, não saber se está sofrendo de uma depressão branda lógica ou hipocondríaca,” quando se

... na neurose – e não me refiro somente à histeria, mas ao “status nervosus” em geral – existe, primariamente, uma tendência à depressão de ânimo e à diminuição da consciência do próprio “eu,” tal como encontramos, a título de sintoma isolado e altamente desenvolvido, na melancolia. (Freud, 1892-1893/1981e, p. 25)

Refere-se, ainda, a um episódio melancólico na neurose no caso do pintor Cristobal Haitmann por ele estudado (Freud, 1922/1981h); identifica a melancolia a “um sentimento de pequenez do ego” (Masson, 1986f, p. 168), apresentando-a como um possível desenlace do processo defensivo na paranóia; descreve tais fenômenos na psicose alucinatória (Freud, 1894/1981g); ou então, simplesmente reconhece na tristeza um afeto normal:

O ciúme, como a tristeza, contam entre aqueles estados afetivos que temos de considerar normais. Deste modo, quando parecem faltar no caráter e na conduta de um indivíduo, deduzimos justificadamente que sucumbiram a uma enérgica repressão e desempenham, conseqüentemente em sua vida anímica inconsciente, um papel tanto mais importante. (Freud, 1921/1981k, p. 2609)

3. É no texto de 1915, *Luto e melancolia*, onde Freud (1915/1981d) se dedica especialmente ao problema da melancolia, utilizando o termo para designar um quadro específico, psicótico, já descrito anteriormente pela psiquiatria, fazendo alusão aos problemas próprios desse campo.

Em vez de referir-se à PMD de Kraepelin, Freud mantém-se fiel à terminologia clássica (melancolia) não para designar um quadro distinto, mas por concebê-lo de outra forma. Entende que a transformação em mania, embora freqüente, não é condição necessária para o estabelecimento do quadro e, posto que a psicanálise tem um alcance terapêutico também para esses casos, Freud se contrapõe à hereditariedade, propondo a etiologia psicogênica.

queixa de “um sentimento de depressão, que assumiu a forma de visões de morte e separação, em lugar do costumeiro frenesi de atividade” (Masson, 1894, p. 67).

Na descrição do quadro, verifica-se que Kraepelin e Freud relatam os mesmos fenômenos, ambos referindo-se ao mesmo quadro, apresentando por Freud da seguinte maneira:

A melancolia caracteriza-se psiquicamente por um estado de ânimo profundamente doloroso, cessação do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de todas as funções e diminuição do amor próprio. Esta última traduz-se por auto-recriminações e auto-acusações e que podem, inclusive, chegar a uma espera delirante de castigo. (p. 2091)

Esta última característica é o que distingue o quadro da reação normal de luto e, ao mesmo tempo, é a essência do quadro: a dor do melancólico é como a dor do enlutado, com a peculiaridade de que o melancólico não sabe exatamente o que perdeu, mesmo que saiba a quem possa ter perdido (já que freqüentemente a melancolia é desencadeada pela perda de um ente querido). A dor psíquica, o desinteresse generalizado, bem como a insônia e a falta de apetite, sintomas também descritos por Freud, esclarecem-se, assim, à luz do modelo do luto.

Aqui, no entanto, abandona a explicação puramente mecanicista do luto como perda de libido, propondo uma causalidade psíquica à luz de seus desenvolvimentos teóricos. A partir da noção da perda desconhecida pelo paciente e da teoria do narcisismo desvela-se a chave do quadro. As auto-recriminações e auto-acusações dirigem-se a um outro que abandonou o sujeito e passam a voltar-se contra o próprio eu, que se identifica por regressão narcísica ao objeto perdido.

No trabalho normal do luto, o exame da realidade impõe à libido o doloroso trabalho de abandono de todos os ligamentos com o objeto amado perdido, elaboração que só se faz paulatinamente, findando com a liberação da inibição própria da absorção da libido nesse árduo trabalho e com a possibilidade de deslocamento a um novo objeto. No melancólico, em contrapartida, a libido do objeto uma vez liberada não se desloca a um novo objeto, mas se retrai narcisicamente sobre o eu que se identifica com o objeto perdido. O melancólico se vê assim reduzido à “sombra do objeto que caiu sobre o eu” (p. 2095), e a impossibilidade de o curso do

trabalho do luto seguir seu trajeto normal, cristaliza-se numa ferida aberta que não se cicatriza.

O que mantém o sujeito nesse estado anímico de profunda dor? Freud lança a hipótese, a partir da teoria da pulsão, da satisfação sádica encontrada no tormento e no sofrimento, quando o sadismo, que inicialmente é dirigido a um outro, passa a ser orientado ao próprio sujeito tomado como objeto, que agora se auto-tormenta e auto-castiga.

Uma vez admitida a existência de uma satisfação paradoxal que não responde ao princípio do prazer, mas à satisfação da pulsão de morte, Freud postulará o masoquismo não mais decorrente do retorno do sadismo sobre o próprio sujeito, mas primário, decorrente da pulsão de morte (Freud, 1924/1981j), revelando a posição masoquista original do sujeito. Situará o superego como a instância crítica que exerce o sadismo sobre o eu que, na melancolia, se apresenta como culpável e merecedor dos castigos que lhe são infligidos, e atribui à força tirânica e extremamente enérgica do superego a influência da pulsão de morte.

Na melancolia, assim, haveria uma espécie de separação entre Eros e Tanatos e o reinado da morte diante do qual o eu, identificado ao objeto, não pode protestar, restando-lhe contra a dor extrema de seu sofrimento, o refúgio maníaco contra seu tirano ou a própria morte.

Tais desenvolvimentos teóricos, no entanto, pouco esclarecem o diagnóstico de psicose para a melancolia, embora Freud estivesse se referindo ao quadro de PMD descrito por Kraepelin. Além disso, não possibilitam sair do impasse da permanência da melancolia no quadro das “neuroses narcísicas,” no qual foi incluída em 1914 ao lado da paranóia e da esquizofrenia, em oposição às “neuroses de transferência,” porém permanecendo, em 1923, como a única forma de “neurose narcísica.”

Gorog e Gorog (1990) sustentam que, se Freud distinguiu as “neuroses narcísicas” das “neuroses de transferência” foi especificamente pela dificuldade quanto ao estabelecimento da transferência que coloca o analista numa posição difícil. O melancólico não se queixa de seu sofrer, acredita que o merece e tampouco o faz em mania, quando se sente muito

“bem.” Se o paciente não se dirige a ninguém, não estabelece transferência, o vínculo pela palavra torna-se precário, e é justamente o que se verifica acentuadamente na melancolia.

No entanto, para melhor sustentar a melancolia como psicose e sua causalidade psíquica, faz-se necessário recorrer às contribuições de Lacan, que muito avançaram nessa questão. Além disso, a clínica lacaniana permite melhor elucidar a questão dos fenômenos depressivos na neurose, em Freud descritos mas pouco desenvolvidos no que tange sua natureza.

A clínica lacaniana

1. Na obra lacaniana, são raras as passagens em que o autor se refere ao tema utilizando o termo em sua acepção habitual. Porém, vários de seus comentadores que trataram particularmente desta questão, consideram um marco para se pensar a “depressão” aquilo que chamou de “dor de existir,” termo que extraiu do Budismo para inseri-lo em um novo contexto discursivo.

Para Lacan, a dor de existir é a consequência do existir no império da linguagem, ao qual está destinado todo ser humano. Ora, para existir como sujeito, o ser de linguagem está condenado a alienar-se, a “existir” (Lacan, 1959, p. 90) fora de seu corpo, para identificar-se à palavra que o define, na dependência do Outro simbólico da linguagem que lhe é exterior e que preexiste à entrada do sujeito nessa estrutura.

Ao longo de seu ensino, Lacan diferenciou a língua da linguagem, retomando a descoberta freudiana dos dois processos primários do funcionamento do inconsciente, a condensação e o deslocamento e, partindo da equiparação desses mecanismos às figuras de linguagem da metáfora e da metonímia, postulou o *inconsciente estruturado como uma linguagem*.

Para representar a tópica do inconsciente, propôs a inversão do signo lingüístico de Saussure - composto por duas faces, o significado que re-

clama pelo significante e vice-versa -, salientando a existência de uma barreira que nega ao significante a função de representar o significado que normalmente lhe é atribuído no código lingüístico, e a primazia do significante que faz do significado um efeito de suas articulações próprias.

Deste modo, o significante não é pleno, completo, não se significa a si mesmo, mas só se define enquanto tal a partir das relações com os demais elementos do conjunto, este igualmente marcado pela incompletude, uma vez que sempre faltará a palavra “última” que encerre o significado. “A barra - escreve Wine - funda o limite, colocando o significado como o inatingível que escapa sempre, que marca todos os significantes com a sua ausência” (1992, p. 67).

A partir dessa estrutura da linguagem, Lacan deduz a lei da castração imposta ao ser falante, assimilando a lei do significante à lei do desejo humano, à qual o sujeito, para se constituir enquanto tal, está assujeitado. Respalado por Lévi-Strauss, ultrapassa o mito edipiano da proibição do incesto - em que, para ter acesso ao gozo absoluto, bastaria matar o pai rival proibidor -, situando a impossibilidade desse gozo a partir da castração imposta pela lei do significante.

O bebê humano, para ter acesso ao objeto que sacie sua necessidade, terá que pedi-lo àquele que esteja em função materna, um primeiro Outro que decodificará seu grito, de modo que a necessidade biológica se transforma, ao passar pelo Outro da linguagem, em demanda já articulada em significantes. Assim, a intencionalidade do sujeito é anulada pelo poder do Outro, pois o sujeito só pode falar com os significantes que estão no Outro, só pode saber aquilo que pede a partir da mensagem que recebe do Outro.

Como efeito dessa alienação significante ao qual todo ser falante está destinado, o sujeito já nasce barrado, dividido e essa é a sua castração. Ao passar pelo significante o sujeito se divide pois o campo do Outro da linguagem não recobre toda a intencionalidade do sujeito, ele não repousa, por assim dizer, no Outro que o completaria, mas o furo do significante deixa vaziar um resto da necessidade que não se representa

nem se satisfaz com o significante. É a falta, portanto, que se impõe de entrada na alienação ao Outro do significante, deixando um resto inarticulável no simbólico que, no nível da satisfação da necessidade, denota a falta real que se coloca para o ser humano diante da impossibilidade da satisfação universal.

Na relação da criança ao Outro materno, que lhe oferece com o significante a possibilidade de identificar-se à imagem amada e desejada pelo Outro, tal como Lacan explorou no estádio do espelho, a criança passa a desejar o desejo do Outro. *O desejo humano* – insistiu Lacan ao longo de seu ensino – *é o desejo do Outro*, situando em sua radicalidade o assujeitamento ao qual está destinado todo ser humano ao Outro da linguagem. E é a castração, dada pela condição da linguagem, que coloca a impossibilidade de uma criança sustentar-se neste lugar de objeto fálico que preencheria por completo a mãe. A criança não pode satisfazer por completo a mãe e o que a mãe lhe dá será sempre insuficiente.

O Complexo de Édipo, terreno onde se dá o Complexo de Castração e cujo desenlace Lacan sintetizou na Metáfora Paterna, divide-se em (ao menos) dois momentos: primeiramente, está a tríade mãe-criança-falo, seguida da entrada do pai simbólico, o Nome-do-pai, que possibilita metaforizar o desejo materno, a falta no Outro. Ou seja, o pai simbólico legitima, por assim dizer, a falta no Outro para a criança, tornando a razão de seu desejo o falo, o significante do desejo que presentifica a ausência.

Lacan situou assim, no coração da experiência humana, a falta que a linguagem impõe ao ser falante, para salientar que a relação do homem com seu objeto é essencialmente faltante. Trata-se, na realidade, de um retorno à tese freudiana segundo a qual a busca pelo objeto para o ser humano não passa de uma tendência na qual o que se visa é o reencontro de um objeto perdido. O desejo humano, que nos sonhos se realiza nostalgicamente recuperando o que já está perdido, resta na realidade essencialmente insatisfeito, de modo que sua causa – a falta que está na origem e que é seu motor – nunca corresponde aos objetos que possam ser encontrados. Ou seja, há uma defasagem estrutural, que corresponde à cas-

tração, entre o objeto causa do desejo e o objeto do desejo, de tal forma que aquilo que se encontra nunca é o bom objeto, o objeto adequado mas que, no entanto, anima sua busca.

Assim, é a castração que, ordenando a desejar, possibilita que o sujeito possa recuperar o que perdeu e extrair o prazer pela via do desejo mas, paradoxalmente, traz a possibilidade de transformar o trágico do desejo, que é sua falta, em gozo do trágico (Guyomard, 1996), isto é, a possibilidade de gozar da pura perda que a linguagem instala.

Lacan delimitou um circuito para a pulsão, localizando essa satisfação paradoxal, demoníaca, que se satisfaz, mais-além do objeto, na insatisfação, contornando num eterno circuito o objeto perdido. Assim, a pulsão de morte, silenciosa, é uma das duas faces de toda pulsão, que permanece aquém da representação significante, como um resto inassimilável pelo simbólico.

É justamente nesse nível silencioso da pulsão que Lacan situou uma “subjetivação acéfala,” um sujeito não nas suas relações ao significante e efeito desta, mas como aparelho lacunar onde se coloca o objeto perdido (Lacan, 1964/1973). Esta é a face real do sujeito que corresponde ao que Lacan chamou de gozo, à satisfação precisamente da pulsão de morte. A satisfação paradoxal da pulsão diz respeito, portanto, a uma satisfação encontrada que é antinômica ao prazer, própria do masoquismo primordial, encontrada na dor, no sofrimento do sintoma, na reação terapêutica negativa, na vida que não quer sarar, que só pensa em morrer.

Lacan precisou que a dor de existir - já indicada por Freud como o resíduo último e primordial da ligação entre Eros e Tanatos - aparece justamente quando o prazer dá lugar à dor, “quando o desejo não está mais presente ..., castigo de ter-se existido no desejo” (Lacan, 1959, p. 82).

São precisamente nos momento em que Eros se retrai e avança a morte que morde a vida, o gozo da vida que só quer morrer, que podem ser localizados os fenômenos depressivos que a psiquiatria descreve: perda de energia, de prazer, desânimo, tristeza, pensamentos de morte, ideação

suicida, acompanhados de fenômenos que indicam uma desvitalização que se manifesta no organismo, tais como alterações no sono, apetite, etc.

Esses fenômenos, aos quais está sujeito todo ser falante pela condição mesma de sua existência, não são exclusividade, portanto, de nenhuma categoria nosográfica. É o que se verifica em Freud, e o que Lacan possibilita não somente reconhecer, mas entender a partir da noção da dor de existir do sujeito alienado na linguagem.

No entanto, a castração e a dor de existir não são subjetivadas da mesma forma para todos os seres falantes. Nesse sentido, Lacan identificou a dor de existir “em estado puro ... [modelando] a canção de alguns doentes, denominados melancólicos” (Lacan, 1963/1998, p. 788), mas que, no entanto, não é idêntica à dor que pode ser vivida como tristeza na neurose. Faz-se, portanto, necessário tratar do diagnóstico em psicanálise, que se estabelece a partir das diferentes estruturas clínicas: neurose, psicose, perversão.

2. O analista, ao diagnosticar, não está na posição de exterioridade, do observador que descreve, mensura e quantifica os fenômenos, como o atual psiquiatra, mas considera seu lugar na transferência, baseado na hipótese de que, na relação transferencial, o analista passa a ocupar um lugar para o paciente e esse laço revela a estrutura mesma do paciente. Isso possibilita ao analista fazer um diagnóstico prescindindo da aparência dos fenômenos.

O diagnóstico estrutural, proposto por Lacan a partir da retomada do texto freudiano, estabelece uma separação radical entre a psicose, a neurose e a perversão, baseado na hipótese de que cada estrutura tem uma gênese e mecanismos próprios.

O elemento diferenciador que Lacan isola é o Nome-do-Pai, o significante da lei no Outro, que o marca como faltante e assujeitado à lei da castração e que é introduzido a partir da Metáfora Paterna. Esta operação permite à criança a queda da posição de objeto do desejo materno e equivale ao próprio recalque, pois o significante do desejo materno, ao ser marcado pela falta através da substituição do Nome-do-pai, permane-

ce inacessível ao sujeito. Outro barrado pela falta passa a ser inconsciente e o inconsciente como recalcado funda-se a partir dessa falta. Esta é precisamente a forma neurótica de defesa diante da falta do Outro, falta essa que produz angústia por retornar, através das formações do inconsciente, juntamente com o desejo edipiano marcado pela castração.

Outra forma de defesa diante da falta no Outro, mais radical na medida em que consiste em sua abolição, equivale ao que Lacan chamou de *forclusion* e que propôs como causa da psicose. A forclusão designa a não inclusão do significante do Nome-do-pai no Outro, mas que, no entanto, retorna no real. O Nome-do-pai não operando deixa o sujeito preso ao desejo materno, a um Outro não barrado pela falta imposta pela lei simbólica da castração e que invade o sujeito.

Na perversão, ao contrário, não é o Outro que invade o lugar do sujeito, mas é o sujeito quem ocupa o lugar do Outro, identificando-se ao desejo do Outro e assim garantindo o gozo. Aqui a falta do Outro é renegada, isto é, o objeto fetiche passa a ser condição erótica do sujeito, representando ao mesmo tempo a ausência do pênis materno, a castração e sua recusa.

3. É a partir da noção de forclusão do Nome-do-Pai que os fenômenos da melancolia passam a ser inteligíveis e, embora a mania se apresente do ponto de vista fenomenológico de forma inversa à melancolia, ambas correspondem à mesma causa e ao mesmo mecanismo de retorno no real. Em relação às demais psicoses, a peculiaridade na melancolia daquilo que retorna no real é o que a própria linguagem marca como mortificação: a castração forcluída.

Na melancolia, o efeito da busca fundada na falta mostra-se deficiente, acentuando-se o puro efeito da perda, o gozo mortífero que aqui retorna no real. É como se a “sombra da morte caísse sobre o sujeito” (Soler, 1988, p. 35), fazendo do melancólico o porta-voz, por assim dizer, da miséria universal da dor de existir diante do abandono do Outro, desse Outro do significante de onde nasce o sujeito para a vida e para o desejo, e de quem se está separado.

A perda desconhecida pelo paciente que desencadeia o quadro melancólico, diz respeito a uma perda que não pode ser simbolizada e que correspondente à forclusão no Nome-do-pai. Não se trata aqui de um sentimento de perda, como pode ocorrer na neurose, mas de uma modificação libidinal que coloca em risco a própria conservação do organismo. A homeostase vital é afetada a tal ponto que pode conduzir o sujeito não somente à insônia, anorexia, anedonia, desânimo etc., mas inclusive a diversas formas de petrificação corporal e ao suicídio. Ou seja, a perda, na sua impossibilidade de ser simbolizada e elaborada pela via do trabalho do luto, deixa o sujeito sem defesa diante dos “fenômenos de mortificação” (Soler, 1988, p. 15) que se impõem no real.

Trata-se da perda de uma pessoa amada ou de um ideal abstrato, ao qual o sujeito se mantinha ligado, e que lhe propiciava uma sustentação imaginária, fazendo suplência à forclusão do Nome-do-pai. Uma vez perdido esse suporte imaginário, no melancólico é a própria posição do sujeito que aparece, identificado ao objeto perdido, que se revela em toda crueza sem sua vestimenta narcísica nem fantasia, como pura perda irremediável e suscetível de atualizar-se a cada perda que a vida impõe (Cottet, 1988).

Não se verifica aqui a dúvida neurótica sobre o ser, que atesta o distanciamento em relação ao objeto, mas impõe-se a certeza delirante que na melancolia não volta no lugar do Outro, tal como na perseguição paranóica, mas no lugar do próprio sujeito através do auto-insulto alucinatório. O fato de o insulto ser dirigido a si próprio não retira o caráter alucinatório, já que se trata de um significante que retorna no real, no limite de toda significação possível para o sujeito, que não encontra o recurso simbólico da metaforização sobre seu ser. Faz-se ouvir uma voz alucinatória que difama o sujeito, revelando a posição do melancólico que assume por completo a culpabilidade da dor de existir.

Portanto, o gozo absoluto perdido com a mortificação da linguagem é, na melancolia, positivado no gozo do masoquismo primário que exclui o Outro do significante, o gozo que equivale à satisfação da pulsão de

morte. O sujeito não se revolta nem protesta contra a tirania do superego, assumindo toda a culpabilidade e mostrando-se merecedor dos castigos impostos. O superego aqui não impõe a lei que apazigua, protegendo o sujeito do gozo, mas ao contrário, mostra sua face mortífera que ordena a gozar, e diante da qual o sujeito se vê sem nenhuma defesa.

4. Os fenômenos depressivos que podem se manifestar na neurose não são determinados pela forclusão do Nome-do-pai, tal como na melancolia, diferindo desses não apenas quantitativa, mas qualitativamente. Não se confundem com o rechaço do inconsciente que retorna através dos fenômenos de mortificação e do delírio de indignidade, mas correspondem a uma posição subjetiva de recusa ao saber, que pode ser apreendida na tristeza e no que Freud chamou de inibição.

Para a psicanálise, os fenômenos depressivos não são, como pretende a psiquiatria, do organismo, mas do sujeito. Ele não é vítima de uma doença que o ataca ou do mundo que o agride, mas é responsável pelo seu estado, ainda que nada queira saber dessa responsabilidade. A causalidade psíquica dos fenômenos depressivos na neurose se coloca nesse nível, em que é possível localizá-los a partir de uma posição subjetiva.

Embora a castração seja condição para o afeto depressivo, ela não é suficiente já que a angústia e o horror da castração também são condições para o despertar do desejo que se funda na falta e, portanto, a castração não pode ser confundida com a causa dos fenômenos depressivos.

Fazendo alusão à M. Klein, Lacan fala do surgimento da “posição depressiva” na criança a partir do estágio do espelho quando a criança, ao mesmo tempo que experimenta o júbilo, o triunfo diante da totalidade que o espelho materno oferece ao corpo fragmentado, depara-se com sua derrota. Nesse momento, a mãe passa a ser para a criança o Outro onipotente que dá ou não dá o objeto que vem saciar, além da necessidade, a demanda de amor. Isto é, a criança alienada fica sujeita e dependente dos caprichos do Outro, que nem sempre está ali para saciar a fome de amor.

que o neurótico evita, prendendo-se a causas imaginárias que enganam por não evocarem a dimensão do inconsciente.

“O problema da depressão - diz Leguil (1996) - é que ela é plena de significação: “o mundo é triste,” “minha mulher me abandonou,” “meus filhos não me amam,” “meu chefe me persegue,” etc” (p. 12). Essas significações imaginárias, que escravizam o sujeito ao colocar a causa que o afeta em razões externas, fornecem um enquadre para a dor de existir que, na neurose, não aparece em estado puro, como na melancolia, mas subjetivada na tristeza.

O que faz com que o sujeito se mantenha nesse estado depressivo, no sofrimento da tristeza?

Miller define a tristeza como um saber triste, falido, “impotente para colocar o significante em ressonância com o gozo, este permanecendo exterior” (1988, p. 163). Ou seja, há um gozo próprio da tristeza, que irrompe com a queda do gozo fálico, e que se situa para-além do princípio do prazer, mantendo o sujeito aprisionado na dor que o faz sofrer.

Freud (1925/1981f) distingue o sintoma da inibição, dizendo que as inibições mais gerais correspondem a um empobrecimento libidinal (caso específico do luto), ou a uma medida de precaução (caso das depressões), uma defesa do *eu* contra a emergência do *id*, que implica em um grande consumo de energia. Isto é, diante da exigência de satisfação pulsional, o sujeito se defende ou com o sintoma ou com a inibição. Porém, a exigência do *id* só é ameaçadora por trazer consigo o perigo da castração, cuja presença a angústia sinaliza. Ou seja, o sujeito se defende precisamente contra a angústia de castração, que a exigência da satisfação pulsional gera por retornar ao sujeito como castração.

Dito de outro modo, diante da exigência do gozo fálico, do gozo fixado pelo fantasma neurótico – que a angústia sinaliza, indicando o fracasso desse gozo impossível marcado pela castração – há uma escolha do sujeito entre os dois modos defensivos.

No sintoma, evidencia-se a operação do recalque incidente sobre os representantes pulsionais, que nele agora retornam e aí se condensam, e

ao mesmo tempo, uma forma substitutiva da pulsão que no sintoma se satisfaz. Entre a defesa e a satisfação – uma *solução de compromisso* –, o sintoma é uma criação que se constrói na luta travada entre o gozo e a lei que o interdita, e uma maneira de dizer sobre o gozo mas que, pelo trabalho da censura, resulta em uma mensagem cifrada, enigmática.

Na inibição, em contrapartida, o sujeito se defende contra a angústia de castração e também evita o combate da formação sintomática, esquivando-se de dizer sobre seu gozo fantasmático. Nessa estratégia defensiva, que indica uma posição do sujeito, mas que nada diz dele, o sujeito se furta em fazer-se representar no saber endereçado ao Outro, na mensagem própria do sintoma. O sujeito aqui se retira do campo de batalha, pagando o preço da dolorosa apatia da retirada do desejo.

5. Embora se divulgue que a psicanálise poderia ser não só ineficaz mas contra-indicada no tratamento da depressão, a experiência mostra os efeitos antidepressivos promovidos exclusivamente pelo poder da palavra sobre o qual se baseia o tratamento psicanalítico, efeitos que podem ser compreendidos teoricamente.

Lá onde o deprimido é esperado pela medicina, como vítima de um mal sobre o qual não teria responsabilidade alguma e sobre o qual não teria nada a dizer, é justamente dessa forma que o deprimido comparece afetado pela tristeza que cala, tomado pelo gozo silencioso. Ou seja, o que o tratamento médico deixa escapar e que vai de encontro à posição do deprimido é justamente o sujeito que não é convocado a falar. Esse é o melhor remédio que o psicanalista pode oferecer-lhe, a oferta da escuta que promove o bem dizer, que Lacan contrapõe à covardia moral da tristeza. Dizer bem não sobre qualquer coisa - embora seja promovido pela associação livre -, mas sobre o saber recalcado, o gozo proibido, que vai de encontro ao dever ético de orientar-se no inconsciente.

* * *

Para concluir, depressão e melancolia, para a psicanálise, são distintas não só quantitativa como qualitativamente: a primeira é um sinal clínico e a segunda uma categoria diagnóstica, não justificando seu agrupamento num quadro único como pretende a psiquiatria atualmente com a criação do conceito de Transtornos do Humor. Se por um lado a melancolia é consistente por recobrir uma categoria específica da nosografia psicanalítica, o mesmo não ocorre com a depressão. Nesse sentido, a depressão, no singular, não existe, o que não significa que não se reconheçam os fenômenos depressivos, para os quais a psicanálise mostra o seu alcance terapêutico. A diversidade desses fenômenos no que tange sua causa e o caráter universal dos mesmos, torna inconsistente a unificação em torno de um conceito que poderia recobrir uma realidade clínica específica.

Fuentes, M. J. S. (2000). Depression's Diagnosis. *Psicologia USP*, 11 (1), 155-187.

Abstract: The subject of depression is researched based on the theoretical psychoanalysis. In Sigmund Freud's, Jacques Lacan's and some of their critics' works, the subject is – in the beginning – introduced from psychiatry-field from which the concept of depression, as it is understood nowadays, was born. The current diagnosis, the fragility of inherited genes as the main cause-effect hypothesis, the lack of sufficient “biological labels” and the limits of therapy through chemical means, are all critically approached. Immediately, the subject is approached in psychoanalysis, in which it is concluded that depression, as a category-subject to be diagnosed and derived from a unique cause – does not exist. As a counterpart, in this field it is recognised that – if on the one hand the universality of depression phenomena apt to appear in any diagnostic category – on the other hand, melancholy as a pathology which was not born from sadness but from specific psychotic mechanisms, is also recognised.

Index terms: Depression. Sadness. Diagnosis. Psychiatry. Psychoanalysis. Freud, Sigmund. Lacan, Jacques.

Referências Bibliográficas

- Alvarenga, E. (1996, nov.). A depressão sob transferência. *Opção Lacaniana*, 17, 24-28.
- Aristóteles. (1997). Problemata XXX, 1. In *A dor de existir*. Rio de Janeiro: Kalimeros.
- Biancarelli, A. (1998, 1 de fev.). Pesquisa mostra juventude deprimida. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Caderno 3, 6.
- Cordás, T. A., Nardi, A. E., Moreno, R. A., & Castel, S. (1997). *Distímia: Do mau humor ao mal do humor*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Cottet, S. (1988). Bela inércia: Nota sobre a depressão em psicanálise. *Transcrição*, 4, Salvador, BA: Fator.
- Freud, S. (1981a). Análisis de un caso de neurosis obsesiva. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 2). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1909)
- Freud, S. (1981b). Análisis fragmentario de una histeria (caso Dora). In *Obras completas* (4a ed., Vol. 1). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1901)
- Freud, S. (1981c). Un caso de curación hipnótica. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 1). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1892-1893)
- Freud, S. (1981d). Duelo y melancolia. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 2). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1915)
- Freud, S. (1981e). Estudios sobre la histeria. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 1). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1893)
- Freud, S. (1981f). Inibición, síntoma y angustia. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 3). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1925)
- Freud, S. (1981g). Las neuropsicosis de defensa. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 1). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1894)
- Freud, S. (1981h). Una neurosis demoníaca en el siglo XVII. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 3). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1922)
- Freud, S. (1981i). Observaciones sobre las neuropsicoses de defensa. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 1). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1896)
- Freud, S. (1981j). El problema económico del masoquismo. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 3). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1924)

- Freud, S. (1981k). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homossexualidad. In *Obras completas* (4a ed., Vol. 3). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1921)
- Gorog, J., & Gorog, F. (1990). Questões sobre a estrutura da psicose maníaco-depressiva. In *Papéis do Simpósio do Campo Freudiano*.
- Guyomard, P. (1996). *O gozo do trágico: Antígona, Lacan e o desejo do analista*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Guz, I. (1990). *Depressão: O que é, como se diagnostica e trata*. São Paulo: Roca.
- Jackson, S. W. (1986). *Melancholia and depression: From hippocratic times to modern times*. London: Yale University Press.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry/IV* (6th ed.). Baltimore: Ed. Williams/ Wilkins.
- Kendell, R. E., & Zealley, A. K. (1993). *Companion to psychiatric studies* (5th ed.). London: Churchill Livingstone.
- Kramer, P. D. (1994). *Ouvindo o prozac: Uma abordagem profunda e esclarecedora sobre a pílula da felicidade*. Rio de Janeiro: Record.
- Lacan, J. (1959). *Le désir et ses interpretations, seminaire*. (Inédito)
- Lacan, J. (1973). *Le séminaire Livre 11: Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1964)
- Lacan, J. (1998). Kant com Sade. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1963)
- Lacan, J. (1993). *Televisão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1995). *O Seminário Livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1957)
- Leguil, F. (1996, abril). As depressões. *Correio, 14*, Escola Brasileira de Psicanálise.
- Lévi-Strauss, C. (1982). *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-III R* (3a ed.). (1989). São Paulo: Manole.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV* (4a ed.). (1995). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Masson, J. M. (1986a). Carta de 19 de abril de 1894. In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess/1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.

O Diagnóstico de Depressão

- Masson, J. M. (1986b). Carta de 16 de janeiro de 1899. In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess/1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Masson, J. M. (1986c). Rascunho A. In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess/1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Masson, J. M. (1986d). Rascunho B: A etiologia das neuroses. In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess/1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Masson, J. M. (1986e). Rascunho F. In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess/1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Masson, J. M. (1986f). Rascunho G: Melancolia. In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess/1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Masson, J. M. (1986g). Rascunho K: As neuroses de defesa. In *A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess/1887-1904*. Rio de Janeiro: Imago.
- Miller, J. A. (1988). A propósito de los afectos en la experiencia analítica. In *Matemas II*. Buenos Aires, Argentina: Manancial.
- Organização Mundial de Saúde (1996-1997). *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10* (3a ed.). São Paulo: EDUSP.
- Soler, C. (1988). Pérdida y culpa en la melancolia. In *Finales de análisis*. Buenos Aires, Argentina: Manatíal.
- Sonnenreich, C. (1991). *Debates sobre o conceito de doenças afetivas*. São Paulo: Manole.
- Wine, N. (1992). *A pulsão e o inconsciente: A sublimação e o advento do sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar.

A ALIENAÇÃO ETERNIZADA. UMA ABORDAGEM ESTRUTURAL DE UM CASO CLÍNICO

Maria Cristina Ricotta Bruder¹

Instituto de Psicologia - USP

Este trabalho é uma aplicação de uma estratégia clínica baseada no conceito de alienação, tal como definido por Jacques Lacan, para o atendimento de uma criança considerada psicótica e sua mãe. Tal estratégia, proposta por Jussara Falek Brauer, prescreve um atendimento individual, com uma sessão semanal, para a criança e para a mãe. Considera a estrutura familiar e pretende lidar com as determinações estruturais sobre a constituição do Sujeito. Dois momentos são especialmente focados quando o trabalho é iniciado e outro posterior que exemplificam a mudança de posicionamento dessa criança, em função do processo terapêutico em curso. Os conceitos teóricos que embasam esta abordagem a Alienação, a Topologia Lacaniana da Constituição do Sujeito, o Significante, o Inconsciente, a Castração, o Fetiche, a Perversão, a Separação são apresentados e relacionados ao material clínico. Algumas hipóteses são apresentadas a respeito da estrutura psíquica da mãe, considerando a evolução observada e as mudanças de posicionamento dessas pessoas, que levam ao estabelecimento de uma hipótese diagnóstica para a filha.

Descritores: Alienação. Relações mãe-criança. Psicose infantil. Fetichismo. Angústia de castração.

1 Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo, SP – CEP 05508-900. Consultório: Rua Artur de Azevedo, 475 - Pinheiros - CEP 05405-010. E-mail: mcricotta@hotmail.com

Este trabalho pretende desenvolver algumas considerações teóricas a respeito do conceito de alienação, tal como proposto por Jacques Lacan, aplicado a um caso clínico: o atendimento de M. e sua mãe, dona C. Destacamos um momento inicial e outro, mais recente, para mostrar a evolução do caso.

M. foi trazida já com um diagnóstico psiquiátrico: portava uma história clínica que incluía internação hospitalar, medicação com neurolépticos, e havia apresentado surtos de alucinações e delírios, constituindo, para o referencial médico, um caso de psicose classicamente reconhecível. Mas, apareceu-nos, de saída, como uma criança que falava “sozinha” de modo quase incompreensível, excessivamente ligada à mãe, a qual procurava incansavelmente por um atendimento que respondesse à sua questão: “o que tem minha filha?” Essa questão foi ouvida por nós como um enigma, passível de outra leitura, menos imediata, não restrita ao aspecto fenomenológico, e que enviasse a uma apreensão da estrutura subjacente, ainda que essa leitura pudesse demorar muito tempo para ser feita e o diagnóstico só aparecesse mais tarde, no decorrer do trabalho.

Como pano de fundo para essa abordagem, temos que fazer constar a fundamentação de Lacan, que, nas *Duas notas sobre a criança*², coloca a criança como sintoma da família, ou da mãe, e estabelece que quando o sintoma que chega a dominar tem a ver com a subjetividade da mãe é diretamente como correlativo de um fantasma que a criança está implicada.

Esta discussão em torno da alienação situa-se no ponto inaugural de toda essa problemática, na medida em que pudemos perceber o modo com que certas mulheres se desorganizam com a maternidade, estabelecendo uma determinada relação com a criança que, se nos casos favoráveis, passa por ser um momento estruturante, fundante de uma subjetivi-

2 Segundo Jacques Alain-Miller, esse texto consiste de duas notas manuscritas, entregues por Lacan a Jenny Aubry, em 1969, e foram publicadas por ela em um livro seu, surgido em 1983. A *Revista Opção Lacaniana* (Lacan, 1988a) também publicou este trabalho, bem como a Editora Manantial (Lacan, 1991).

dade, em casos como o de M. revelam algo de petrificado, a serviço de problemas maternos, *como se a alienação se eternizasse*.

Primeiramente, farei um resumo do caso, que foi iniciado em abril de 1993.

Logo na primeira entrevista, mãe e filha vieram juntas e o pai não compareceu, a despeito da convocação que, explicitamente, solicitava seu comparecimento.

Notamos, de saída, como elas pareciam ser muito ligadas; como o pai era deixado de fora, e como, basicamente, M. era uma espécie de “causa” para sua mãe, que peregrinava há anos por hospitais, postos de saúde, clínicas, em busca de um médico/psiquiatra/psicólogo que lhe dissesse o que tinha sua filha, qual era sua doença, como seria curada.

Soubemos que ela foi uma criança normal até os oito anos, mas começou a chamar a atenção da professora por escrever fora da linha e falar sozinha. Foi piorando, e apresentou fortes dores de cabeça - tratadas inicialmente como sinusite - que “foram continuando e atrapalhando mais a cabeça” (sic): falava coisas que pareciam sem sentido, tinha medos, visões (via muito preto, vultos), babava muito, cismava que a mãe ia matá-la. Levada a um hospital para consulta psiquiátrica, foi internada, permanecendo assim por oito meses; continua (até o presente momento) em tratamento ambulatorial, estando bastante medicada. Segundo a mãe, ela havia melhorado bastante, mas a “falação não pára, ela não segura o pensamento.”

O pai compareceu a algumas sessões, dando-nos a impressão de estar menos implicado no problema e, até, de não ter acesso a ele: suas opiniões não eram consideradas pela esposa, e ele, por seu lado, se omitia nessa busca de tratamento - do que a esposa “reclamava,” embora tenha dito, em outro momento, que o tratamento da filha era assunto dela. A mãe desqualificava a figura do marido, dizendo sempre como ele “é nervoso,” “homem antigo,” e “ele bebe”

Partimos da hipótese de uma colagem entre a mãe e a filha, que estaria alienada no desejo materno; em outras palavras, M. estaria ocupando o lugar de objeto no fantasma materno.

Oferecemos uma escuta analítica a ambas, individualmente, com uma sessão semanal (conforme estratégia proposta por Jussara Falek Brauer em seu projeto), supondo que a questão materna que estava alienada na filha pudesse ser reenviada a quem teria mesmo que arcar com ela: a mãe. A alienação ocorria, nesse ponto, em dois sentidos: a mãe em relação à filha, e vice-versa. Voltarei a esse ponto mais tarde.

M. me acompanhava sem dificuldade até a sala e permanecia comigo sem problemas; mas nosso contato era constituído de raros “flashes” em que ela se ligava e parecia me ver, e falar comigo. Na maior parte do tempo, falava sozinha, ria, cantarolava, cochichava com voz fina e voz grossa alternadas, saía pulando, e tinha um olhar vago, que parecia parado, fixo num ponto “além.” Falava comigo, mas muito rápido, sendo difícil entender tudo que dizia; porém, percebemos logo a sincronia entre o discurso da mãe e o dela, e que algumas palavras que dizia repetidamente eram significantes, que deviam pontuar o discurso da mãe (outro aspecto da estratégia proposta por Jussara Falek Brauer). Cito alguns exemplos: “mulher,” “namoro,” “menino.”

Dona C., a mãe, comparecia pontualmente, e seu discurso, frio e controlado, era circular, pleno de descrições extremamente “visuais,” que favoreciam uma aderência imaginária, que não permitia facilmente o corte.

Com o desenrolar do atendimento, fomos montando, como num mosaico, a história de vida dessa mãe e de toda a família. Chamou-nos muito a atenção a importância que assumia para ela a questão da loucura. Vindo de uma família numerosa que morava em Minas, na roça, ela relatou os antecedentes familiares de loucura (uma tia louca, uma irmã que se suicidou e que “talvez tivesse problemas mentais, mas aquele povo antigo de Minas não cuidava”), mostrando que esse tema sempre a inte-

ressou muito: visitava o hospício da cidade, aos domingos, quando era recém-casada. Verbalizou que a loucura de sua família é a bebida: quase todos bebem; e cedo comunicou que sua mãe era doente, e “não se podia confiar, de manhã ela estava boa, e de tarde já estava de cama, doente.”

O significante “doente,” portanto, apareceu cedo, ao lado do “ajudar, cuidar:” ela tinha que ajudar a fazer o serviço da casa e cuidar dos irmãos menores, já que a mãe estava sempre doente; tinha que ajudar a controlar a irmã, para que não bebesse. Atualmente, ela se orgulha de ajudar todos os que precisam dela, sendo muito prestativa, e de sua saúde, vangloriando-se de conseguir trabalhar muito (faz faxina) sem se cansar; denega totalmente qualquer problema de saúde, e agora, ao sentir alguns sintomas de menopausa, acha de pode estar grávida, e se recusa a ir ao médico (só tem tempo de arrumar médico para as filhas), mesmo quando não se sente bem, o que, aliás, não gosta de admitir.

Vimos, até aqui, a “doença” e o “ajudar, cuidar,” atuados em M. A questão da sexualidade apareceu por várias vias, entre as quais eu poderia destacar que sua curiosidade sexual sempre foi reprimida (apanhou muito quando quis saber sobre a gravidez da irmã, casou-se “sem saber nada”); teve muita dificuldade para lidar com a filha mais velha, quando adolescente - ela saía à noite para ir a bailes...- ao passo que M. era pequena e já tinha um *namorado*. M. era a mais inteligente dos seus filhos, e certamente iria *andar* pela cidade toda se não fosse doente; até hoje, Dona C. tem dificuldade para resolver o que quer fazer para ganhar mais: queixasse de ter pouco dinheiro, mas não consegue trabalhar “porque tem que cuidar de M.,” e não assume um serviço que poderia ser rendoso “porque tem que *andar* na rua”- “na rua vejo homens bonitos.”

Outro ponto importante na história da mãe é o “apanhar”- o pai dava-lhe grandes surras quando ela não fazia o que era esperado, mas parece que ela sabia o que provocava essas surras, e não tentava fugir, ou seja, seu relato sugere uma história que evoca um certo gozo no apanhar - ela reclama disso, mas refere que ele também lhe trazia queijo, porque

sabia que ela gostava, e conversava com ela. Para dizer tudo, “quanto mais ele batia, mais eu queria bem.”

Finalmente, apareceu mais recentemente um outro aspecto ao qual demos grande importância: a questão da negritude. O pai de Dona C. era negro, a mãe, branca; o avô materno, mulato (“era roxinho”), mas se opôs ao casamento da filha com um negro: preferia vê-la morta; a mãe, que sempre estava doente, não conseguia *cuidar* dos cabelos das filhas, duros, como “bombril”, já que os dela eram lisos. O marido de Dona C. é negro, filho, como ela, de mãe branca e pai negro; as filhas são negras, e o filho é branco.

Este filho se casou com uma moça branca, e a filha mais velha está noiva de um rapaz branco. Esta filha não aceita bem sua cor, não gosta do cabelo, não *cuida* (isto é, não alisa). Uma das maiores preocupações de Dona C. é seu cabelo: ela trabalha ou pelo menos faz um “biquinho” só para comprar os produtos para alisar e amaciar o cabelo. E seu grande sonho - que demorou mais de um ano para aparecer - é montar um salão de cabeleireira, especializado em negras.

Creio ter resumido os principais pontos pelos quais Dona C. configurou sua questão, que estamos elucidando, e que assumiria fantasmaticamente o aspecto de uma grande preocupação em *cuidar* dessa filha, que é *doente*, para lidar com a sua *loucura*, a qual passa pela *realização sexual*. A relação extremamente complicada com sua mãe, que não ofereceu um modelo de identificação atraente, e que, concretamente, parece que teve dificuldade para cuidar das filhas, repete-se na dificuldade com que ela *cuida* desta filha. “Cuidar da filha doente,” em resumo, representa uma proteção. E sobredeterminada: condensa questões da sexualidade, da loucura, da mãe.

Porém, Dona C. não veio procurar uma análise porque havia feito uma questão: tudo estando alienado em M., é a M. que ela traz. Isso exemplifica bem a implicação total de M. no fantasma da mãe. Por outro lado, vimos ao longo desse atendimento o quanto M. se aliena na mãe:

ela não sabe de si, remete à mãe todo o saber sobre si, permite que a mãe decida tudo, já que está encantada com a *mulher*.

A Alienação

Penso que, nesse ponto, é preciso referir teoricamente a questão da alienação, tal como Lacan (1988b) a propõe no *Seminário 11*, para poder articular nossa hipótese.

Encontramos, assim, na topologia lacaniana, numa exposição que visa formular como se constitui o sujeito, uma repartição que opõe o Sujeito e o Outro, com relação à entrada do inconsciente. O Outro é o lugar onde se situa a cadeia do significante. O sujeito se caracteriza por uma dependência significativa ao lugar do Outro.

Em outras palavras, reafirma aqui o fato de o sujeito estar submetido à primazia do significante.

Esta é uma contingência especificamente humana: o homem é um ser falante, um ser de cultura, e está mergulhado nessa cultura, antes mesmo de seu nascimento; ele sofre determinações desse sistema simbólico, e terá que encontrar seu lugar (na família, na sociedade), ingressar num sistema que tem uma história que o antecede - como? Será a partir da relação com o Outro, no caso, a mãe, que vai *falar* com ele, emprestando-lhe os significantes que o constituirão.

Se a estrutura do significante se funda numa função de corte, e a relação do sujeito ao Outro se origina inteiramente num processo de hiância, o significante, ao se produzir no campo do Outro, faz surgir o sujeito de sua significação; mas, ao mesmo tempo, o reduz a ser apenas isso - um significante - petrificando-o no mesmo instante em que o chama a funcionar como sujeito. Isso é a afânise, momento de fechamento do inconsciente.

A afânise, desaparecimento do sujeito, tem uma qualidade - a de ser letal.

Isso nos leva ao “vel” - algo escondido, que vamos tentar “desvelar”- da primeira operação essencial em que se funda o sujeito: a alienação - que condena o sujeito a só aparecer, ou, de um lado, como sentido, produzido pelo significante, ou, do outro lado, como afânise. Como o sentido emerge no campo do Outro, é de sua natureza ser eclipsado numa grande parte de seu campo pelo desaparecimento do ser, induzido pela função mesma do significante.

Isso poderia ser figurado por meio de dois círculos que se interpenetram formando uma lúnula: o ser (o sujeito) de um lado, o sentido (o Outro), do outro; a lúnula, a intersecção, seria o não-senso (o inconsciente).

Se imaginarmos que o Sujeito e o Outro são “dois que formam um,” sua separação, a esse tempo, revelaria que, se um fosse preservado, inteiro, o outro necessariamente seria mutilado; seria criado o desejo (pelo surgimento de um sujeito “faltante”); e se o sujeito, hipoteticamente, encontrasse o objeto perdido - já que a separação colocaria em relação um sujeito “faltante” a um objeto perdido-, estaria pleno, mas também encontraria a morte. É esse o fator letal: o sujeito poder se dissolver no Outro, desaparecer enquanto sujeito. É letal a entrada do ser humano na via de uma escravidão, se permanecer alienado no Outro; é letal para a sobrevivência do sujeito, para o desvendar do seu desejo.

Podemos articular esse postulado teórico com nossa observação clínica, da qual extraímos a hipótese da colagem entre M. e sua mãe, supondo que ambas permanecem nesse estado de alienação recíproca (no sentido de que a filha se remete à mãe como Outro, alienando-se nela, e, inversamente, a mãe também se coloca em M. desaparecendo como sujeito, vivendo “por procuração,” através de M.; ela traz suas questões não simbolizadas, “em bruto,” alienadas na filha).

Fica muito claro, sob esse recorte, o fator letal que “escorrega” entre M. e sua mãe; por exemplo, a mãe abdica de boa parte do tempo que poderia investir em trabalhar, para ganhar mais (apenas para citar algo que ela já verbalizou), nessa busca de tratamento, no controle, e mesmo no modo como vasculha a intimidade da filha; e M., presa no desejo de

sua mãe, não pode mobilizar seus recursos para se desenvolver, para o aprendizado, etc. Em afânise, nada aparece de M. enquanto sujeito, ser desejante.

Mas não podemos esquecer que essa operação - a alienação - é estruturante, fundante (funda o sujeito), porque cria um vazio, um buraco (na intersecção entre o sujeito e o Outro), e é isto que faz surgir a falta, a castração. O desejo da mãe vai marcar o filho - mas essa marca é da ordem do significante, e introduz a criança no mundo humano. É, propriamente falando, a função materna: função de desejo, de marcar a criança com o desejo. Mas, nesse momento que focalizamos, é uma situação de impasse, é altamente destrutiva: M. vem louca, encarnando o significante que nem ela nem a mãe simbolizam.

Nessa fase inicial do atendimento, mãe e filha pareciam fusionadas, simbióticas, o que permitia à mãe vivenciar uma completude imaginária - evitando, assim, lidar com a castração, sentindo-se fálica. M., por seu lado, “aceitou” viver o papel de falo, encarná-lo perante sua mãe (é, assim, a mais inteligente, a filha preferida).

Essa situação, que perdurou durante alguns anos, começou a se modificar com este atendimento. Não vamos nos deter agora nas questões relacionadas com o gozo que devia estar mantendo essa relação; a renúncia a esse mesmo gozo, por parte da mãe; a sua permissão para a entrada em cena do pai. O que precisamos articular agora é a separação entre as duas.

A separação, uma segunda operação na constituição do sujeito, é tão essencial de ser definida como a alienação.

O que se passa é que o sujeito encontra uma falta no Outro, ao que ele responde com a falta antecedente de seu próprio desaparecimento - ou, como podemos também descrever, uma falta recobre a outra. Quando Lacan diz que “É uma falta engendrada pelo tempo precedente que serve para responder à falta suscitada pelo tempo seguinte,” estabelece a torção no retorno da relação do sujeito ao Outro.

No esquema que figuramos anteriormente, com os dois círculos interseccionados, a lúnula representa a hiância, a borda, que sedia a dialética do desejo: a junção do desejo do sujeito com o desejo do Outro.

Se a afânise é o desaparecimento do desejo, um momento de fechamento do inconsciente - o sujeito é chamado ao Outro, petrifica-se - podemos, ao postular a separação, como acima, vislumbrar a hiância como o momento de abertura do inconsciente, onde se dá o corte nos significantes - o sujeito vê a si mesmo aparecer no campo do Outro, seu desejo é o desejo do Outro - e, finalmente, o Outro lá retorna... Não basta que esteja estabelecido o significante da falta no Outro, o falo, para o estabelecimento do sujeito - esse processo precisa se completar, com a separação plena, possibilitada pela instalação de outro significante: o nome-do-pai.

A criança humana, ao nascer, não tem como se ver inteira; é o olhar da mãe que vai lhe dar uma imagem antecipada de uma unidade que não corresponde ao que ela vivencia, ou seja, o corpo espedaçado. O Outro (mãe) permite à criança entrar numa função especular e “saber” que é o que a mãe lhe diz. Alienada nessa relação imaginária, a criança vai formar seu eu à semelhança do outro. Isto começa a mudar quando a criança percebe a falta no Outro - ou seja, quando se instala o significante falo.

O mesmo objeto do desejo da mãe é o desejo da criança: e o Outro responde, recobre a falta com a falta antecedente: instala-se a metáfora paterna (chamada “metáfora” por se constituir de condensação de dois significantes: *Outro*
Falo

Ou seja, um significante que substitui o significante desejo da mãe.

Isso pode ser ilustrado no material clínico.

A partir de determinado momento - tendo já sido levantada a história de vida da mãe, com todo o trabalho de pontuação em seu discurso,

também baseado no que falava M. - começou a haver alguma mudança, tanto através do surgimento, no discurso da mãe, de referências a outra M., como se ela estivesse “vendo” a filha de outro modo, como por mudanças de atitude da mãe, basicamente mobilizadas na transferência.

Assim, depois de, literalmente, trocar de lugar com a filha - mostrando-se confusa, relatando ter tido uma visão, indo para o horário da filha... - ela atua, no real de uma sessão, criando uma sessão a três (quase invadindo a sessão da filha). Nesse dia, pela primeira vez, M. havia dito uma frase muito enigmática, mas bem encadeada: em vez do “a mulher,” que ela repetia todas as sessões, diz o seguinte: “A mulher. Tinha um homem. A menina. mmm. O homem falou por que não deixa ela dormir primeiro?”

Percebemos que alguma coisa estava se passando, que vinha atuando, no comportamento da mãe, e verbalizado pela filha. Houve uma repetição, na transferência, de uma (possível) cena “a três” - ela com o marido e M., ela com seus pais? - que ainda não podia aparecer no discurso, e sim, no real da sessão.

Mas, a partir daí, dona C. começou a falar de questões pessoais, independentemente de M.; e falou de melhoras da filha: esta começa a ir sozinha ao banheiro, por exemplo (antes, a mãe precisava ir junto para *ajudar*).

Esse “ir sozinha ao banheiro” repetiu-se aqui: M. interrompe a sessão para ir ao banheiro, e eu vejo, da porta da sala, a mãe ir atrás, parando para perguntar se a filha precisa de ajuda... e ao voltar, M. me avisa, quase gritando: “Eu não sou tonta não, Cristina!”

Que quer dizer isso? Será que ela “sabe” que sua mãe e ela estão se separando, e que isso é difícil? A partir desse momento, M. vai explorar se fica perto ou se se afasta da mãe, falando de amigos de “antes de ficar doente,” de enfermeiras do hospital na época da internação, do que quer fazer, enfim.

Aqui, começa a separação entre M. e dona C.

M., que parecia psicótica, contentando-se do desejo do Outro (a mãe), começa a estruturar outro tipo de relação, a mostrar-se desejante; estabelece uma transferência comigo, cada vez mais clara e aberta, onde mostra que, quando eu falo, isso soa como Lei, a que ela se submete, portanto, mostra que ela pode se submeter ao corte. E a mãe, que, apesar de toda a questão com esta filha, tinha algum espaço para uma vida própria, parece que entra em análise.

Há outro aspecto que merece ser destacado, nesse ponto: a questão do olhar. Assim, todo o material de M. a respeito dessa “cena a três,” que se repetiu em seu discurso muitas vezes, remetia sempre à cena primária, dando fortes indícios de que ela teria realmente visto os pais numa relação sexual; ela passou a falar mais de seu antigo namorado, o E., do que fazia com ele, etc; e, principalmente, passou a me olhar de um modo diferente, fixando o olhar, sustentando o olhar.

Quanto à mãe, sempre negou que M. pudesse ter visto qualquer cena desse tipo; denega também a importância desse namoro com o E. (“era brincadeira de criança,” “sempre tinha alguém olhando”); e em sua análise enveredou pela via da curiosidade sexual, mostrando que, até em sonho, *não pode ver*.

Ou seja, a erotização dessa fenda, tanto para M. como para a mãe, não deixa dúvidas.

Parece que a mãe está renunciando à colagem com a filha - traz o relato de que ela está cada vez melhor, e nós mesmos o observamos, no jogo, no discurso - mas ainda hesita, como se lhe fosse muito penoso admitir a perda do falo. Em outras palavras, é como a repetição da castração.

Se M. atuava, no real, o falo necessário para satisfazer o desejo da mãe, com a reconstrução de sua história ela poderia liberar a filha, ou, não mais precisar dela como sintoma. Fica claro que M. quer sair desse lugar de objeto: quem vacila é a mãe. Parece que está difícil renunciar ao gozo que esta situação lhe traz. Dona C. se queixa da doença da filha, mas tem um gozo nisso, no fato de sofrer com a doença, cuidar, ajudar, como já vimos.

Há uma pergunta sempre no ar: essa mãe sempre fez muitas perguntas, as mais cândidas e inocentes, como se ela não soubesse de nada. Mas o que ela recusa saber?

A essa altura, penso que temos elementos para estabelecer uma hipótese a respeito da estrutura dessa mãe, como tendo uma estrutura perversa, e que sendo, portanto, impossibilitada de aceitar a castração (o não ter o falo), renega-o³ (renega que percebeu a diferença sexual), e vai estabelecer com esta filha esse tipo de relação, em que uma colagem a provê do falo - M. seria, assim, seu fetiche.

O fetiche poderia ser a resposta à questão colocada acima, ou seja, aquilo de que dona C. não quer saber - a castração. Como refere Clavreul (1990), “A recusa do perverso deve-se à ausência como causa do desejo e, em seguida, igualmente à ausência de saber como causa da pulsão escotofílica⁴” - ou seja, na estrutura perversa, “a criança não se reconhece como aquele que não sabia e *desejava saber* (...) Seu Saber é uma espécie de saber rígido, implacável, inapto para ser revisado diante do desmentido dos fatos...” Esse Saber, que não deixa espaço ao campo da ilusão, perigosamente próximo da psicose por ser um saber absoluto, é contornado pela reconstituição, alhures, do campo da ilusão: justamente, o fetiche.

Toda a questão da cor (da negritude), ao ser analisada, veio a circunscrever um objeto: o cabelo. Agora, podemos pensar no cabelo como fetiche. Dona C. não sabe cuidar do cabelo de M.. como ela toma remédio, isso afeta, segundo ela, a raiz do cabelo, e ele cai - e expressa, assim, sua característica principal, no discurso dessa mãe: é o objeto perdido. Sabemos que o sujeito surge a partir de uma falta: o cabelo, objeto perdi-

3 O conceito de “renegação” para nomear o processo que, na estrutura perversa, produz o fetiche, em lugar do de “recusa,” foi dado por Durval Chechinato, na aula de 29/9/95, no curso de especialização “Atendimento Individual na Estrutura Familiar,” realizado no IPUSP, sob a coordenação de Jussara Falek Brauer.

4 Este termo encontra-se em “O casal perverso,” de Clavreul (1990, p. 126), e se relaciona com o desejo de ver. Tal termo não existe em português; pode-se considerar um neologismo criado a partir do termo lacaniano “pulsão escópica.”

do, faz surgir M. como sujeito que não é, não tem o cabelo desejado, não dá para cuidar (nesse sentido, é importante lembrar que a mãe de dona C. não sabia cuidar dos cabelos das filhas, duros, porque o dela era liso - é a recusa do saber, ou melhor, da ausência de saber).

Em nossa hipótese - M. como fetiche de uma mãe perversa - é como se a mãe se iludisse “fetichizando” a filha, controlando-a para que ela não se torne “a via de acesso a essa Verdade que necessariamente descobre o Outro em seu caminho” (conforme Clavreul).

O papel do pai nessa estrutura, sua anterioridade no saber, ganha, aqui, relevância. Vimos como esta mãe sistematicamente desqualifica a autoridade do pai de M., o que é coerente com nossa hipótese: o perverso tem uma clivagem no ego, de modo que tem conhecimento da Lei, mas não se submete a ela; como renega a castração, vive à margem da Lei.

Aqui, abre-se um vasto campo a ser explorado, na análise da figura paterna em relação a esta mãe. Lembramos que ela “fazia por apanhar,” e deixou subentendido que gostava disso.

Costumamos pensar no menino, na cena em que descobre a ausência do pênis em sua mãe; e à questão que P. Aulagnier (Clavreul, 1990) coloca, “*com que olhos a mãe vê seu filho que a olha?*”, acrescentaríamos, com que olhos a mãe vê o pênis que o filho exhibe? - retornando à pulsão escotofílica, à questão sempre colocada do olhar.

Menciono o menino, na suposição de estar me aproximando de um outro enigma deste caso, que citei logo no início (quando M. mal falava, e entre as poucas palavras que me dizia, figuravam “a mulher” e logo “o menino”). Há também um sonho de dona C. em que “o menino” é um encosto, e o benzedor deve curar M. disso.

Recentemente, e na esteira das mudanças que vêm ocorrendo no sentido de maior autonomia da M., que mostra cada vez mais suas habilidades e, principalmente, seus desejos, tivemos outra sessão marcante, em que M. afirmava, alto e bom som, que quer um namorado. Dizia que “minha mãe tem marido, minha irmã tem namorado, não adianta, Cristina, eu quero um namorado!,” relembrando o E., que se mudou, e dizendo

que talvez fique com o F. mesmo. Na sessão seguinte, conta que tirou a roupa para o menino *ver*, na escola. É o F., ele mandou.

A mãe, pouco antes, em seu horário, falara da mesma história, mas de outra posição: transtornada, furiosa ao lembrar o que disse à diretora da escola que “não olha as crianças,” ameaçando denunciá-la junto à Delegacia de Ensino, porque soube pela funcionária da cantina que as crianças, em grupo, fizeram essa brincadeira: M. tirou a blusa para o F., e outro menino “mostrou o pinto para outra menina.” “Uma imundície! Essa escola é imunda!”

Parece que estamos diante de outra atuação; o menino, o tão falado menino, aí está, encarnado. A “sessão a três” agora está se desenrolando em grupo; M, que supostamente *via*, aqui *é vista*. É verdade que não assume o seu desejo: disse à mãe que tirou a roupa porque ele ameaçou bater nela, mas, para mim, disse que queria fazer isso.

Para a mãe, foi transtornante saber dessa cena, mas é revelador notar que ela deu maior destaque para o *menino que mostrou o pênis* do que para a cena que envolvia sua filha. Cito uma frase sua: “Falei pra ele, por que você não foi mostrar pra sua mãe? Ela é que ia gostar!,” com muita raiva, e invectivando contra a falta de educação desse menino, falando que não foi assim que ela e o marido educaram os filhos, “em casa não é assim!” Aqui, poderíamos repetir aquela pergunta: com que olhos a mãe vê o pênis que o filho exhibe?

Esse “menino” é significativo. Até agora ele está velado. Só sabemos, por enquanto, que “o menino” provoca horror em dona C.

Essa cena deixa transparecer a dificuldade que M. e a mãe têm em assumir sua própria subjetividade, seu ser.

Mas, como sabemos por Lacan (1989) em seu estudo de Hamlet, “Édipo entra em seu declínio do mesmo modo em que o sujeito deve fazer o luto do falo. (...) O Édipo tem como consequência no homem e na mulher o estigma, a cicatriz do complexo de castração.” Mas em que se transforma o sujeito enquanto que simbolicamente castrado? “Foi simbolicamente castrado no nível da sua posição como sujeito falante e não no

nível do seu ser. O seu ser deve fazer o luto do que trouxe para o sacrifício, em holocausto à função do significante que falta.” “(A castração *servirá*) para definir o objeto *a* do desejo, tal como aparece no fantasma (...): o objeto que sustenta a relação do sujeito com o que ele não é, (...) na medida em que não é o falo.” “A posição do falo é sempre velada” (...) “Trata-se, para o sujeito, bem entendido, de o ter ou não. Mas a posição radical do sujeito do desejo é de não o ser. O sujeito é, se o posso dizer, um objeto negativo.” “As formas nas quais aparece o sujeito ao nível da castração, da frustração e da privação, podemos chamá-las alienadas ...”

Trata-se, repetindo, de não ser o falo. M. está deixando de ser o falo. Mas - ser ou não ser, eis a questão - por enquanto, o menino não se desvelou, permanece algo de alienado. A única maneira de ser é pela alienação - ela é estruturante, funda o ser. Sem engancha-se lá, no Outro, não pode advir um ser. Mas ali o sujeito se escraviza. E, “o de que o sujeito tem que se libertar é do efeito afanísico do significante binário” - ou seja, encontrar o intervalo no discurso do Outro (mãe) para constituir o seu próprio desejo, reencontrando sua própria falta.

Para além da análise de todos os significantes que ainda restam, enigmáticos, por decifrar, permanece a dúvida, qual seja, a de saber se esta mãe abrirá mão da proteção que M. representa, e do gozo que lhe proporciona; se permitirá a entrada (simbólica) do pai (isto é, que possa permitir a incidência da função paterna, que não é coincidente com a presença real do pai) para que corte esse gozo e autorize o desejo. Só assim teremos dois sujeitos, separados, não mais escravizados em suas demandas de amor.

Bruder, M. C. R. (1999). The Eternalized Alienation: a Structural Approach of a Clinical Case. *Psicologia USP*, 10 (2), 189-205.

Abstract: This work is an application of a clinic strategy based on the alienation concept - as defined by Jacques Lacan - to handle a supposed psychotic child and her mother. This strategy, proposed by Jussara Falek

Brauer, prescribes individual assistance through weekly sessions with daughter and mother. It considers the family structure and intends to deal with the structural determinations on the Subject constitution. Two moments are especially focused when the work begins and a later one that exemplify the changing in the positioning of the child as a result from the therapeutic process in course. The theoretical concepts that support this approach Alienation, The Lacanian Topology about the Subject Constitution, Significant, Unconscious, Castration, Fetish, Perversion, Separation - are presented and related to the clinical material. Some hypotheses are presented about the mother's psychic structure, withdrawn from the changing of positions and the evolution observed in both mother and daughter. These lead to the establishment of a diagnostic hypothesis for the daughter.

Index terms: Alienation. Mother child relation. Childhood psychosis. Fetishism. Castration anxiety.

Referências Bibliográficas

- Clavreul, J. (1990). O casal perverso. In P. Aulagnier-Spaurani, J. Clavreul, F. Perrier, G. Rosolato, & J. P. Valabrega. *O desejo e a perversão* (pp. 113-155). Campinas, SP: Papirus.
- Lacan, J. (1988a). Duas notas sobre a criança. *Revista Opção Lacaniana*, 21, 5-6.
- Lacan, J. (1988b). *O Seminário Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1989) Hamlet, por Lacan. In J. Murtinho (Org.), *Shakespeare, Duras, Wiedekind, Joyce* (pp. 11-120). Lisboa, Portugal: Assírio & Alvim.
- Lacan, J. (1991) *Intervenciones y textos*. (2a ed.). Avellaneda, Argentina: Manantial.

UMA REFLEXÃO ACERCA DO DIAGNÓSTICO DE PSICOSE INFANTIL. UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA¹

Claudia do Amaral de Meireles Reis²
Pontifícia Universidade Católica - SP

O presente trabalho, após algumas considerações sobre a apresentação da loucura na cultura ocidental e sua apropriação pela medicina, aborda as principais diferenças entre o diagnóstico psiquiátrico e o diagnóstico estrutural, segundo a concepção da psicanálise francesa. Através da discussão de um caso, considerado de psicose infantil pela psiquiatria, ele se propõe a demonstrar como o diagnóstico psicanalítico vai além do psiquiátrico, abrindo novas chances para o paciente.

Descritores: Diagnóstico. Psicose infantil. Distúrbios mentais. Separação-individuação. Psicanálise. Psiquiatria. Sintomas.

1. Introdução

A reflexão acerca do diagnóstico de pacientes com problemas emocionais graves implica na consideração de uma série de fatores. Além

-
- 1 Artigo baseado no Trabalho de Conclusão De Curso – TCC, apresentado em 1995 como exigência para graduação no Curso de Psicologia da PUC-SP.
 - 2 Integra atualmente um grupo de pesquisa com pacientes borderlines no Departamento de Psicoterapia do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e atua em consultório particular).
Endereço para correspondência: Alameda Lorena, 1304 – Conj. 1007 – Cerqueira César CEP 01424-001 – São Paulo, SP. E-mail: croris@mandic.com.br

das diversas abordagens possíveis a singularidade e sutileza de cada caso nos leva quase sempre por caminhos desconhecidos e terrenos nada firmes.

Neste trabalho, através da apresentação de um caso clínico do atendimento de uma criança, proponho-me a discutir alguns aspectos do diagnóstico psicanalítico em contraposição ao diagnóstico psiquiátrico, e as implicações decorrentes dessas opções. A escolha do termo “problemas emocionais graves” foi propositada, para assinalar que a palavra psicose longe de indicar um consenso conceitual, aponta para um termo genérico da medicina psiquiátrica para designar as “doenças mentais” e que a psicanálise utiliza-o de outra maneira. Segundo o *Vocabulário de Psicanálise* de Laplanche e Pontalis (1988)

No decurso do século XIX o termo psicose espalha-se sobretudo na literatura psiquiátrica de língua alemã para designar as doenças mentais em geral, a loucura, a alienação, sem implicar aliás uma teoria psicogenética da loucura. Mas só no fim do século XIX é isolado o par de termos opostos que se excluem um ao outro, pelo menos no plano nocional: neurose e psicose. (p. 502)

Em se tratando de crianças a polêmica torna-se mais acirrada, pois alguns profissionais da área acreditam que a psicose se configuraria somente na adolescência (após o período de latência), tornando, portanto, precipitado um diagnóstico de psicose infantil, que além disso incidiria sobre a criança justamente durante seu crescimento, marcando-a de maneira definitiva, podendo bloquear seu desenvolvimento futuro, colaborando, assim, para a piora e cronificação de seus problemas.

Para que se pudesse refletir sobre as questões acima, passou a ser fundamental abordar as diversas representações que a loucura foi adquirindo ao longo da história, como acabou transformando-se em um termo médico como “psicose” e a maneira pela qual a loucura tornou-se algo sem lugar na sociedade atual, uma via para a marginalização social. Esse aspecto é importante na medida em que um diagnóstico de louco ou psicótico para uma criança a incluiria entre os “doentes mentais,” excluindo-a quase que automaticamente da possibilidade de escolarização, diminuindo

do suas chances de socialização entre seus pares, uma vez que os “doentes mentais” são considerados incapazes de atuar como cidadãos, sendo-lhes até negados os direitos e deveres civis.

Primeiramente, deter-me-ei um pouco sobre as diversas representações que surgem sobre as desordens mentais ao longo da história, indicando como se deu o confisco desta pela ordem médica. Este é um fato recente e tem sua origem no bojo das profundas mudanças sociais, econômicas e culturais sofridas pela civilização ocidental a partir do final do século XVIII, tendo como marco determinante a Revolução Francesa e a consolidação do poder da ordem burguesa.

Foucault aponta, ao longo de sua obra a *Doença mental e psicologia*, que foi somente no começo da era clássica que a loucura tornou-se exclusivamente uma forma de erro, de desvio.

Antes do século XIX, a experiência da loucura no mundo ocidental era bastante polimorfa; e seu confisco na nossa época pelo conceito de “doença” não deve iludir-nos a respeito de sua exuberância originária. Sem dúvida, desde a medicina grega, uma certa parte no domínio da loucura já estava ocupada pelas noções de patologia e as práticas que a ela se relacionam. (Foucault, 1994, p. 76)

Porém, para os gregos não se esgotava aí seu sentido; na sua crença de que seu destino era comandado pelos deuses, a loucura tinha um sentido de místico, de revelação, sem nenhuma conotação pejorativa. Os gregos não descartaram o sagrado, presente em todas as manifestações humanas.

Segundo Foucault (1994), durante e até o final da Idade Média, a loucura fazia parte da vida cotidiana, circulando livremente por todos os espaços sociais. Não havia uma preocupação médica com o louco nem tampouco com seu isolamento. O grupo de pessoas excluídas eram os leprosos, que eram ao mesmo tempo temidos e sacralizados; sua doença era símbolo da cólera e da bondade de Deus, uma vez que a doença era para o leproso o caminho para a purificação e a salvação.

Com o advento do Renascimento, profundas mudanças culturais marcaram também uma diferença na maneira de perceber a loucura. Os loucos, muitas vezes, eram embarcados e encerrados em uma nau errante de cidade em cidade, o que para Foucault tem um sentido simbólico de exílio ritual. Embarcá-los seria purificá-los e assegurar que partiriam para longe.

No século XV, duas visões diversas coexistem sobre a loucura e são expressas através da arte: a visão transmitida pelas imagens (pintura) e a visão expressa pelo discurso (literatura e filosofia). As imagens da loucura passam a ser associadas inicialmente às figuras dos animais fantásticos, que revelariam a verdade do homem.

A animalidade escapa à domesticação e fascina o homem por seu furor, por sua desordem. Ela revela a monstruosa loucura que se oculta no interior dos homens: tudo o que neles existe de impossível, de inumano. No entanto, sob essa aparente desordem, a loucura fascina porque ela é saber. (Frayze-Pereira, 1993, p. 54)

Por outro lado, quanto ao discurso, tanto na literatura quanto na filosofia, a loucura não expressaria os verdadeiros mistérios do mundo, mas estaria ligada à todas as fraquezas humanas, aqui ela ocupa o primeiro lugar na hierarquia dos vícios. A loucura passa, então, a estar inserida num universo moral, presa a uma “consciência crítica” colocada a partir do discurso, opondo-se de certa forma à “experiência trágica” revelada pelas imagens; mas essas duas formas de representação da loucura, interpenetram-se, tecendo uma única trama de significações. Portanto, no século XV, a loucura não é vista como um objeto exterior, está presente em toda parte, circula; muito embora date, já dessa época, a abertura dos primeiros estabelecimentos ligados ao tratamento do louco.

No século XVI, as mudanças no pensamento provocadas por Rene Descartes (1596-1650) são radicais e determinantes para os séculos posteriores. Descartes lança as bases do pensamento moderno através de uma filosofia que expressa sua preocupação com o problema do conhecimento, tendo como ponto de partida a busca de uma verdade primeira

que não possa ser posta em dúvida, valorizando de forma absoluta a razão, o entendimento. “Penso, logo existo,” esta sua máxima exclui o louco da existência pois a loucura é condição de impossibilidade de pensamento. Assim, a partir do racionalismo moderno, sabedoria e loucura se separam. A “consciência crítica” veiculada pela literatura e pela filosofia vai ganhando força em detrimento da “experiência trágica” das imagens que vai subsistir obscuramente nos subterrâneos dos pensamentos e dos sonhos.

Antes da metade do século XVII, a loucura passa a ser denominada e percebida como o avesso imediato da razão. Por toda a Europa criam-se casas de internação. O mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão. Na França cada grande cidade terá seu Hospital Geral que, apesar do nome, ainda não tem um caráter médico, abrigando também criminosos e mendigos. Aqui a loucura ainda não foi confiscada pelo poder médico, porém já faz parte dos excluídos da ordem social.

É com o advento da Revolução Francesa, com prevalência da ordem burguesa, do estabelecimento dos direitos de cidadãos que o poder jurídico não sabe mais como legislar sobre a loucura, é que a medicina inicia sua apropriação. O criminoso que transgredir a lei pode ser julgado, porém, como culpar alguém que não tem noção da transgressão que comete? É nesse lugar de aliada da ordem social que a medicina adota a loucura como seu objeto de estudo científico.

A medicina, ao iniciar sua preocupação com a loucura, traz evidentemente consigo seu imperativo metodológico: sua objetividade e cientificidade. Como coloca Clavreul (1983) “o discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta” (p. 11). Essa pretensa objetividade da medicina acaba com a subjetividade tanto do médico quanto do paciente tornando vazia a relação médico-doente. Essa postura, que já é um problema nas doenças chamadas orgânicas, torna-se um paradoxo em se tratando de doenças mentais. Como tratar de maneira externa e objetiva aspectos diretamente relacionados à própria constituição do paciente como sujeito? A loucura

não se situa em um órgão que possa ser isolado, examinado em suas funções. A loucura é o próprio sujeito louco em sua totalidade.

A medicina traz também, ao se aproximar da loucura, seu pressuposto de doença como desvio. É tentando adaptar às normas, à sociedade, tentando fazer do louco um indivíduo “normal” que a psiquiatria fez seus primeiros movimentos.³

Ainda que de maneira breve, penso ter podido indicar que a ordem médica está sob a alçada da ciência, mas também da ordem jurídica em consonância com a ordem social. A apropriação da loucura pela ordem médica permitiu que o fenômeno fosse estudado pela ciência, onde sem dúvida alguns avanços foram feitos, mas, ao mesmo tempo, essa apropriação marcou-lhe um lugar segregado onde qualquer manifestação sua passou a ser encarada como erro e desvio. O louco foi silenciado na medida em que suas palavras eram vistas como destituídas de sentido e razão; a preocupação fundamental da medicina era sua “cura” e esta, ao ser decretada como impossível, aponta o asilo como o destino do louco, fica assim garantida a tranquilidade da ordem social.

A psicanálise, apesar de ter sido pensada por um médico neurologista e ter forte relação com a psiquiatria principalmente no âmbito das psicoses, difere radicalmente da proposta da ordem médica. Como coloca Clavreul,

É nesse ponto que se estabelece uma distinção radical entre psicanálise e medicina, pois é o princípio mesmo de uma função superegóica de uma ordem, perante a qual devemos nos curvar e nos adaptar, que a psicanálise põe em questão, tanto em sua relação com os poderes públicos quanto numa cura individual. Ordem que está na base da sugestão hipnótica e da posição de sujeito que sabe assumida pelo médico. (1983, p. 14)

Freud deixa para trás a medicina ao abandonar as técnicas de sugestão e hipnose e substituí-las pela livre associação. A livre associação

3 Tomemos como exemplo as atitudes de Pinel ao ser nomeado diretor das Enfermarias de Bicêtre em 1793.

parte do analisando e deve ser ouvida pelo analista de forma “flutuante,” sem priorizar nenhum elemento. E o único modo pelo qual alguma mudança pode ocorrer é através da transferência, ou seja, numa relação de sujeito-sujeito. O psiquiatra deixa de ser o sujeito que sabe para ocupar o lugar de sujeito suposto saber.

A questão do diagnóstico se insere aqui como uma consequência polêmica de posturas tão divergentes entre a medicina e a psicanálise. Para o médico, o diagnóstico e o próprio tratamento, tem como objetivo excluir a diferença e a individualidade do paciente. Através de um vocabulário reduzido e específico o médico procura a univocidade de sentido, ideal do código. Por exemplo: a “síndrome do pânico,” hoje tão em moda, é diagnosticada a partir de vários sintomas observáveis como sensação de morte eminente, taquicardia, sudorese, etc., perdendo-se assim totalmente o que representa para a singularidade deste paciente essas sensações.

A fala do sujeito é ouvida apenas para ser descartada imediatamente, onde se depreende a função silenciadora do discurso médico e seu posicionamento exatamente inverso ao da psicanálise. Onde a função eminentemente silenciosa do analista não apenas faculta mas também promove a proliferação da fala do sujeito, o analista não constituindo, pois, obstáculo à emergência do desejo. (Clavreul, 1983, p. 19)

O que importa fundamentalmente para a medicina de maneira geral, na questão do diagnóstico, é definir uma entidade nosográfica.⁴ Este procedimento de modo geral possível nas doenças ditas orgânicas, se complica quando se tenta aplicá-lo às doenças mentais. A psiquiatria inicialmente conseguiu, de certa forma, inúmeros avanços, como o quadro nosográfico sistematizado por Kraepelin; mas a medida que as doenças foram melhor estudadas, foi ficando clara a difícil verificação da relação direta, mecânica, entre o processo orgânico e a sintomatologia psiquiátrica.

4 O que se dá a partir de três estágios: um quadro descritivo, o reconhecimento de um substrato anatômico e o descobrimento do agente etiológico.

A psiquiatria inicia seu diagnóstico na procura de sintomas pensados a partir de uma perspectiva fenomenológica, ou seja, nas manifestações que pudessem ser indicadoras de alterações de juízo, pensamento e percepção. Ora, para a psicanálise, o sintoma tem um outro sentido que está ligado e articulado à história particular e única desse sujeito alterado e pensado somente a partir da situação analítica. Para a psicanálise, o sintoma é um sintoma falado e o analista estaria implicado na produção enquanto que para a psiquiatria o médico seria um observador externo e suas observações válidas para todo e qualquer outro observador. Essas diferenças, evidentemente, são fundamentais na medida que o diagnóstico fica alterado em função da utilização de um ou outro parâmetro. Não me deterei aqui no diagnóstico psiquiátrico, sendo meu objetivo até o momento apenas enfatizar as diferentes possibilidades de leitura das manifestações psíquicas.

Freud, ao montar sua nosografia, baseou-se na terminologia psiquiátrica, não para negá-la como poderia parecer, mas para ultrapassá-la. Utilizou termos como histeria, demência precoce e paranóia, porém forjou seus próprios termos, como neurose obsessiva, neurose de transferência e neuroses narcísicas, ao não encontrar nenhum outro que desse conta de suas novas descobertas. O papel dessa nosografia é também diferente do papel da nosografia psiquiátrica, não tendo, na vertente da psicanálise lacaniana, intenção de fazer “um inventário de todas as formas possíveis de adoecer, mas sim o de esboçar grandes formas de estruturação” (Souza Leite, 1989, p. 142). Mas, mesmo em psicanálise, o conceito de psicose, introduzido como diferencial de neurose, sempre foi e continua um tema polêmico, desafiando os seguidores de Freud.

Lacan, ao tentar enfrentar o desafio da compreensão do funcionamento psíquico das psicoses, posicionou-se com idéias próprias, seguindo a sugestão de Freud. Para ele, o funcionamento psíquico poderia ser entendido como maneiras do sujeito posicionar-se frente a angústia, referindo-se, em última instância, à angústia de castração. Dito de outra forma e resumidamente em termos lacanianos: “a clínica psicanalítica seria os estilos do sujeito negar a falta no Outro” (Souza Leite, 1989, p. 144).

Haveria nesse sentido três mecanismos de defesa utilizados como as possibilidades do sujeito negar a falta do Outro e que indicaria três estruturas psíquicas diversas possíveis: a neurótica, a perversa e a psicótica.

Assim, para a psicanálise, dentro da orientação lacaniana, o diagnóstico será constituído pelo sintoma tomado desde a sua definição analítica. Isto é, como um sintoma falado, como um sintoma estabelecido dentro de um vínculo social particular a um discurso próprio ao enquadre analítico. (Souza Leite, 1989, p. 145)

Este seria um “diagnóstico estrutural” tomado como referência neste trabalho que diferenciaríamos do “diagnóstico psiquiátrico.”

O diagnóstico psiquiátrico é feito em apenas algumas entrevistas, nas quais o médico tenta observar os sintomas que lhe indiquem uma ou outra patologia, para orientá-lo na decisão sobre a necessidade e o tipo de medicação; o diagnóstico em psicanálise é tomado como uma hipótese norteadora do trabalho porém não definidora do paciente, que vai sendo modificada durante o processo analítico. É preciso que fique claro que o diagnóstico em psicanálise não se coloca frontalmente contra o diagnóstico psiquiátrico, mas se apresenta como uma nova perspectiva, pois as manifestações psicóticas, consideradas em seus critérios fenomenológicos, devem ser levadas em conta. O que acredito é que essa outra possibilidade diagnóstica possa abrir novas chances para os indivíduos com problemas emocionais graves, principalmente crianças, pois permitindo que sejam ouvidos, compreendidos possa talvez, evitar a cronificação de suas crises. O objetivo da psicanálise não está na cura ou na normalização do paciente, mas na tentativa da resolução de uma questão analítica que, elaborada, possa trazer maior liberdade ao paciente tomado como sujeito. Para a psiquiatria, que pensa a loucura como uma doença, um desvio, a cura seria na direção de uma maior adaptação do sujeito à sociedade. Enquanto que para a psicanálise, a preocupação seria, se assim posso dizer, adaptar o sujeito a si mesmo, a seu *self*.

Foi a partir da crítica a essa postura adaptativa e segregacionista da psiquiatria em relação à loucura, que alguns jovens psiquiatras europeus

fundam, nos anos 40, o movimento da antipsiquiatria⁵ que pode ser entendido como uma síntese dialética surgida da interpenetração de teorias de campos diferentes como a psiquiatria, a psicanálise e a filosofia. A principal crítica dos antipsiquiatras é colocada em relação à segregação institucional existente nos manicômios, argumentando que o médico psiquiatra utiliza seu saber, não em função de beneficiar seu paciente, mas muito mais servindo a necessidades sociais e administrativas, pactuando com crenças e preconceitos da população em relação aos doentes mentais.

A sociedade, com toda a paz de sua consciência, confia no médico para que este designe os indivíduos a serem excluídos por meio de um diagnóstico, quando não é mais possível integrá-los, custe o que custar, à “normalidade” sem se perguntar absolutamente sobre os significados dessas loucuras ou desses retardamentos. (Mannoni, 1971, p. 15)

Essas são palavras da psicanalista francesa Maud Mannoni que aplicou as idéias de Lacan à psicopatologia de crianças, articulando-as também com o movimento da antipsiquiatria (Lang & Cooper). “Poderíamos dizer que é lacaniana enquanto orientação teórica e quanto à prática está bem perto das posições anti-psiquiátricas” (Ledoux, s.d.). Maud Mannoni, influenciada também por F. Dolto,⁶ fundou a Escola Experimental de Bonneuil-Sur-Marne, em 12 de setembro de 1969, que segundo suas próprias palavras, deveria ser “um Centro de estudos e de pesquisas pedagógicas e psicanalíticas que tinha como missão principal a criação de um escola experimental aberta a um certo tipo de crianças em dificuldade, numa perspectiva de não segregação” (Dolto, 1989).

Esta instituição serviu de modelo para a psicanalista M. Cristina M. Kupfer que, influenciada pelo seu estágio em Bonneuil, juntou um grupo

5 Para citar os principais nomes: na Inglaterra, Lang e Cooper, na Itália, Franco Basaglia, na França, Tosquelles.

6 F. Dolto, (1934 – 1988), pertenceu à escola freudiana de Paris. Deixou vários escritos bastante originais, baseados em sua enorme experiência em psicanálise de crianças. Entre outras obras, deixou uma interessante autobiografia: Dolto, F. *Autoportrait d'une psychanalyste*. Paris: Seuil, 1989. (já traduzida para o português).

de psicanalistas e fundou, em 1990, o Lugar de Vida, uma pré-escola terapêutica vinculada à Universidade de São Paulo, destinada a crianças com distúrbios globais do desenvolvimento, em sua maioria crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves.

2. Considerações sobre atendimento de crianças

Tendo em mente as diversas considerações em relação à loucura discutidas acima, me propus a trabalhar com uma criança diagnosticada como psicótica pela psiquiatria. Meu esforço ao relatar esse caso é no sentido de acreditar que, a partir de uma queixa familiar em relação a essa criança, poderia, através de uma escuta diferenciada, ir além dos fenômenos manifestos e perceber os principais determinantes que se escondem atrás dessa situação pré-estabelecida. Assim esperava poder, em alguns aspectos, modificá-la.

É preciso, antes de mais nada, que tenhamos claro que o relato de um caso em psicanálise envolve diversos problemas que devem ser levados em conta. Em primeiro lugar, considero que a apresentação é sempre um recorte feito pelo analista que privilegia, de maneira consciente ou inconsciente, certos aspectos da relação terapêutica em questão. Aqui, a ênfase foi colocada nos diálogos e situações que me pareceram pertinentes para uma abordagem da problemática do diagnóstico, não sendo meu objetivo um estudo de caso. Não se trata aqui de uma divergência para o estabelecimento de “qual o diagnóstico certo ou errado,” mas sim de possibilitar para esta criança um outro “olhar” que lhe permita sair do lugar de doente em que foi colocada.

Diferentemente da psiquiatria, onde o médico se coloca exclusivamente na posição de observador, para a psicanálise a questão do diagnóstico deve ser pensada também nos termos acima descritos, onde o psicanalista estaria implicado no processo, pois uma resposta somente seria obtida levando em conta o fenômeno da transferência. Sendo assim, a resposta diagnóstica somente poderia ser dada ao longo de um processo

que acaba se tornando de certa forma paradoxal: é preciso um diagnóstico para que se possa tratar do paciente, porém esse diagnóstico só é possível a partir da relação. O que na realidade se pode fazer é ir ao longo do processo construindo hipóteses que vão norteando o caminho.

Os pais, ao trazerem seu filho “problema” ao analista, solicitam sua atuação no sentido de promoverem uma adaptação dessa criança ao seu meio social, não se dando conta que, muitas vezes, esse comportamento louco é a única maneira dessa criança poder expressar a verdade sobre si e sua família, a única maneira de dizer o indizível. A criança perturbada, muitas vezes, encarna em si a loucura da família, revelando um segredo jamais revelado. Nosso papel, segundo Dolto seria o de:

... ouvir, por trás do sujeito que fala, aquele que permanece presente num desejo que a angústia autentica e, ao mesmo tempo, mascara, presente emparedado nesse corpo e nessa inteligência mais ou menos desenvolvida, e que busca a comunicação com outro sujeito. (Mannoni, 1981, p. 12)

A criança perturbada nos é trazida muitas vezes como objeto, sem condição da fala, sem condição de ter acesso a seu próprio desejo. O analista oferece-lhe então uma escuta diferenciada, que vai abordar, escutar essa criança como sujeito. A diferença toda está na sustentação, por parte do analista, da suposição de que seu pequeno paciente seja um sujeito, mesmo que ali não haja formulação do eu. É preciso muita paciência e uma tentativa de se despir o mais possível de nossos próprios conteúdos para que a subjetividade do paciente possa surgir.

Nossa presença e escuta terá um efeito na criança, possibilitando-lhe e permitindo-lhe um deslocamento. O que provocará, na maioria das vezes, crises familiares pois estaremos mexendo em uma situação pré-estabelecida. A mãe que nos traz essa criança, apontando-a como a única causa de seus problemas e da família, se desconcerta. Ela vem em busca de uma posição ou maneiras de como lidar com o filho, e começa perceber que o filho leva suas marcas. Em nossa concepção de analista, a mãe não é só vista como alguém que faz isso ou aquilo, mas que desempenha funções na constituição da criança. Portanto, em nosso trabalho com crian-

ças com problemas emocionais graves, pensamos ser de suma importância um trabalho concomitante com a mãe.

Como já foi apontado, nossa atitude está principalmente baseada no pensamento de Maud Mannoni e Françoise Dolto que, a partir das idéias de Lacan, se especializaram no trabalho com criança com problemas emocionais graves e acreditam que estas ocupam um lugar no desejo dos pais, antes mesmo de nascerem, e que este desejo terá um efeito estruturante na sua constituição como sujeito.

3. Relatando uma experiência

Como uma maneira de discutir as considerações que acabo de fazer, apresentarei o relato do caso de um menino de 7 anos (no início do tratamento em março de 1994) diagnosticado como autista e psicótico por médicos psiquiatras. A partir dessa data, propus-me a oferecer uma escuta não só à criança, mas também à sua mãe, em horários separados, uma vez por semana, com o objetivo de pesquisar a história dessa família. Não a história factual e linear, mas sim a história psíquica e emocional, carregada das marcas dos significantes que perpassam a cadeia das gerações, analogamente à transmissão genética do corpo biológico. Conforme estratégia desenvolvida por Jussara F. Brauer, através dessa escuta pude construir algumas hipóteses sobre o lugar ocupado por esta criança em seu grupo familiar, e acreditar que processos inconscientes que ligam essa criança a sua mãe agem limitando a liberdade da criança, impedindo inclusive seu desenvolvimento cognitivo. Embora a proposta fosse de atendimentos individuais durante 50 minutos cada um, inúmeras vezes atendi aos dois conjuntamente, aproveitando para observar a dinâmica mãe/filho, uma vez que penso podermos entender muitas vezes a fala da criança como pontuações do discurso da mãe.

A psicanálise propõe um tipo de enquadre e de posturas do analista bastante definidos, porém com crianças muito graves dentro de uma instituição como o Lugar de Vida, muitos outros fatores devem ser levados

em conta e uma flexibilidade bem maior é exigida. Em minha experiência, várias vezes tive que trocar de sala por motivos alheios ao atendimento, outras vezes encontrava-a com inúmeros trabalhos nas paredes ou em cima da mesa, de outras crianças que haviam estado lá e que sem dúvida interferiam na sessão. Durante algumas sessões, entrávamos em meu carro e o examinávamos de ponta a ponta ou visitávamos o Museu de Anatomia localizado no prédio ao lado. Durante outras, passávamos o tempo todo de óculos escuros. Essas atitudes, que podem parecer estranhas ao psicanalista que não tenha entrado em contato com as idéias de Maud Mannoni e de F. Dolto, são uma das marcas da influência da Escola de Bonneuil no Lugar de Vida. Em Bonneuil, a psicanálise aparece como um norteador de toda ação institucional, como uma disposição terapêutica em todos os profissionais.⁷

Esse caso clínico tornou-se meu objeto de estudo e pesquisa pois, à medida que entrava em contato com a criança e sua mãe, dava-me conta da ligação bastante simbiótica entre elas e questionava-me sobre a influência desse tipo de vínculo na constituição de um sujeito. Seria essa ligação tão determinante, a ponto de provocar nele as manifestações diagnosticadas como psicóticas? Ao trabalhar analiticamente esse vínculo, conseguiria algumas modificações fenomênicas na criança a ponto de mudar o diagnóstico psiquiátrico?

Com a apresentação deste caso, tenciono apontar como, através de uma escuta diferenciada, porque orientada pela psicanálise, uma nova hipótese diagnóstica pode ser construída, abrindo, sem dúvida, outra perspectiva de vida para esta criança e conseqüentemente para sua família. Como coloca Mannoni, não se trata aqui de fazer um diagnóstico melhor, mas sim de ir além de um rótulo que foi o ponto de partida da cristalização de uma angústia familiar.

A afirmação básica, que precede toda a minha reflexão e orienta minha escuta, é feita por Lacan em seu texto *Dos notas sobre el niño en-*

7 Uma descrição bastante completa pode ser encontrada em Mannoni (1978).

tregue à Sra. Jenny Aubry em outubro de 1969 e publicado somente em 1983:

En la concepción que de él elabora Jacques Lacan, el síntoma del niño está em posición de responder a lo que hay de sintomático en la estrutura familiar.

El síntoma, y este es el hecho fundamental de la experiência analítica, se define en este contexto como representante de la verdad.

El síntoma puede representar la verdad de la pareja familiar. Este es el caso más complejo, pero también el más abierto a nuestras intervenciones.

La articulación se reduce en mucho quando el síntoma que llega a dominar compete a la subjetividad de la madre. Esta vez, el niño está involucrado directamente como correlativo de un fantasma.

Quando la distancia entre la identificación com el ideal del yo y la parte tomada del deseo de la madre no tiene mediación (la que asegura normalmente la función del padre) el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas. Se convierte en el objeto” de la madre y su única función es entonces es revelar la verdad de este objeto. (Lacan, 1983)⁸

A partir das reflexões que esse texto suscita, ao depararmos com uma criança considerada “problema” pelo seu meio social (família e es-

8 “Na concepção elaborada por Jacques Lacan, o sintoma da criança se situa de forma a corresponder ao que há de sintomático na estrutura familiar.

O sintoma, aí está o fato fundamental da experiência analítica, se define nesse contexto como representante da verdade.

O sintoma pode representar a verdade do casal familiar. Este é o caso mais complexo, mas também o mais aberto às nossas intervenções.

A articulação se reduz muito quando o sintoma que chega a dominar tem a ver com a subjetividade da mãe. Aqui é diretamente como correlativo de um fantasma que a criança está implicada.

A distância entre a identificação com o ideal do eu e a participação do desejo da mãe, se ela não tem mediação (a que é assegurada normalmente pela função do pai), deixa a criança aberta a todas as capturas fantasmáticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não tem mais outra função que a de revelar a verdade desse objeto.”

cola principalmente), passamos a pensá-la como mensageira de uma verdade encoberta em sua família, podendo esta verdade estar diretamente ligada à relação do casal parental ou mais exclusivamente, à subjetividade da mãe. Vale a pena esclarecer que esta fuga da verdade não ocorre de maneira consciente aos pais, pelo contrário, estamos falando de processos inconscientes; de maneira nenhuma seu encobrimento passa pelo arbítrio das pessoas envolvidas.

Assim, minha hipótese fundamental neste trabalho foi, a partir de uma situação familiar dada, tentar entender o que ela está dizendo através de seu sintoma.

O conceito de sintoma para a psicanálise difere radicalmente daquele entendido pela psiquiatria clássica: Freud ao trabalhar com as histéricas descobre um sentido em seus sintomas, que seria revelado, ao bom entendedor e ouvinte, pela *palavra*, e a partir dela tais sintomas seriam resolvidos. O sintoma indicaria uma verdade do sujeito do inconsciente, que seria revelada e ao mesmo tempo escondida por meias palavras, pois seu acesso estaria barrado pela censura. O sintoma, ao invés de ser entendido como uma doença ou deficiência, pode então ser tratado como uma questão que concerne a uma verdade, uma verdade em relação à história do sujeito. O sintoma é tomado, portanto, como algo que é analisável, demarcando assim um campo de trabalho para o psicanalista, um campo a ser pesquisado em relação à história do sujeito.

Freud (1987/1900) descreve, em *Interpretação dos sonhos*, o inconsciente funcionando principalmente através de dois mecanismos indissociáveis: a condensação e o deslocamento. Lacan, ao reler Freud e entender o inconsciente estruturado como linguagem, toma estes mecanismos por outro ângulo (estrutural), nomeando-os de metáfora e metonímia. O sintoma pode, nessa linha, ser entendido como uma metáfora, na medida que condensa em si uma série de sobredeterminações de vários elementos psíquicos, que nos permitiria uma passagem para a história do sujeito. Nas palavras, de Brauer (1988) “A metáfora deve ser desmontada. O sintoma deve cair aos pedaços no processo analítico de deci-

framento” (p. 93). Ou seja, através do sintoma pode se chegar à verdade do sujeito, que é desconhecida dele próprio.

Incluirei nesse capítulo apenas as informações e trechos necessários ao objetivo imediato do trabalho.

A Situação

José, ao iniciar o tratamento, estava com sete anos. É o segundo filho de uma família com três crianças (uma irmã com onze anos e outra com cinco anos). Segundo as informações de Lia, sua mãe, durante a entrevista para triagem, José foi encaminhado para o Lugar de Vida pela Santa Casa de Misericórdia (SP), onde era atendido desde a idade de um ano e meio, por uma psiquiatra que o havia diagnosticado como psicótico e receitado uma medicação (Neuleptil) para tratar de sua intensa agitação. Sua mãe, entretanto, após 15 dias, decidiu suspender a medicação achando que “não adiantava nada.” Foram também feitos pela Santa Casa vários exames (raios X, eletro e fundo de olho), e um neurologista disse, segundo Lia, que “não deu nada.” Até três anos José participou de grupos de terapia e frequentou uma fonoaudióloga, tendo porém começado a falar somente aos cinco anos.

Para a primeira entrevista (março de 1994) vieram o pai, a mãe e a criança. Optei por recebê-los separadamente, sendo os pais recebidos em primeiro lugar. José esperou fora da sala, sozinho, aparentemente tranquilo.

Lia começou dizendo que se “preocupa” com José desde muito cedo e que apesar de o pediatra do centro de saúde lhe haver dito que nada havia de errado com seu filho, procurou a Santa Casa quando este contava com um ano e meio. Carlos, o pai, disse que somente começou a preocupar-se com José quando este contava com três anos, antes achava que sua mulher exagerava.

Carlos, pouco à vontade, respondia às perguntas. Nasceu em Pernambuco, perdeu o pai aos nove anos, ocasião em que começou a traba-

lhar e ajudar sua mãe na criação de seus irmãos. Aos 24 anos veio para São Paulo. Conheceu Lia quando estava em férias em Pernambuco. O namoro foi rápido e, após nove meses em São Paulo, Carlos voltou ao Nordeste para se casar e trazer Lia consigo. Disse que se irrita com José porque “ele só quer brincar e, na maioria das vezes, brincadeiras perigosas. Anda como um *louco* de bicicleta.”

Lia parecia mais à vontade que o marido, falando bastante e de maneira fluente. Mostrava-se contente e animada com o fato de estar sendo atendida. Disse que Carlos não tem paciência com José e fica sempre bravo quando ele imita o Batman. “Carlos não fica nunca com os filhos, chega em casa, se tranca no quarto e fica lendo jornal ou vendo TV. Quando ele não está em casa tudo é mais relaxado, as crianças ficam mais soltas.” Lia disse também que quando Carlos bebe, irrita-se e bate no filho. Carlos ficou embaraçado, mas não tentou desmenti-la ou justificar-se.

José foi uma criança desejada, segundo a mãe. Nasceu de parto cesárea. Lia atribui a “doença” do filho a sua gravidez, durante a qual passou “muito nervoso” por causa de uma irmã que morava com eles com quem Carlos brigava muito. Ao ser perguntado por quê, Carlos respondeu que era porque “ela saía e entrava quando queria.” A principal expectativa dos pais, em relação ao Lugar de Vida, é que José aprenda a ler e escrever. José, no início do tratamento, freqüentava uma pré-escola para crianças normais, mas não conseguia aprender nada.

Como na maioria dos casos de crianças, estas são trazidas a partir de uma demanda dos pais que, de alguma forma, a percebem como fonte de angústia e sofrimento para eles. Acreditamos que muitas vezes, na verdade, a angústia é proveniente da vivência pessoal dos próprios pais e a criança denuncia. É preciso portanto, num primeiro momento, que nos detenhamos a observar o que realmente se passa com esta família. A esse exercício de observação chamamos de “entrevistas preliminares,” onde nos propomos a oferecer uma escuta norteada pelos pressupostos psicanalíticos, como um trabalho que precede ao da análise propriamente dita, porque ainda não conhecemos a questão por trás da demanda. Esta es-

cuta diferenciada propicia muitas vezes a emergência de conflitos inconscientes em questão, trazidos através dos significantes que vão sendo enunciados.

Pela maneira como a situação nos foi colocada, chama a atenção a preocupação prematura de Lia com seu filho, não sendo capaz de levar em conta a opinião do médico ou do marido. “Sempre achei que havia algo estranho com José,” nos diz Lia, indicando sua impossibilidade de vê-lo de outra forma. Essa nossa suposição foi aos poucos sendo confirmada, quando, por exemplo, em uma sessão, vários meses mais tarde, observo que José havia crescido e comento minha percepção com a mãe que imediatamente me responde: “É, mas ele vai ser sempre baixinho!” Este momento foi interessante pois, logo após ter dito isso, Lia deu risada como se houvesse compreendido, pela primeira vez, como lhe era difícil suportar qualquer mudança em José. Penso que os pais, a partir do questionamento do diagnóstico já estabelecido, por parte do analista, que vê e escuta a criança como um sujeito de seu próprio desejo, se desconcertam e começam eles próprios, lentamente, a se questionar a respeito da criança. Alguns meses mais tarde, a mesma observação partiu de Lia, ao que pude observar: “Acho que agora *você* está podendo ver que ele está crescendo!”

A questão que permanece a partir desse pequeno fragmento, diz respeito à origem dessa impossibilidade da mãe em perceber seu filho como uma criança capaz de se desenvolver. Ora, basta que observemos uma mulher grávida para nos darmos conta de que a relação mãe-filho não espera o parto para existir; podemos pensar que antes mesmo da gravidez, essa criança já ocupava, no inconsciente materno, um lugar determinado pela própria história de vida desta mãe. Confirmando essa suposição, quase um ano mais tarde, falando sobre seu casamento e filhos Lia me disse: “Sempre quis ter filhas mulheres, pois filho homem é sempre problema!”

Levando em conta a alienação do bebê no desejo materno, como é descrito por Lacan durante o período que ele denomina “estádio do es-

pelho,” podemos supor que José, mesmo antes de nascer, estava destinado a ser um “problema.” Para que essa afirmação se torne um pouco mais clara, tentaremos apontar brevemente algumas características dos três momentos que compõem o “estádio do espelho.”

Ao nascer, a criança vive com sua mãe um estado fusional profundo, onde a sensação de completude é sentida por ambas as partes, havendo uma confusão entre si e o outro. A criança está centrada em suas próprias sensações corporais, sendo porém incapaz de perceber-se como uma unidade. Seu corpo é sentido como despedaçado. A mãe, ao cuidar de seu bebê, identifica-se com ele narcisicamente tentando decodificar seu comportamento, seu choro. A criança é somente capaz, neste momento, de perceber a unidade do rosto humano, não distinguindo ainda o próprio corpo, a imagem; “tudo se passa como se a criança percebesse a imagem de seu corpo como a de um ser real de quem ela procura se aproximar ou apreender” (Dor, 1985, p. 79). Essa vivência ocorre geralmente durante os seis primeiros meses da vida do bebê e pode ser considerada o primeiro momento do “estádio do espelho.”

A partir desse primeiro momento, até os dezoito meses, a criança vai aos poucos podendo sentir-se separada da mãe, percebendo que o outro do espelho não é um outro real, mas uma imagem. Embora ela não se perceba ainda como uma unidade, em seu comportamento indica que sabe, de agora em diante, distinguir a imagem do outro da realidade do outro.

O olhar materno é de fundamental importância pois serve de espelho para essa criança, que se vê refletida nesse olhar, que na realidade transmite o desejo da mãe. A criança identifica-se com esse desejo havendo então uma correspondência entre seu desejo e o desejo da mãe.

Esse processo, que podemos entender como parte do processo da gênese do eu, continua no terceiro momento, coincidindo, segundo Lacan, com o primeiro tempo do Édipo.⁹ A criança, que até esse momento

9 Os tempos do Édipo serão abordados mais à frente.

teria uma vivência de seu “eu” fragmentado, nesse período começa a se perceber como uma unidade através do olhar da mãe, que continua lhe servindo como espelho, dialetizando de certa forma as duas etapas precedentes. A mãe transmite para a criança uma imagem que surge a partir de seu desejo, ou seja, o desejo da mãe funciona como um espelho para a criança que nele se vê refletida. Essa imagem permite à criança a noção de unidade de si, tornando-se seu suporte, sua referência, pois a esta imagem a criança se identifica. É preciso frisar que esta vivência de unidade é um reconhecimento imaginário, pois, nessa idade, a maturação da criança não lhe permite ter um conhecimento específico do corpo próprio.

A conquista de sua identificação é, portanto, marcada pelo caráter de sua alienação imaginária. Podemos supor que na relação de José e sua mãe, esse processo tenha sofrido algumas vicissitudes, como sugerida pela hipótese de José ter se identificado à imagem de filho problema para atender ao desejo materno.

A criança somente poderá sair desse lugar de alienado no desejo materno através de sua vivência dos três tempos do Édipo, que lhe permitirão ser um sujeito constituído de posse de seu próprio desejo. Podemos supor que José não conseguiu metabolizar essa passagem da fase de especularização para os tempos do Édipo, pelo lugar que ele ocupa na subjetividade da mãe.

Ainda a partir das poucas informações obtidas por essa primeira entrevista podemos também entrever, através do breve relato da vida do pai, que já trabalhava com a idade de nove anos e não pode ele próprio brincar, sua dificuldade em suportar as brincadeiras do filho, sentindo-se ameaçado por elas. “Elas são perigosas,” afirma ele, mesmo tendo respondido que José não se machuca muito freqüentemente. “Anda como um louco de bicicleta.” Essa afirmação pode dar a entender que, também para Carlos, José tem algo de louco.

Portanto, nosso objetivo, num primeiro momento, é buscar a forma como esta criança é vista pelo pai, e retornar isso a eles, que dificilmente se dão conta de seu olhar sobre ela, uma vez que este está vinculado a as-

pectos inconscientes. No caso em questão, pensamos que uma mudança na posição da mãe incidirá sobre o olhar paterno, pois acreditamos que o lugar que José ocupa na família foi definido pelo desejo materno e que a posição do pai em relação à criança vai depender do lugar que ela ocupa no discurso materno, hipótese proposta pela teoria lacaniana. Essa afirmação não deve ser entendida como uma acusação à mãe, mas sim como um ponto de partida para que nos preocupemos com a história de vida dessa mãe, como se deu sua vivência edípica, seu próprio lugar na família. A nosso ver, a formação da família atual tem sempre suas raízes a partir das vivências trazidas da família de origem.

Um outro aspecto que chama atenção, desde esse primeiro contato, é a menção da irmã de Lia como responsável pelo “nervoso” que passou durante sua gravidez, e a maneira como Carlos se implica na vida da cunhada. Podemos supor aqui uma dificuldade dessa família em diferenciar seus lugares e funções dentro do grupo. Parece, já desde o início, haver uma confusão de papéis que acaba sendo confirmada no decorrer dos atendimentos. Aprofundaremos esse aspecto um pouco mais à frente na medida em que o entendemos como bastante importante para a compreensão das dificuldades de José. Por hora o que nos interessa apontar é que, tendo por base a situação que nos foi apresentada, podemos desde já entrever, por trás do sintoma de José, certa desordem familiar. Com isso não queremos dizer que a desordem familiar, por si mesma, tenha uma relação direta com os distúrbios da criança, mas que o que é prejudicial no sujeito é a recusa dos pais a verem essa desordem, é a “mentira” do adulto, o não-dito que assume aqui um certo relevo. Isso será importante na resolução ou não de seu Édipo e no chegar ou não a processos bem sucedidos de sublimação.

Este casal depois de passar por escolas, médicos, hospitais, vem ao Lugar de Vida com a expectativa de que possamos fazer seu filho ler e escrever. Pensamos ser essa a única maneira, nesse momento, que detêm para expressar seu desejo, pois sabem que nosso trabalho está colocado em outro âmbito e não em nível pedagógico. Lia leva seu filho a vários lugares, sempre desconfiando, tornando claro que de algum modo sabe

que a solução do problema não está lá e continua procurando. Somos chamados a intervir, a dar conselhos, a fazer julgamentos e conluios. É importante não nos deixarmos seduzir por nenhum desses apelos, sob o risco de acabarmos presos numa armadilha na tentativa de reeducarmos essa criança buscando sua melhor adaptação. Nossa tarefa tem um caráter totalmente diverso, que é o de ajudar essa criança a constituir-se na sua fala em relação a sua história. A impossibilidade de fala, leitura ou escrita dever ser entendida como um sintoma que funciona como uma indicação para outros distúrbios, tendo um valor de mensagem. É preciso, portanto, que este indivíduo se situe em sua linhagem, que descubra o lugar que ocupa nela. Para que isso aconteça, através de seu discurso, os significantes que o marcaram e que fazem parte do sistema familiar, devem ser aos poucos revelados.

José

José entrou na sala de atendimento de maneira tranqüila, sozinho e com expressão bastante compenetrada. Sentou-se na cadeira de maneira correta e comportada, olhando-me inquisitivamente. Pedi-lhe que fizesse o HTP (em anexo, Figura 1, o desenho da pessoa). José tem uma boa postura, segura adequadamente o lápis e olha ao seu redor com vivacidade e interesse, perguntando sobre os desenhos de outras crianças que estavam na parede.

As brincadeiras muitas vezes tinham um tom agressivo. Embora José falasse todo o tempo, não pronunciava as palavras corretamente, nem conseguia estabelecer um diálogo, tendendo a repetir a mesma frase como um eco. Apresentava dificuldade em distinguir “eu” e “você,” como o fazem crianças bem pequenas; é difícil saber até onde me compreendia.

José se fecha em seu mundo ao brincar, desligando-se do mundo exterior, parecendo ignorar totalmente minha presença. O que reitera uma das queixas da mãe. Não conseguiu achar o lugar para seus personagens,

segurando os dois bonecos juntos e exclamando “tem dois pai, dois pai!,” sem a mínima menção à possibilidade do papel do avô.

O aspecto físico de José estava condizente com sua idade cronológica: um menino de estatura média, bem proporcionado, ágil, com boa coordenação motora, um olhar vivo e inteligente, dissonante com a forma de contato que estabelecia e com os sintomas que apresentava: retardo e dificuldade de fala, enurese noturna, incapacidade para representação do corpo (como indica o desenho anexo), dificuldade no relacionamento com outras pessoas. Sua voz parecia sair aos trancos e sua sintaxe lembrava a de uma criança que começa a falar: não se colocava na primeira pessoa e tinha dificuldade no uso dos pronomes possessivos. Comportava-se da maneira mais adequada possível de tal forma que eu quase podia ouvir as inúmeras recomendações de sua mãe para que fosse “bonzinho e obedecesse.” Em resumo, *quem*, era José é que estava difícil descobrir. Até então percebíamos sua identificação com a imagem que lhe devolvia sua mãe.

José parecia ter aceitado o lugar de “problema” da família. Através da minha escuta, do meu silêncio, não solicitando, nem reprimindo seu comportamento, esperava que José percebesse meu interesse em conhecê-lo enquanto sujeito, pois me parecia que ele me imaginava semelhante às professoras da escola, ou a pessoas de sua família. Meu comportamento no início deixava-o desconcertado, pois a não solicitação na tentativa que pudesse ser ele mesmo, parecia nova para ele.

José nos indica através de seus desenhos, sua linguagem e seu comportamento, não se perceber como um sujeito constituído, capaz de expressar seu próprio desejo. Parece estar presente de maneira sempre cindida e alienada, o que fica explicitado pela sua incapacidade em desenhar o corpo humano ou mesmo em definir seu lugar como sujeito na frase gramatical.

Se tomarmos o processo de constituição do sujeito da forma como elaborou Lacan, podemos supor que houve uma falha na função significante do pai, no sentido de que é essa função que permite a inserção da

criança no universo simbólico, no momento em que provoca o corte na ligação dual mãe-bebê. Essa passagem provocada pela metáfora paterna é fundamental para que se compreenda a psicose (onde o nome-do-pai é forcluído), pois inaugura o acesso da criança à dimensão simbólica, permitindo seu afastamento da sujeição da mãe e propiciando-lhe o *status* de sujeito desejante.

Como toda essa passagem decorre da maneira como a mãe percebe e sente a presença do pai, nossas suposições só podem ser investigadas à medida que, através do trabalho conjunto analista/paciente, a mãe encontre condições para reconstruir sua história. Nessa construção, o discurso da criança é também fundamental, uma vez que pode ser entendido como pontuações ao discurso da mãe.

Lia

A mãe de Lia já possuía duas filhas de outro homem, ao juntar-se a seu pai. Esta relação no entanto jamais foi oficializada, tendo seu pai se casado oficialmente, alguns anos depois, com outra mulher com quem teve outros cinco filhos. Durante este tempo todo, continua porém sua relação com a mãe de Lia, com quem simultaneamente teve outros três filhos. Sua profissão era de carcereiro.

Lia fala de seu pai sempre com muita saudade e carinho, parecendo viver com naturalidade sua bigamia. Relata que ele morava com a “outra” mulher, mas que vinha todas as manhãs trazer pão e leite e ficava para tomar café com eles. Conta que seu pai era muito alegre e gostava bastante de festas. Ao mesmo tempo, era muito bravo não as deixando sair, a não ser com ele, nem usar *short* ou saia curta. O que não se verificava com a outra família. Lia parece se orgulhar dessas atitudes do pai, uma vez que elas demonstram que ele se importava com ela e seus irmãos. Conta, emocionando-se, que ele morreu assassinado à traição, por culpa do irmão. Nessa época Lia tinha 23 anos. Comenta: “A gente era feliz e não sabia.”

Lia fala muito pouco de sua mãe e diz que ela “*acabou* com a morte do pai.” Até então havia sido uma mulher forte, que sustentava a família sem nenhuma outra ajuda. Deixava as filhas cuidando dos irmãos menores e ia para a roça trabalhar.

Essa história, que coloco aqui de forma resumida e já semi-construída, foi aos poucos sendo relatada por Lia confusamente e de maneira fragmentada o que, a meu ver, transmitia confusão de lugares que já mencionei acima como hipótese da dinâmica família. Contratransferencialmente, também sentia-me às vezes muito confusa em relação aos nomes e com dificuldade em identificá-los, pois o som entre eles era bastante similar.

Baseando-me sempre na idéia de que os indivíduos carregam marcas significantes de sua família de origem, as quais são passadas para seus próprios filhos de forma inconsciente, pensamos obter alguma compreensão da maneira pela qual está estruturada a família atual construída por Lia, através da sua própria história de vida. A bigamia do pai, de certo modo conhecida e aceita pelas duas famílias, apresenta-se como um objeto de projeção de aspectos internos cindidos, que parece ser um mecanismo de defesa bastante usado pelos membros do grupo. A “família” oficial, com a qual este homem vivia dentro da lei, aparece como destituída de qualquer sexualidade, enquanto que a família de Lia parecia estar impregnada dela. Lia, mesmo não tendo isso claro, verbaliza esse aspecto: “Lembro muito de meu pai, sempre alegre e nos levando em festas. Mas não sei porque, só podíamos ir com ele. Ele era muito ciumento e não nos deixava usar *short*. Não entendo por que com a outra família não se importava.”

A idealização da figura paterna como um homem alegre e que trazia felicidade permanece até hoje. Somente após muitos meses de atendimento pude questionar um pouco esta visão do pai, apontando para a fonte de sofrimento que poderia ter sido esta situação, ao que Lia responde: “Realmente esse é um tabu em minha família. Todos nós só falamos bem dele.”

Essa visão idealizada do pai e a negação de qualquer sofrimento que pudesse ter origem pelo seu comportamento, nos auxilia a compreender a relação de Lia com Carlos. Este acaba por tornar-se a fonte de sofrimento de Lia atualmente. Esta reclama bastante de seu marido, dizendo que ele não gosta de ir a festas, que é muito sério, só podendo relaxar quando bebe. “Como as crianças podem ter um pai assim? Não terão nada para lembrar!”

Podemos supor que Lia, embora hoje com seus filhos e marido, ainda esteja presa em sua fantasia de uma relação incestuosa com o pai. É oportuno aqui lembrar que Lia criou um irmão menor desde o nascimento, enquanto sua mãe ia trabalhar. Esta relação com o irmão pode ter sido vivida com a concretização da fantasia de ter um filho com o pai. Foi a partir de sua experiência com esse irmão, que Lia criou sua teoria de que “filho homem é problema.” Podemos pensar que de alguma forma, para Lia homem seja um problema, remetendo-lhe sempre à própria sexualidade.

Ao longo das entrevistas, Lia muitas vezes se coloca como extremamente insatisfeita: “Não sei por quê, parece que quero sempre mais. Que nada me basta.” A presença do pai, embora forte, era sempre faltante. “Ele era um pai de passagem.” Podemos supor que na verdade a demanda que Lia faz a mim, aos médicos e principalmente a José, é de amor como uma forma de preenchimento desta falta sentida tão intensamente.

Lia busca algo que a complete e José responde a ela, permanecendo criança dependente, colado a ela. Essa situação pode ser melhor compreendida se, baseando-nos no pensamento lacaniano, nos reportamos ao final do estágio do espelho (que coincide com o primeiro tempo do Édipo), em que a criança, embora já comece a esboçar-se como sujeito, continua a viver em relação fusional com a mãe, vivendo os dois uma sensação de completude narcísica onde não existe a falta, com a criança alienada no desejo da mãe. É preciso que a mãe, mesmo sabendo-se castrada e faltante, deixe-se levar por essa ilusão de completude, para poder exercer

sua função de mãe. A função materna seria, nesse momento de dependência, a de criar algo (ego ideal) que permita posteriormente a separação, seria a de fazer a passagem da criança de um ser de necessidade para um ser desejante. A marca principal dessa etapa considerada como o primeiro tempo do Édipo, é a ausência de um terceiro que possa mediatizar a identificação da criança com a mãe.

Poderíamos pensar que Lia permaneceu ela própria capturada por essa ilusão de completude, não suportando o corte, a separação que permitiria a José tornar-se sujeito de seu próprio desejo.

Baseando-me na história de vida de Lia, penso poder supor ser seu pai um indivíduo transgressor (no sentido lacaniano), burlando a lei, embora sabendo que ela existe. Um casamento legal e outro transgressor, no qual a mãe de Lia surgia como objeto para o pai, podem ser vistos como manifestações dessa estrutura que supomos talvez perversa. Essa mãe pede seu lugar que Lia, em sua fantasia, acaba ocupando ao cuidar de um de seus irmãos como mãe.

Nesse sentido, Lia coloca-se também como objeto, permanecendo aprisionada ao desejo de seu pai, não conseguindo elaborar de maneira satisfatória sua fase edípica, ficando assim sem saber o seu lugar. A sexualidade torna-se para Lia uma ameaça, pois está sempre próxima da transgressão. Ela se coloca como objeto para Carlos também, mas às custas de sua cabeça (pensamento) “quando saio com Carlos parece que vai só meu corpo, deixo a cabeça em casa” e a cabeça de José, pois permanece ligada a ele (José), usando a maternidade como uma forma de se tornar assexuada.

Essas hipóteses estão sendo apresentadas aqui, de maneira pontual, no intuito de indicar alguns dos caminhos que fomos percorrendo ao longo dos três anos de atendimento. Como nossa intenção não é um estudo de caso, apenas citarei os principais sintomas de José: dificuldade de fala, riso abobalhado, dificuldade de aprendizado, dificuldade no desenho do corpo humano, enurese noturna. Esses sintomas apresentaram significativa melhora no final do tratamento.

Gostaria de apresentar aqui um momento do atendimento que julgo ser de extrema importância devido a intensa condensação implicada. Nesse episódio Lia sofreu uma forte dor física no abdômen (depois diagnosticada como uma hérnia), o que a levou a bater na porta e interromper a sessão de seu filho. Lia chorava e falava de muitos acontecimentos de sua vida passada que foram lembrados. Após escutá-la durante uns 30 minutos, na sala de atendimento, juntamente com seu filho que no mesmo instante tentava, pela primeira vez, escrever seu nome na lousa, decido-me a levá-la ao Hospital Universitário.

Ao ter podido falar antes de ser levada ao hospital, Lia pode entrar em contato com uma dor que só pode expressar-se através da dor física. São coisas ditas ao analista que dificilmente serão ouvidas por um médico. De fato, este, rapidamente, colocou a hérnia para dentro, acalmando a dor. A hérnia em si não tem sentido, mas está sobredeterminada, ou seja, as cadeias associativas se amarram nesse sintoma que assume um caráter de metáfora. Essa crise pode ser entendida como um traço mnêmico trazendo em ato, fragmentos inconscientes vivos, provocados pela situação de análise. Nosso trabalho analítico nesse momento é tentar separar o que é físico do que é inconsciente, desmontando a “hérnia imaginária.”

Lia refere-se a essa dor, como uma dor de uivar, talvez a dor de ver seu filho desprender-se, saltar para fora como uma hérnia. A melhora de José significa que ele não será mais suporte da dor da mãe.

Sendo essa dor realmente da ordem do significante, ela voltaria, pois o significante volta sempre até ter uma escuta. Nesse sentido tivemos uma confirmação, pois alguns meses mais tarde, Lia me conta que teve outra dor forte ao sair do Lugar de Vida. “Porque é que toda vez que venho aqui fico doente?”, Lia me pergunta. Essa dor aparece mais localizada, o médico diagnosticou-a como uma consequência das cesáreas que fez. É como se Lia tivesse ainda saindo de suas dores do parto. Há algo em seu corpo marcado, não resolvido, em relação à maternidade.

O surgimento de sintomas no corpo da mãe reafirma a hipótese de que o sintoma da criança é um sintoma histórico da mãe. Podemos enten-

der esse momento como o do José saindo do lugar de sintoma. A criança começa a tornar-se sujeito e é uma perda para a mãe, que se sente profundamente angustiada. Lia, ao não poder suportar a angústia em forma de afeto, sente-a de forma abrupta no corpo.

4. Conclusão

Minha questão inicial, “seria essa uma criança psicótica?”, sofreu inúmeros deslocamentos e transformações.

Penso que para a psiquiatria, a considerar pelas suas manifestações fenomênicas, José pode ser, como realmente foi, visto como um menino com “Distúrbio Global do Desenvolvimento,” uma maneira de nomear a psicose na infância e colocar o sujeito fora das chances de recuperação.

No entanto, para a psicanálise, esse diagnóstico é encarado com reservas. A psicanálise propõe um diagnóstico estrutural no qual é preciso entrar em contato com a especificidade do caso, com a história dessa família, antes de qualquer tentativa de definição.

Ao optar pelo segundo procedimento, percebi, como penso ter podido demonstrar, que muitas das questões da criança se remetiam a questões da mãe. O que estava alienado no menino era sintoma dela e, através de algumas intervenções, pude observar alterações no comportamento da criança. Ao pontuar os significantes (o riso bobo, a hérnia, a alegria, os males de cabeça), fui reconstruindo com Lia sua história. A partir dessa base que aos poucos foi sendo montada, as defesas puderam ser postas em suspenso momentaneamente e alguns aspectos não reconhecidos por ela puderam ser integrados. A mãe foi se fortalecendo como sujeito, sentindo-se menos ameaçada pela possibilidade da separação de José.

O episódio da hérnia demonstra como seria quase impossível tratar dessa criança sem oferecer atendimento à mãe, e demonstra também como o trabalho com um deles funciona como um complemento para entender o percurso do outro.

Penso que em termos de um diagnóstico psicanalítico, seguindo as idéias de Lacan, José não deve ser visto como um psicótico, pois está além do espelho, com algum registro do significante nome-do-pai. Através do trabalho pude observar que José tem a interiorização de alguma interdição, pois consegue obedecer às regras e comportar-se dentro de limites. O que nos parece é que a função paterna não pode exercer-se totalmente, deixando-o em alguns aspectos aderido ao desejo da mãe. Talvez ocupando o lugar que fora ocupado pelo avô materno. José não está fora do simbólico, tem possibilidade de fazer a tradução das imagens em palavras.

Algumas mudanças fenomênicas puderam ser observadas após três anos de atendimento: fala praticamente normal, fim da enurese noturna, melhor condição de contato com outras pessoas, maior percepção e ligação com o mundo que o rodeia.

Minha hipótese, de José ser estruturalmente um neurótico, parece hoje mais próxima de ser confirmada. A medida que Lia pode, aos poucos ir se colocando nas sessões como sujeito, abandonando sua posição de mãe-de-José: “Não penso mesmo em mim. Não há nada mesmo algo que possa mudar minha vida. Somente venho aqui para trazer José,” José pode ir se libertando.

José mais separado de sua mãe, parece também começar a colocar-se como sujeito e remeter-se a suas próprias questões. O início de suas pesquisas sexuais podem ser percebidas através dos desenhos em anexo (Figuras 2 e 3): não só José é capaz hoje de desenhar o corpo humano, como também se debate com questões como a diferença sexual entre os sexos, bem como com questões edípicas.

Embora não haja como saber até onde José pode caminhar, pois ainda tem graves dificuldades escolares, penso que o estigma de doente mental está por hora afastado. José continua com chances de retomar sua vida e de apropriar-se dela de maneira digna. Isso talvez não tivesse ocorrido se o diagnóstico de psicose, dado pela psiquiatria, tivesse sido amplamente aceito, fechando-lhe as portas para quaisquer modificações.

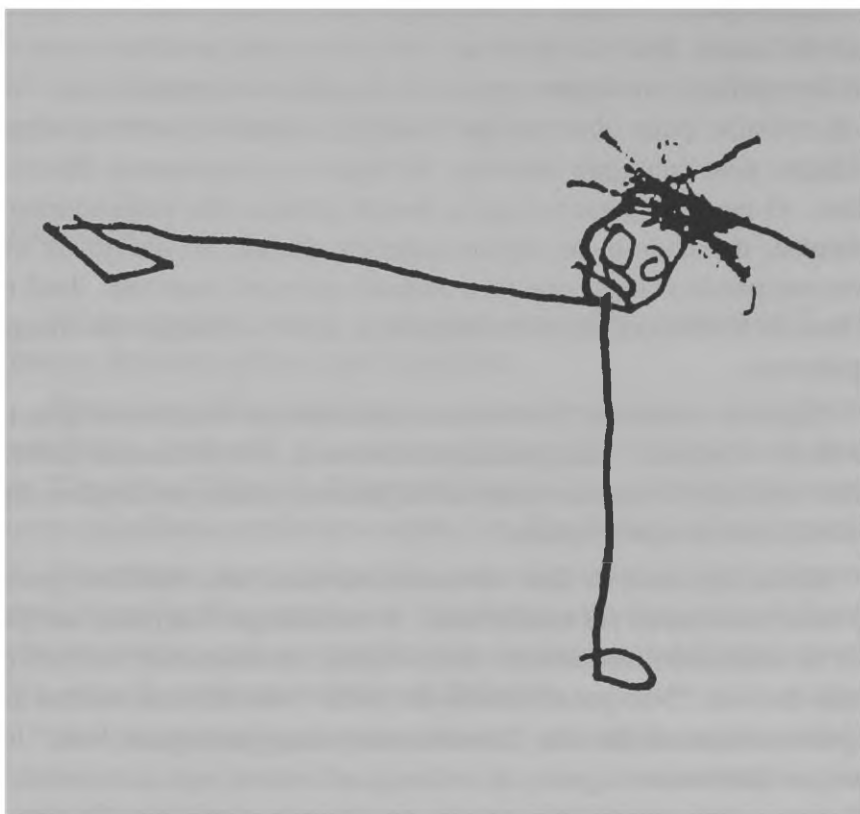


Figura: 1



Figura: 2

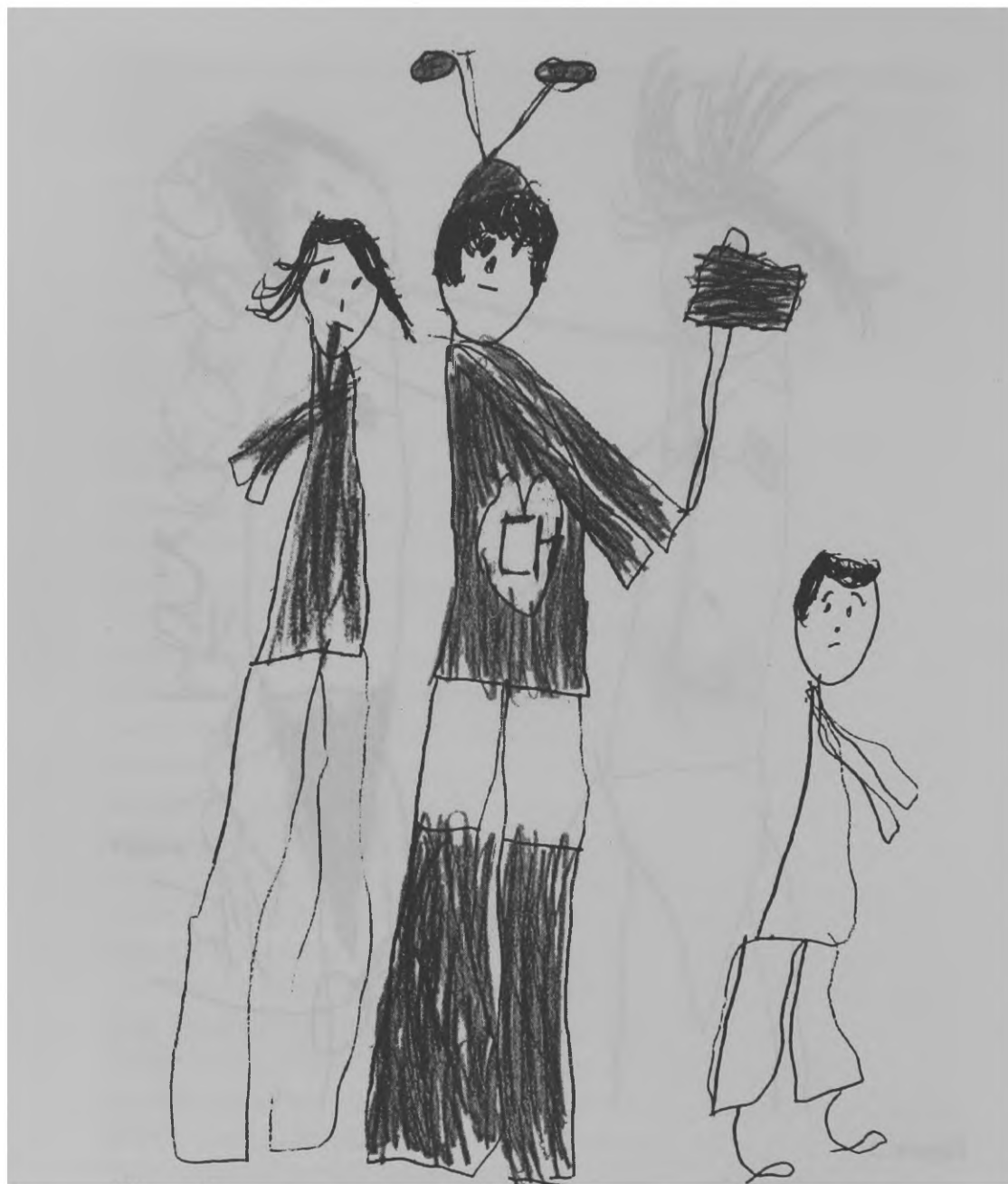


Figura: 3

Agradecimentos

- Jussara F. Brauer, supervisora.
- “Lugar de Vida,” escola terapêutica, Universidade de São Paulo.

Meireles Reis, C. do A. (2000). Considerations about the Diagnosis of Childhood Psychosis: A Psychoanalytic Approach. *Psicologia USP*, 11 (1), 207-242.

Abstract: After some regarding about the presentation of madness in western culture and its appropriation through medicine, this paper strives to illuminate different principles between psychiatric diagnosis and structural diagnosis. Within this analysis, consideration is given to the conceptualisations and clinical applications of the French Psychoanalytic School. A case of childhood psychosis is used to illustrate how the psychoanalytic and psychiatric formulations work side by side to generalise new opportunities for the patient.

Index terms: *Diagnosis. Childhood psychosis. Mental disorders. Separation-individuation. Psychoanalysis. Psychiatry. Symptoms.*

Referências Bibliográficas

- Brauer, J. F (1988). *O teste das pirâmides coloridas de Max Pfister: Uma releitura*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Dolto, F (1971). *O caso Dominique* (2a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Dolto, F. (1989). *Autoportrait d'une psychanalyste*. Paris: Seuil.
- Foucault, M. (1994). *Doença mental e psicologia* (5a ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

- Frayze-Pereira, J. (1993). *O que é loucura* (8a ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Freud, S. (1987). Interpretação dos sonhos (2a ed.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1900)
- Lacan, J. (1991). Dos notas sobre el niño. In *Intervenciones y textos - 2* (2a ed). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988). *Vocabulário da psicanálise* (10a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Ledoux, M. M. (s.d.). *Concepciones psicoanalíticas de la psicosis infantil*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Mannoni, M. (1971). *O psiquiatra, seu louco e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Mannoni, M. (1978). *Um lugar para viver, as crianças de Bonneuil, seus pais e a equipe dos vigilantes*. Lisboa, Portugal: Moraes.
- Mannoni, M. (1981). *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.
- Souza Leite, M. P. (1989). Clínica diferencial das psicoses. In *Semana sobre psicoses*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

ENTRE A INIBIÇÃO E O ATO: FRONTEIRAS DO TRABALHO ANALÍTICO COM CRIANÇAS

Jussara Falek Brauer¹
Instituto de Psicologia - USP

O propósito, no presente texto, é de teorizar sobre o brincar utilizado como meio no trabalho analítico no caso de crianças graves. O brincar será aqui enfocado na perspectiva da passagem ao ato, fenômeno presente em casos de psicose, a partir de onde se propõe uma articulação. A inibição, conceito proposto por Freud, será trazida enquanto antípoda do ato, fenômeno observado igualmente em casos de psicose, principalmente aqueles que ocorrem na infância.

Descritores: Comportamento de brincar. Atuação. Processos psicoterapêuticos. Psicose infantil. Crianças autistas. Inibição. Psicandlise.

Não foi casualmente que se escolheu o brincar como meio propiciador quando o trabalho analítico a conduzir tem como alvo uma criança. É das crianças a facilidade em lidar com o universo do faz-de-conta. Pode-se dizer que quando propomos a uma criança que se expresse através da brincadeira para que possamos ler aí algo de sua subjetividade, e a criança responde a isso, que se criou entre nós e a criança um espaço de metaforização no qual o discurso de uma análise pode se tecer. O brincar é um ato mediado pelo simbólico.

Sob esta perspectiva, tentarei trabalhar com coisas que se incluíam melhor sob a categoria de um “não brincar.” Coloco em foco situações

1 Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, São Paulo, SP – CEP 05508-900. E-mail: jfalek@usp.br

em que a criança se envolve naquilo que nós psicanalistas costumamos chamar de “atuações” – uma situação em que uma criança dá um murro no analista por exemplo, situação desconcertante pela qual quem se propõe a trabalhar com crianças graves certamente já passou.

Cito um exemplo:

Paulinho é autista. Já passou por vários psiquiatras, duas internações no H.C., e psicoterapia dos 6 aos 9 anos. Paulinho não fala, é muito agitado, não lê, dependendo dos pais para tudo. Urina na cama à noite, dormindo de fraldas por essa razão. É explorador, mexe em todos objetos da sala de atendimento de forma repetitiva em uma sequência cíclica, circular, estereotipada, na qual um objeto parece deter a maior parte de seu interesse desde o início: Reinaldo, o terapeuta. Observar é tudo o que se pode fazer por meses a fio. Observar e ouvir o menino e também a mãe que permanece impermeável às pontuações e cortes que parecem não surtir qualquer efeito. A inibição toma conta do trabalho na forma de uma certa paralisia.

Em uma dada sessão Paulinho brinca com carrinhos e diz *bate*. Vai à janela e olha o movimento lá fora. A um dado momento contrai-se e diz *bateu*. Pega a bola e *bate* com ela no chão. Vira-se para o terapeuta e com a mão fechada dá-lhe um murro no rosto.

Que fazer? Como ler o acontecido? Como direcionar a intervenção?

No trabalho com crianças graves tenho tido como “regra fundamental” que na sala de atendimento é dado fazer tudo aquilo que vem à cabeça, salvo destruir o mobiliário, machucar-se, machucar o terapeuta. Esta é a regra, tendo em vista o perverso polimorfo que é supostamente a criança em questão.

Sob esta perspectiva, a direção aqui seria tentar um corte de sessão, o que sob o ângulo que eu enfoco hoje não seria errado, já que o corte da sessão iria no mesmo sentido do corte significativo, do corte que a palavra instaura.

Paulinho no entanto nos levou a descobrir algo mais. Sua “atuação” haveria quebrado a paralisia do trabalho? Como insistia no *bate*, optamos

por pensá-lo como significante, que pontuamos no discurso da mãe, quando surgiu. Isso produziu finalmente deslocamento, rememoração. São lembradas cenas em que Paulinho apanha por não dormir, e por associação começou a ser trazido o relato dos impasses pelos quais passava a vida sexual do casal, que sofria prejuízo com a insônia de Paulinho, uma queixa inicial para este caso.

Como conceituar então o murro que Paulinho dá em seu terapeuta. Qual sua função nesta sessão? Como lê-lo? Em uma palavra, ele pode ser lido pelo analista?

A pergunta tem um objetivo claro, se levamos em conta que aquilo que é da ordem do inconsciente é antes de mais nada algo que se lê. Então, que estatuto dar a esse ato?

Retomemos os conceitos fundamentais da psicanálise - inconsciente, repetição, transferência, pulsão - e dentre eles o de *repetição*.

Freud (1914/1972), no texto *Recordar, repetir, elaborar* faz a seguinte afirmação: "... o analisado não *recorda* nada do que foi esquecido ou reprimido, vive-o de novo. Não o reproduz como recordação, mas como ato; repete-o sem saber, naturalmente o repete."

Este texto nos é precioso para as articulações que pretendemos fazer aqui por trazer a *repetição em ato*, por incluir o ato.

Nossa experiência clínica com crianças graves nos ensinou a considerar o ato como eixo importante de articulação.

Se em alguns casos nos vemos em apuros com nossos pequenos clientes em função de sua atuação exacerbada, em outros é o silêncio e a imobilidade que nos deixam o que pensar.

Já no início de suas articulações, neste texto, Freud (1914/s.d.) relaciona a repetição com o reprimido, não tardando por notar que a transferência não é por si mesma mais que uma repetição, e a repetição, a transferência do passado esquecido. Pode-se antever as dificuldades teóricas que se apresentam para a articulação que propomos fazer. Como

falar em reprimido no caso da psicose e do autismo? Como falar em rememoração em casos que parecem não dispor do registro temporal passado – presente - futuro, permanecendo em um universo sem tempo, sempre igual?

A experiência com essas crianças nos tem indicado que embora estejamos diante de um impasse em que somos obrigados a inventar estratégias de tratamento que contornem o fato de que a associação livre não deslisa, de que não se consegue sequer brincar, seria um erro presumir que se trate nestes casos de qualquer coisa que não seja de discurso. Pois se a pontuação do *bate* de Paulinho produziu um efeito de rememoração e de associação livre na mãe, a razão é justamente o fato de ter sido tomado enquanto significante.

Assim, temos uma *repetição* da criança que, se não pode ser lida na linha de um recalçamento, e se não reenvia a própria criança a um fragmento de memória, tem um impacto sobre o discurso materno que faz com que ela rememore e passe a associar.

Relatamos então um evento em que um ato do menino quebra a paralisia do tratamento e traz o discurso. Mas seria suficiente pensar só nestes termos? Penso que podemos caminhar ainda mais um pouco.

Não seria demasiado lembrar Freud, que alguns anos depois do texto citado acima, em *Além do princípio do prazer*, escreve observando seu neto, que a partir do jogo de carretel começa a utilizar-se de dois vocábulos: fort e da:

A interpretação do jogo tornou-se então óbvia. Ele se relacionava à grande realização cultural da criança, a renúncia instintual (isto é, a renúncia à satisfação instintual) que efetuara ao deixar a mãe ir embora sem protestar. Compensava-se por isso, por assim dizer, encenando ele próprio o desaparecimento e a volta dos objetos que se encontravam a seu alcance ... (Freud, 1920/1998a, p. 19)

Freud que observara o surgimento de duas novas palavras a partir da brincadeira repetitiva com o carretel, jogado longe para ser encontrado

em seguida, enfoca no texto a repetição de uma situação de desprazer. Vamos aqui colocar o acento na *repetição*.

Gostaria então de pontuar as relações que o autor vai fazendo entre recalçamento, repetição e desprazer, logo denominado de instinto de morte, no mesmo texto. Freud aprende da observação de seu neto que a repetição da situação desagradável, atuada na brincadeira com o carretel, devia ser lida como um ato que põe um limite ao gozo, na medida em que dá ensejo, na medida em que forja essas duas palavras novas que o menino passa a pronunciar. Assim, o jogo do carretel não estaria ainda na categoria de um espaço de metaforização já estabelecido, mas de uma metaforização em curso, que ainda irá se estabelecer.

Tentemos precisar mais a idéia.

Retornemos aos nossos pequenos pacientes psicóticos. Se o comportamento deles não pode ser considerado na categoria de um brincar estruturado enquanto tal, vou propor sua leitura no sentido da passagem ao ato.

Lacan, em uma conferência debate em novembro de 1975, na Yale University, estabeleceu uma diferenciação entre “*acting out*” e passagem ao ato.

O *acting out* é um ato necessariamente inibido. A passagem ao ato efetua aquilo que o *acting out* inibe. A passagem ao ato é da ordem da escritura.

Assim, se podemos traduzir o brincar de uma criança como um *acting out*, sugiro que pensemos o comportamento de Paulinho no registro de uma passagem ao ato, ali onde o simbólico pode-se dizer que falha e o que acontece é que o bater, que deveria ser um brincar de bater, vira ato propriamente dito.

Vamos problematizar, então, isso que eu acabei de colocar agora, de que o simbólico falha.

Seguindo aquilo que é colocado por Lacan, vamos tentar articular a passagem ao ato, colocando-a em relação à escritura, como sendo da ordem dela.

Há que esclarecer, inicialmente, de que se trata em uma passagem ao ato psicótica, em que algo se escreve em *segunda potência*. Quer dizer, que é só depois de submetida à inibição, e não ao recalçamento característico da estrutura neurótica, é que a letra se efetua, mas na forma de um ato concreto.

Temos então aqui como articulador entre esses dois conceitos de acting out e passagem ao ato, o conceito de inibição. E o que é uma inibição no olhar freudiano? Em seu texto *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, Freud (1925/1998c) afirma o seguinte a respeito da inibição:

No tocante às inibições, podemos então dizer, em conclusão, que são restrições das funções do ego que foram ou impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia; e podemos ver sem dificuldade em que sentido uma inibição difere de um sintoma, portanto um sintoma não pode mais ser descrito como um processo que ocorre dentro do ego ou que atua sobre ele. (p. 13)

Assim, o sintoma fica definido como formação do inconsciente, e a inibição, como distúrbio egóico.

O significante, quando *forcluído*, e não recalçado, faz solicitação ao ego que supre a falha, produzindo inibição.

Para construirmos rapidamente nosso tecido conceptual vamos apelar mais uma vez para Freud (1940/1998b) que no texto *Esboço de Psicanálise* compara o sonho a uma psicose de curta duração. Ele diz:

Um sonho, no entanto, é uma psicose, com todos os absurdos, delírios e ilusões de uma psicose. Uma psicose de curta duração sem dúvida, inofensiva, até mesmo dotada de uma função útil, introduzida com o consentimento do indivíduo e concluída por um ato de sua vontade. Ainda assim é uma psicose e com ela aprendemos que mesmo uma alteração da vida mental tão profunda como essa pode ser desfeita e dar lugar à função normal. (p. 45)

Acrescentando mais abaixo:

Já conhecemos certo número de coisas preliminares a esse empreendimento. De acordo com nossa hipótese, é função do ego enfrentar as exigências levantadas por suas três relações de dependência – da realidade, do id e do superego – e não obstante, ao mesmo tempo, preservar a sua própria organização e manter a sua própria autonomia. A pré-condição necessária aos estados patológicos em debate só pode ser um enfraquecimento relativo ou absoluto do ego, que torna impossível a realização de suas tarefas. A exigência mais severa feita ao ego é provavelmente a sujeição das reivindicações instintivas do id, para o que ele é obrigado a fazer grandes dispêndios de energia em anticatexias. Mas as exigências feitas pelo superego também podem tornar-se tão poderosas e inexoráveis que o ego pode ficar paralisado, por assim dizer, frente às suas outras tarefas. Podemos desconfiar de que, nos conflitos econômicos que surgem neste ponto, o id e o superego freqüentemente fazem causa comum contra o ego arduamente pressionado que tenta apegar-se à realidade a fim de conservar o seu estado normal. Se os outros dois se tornam fortes demais, conseguem afrouxar e alterar a organização do ego, de maneira que sua relação correta com a realidade é perturbada ou até mesmo encerrada. Vimos isto acontecer no sonhar: quando o ego se desliga da realidade do mundo externo, desliza, sob a influência do mundo interno, para a psicose. (Freud, 1940/1998b, pp. 45-46)

A hipótese freudiana sobre a psicose é, portanto, que nesta estrutura o ego entra em falência. Já podemos então fazer um elo entre as hipóteses freudianas sobre a psicose – devida a uma falência do ego – e a inibição, igualmente um distúrbio de funcionamento desta instância.

De fato, a clínica com crianças graves tem nos mostrado que suas “deficiências” podem ser situadas com maior exatidão como decorrentes de inibições. Sigamos.

Zimra (1986), no texto *Reverso do sonho: Um acting out* escreve:²

Dar um sentido à passagem ao ato, disto a própria passagem ao ato se encarrega. Supostamente não se endereçando a ninguém, ela encontra sempre algo a dizer: porque. Ela encontra sempre um sentimento de dívida, e pode-se dar a ela imediatamente um sentido. Esta necessidade de sentido que parece ser inerente à passagem ao ato traduz um tempo da falência imaginária do sujeito, que se encontra imediatamente fechada por um terceiro.

Autor lacaniano, Zimra fala em sujeito e não em ego, e acrescenta à compreensão deste evento psicótico que na passagem ao ato, há este elemento de sentido sempre presente, e também um sentimento de dívida.

A passagem ao ato é a realização em ato daquilo que no sonho é fantasia. É, portanto, um enigma a ser cifrado, um enigma *em ato*, da ordem da escritura, feita para ser lida antes que decifrada.

E como escreve Allouch (1998) em *La psychanalyse: Une erotologie de passage*, contornando a definição deste tipo de evento: “A letra não é, aqui como na análise, essencialmente consagrada à circulação da informação, ela própria é ato, portanto, regramento do gozo, confissão de gozo, manobra, ocasião de gozo” (p. 81).

Assim, fato de estrutura simbólica, da ordem da escritura, a letra que aí se escreve não se endereça a ninguém, como diz Zimra (1986), não está consagrada à circulação de nenhuma informação. Allouch (1998) esclarecera antes no mesmo texto:

Resta um resto desta produção formal de um resto. A passagem ao ato é o índice imediatamente presente de que um outro modo de transmissão está em jogo diferente daquele, puramente formal, das ciências exatas. Ainda que nas ciências exatas também, Lacan o notou, não saberíamos passar absolutamente da palavra para apresentar os jogos puramente formais das pequenas letras. (p. 45)

2 A tradução de textos em francês ou espanhol apresentada adiante é feita por mim, livremente.

É justamente isto que o psicanalista aprende no atendimento de casos de crianças com graves distúrbios. Que no seu “brincar,” concebido como sendo ele também da ordem do significante, se trata de um outro modo de transmissão, diferente daquele puramente formal. Trata-se aí de uma transmissão que usa o ato como meio. Há que completar o processo instaurado pela passagem ao ato, possibilitar sua transliteração, termo introduzido pelo mesmo Jean Allouch em seu livro *Letra por letra*.

Mais ainda, retornamos ao proposto por Freud (1920/1998a) em *Além do princípio do prazer*, de que esse atuar da criança vem relacionado ao gozo, termo lacaniano para designar aquilo que no texto de Freud comparece sob o nome de instinto de morte.

É para estabelecer um limite ao gozo que a criança atua seu brincar, falar será sua grande realização cultural, diria Freud, a renúncia instintual, para o que ela terá se apoiado na leitura de seu parceiro, o analista.

Brauer, J. F. (2000). Between Inhibition and Action: borders of Analytic Work witer Children *Psicologia USP*, 11 (1), 243-252.

Abstract: The purpose of this text is to theorise about the *playing method* used as manner of analysing serious kids. This playing method will be understood here, from the point of view of the *acting out*, a phenomenon present on the psychosis cases, from where it shall be made an enunciation. Freud's *inhibition* concept is also observed in childhood psychosis cases which can hamper the analyst's work.

Index terms: *Childhood play behavior. Acting out. Psychotherapeutic processes. Childhood psychosis. Autistic children. Inhibition. Psychoanalysis.*

Referências Bibliográficas

- Allouch, J. (1998). *La psychanalyse: Une érotologie de passage*. Paris: Cahiers de L'Unebêvue / E. P. E. L.
- Freud, S. (1998a). Além do princípio do prazer. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920)
- Freud, S. (1998b). Esboço de psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1940)
- Freud, S. (1998c). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1925)
- Freud, S. (1914/1972). Recuerdo, repetition, elaboration. In *Obras Completas*. Madrid, España: Alianza Editorial. (Originalmente publicado em 1914)
- Zimra, G. (1986, octubre). Revers du rêve: Un acting out. *Littoral. Identité Psychotique*, 21. Toulouse, France: Erès.

BATAILLE COM LACAN^{1,2}

Roland Lethier³
École Lacanienne de Psychanalyse

O texto pesquisa a relação de Bataille com Lacan, sustentando que esses dois autores influenciaram-se mutuamente em suas obras. Trata da repercussão da obra de Freud sobre os surrealistas franceses e rastreia ressonâncias da obra de Bataille na obra de Lacan, demonstrando como essas ressonâncias são perceptíveis na sutileza de uma análise de significantes.

Descritores: Bataille, Georges. Lacan, Jacques.

Em 1920, para concluir *Além do princípio do prazer*, Freud (1972) havia indicado uma forma de prosseguir mesmo quando falta um pé. Freud citara então um fragmento de um poema de Rückert:

*Was man nicht erfliegen kann, muss man erhinken.
Die Schrift sagt, es ist keine Sünde zu hinken.*⁴

-
- ¹ Trabalho apresentado no Colóquio da instituição francesa GREC: *L'Écrit du Corps*, em 8 de dezembro de 1991 e publicado na revista *La Part de L'Oeil*, Bruxelles, Número 10, novembre 1994.
 - ² A palavra francesa bataille significa batalha. O autor irá brincar com a homofonia no texto. Optamos por preservar o nome próprio no título do texto (N. T.).
 - ³ Endereço para correspondência: 44, rue René Boulanger – 75010 – Paris, France – E-mail: roland.lethier@wanadoo.fr
 - ⁴ Ao que não podemos chegar voando, temos de chegar manquejando. A escritura diz que não é nenhum pecado claudicar.

Este título: “Bataille com Lacan” tem duas fontes que serão explicitadas, e o campo da proposição será limitado, bordejado.⁵ As bordas que limitam este campo são em número de três.

A primeira borda foi tomada de empréstimo de “Corbu,” o arquiteto revolucionário que há pouco mais de um século depois de Claude-Nicolas Ledoux veio restituir à autonomia das formas em arquitetura sua força inovadora. A propósito desta jóia formal que é a vila Savoye em Poissy, Le Corbusier propunha o seguinte modo de aproximação: “É andando, se deslocando que se pode ver se desenvolverem as ordenações da arquitetura. É um princípio contrário à arquitetura barroca que é concebida sobre o papel em torno de um ponto fixo teórico” (Kaufman, 1981).

- A primeira borda propõe portanto um percurso sem ponto teórico fixo de início.

- A segunda borda é a proposição número 7 do *Tractatus logico-philosophicus* de Wittgenstein (1988) que se enuncia assim: “sobre aquilo de que não se pode falar, deve-se calar” (p. 107).

Esta borda indica que este desenvolvimento será marcado pela prática da “honesta dissimulação,” prática que é a primeira qualidade do secretário escrupuloso (Acetto, 1990).

- A terceira borda pode ser ilustrada pela seguinte historieta:

“Um aluno chega em uma classe e se dá conta que todos os lugares estão ocupados, ele se encontra sem lugar e fora da classe.”

Post – intro

A *Escritura do desastre* (Blanchot, 1980) é a expressão que convém melhor para qualificar a escritura que os historiadores da literatura e

5 Borne – pedra que marcava antigamente um limite na estrada, em referência ao marco zero (N. T.).

os críticos consideram como inclassificável (não é em todo o caso a única).

Era ele filósofo, poeta, economista, escritor, antropólogo, historiador de arte ou mais banalmente bibliotecário?

Georges Bataille se qualificava, ele mesmo, de filósofo, de santo ou talvez de louco, aquele “que pensa da maneira como uma menina tira a roupa. Na extremidade de seu movimento, o pensamento é o impudor, a própria obscenidade.”

Este estatuto de inclassificável traz já em si uma ponta de subversão e, deste fato, faz apelo a um outro inclassificável para acolher sua verdade.

Este outro inclassificável é, socialmente, o nome do psicanalista devido seu justo afastamento da ordem social.

É por não fazer parte de uma ordem que o psicanalista pode acompanhar o desenvolvimento da “ordem de posições subjetivas do ser.”⁶

A primeira fonte deste título “Bataille com Lacan” se liga portanto a esta qualidade comum “de inclassificável” de Bataille e de Lacan.

A segunda fonte deste título se liga à *História da psicanálise na França*; é o título de dois volumes que trazem como subtítulo: *A batalha de cem anos*.⁷ Este subtítulo é brevemente explicitado na advertência do volume 1:

O tempo da batalha não é aquele da guerra, mas de um momento privilegiado da guerra, onde a história de uma doutrina se confunde com aquela

6 “A ordem das posições subjetivas do ser” título que Lacan tinha guardado em segredo e que ele queria dar ao seminário: *Problemas cruciais para a psicanálise*.

“A ordem das posições subjetivas do ser, que era o verdadeiro assunto, o título secreto do segundo ano de ensinamento que eu fiz aqui sob o nome de *Problemas cruciais* ...”

Sessão de 15 de novembro de 1967, estenografia mecânica.

7 Elisabeth Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France I et II: La bataille de cent ans*. Paris: Ramsay, 1982 e Paris: Seuil, 1986.

de suas crises, onde as crises testemunham da implantação de uma doutrina, de derrotas ou de suas vitórias. (Roudinesco, 1982, p. 13)

Esta demonstração confunde por sua certeza retórica, mas a questão que este subtítulo coloca, com a conotação franco-inglesa e da idade média sobre a qual ele insiste, é de imediato a questão da duração, a questão desses “cem anos.”

Não existe de fato nenhuma razão para que esta batalha tenha durado apenas cem anos e tenha terminado em 1985, salvo talvez a supor que a historiadora pressentindo um fim próximo já tenha enterrado a psicanálise.

A segunda questão que traz esse subtítulo, já marcado de suspeição, concerne a introdução desse nome: batalha.⁸

Utilizando esse nome em aposição, em contraponto de *A história da psicanálise na França*, a historiadora tomou o risco de ocultar a presença desse nome nesta história e mais particularmente na freqüentação⁹ de Lacan.

A presença do substantivo comum reduz a presença do nome próprio à anedota.

Desta forma este texto se apresenta como um antídoto a esta redução à anedota.

Após a intro: o impro ...

No campo francês, os textos de Freud foram acolhidos de forma fecunda e de forma dogmática, esta última forma não será tratada aqui.

8 O autor se refere à homofonia em francês do nome Bataille e da palavra batalha.

9 Frayage- abrir uma estrada, freqüentar, estabelecer uma relação de amizade, ato da reprodução quando se trata de peixes (N. T.).

A forma fecunda se liga ao fato de que os textos de Freud não foram tomados como certos, os mais versados para a escritura, como aulas mas como o fermento, a levedura que lhes permite dar ar (respiração) à sua escritura. Eles traziam igualmente essa novidade estilística que pode ser qualificada de improvisação rigorosa (Roudinesco, 1986).¹⁰

Os surrealistas, logo entenderam aí um suporte e uma sustentação para aquilo que eles tinham a dizer (Léthier, 1993).

Georges Bataille, que não era bretão¹¹ mas simplesmente do campo ou, mais precisamente ainda, das velhas montanhas centrais, não passou ao largo dos textos de Freud que ele leu desde 1923 (ele tinha 26 anos). Ele não se precipitou em ir a Viena como Breton o fez em 1921 (Breton, 1988, p. 255), pelo contrário esta leitura precedida pela leitura de Nietzsche o treinou em uma escritura de um singular extremismo.

Falar para não dizer nada será a aposta a sustentar para aproximar a particular proximidade de Lacan com Bataille. É igualmente uma posição estrutural falar para não dizer nada, trata-se, então, de seguir um percurso, de seguir isso que foi dito e como foi dito.

*A partir de Encore*¹²

Em sua importante biografia de Georges Bataille, Surya (1987, p. 536) dá na bibliografia final a lista das obras consagradas a Georges Bataille. Ele nota a presença de Georges Bataille em: Lacan (1975a). É o único texto de Lacan que foi citado.

10 Roudinesco, E. Le surréalisme au service de la psychanalyse. In *Histoire de la psychanalyse en France II: La bataille de cent ans*. (pp. 19-49). Paris: Seuil.

11 O autor brinca aqui com a homofonia do nome próprio Breton, com o adjetivo gentílico bretão.

12 Encore, vigésimo seminário de Lacan (1972b).

Por seu lado, Roudinesco (1986) em sua *Batalha de cem anos* cita igualmente este seminário:

Este seminário é estupendo. Ele faz sintoma do último retorno, na cena francesa, do grande Lacan barroco da maturidade romana e da visita ao Papa que não deu certo. Mas ele é também uma homenagem ao Bataille de *Madame Edwarda*, à figura absoluta do ódio e do amor a Deus. (p. 528)

Ora, é notável que no seminário *Encore*, de 1972-1973, nem Bataille nem *Madame Edwarda* (Bataille, 1971) estão citados. Pelo contrário esses dois nomes são citados em um escrito de Lacan mas isso não é notado nem por Surya nem por Roudinesco.

Bataille é encontrado lá onde ele não está e não é notado lá onde ele está.

Ao longo deste seminário *Encore* Lacan trata e retrata de um certo número de questões que se ligam a Deus, ao amor, à ética, às matemáticas, ao gozo, à letra, a Roma, ao corpo, ao nome, à desordem, à elegância ... não é o caso de resumir este seminário (não mais que um outro), assim como não é o caso de ficar no limiar de sua transcrição crítica.

No decorrer deste seminário *Encore*, no dia 20 de fevereiro de 1973, Lacan (1973) evoca um eco a fazer:

Seria, parece-me, arrogante não atravessar ou fazer eco disso que, no curso das idades, e de um pensamento se denominou – eu devo dizer imprópriamente filosófico – disso que ao longo da eras, elaborou-se sobre o amor. Eu não vou fazer aqui uma revisão geral, mas penso que, tendo em vista o gênero de cabeças que eu vejo aqui reunidas, vocês devem ao menos ter ouvido falar que, do lado da filosofia, o amor de Deus neste assunto ocupou um certo lugar e que há aí um fato maciço de que ao menos lateralmente o discurso analítico não pode deixar de levar em conta.

Diante de um público que não é uma multidão convencional, Lacan não faz uma “revisão geral.”

Nesta revisão geral, que ele não faz, “disso que ao longo das eras, se elaborou sobre o amor”, Lacan deixa supor um certo número de textos e entre eles, porque não: *Madame Edwarda* (Bataille, 1971, pp. 9-31).

Este pequeno texto assinado por Pierre Angélique foi escrito em setembro – outubro de 1941 (Bataille vivia com Denise Rollin no 3, rue de Lille em Paris) e foi publicado em dezembro de 1941 pelas edições Solitaire com uma falsa data de edição: 1937. A partir de 1956, o texto foi publicado pelas edições Pauvert com um prefácio de Georges Bataille introduzido por uma citação de Hegel:¹³

“A morte é o que existe de mais terrível e manter a obra da morte é o que pede a maior força.”

Neste texto existem duas ocorrências do advérbio “ainda.”¹⁴

- quando o homem subiu ao quarto de Madame Edwarda, é notado:

- “O delírio de estar nua a possuída: esta vez ainda,¹⁵ ela separou as pernas e se abriu: a áspera nudez de nossos dois corpos nos jogava no mesmo esgotamento do coração” (p. 22).

- No momento de partir com o táxi, Madame Edwarda diz: “... ainda¹⁶ não ... que ele espera ... (Bataille, 1971, p. 28).

No seminário *Encore* nem o autor, nem o título deste texto são portanto explicitamente citados.

Bataille que era empregado pela administração francesa tinha, para evitar qualquer aborrecimento, assinado esta pequena narrativa com o nome de Pierre Angélique.

13 Em alemão, o anjo se diz: *Der Engel*, nós revelamos a proximidade homofônica com Hegel.

14 *Encore*, palavra francesa que significa ainda.

15 *Encore* em francês (nota da tradutora).

16 *idem*

Por ocasião da primeira sessão de *Encore*, no dia 21 de novembro de 1971, Lacan introduz uma decomposição do adjetivo “étrange:”¹⁷

Somente, eis aí o que se diz para aquilo que é do gozo, quando ele é sexual. O gozo é marcado de um lado por esse buraco que não lhe assegura outra via senão a do gozo fálico, será que do outro lado, algo não pode ser atingido, algo que nos diria como aquilo que até então era somente falha, abertura no gozo, seria realizado?

É isso que, coisa singular, não pode ser sugerido senão pelas coisas percebidas como muito estranhas. Estranho¹⁸ é uma palavra que pode se decompor: “o ser anjo,”¹⁹ é bem uma coisa contra a qual nos põe em guarda a alternativa de ser tão bobo quanto o periquito de agora pouco (o periquito de Picasso). Contudo, olhemos de perto isso que nos inspira a idéia que, no gozo dos corpos, o gozo sexual tem o privilégio de poder ser interrogado como sendo especificado, ao menos, por um impasse. (Lacan, 1975a)

As referências textuais que permitem ligar *Madame Edwarda* e o seminário *Encore* estão então nesta discreta referência ao anjo de Pierre Angélique, e nas duas ocorrências: “...: esta vez ainda (encore) ...” e a indicação ao chofer de taxi, “... ainda não ... que ele espera ...”

De forma provocante, nós podemos também assinalar que quando da última sessão de *Encore* de 26 de junho de 1973, Lacan fala do rato: “A gente não se pergunta absolutamente sobre aquilo que pode sustentar o ser de um rato ...,” esta história de rato não é completamente estranha a Bataille (Bataille, 1947). Em *Encore* há anjo na partida e rato no final.

Esta forma de decompor “étrange” em “être ange,” em novembro de 1972, vem um mês depois da conferência de Louvain durante a qual um moço revoltado, que implicava com a gravata de Lacan, foi nomeado por este: “É um anjo” (Lacan, 1972).

17 estranho em português.

18 étrange em francês.

19 être ange (ser anjo) decomposição da palavra francesa étrange.

Pode-se notar igualmente que em 1944, Bataille havia publicado nas edições Messages, o *Archangélique*, cuja primeira parte tinha sido publicada em 1943 sob o título *La douleur* (Duras, 1985).

Atendo-se estritamente às referências textuais é então difícil de sustentar que o seminário *Encore* é “também uma homenagem ao Bataille de *Madame Edwarda*,” tanto mais que a dama em questão não se apresenta como “a figura absoluta do ódio e do amor a Deus,” mas pior que isso, no primeiro diálogo com o homem ela diz: “Tu vês, diz ela, eu sou Deus ...” (Bataille, 1971, p. 21).

Lacan (1965) escreveu uma homenagem (pp. 7-15), ele a faz a Marguerite Duras, aquela que quarenta e dois anos depois de Bataille escreveu igualmente *La douleur* (Duras, 1985).

Como então situar e nomear esta presença de Bataille no *Encore*? As referências textuais que pudemos salientar levariam a falar de piscada de olho, deste gênero de pequeno signo, de pequena marca que utilizam aqueles que estão em uma certa cumplicidade.

Isto não é verdadeiramente a presença de um código estabelecido nas mensagens, é discretamente pequenas coisas intimamente partilhadas que se manifestam por pequenas pinceladas, por certos tiques de linguagem que deixam aqueles que não estão na jogada um pouco perplexos.

Os outros sentem bem que se passa alguma coisa que lhes escapa, sem poder nomear.

Estas pequenas astúcias languageiras, sublinhando a cumplicidade, portam em si esta mensagem justa, um pouco irritante para o meio, e que Lapointe (1970) formulou pertinentemente:

Eu digo que o amor,
Mesmo sem amor,
É assim mesmo o amor
Compreende quem pode ou compreende quem quer!

É, portanto, no quadro de uma temática ampla, no sentido de uma vasta retrospectiva, que a obra de Bataille vem se inscrever nisto que Lacan preconiza não menosprezar.

A ligação entre *Madame Edwarda* e *Encore* pode, portanto, em primeira aproximação, se escrever como textualmente discretas e dentro do quadro da ampla temática “daquilo que ao longo das eras, elaborou-se sobre o amor.”

Os textos do autor de *Histoire de l'oeil* (Bataille, 1973b, pp. 9-78) não foram comentados por Lacan durante muitos meses como foi o caso para *O Banquete* e *Hamlet*. Ele deu para eles apenas uma piscadela, dez anos (dizendo)²¹ depois da morte de seu autor. Esta simpatia, *post mortem*, atesta. Ela dá testemunho daquilo que certos humanos puderam sustentar desta posição ética que se formula assim: “amigo você é e você permanece.”

Amizade

Este laço de amizade entre Bataille e alguns outros se reencontra em colaborações a produções e em histórias de apartamentos em Paris.

- André Masson ilustrou *Histoire de l'oeil* (Bataille, 1973b), *L'anus solaire* (Bataille, 1973a), *Sacrifices* (Bataille, 1936), Giacometti e o fiel Leiris colaboram na revista *Documents* criada por Bataille em 1929.
- Em 1933 Masson e Bataille criam a revista *Minotaure* (1933), revista na qual serão publicados: *O problema do estilo e a concepção psiquiátrica das formas da experiência*, e *Motivos do crime paranóico – O crime das irmãs Papin* do doutor Jacques Lacan.

21 Dix ans (disant) – trocadilho do autor sobre a homofonia destas palavras (N. T.).

- Em 1937 com Callois, Leiris, Klossowski, Waldberg, Bataille organiza a sociedade secreta “Acéphale”²² e a revista do mesmo nome.

Eles fundaram também o Collège de Sociologie e a Société de Psychologie Collective cujo objetivo é estudar “O papel, nos fatos sociais, dos fatores psicológicos, particularmente de ordem inconsciente, ...”

- Em 1941, Bataille, que morava na casa Denise Rollin no 3, rue de Lille, avisa a Lacan que um apartamento acaba de desocupar no 5, rue de Lille, e quando em 1943, Denise Rollin deixa o apartamento do 3, depois de separar-se de Bataille, Lacan o retomou para nele alojar Sylvia Bataille, Laurence e Judith (Roudinesco, 1933, p. 221).

A relação de amizade intervém eminentemente a propósito do endereço, do lugar de moradia, um amigo não é deixado sem lugar. A relação de amizade sabe os efeitos devastadores do “não lugar” (Althusser, 1992).

No dia 17 de março de 1961 foi organizado no hotel Drouot um bazar para permitir a Bataille trabalhar “em paz.”

Arp, Bazaine, Ernst, Fautrier, Giacometti, Masson, Matta, Michaux, Miro, Picasso, Viera da Silva, Tanguy ... deram uma pintura, um desenho, uma aquarela, cuja venda permitiu a Bataille comprar um apartamento:

... no bairro mesmo onde eu quase sempre morei, rua Saint-Sulpice, que será, isso que era impensável para mim, tão agradável quanto aquele que

22 Jacques Lacan participou de inúmeras reuniões dos participantes da sociedade secreta “Acéphale,” cf: Surya (1992, p. 306).

Lacan retoma o termo “acéphale” em seu comentário do sonho de injeção de Irma, no dia 16 de março de 1955, “Existe neste sonho o reconhecimento do caráter fundamentalmente acéfalo do sujeito, passado um certo limite.”

Na sequência dos trimestres de ensino: 1, 2, 3, no momento de passagem ao escrito, o terceiro fica excetuado: 1, 2/3, a sequência está quebrada, o terceiro se torna o termo que falta na sequência.

Este artigo que foi escrito num espaço de dois meses (dezembro de 1957 - janeiro de 1958) termina em uma nota que explicita a expressão empregada por Schreber:

“Deus é uma p...”

É assim que a última palavra onde “a experiência interior” de nosso século. Nos tenha entregado seu cômputo, se acha articulado com cinquenta anos de antecedência pela teodicéia²⁶ à qual Schreber expõe: “Deus é uma p ... 1” (Lacan, 1966a, p. 583)

A nota (1) da página 583 (acrescentada em 1966) é a seguinte:

Sob a forma: *Die Sonne ist eine Hure* (S. 384-APP.). O sol é para Schreber o aspecto central de Deus. A experiência interior, de que se trata aqui, é o título do trabalho central da obra de Georges Bataille. Em *Madame Edwarda*, ele descreve desta experiência a extremidade singular. (Lacan, 1966a, p. 583)

É a única referência a Georges Bataille feita por Lacan em um escrito.

Em *Madame Edwarda*, na extremidade do texto, Bataille (1971) escreve:

Minha vida não tem sentido senão na condição de que ela faça falta; que eu seja louco: compreenda quem pode, compreenda quem morre ...; assim o ser esta lá, nem sabendo porque, de frio permanece tremulo ...; a imensidão, a noite o envolveu e propositadamente, ele está lá para ...” não saber.” Mais DEUS? Que dizer dele senhores. Eloquente, senhores Crente, Deus, ao menos, saberia ele? DEUS, se ele “soubesse,” seria um porco.

26 O termo empregado por Lacan é *Théodicée*, neologismo que junta théo – deus + odissée – odicéia. Optei por manter a tradução o mais próxima possível do termo empregado em francês (N. T.).

Senhor, eu rogo em minha aflição, a “meu coração,” livre-me, cegai-os! A narração, continua-la-ei?

Eu disse: “Deus, se ele “soubesse” seria um porco. Aquele que (eu suponha que ele estaria, no momento, mal lavado, “despenteado”) sustentaria a idéia até o fim, mas que teria ele de humano? Para além, e de tudo ... mais longe, e mais longe ... ELE MESMO, em êxtase acima de um vazio ... e agora? Eu TREMO. (p. 31)

O caminho que nós tomamos, a partir de *Encore*, conduz a reencontrar uma sequência ao propósito que conclui *Madame Edwarda*.

Lá onde Bataille concluiu em 1941: ... assim o ser está lá ... para ... “não saber.”

Lacan retoma no dia 21 de novembro de 1972:

Com o tempo, eu tomei o hábito de me aperceber que afinal de contas eu podia dizer aí um pouco mais. E depois eu percebi que o que constituía meu encaminhamento era qualquer coisa da ordem do “eu não quero saber de nada disso.” (Lacan, 1972)

No ponto onde Bataille suspende seu propósito à beira da loucura, Lacan prossegue retomando a questão do “não saber” e subjetivando-a ao máximo: “eu não quero saber de nada disso,” ele recoloca em corpo aquele que rogaria pelo “meu coração.”

Continuação

Essa forma de tomar a sequência, de restabelecer a sequência ao ponto, “*Wo es war ...*,” onde o outro chegara a um “fim de partida” é uma prática que Bataille já havia experimentado, justamente a propósito da loucura. O paralelo com a forma pela qual Freud descartou um trabalho sobre a loucura de Nietzsche dá mais relevo ao caso.

Em 1934, Arnold Zweig, escritor e fiel amigo de Freud, tinha desde um certo tempo a intenção de empreender o romance da alienação de Nietzsche estabelecendo uma relação com Freud, ele escreveu a Freud em 28/04/1934: “Ora eu me aproximo dele há anos, neste sentido que eu reconheci em vós, pai Freud, o homem que fez tudo aquilo que este bom Fritz Nietzsche se contentou em pintar” (Freud, Zweig, & Bataille, 1979, p. 111).

Em 11 de maio de 1934, Zweig pede de novo a Freud ajuda para empreender seu trabalho. Freud, desaconselhando completamente Zweig de se lançar neste trabalho, comunica este pedido a Lou Andreas Salomé, que ele considera como a mais adequada para ser a conselheira para este propósito (Freud et al., 1979, pp. 113-115).

No dia 20 de maio de 1934, Madame Lou (Andreas-Salomé, 1985) faz a seguinte resposta a Freud, que a transmite a Zweig:

Esta participação é absolutamente impensável naquilo que me concerne e mesmo sendo muito pequena, impossível. Para mim, é para não ser tocado; eu resisto a esta idéia com pavor. Eu vos peço, diga isso a quem de direito e com a maior energia e para sempre. Como, aliás, você tem razão de aconselhá-lo com insistência de abandonar este projeto Nietzsche. (p. 251)

Zweig insiste ainda junto a Freud que novamente vai contra ele a propósito da constituição sexual de Nietzsche dizendo que Nietzsche tinha uma doença grave (carta de 15 de julho de 1934).

No dia 12 de agosto de 1934, Zweig escreve novamente a Freud fazendo-o parte de seu projeto de estudar a fuga na psicose de Nietzsche e ele pede a Freud: “Que devo ler para compreender vossa doutrina da psicose, além do Presidente Schreber, que eu conheço?”

Freud não responde e anuncia seu projeto de trabalho sobre “o homem Moisés, um romance histórico (com mais razão que vosso romance sobre Nietzsche)” para tentar compreender “... porque o judeu se tornou aquilo que ele é e porque ele atraiu para si este ódio eterno.”

Esta troca entre Freud e Arnold Zweig é exemplar de uma política de substituição.

Logo de saída pode-se sublinhar que Freud denomina Arnold Zweig: “Caro mestre Arnold” mas que na prática é ele, Freud, quem orienta, ou em todo caso quem não autoriza certas vias.

Esta via da relação ao semelhante e à loucura é barrada por Freud, e Zweig, como amigo fiel, seguirá Freud no caminho de pesquisas sobre Moisés.

Em sua troca, entre os dois, o terceiro não será Nietzsche, mas Moisés.

Freud et al. (1979) recusará igualmente em maio de 1936 a possibilidade de Zweig tornar-se seu biógrafo:

Não, eu o amo muito para permitir uma tal coisa. Quem se torna biógrafo se obriga a mentir, a dissimular, a embelezar e mesmo a esconder sua própria falta de compreensão, pois não se pode possuir a verdade biográfica e aquele que a possuíse não poderia se servir dela (carta de 31 de maio de 1936). (p. 167)

Este pequeno episódio de trocas epistolares entre Zweig e Freud ilustra justamente esta forma onde uma sequência pode ser interrompida.

Esta sequência tomava efetivamente um rumo explosivo uma vez que ela colocava, nem mais nem menos, as descobertas de Freud na sequência da loucura de Nietzsche e que Arnold Zweig sublinhou igualmente a insuficiência da doutrina de Freud no que concerne à psicose.

Não sem sequência

O paralelo que será introduzido, entre Lacan tomando a sequência do enunciado de Bataille sobre a questão do “não saber” e Freud recusando a Zweig de aproximar-se a loucura de Nietzsche, pode se afigurar da seguinte forma:

Os pontos:

Nietzsche

Freud

Não saber

E os pontos:

Bataille

Lacan

Não saber

Formam dois triângulos.

O primeiro triângulo ficará fixo enquanto que para o segundo haverá uma colocação em circulação, os três pontos determinando então um círculo. Esta colocação em circulação foi teorizada por Lacan sob a forma da colocação em continuidade das três consistências do nó borromeano (Lacan, 1975).

É, então, por contraste, como na pintura, que os três artigos de Bataille consagrados à Nietzsche tomam um relevo particular (Ambrosino et al., 1937; Bataille, 1937, 1939). Ali onde a via estava barrada por Lou e Freud, Bataille sem o saber se engaja.

Lacan, à sua maneira, toma a seqüência.

No curso do verão de 1948 ele fez uma viagem à Suíça com Sylvia. Eles se dirigiram a Sils Maria, ao túmulo de Nietzsche. De lá eles enviaram um cartão postal ao Senhor e Senhora Georges Bataille em Vézelay. Este cartão representava a pedra comemorativa sobre a qual está gravada a inscrição:

Oh Mensch!

Gib acht!

Was spricht die tiefe Mitternacht?

*Ich schlief, Ich schlief, MDCCCC.*²⁷

27 Pessoa! Preste atenção!

No verso do cartão havia uma pequena palavra manuscrita de Sylvia e de Lacan:

Eu mesma fiz a tradução

Sylvia

Mais uma nota filológica

Sobre o poema considerado

Como iguaria.²⁸

J. Lacan²⁹

Essas linhas dão testemunho de uma piscadela cúmplice.³⁰

Seu nome é ninguém

Lacan tratou de duas formas a questão do não saber.

O que diz a profunda madrugada?

Eu dormi, eu dormi, MDCCCC.

28 Em francês *gâteau à la crème* (N. T.).

29 Esta informação me foi amavelmente comunicada por Mr. Norbert Haas que assegurou a tradução dos *Écrits* para o alemão, ela foi publicada depois na *Révue du Littoral*, 38. Paris: EPEL, 1933.

30 Lacan e Bataille tinham uma relação muito concreta com os lugares e com os nomes de lugar. No tempo da sociedade secreta "Acéphale," o lugar de peregrinação privilegiado de Bataille e Laure era "La Malmaison," lugar onde Sade queria ser enterrado. Instalando-se em Vézelay, o autor de *La somme Athéologique* levava à incandescência sua relação à mitologia cristã ao mesmo tempo que sua subversão. Lacan fez sua conferência *La chose freudienne* em Viena e, em seu retorno à Freud, ele não Roma, nem Milão.

sobrenome do primeiro autor seguido da expressão “et al.”.

Exemplo de citações de três a cinco autores:

Primeira vez em que os autores aparecem citados no texto:

(Haase, Diniz, & Cruz, 1997) ou Haase, Diniz, e Cruz, 1997

Nas citações seguintes:

(Haase et al., 1997) ou Haase et al. (1997)

OBS.: Nas Referências Bibliográficas (independente do número de autores) mencionar todos os autores na ordem em que aparecem na publicação.

- Em citações de vários autores e uma mesma idéia, deve-se obedecer à ordem alfabética de seus sobrenomes.

Exemplo: (Badaines, 1976; Biller, 1968, 1969) ou Badaines (1976), Biller (1968, 1969)

- No caso de citações de autores com mesmo sobrenome indicar as iniciais dos prenomes abreviados.

Exemplo: (M. M. Oliveira, 1983; V. M. Oliveira, 1984) ou M. M. Oliveira (1983) e V. M. Oliveira (1984)

- No caso de documentos com diferentes datas de publicação e um mesmo autor, cita-se o sobrenome do autor e os anos de publicação em ordem cronológica.

Exemplo: (Merleau-Ponty, 1942, 1960, 1966) ou Merleau-Ponty (1942, 1960, 1966)

- Em citações de documentos com mesma data de publicação e mesmo autor, deve-se acrescentar letras minúsculas após o ano da publicação.

Exemplo: (Rogers, 1973a, 1973b, 1973c) ou Rogers (1973a, 1973b, 1973c)

- Documentos cujo autor é uma entidade coletiva, devem ser citados pelo nome da entidade por extenso, seguido do ano de publicação.

Exemplo: (American Psychological Association, 1994) **ou** American Psychological Association (1994)

3.2 – Citação de informações obtidas através de comunicação pessoal

Acrescentar a informação entre parênteses após a citação.

Exemplo: (Comunicação pessoal, 9 de setembro de 1999)

3.3 – Citação de obras antigas e reeditadas

Citar a data da publicação original seguida da data da edição consultada.

Exemplo: Freud (1898/1976) **ou** (Freud, 1898/1976)

3.4 – Citação textual

Na transcrição literal de um texto, esta deve ser delimitada por aspas duplas, seguida do sobrenome do autor, data e página citada. No caso de citação de trecho com 40 ou mais palavras, este deve ser apresentado em parágrafo próprio sem aspas duplas, iniciando com a linha avançada (equivalente a cinco toques de máquina) e terminando com a margem direita sem recuo.

3.5 – Citação indireta

Na citação indireta, ou seja, aquela cuja idéia é extraída de outra fonte, utilizar a expressão “**citado por**” (no caso do texto em inglês “**as cited in**” e assim por diante):

Exemplo: Para Matos (1990, citado por Bill, 1998) **ou** Para Matos (1990) citado por Bill (1998)

OBS.: Nas referências Bibliográficas mencionar apenas a obra consultada (no caso, Bill, 1998).

3.6- Citação de trabalhos em vias de publicação

Cita-se o sobrenome do(s) autor(es) seguido da expressão “**no prelo.**”

Exemplo: (Sampaio, no prelo) **ou** Sampaio (no prelo)

OBS.: No caso do texto estar redigido em inglês “**in press.**”

4 - Notas de rodapé

As notas apontadas no corpo do texto devem ser indicadas com números sequenciais, imediatamente após a frase à qual se referem. As notas devem ser apresentadas no rodapé da mesma página. As referências bibliográficas dos autores citados devem ser apresentadas no final do texto.

5 – Referências bibliográficas

Devem ser apresentadas no final do artigo. Sua disposição deve ser em ordem alfabética do último sobrenome do autor e constituir uma lista encabeçada pelo título *Referências Bibliográficas*. No caso de mais de uma obra de um mesmo autor, as referências deverão ser dispostas em ordem cronológica de publicação.

Exemplos de referências bibliográficas:

5.1 – Livro com um autor

Macedo, L. (1994). *Ensaios construtivistas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

5.2 – Livro com autoria institucional

American Psychological Association (1994). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th ed). Washington, DC: author.

5.3 – Livro com entrada pelo título sem autoria específica

The world of learning (41st ed.). (1991). London: Europa.

5.4 - Livro com indicação de edição

Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: Lembranças de velhos* (4a ed.). São Paulo: Companhia das Letras.

5.5 Livro com indicação de tradutor

Piaget, J. (1996). *As formas elementares da dialética* (F. M. Luiz, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.

5.6 – Livro com indicação da data original

Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção* (C. A. R. Moura, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945)

5.7 – Livro com indicação de volumes

Carterette, E. C., & Friedman, M. P. (Eds.). (1974-1978). *Handbook of perception* (Vols. 1-10). New York: Academic Press.

5.8 - Capítulo de livro

Chauf, M. (1998). Notas sobre cultura popular. In P. S. Oliveira (Org.), *Metodologia das ciências humanas* (pp. 165-182). São Paulo: Hucitec / UNESP.

Heilman, K. M. (1995). Attention asymmetries. In R. J. Davidson & K. Hugdahl (Eds.), *Brain asymmetry. Chap.4: Attention and learning* (pp. 217-234). Cambridge, MA: The MIT Press.

5.9 - Artigo de revista científica

Haase, V. G., Diniz, L. F. M., & Cruz, M. F. (1997). A estrutura temporal da consciência. *Psicologia USP*, 8 (2), 227-250.

The new health-care lexion. (1993, August/September). *Copy Editor*, 4, 1-2.

5.10 - Artigo de revista científica no prelo

Sampaio, E. C. (no prelo). Produção científica na área da psicologia. *Universidade*.

5.11 – Artigo de jornal

Frayze-Pereira, J. A. (1998, 22 de maio). Arte destrói a comunicação comum e instaura a incomum. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Caderno 5, 24.

5.12 Trabalho de evento publicado em resumos ou anais

Thiers, V. O., Seabra, A. G., Macedo, E. C., Arbex, S. M., Feitosa, M. D., & Capovilla, F. C. (1993). PCS-Comp: Picture Communication Symbols System: Versão computadorizada. In *Resumos de Comunicações Científicas, III Congresso Interno do Núcleo de Pesquisa em Neurociências e Comportamento da Universidade de São Paulo* (p. 15). São Paulo: Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo.

Todman, J., & Lewins, E. (1996). Use of an AAC system for casual conversation. In *Proceedings of the Seventh Biennial Conference of the International Society for Augmentative and Alternative Communication* (pp. 167-168). Vancouver, Canada.

5.13 - Tese ou dissertação

Macedo, E. C. (1994). *Comportamento epistêmico: Uma análise experimental computadorizada*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Granja, E. C. (1995). *Produção científica: Dissertações e teses do IPUSP (1980/1989)*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

6 - Imagens e Ilustrações

Na apresentação de imagens como fotografias, desenhos e gráficos (estritamente necessários à clareza do texto) assinalar, no texto, pelo seu número de ordem, os locais onde deverão ser intercalados. Apresentar imagens de boa qualidade, seja de fotografias, gráficos ou desenhos, com tamanho máximo de 100x150mm, lembrando que a imagem poderá sofrer redução. As imagens originais devem ser enviadas separadas do artigo, ainda que estejam no artigo original, preferencialmente nos formatos “JPEG” ou “GIF” Se as imagens enviadas já tiverem sido publicadas, mencionar a fonte e a permissão para reprodução.

Psicologia USP

Revista editada
pelo Instituto de
Psicologia da
Universidade de
São Paulo

PSICOLOGIA USP

vol. 5, números 1/2, 1994

NÚMERO ESPECIAL ALTERIDADE

SUMÁRIO

A questão da Alteridade

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

ARTIGOS ORIGINAIS

A presença do Outro na Arte

JOSÉ AMÉRICO MOTTA PESSANHA

A Alteridade da Arte: Estética e Psicologia

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

A voz do Outro na Literatura: Proust

LEDA TENÓRIO DA MOTTA

As portas do Sonho

ADÉLIA TOLEDO BEZERRA DE MENESES

Rumo a uma Nova Barbárie

ANNA TEREZA FABRIS

Lasar Segall e sua Crítica no Contexto da Modernidade

CLAÚDIA VALLADÃO DE MATTOS

A Ação Teatral: Espaço da Ambivalência, Tempo da Reciprocidade

VERA LÚCIA GONÇALVES FELÍCIO

Um Palco de Espelhos: Narcisismo e Contemporaneidade

CRISTINA FREIRE

Outro Espaço: Aspectos do Design e do Informal nas Grandes Metrôpoles

MARIA CECÍLIA LOSCHIAVO DOS SANTOS

Tempo e Indivíduo no Mundo Contemporâneo: o Sentido da Morte

MARIA HELENA OLIVA AUGUSTO

O Conceito de Representação Social: a Questão do Indivíduo e a Negação do Outro

JOSÉ LEON CROCHÍK

O Fantasma do Fim da História e a Positividade do Princípio Feminino

RENATA UDLER CROMBERG

O Outro no Trabalho: a Mulher na Indústria

ARACKY MARTINS RODRIGUES

Corpo Desviante/Olhar Perplexo

LÍGIA ASSUMPTÃO AMARAL

A Experiência do "Outro" na Antropologia

RENATE BRIGITTE VIERTLER

A Subjetividade à Luz de uma Teoria de Grupos

MARIA INÊS ASSUMPTÃO FERNANDES

A Questão da Alteridade na Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche

LUÍZ CLAUDIO MENDONÇA FIGUEIREDO

O Outro em Lacan: Consequências Clínicas

JUSSARA FALEK BRAUER

COMUNICAÇÃO

Uma Breve Reflexão sobre o Outro

ROBERTO GAMBINI

RESENHA

Poesia e Psicoterapia

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

PSICOLOGIA USP

vol. 6, número 1, 1995

NÚMERO ESPECIAL PSICOLOGIA E ETOLOGIA

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Psicologia Animal no Brasil: o Fundador e a Fundação

HANNELLORE FUCHS

Trilha de Formigas, Senda de Psicólogo e Etólogo (Meus Caminhos e Descaminhos no Estudo do Com-)

- **A AFIRMAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UNIVERSIDADE E NA SOCIEDADE**

Carolina Martuscelli Bori e a Psicologia na USP
WALTER HUGO DE ANDRADE CUNHA

Carolina Martuscelli Bori
ARNO ENGELMANN

Carolina Bori: a Psicologia Brasileira como Missão
MARIA AMELIA MATOS

Lembranças a respeito de Carolina: 1968
CÉSAR ADES

Carolina M. Bori
ELIAS MALLET DA ROCHA BARROS

Professora Carolina
MARIA CLOTILDE MAGALDI

- **INOVAÇÕES: ANÁLISE EXPERIMENTAL DO COMPORTAMENTO NO BRASIL**

Contingências para a Análise Comportamental no Brasil
MARIA AMELIA MATOS

Carolina Martuscelli Bori e a UnB
MARIZA MONTEIRO BORGES

Depoimento sobre Carolina Bori
RACHEL RODRIGUES KERBAUY

Carolina Bori e a Criação do Curso de Psicologia da UFBA
MERCÊDES CUNHA C. DE CARVALHO E EDUARDO SABACK D. DE MORAES

Carolina Bori, Presença no Nordeste
GIZELDA SANTANA MORAES

Carolina em Belo Horizonte
JOÃO BOSCO JARDIM

O Percurso de uma Nova Área de Pesquisa na UFSCar
DEISY DAS GRAÇAS DE SOUZA

- **ALÉM DA UNIVERSIDADE: EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO DE PROFESSORES – A CIÊNCIA NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO**

Será que eu contei Tudo?
MARIA JULIETA SEBASTIANI ORMASTRONI

Há Vinte Anos
JESUÍNA LOPES DE ALMEIDA PACCA

Uma Professora com Competência Dialógica
ALBERTO VILLANI

Professora Carolina Bori
VERA SOARES

Professora Carolina Martuscelli Bori
MARIA JOSÉ PEREIRA M. DE ALMEIDA

Depoimento sobre Carolina Bori
MARIA BENEDITA LIMA PARDO

Carolina Bori: a Abertura de Novos Espaços
EDA T. DE OLIVEIRA TASSARA

Carolina Bori
VERA LÚCIA IMPERATRIZ FONSECA

E a Caminhada Valeu
MARIA IGNEZ ROCHA E SILVA

Além da Ciência
LUÍS CARLOS DE MENEZES

A Influência de Carolina Bori no CENAFOR: uma semente que germinou
RAUL ALBINO PACHECO FILHO

Aprendendo a Compreender Minha Ação numa Pré-Escola Montessoriana
VERA LAGOA

CIÊNCIA E POLÍTICA NO BRASIL DAS ÚLTIMAS DÉCADAS

Carolina M. Bori
OSCAR SALA

Foto
WILSON TEIXEIRA BERALDO

Carolina SBPC Bori
ADEMAR FREIRE-MAIA

Carolina Martuscelli Bori
EDUARDO MOACYR KRIEGER

Depoimento: Carolina M. Bori
FRANCISCO MAURO SALZANO

Carolina Bori
LUIZ EDMUNDO DE MAGALHÃES

Sobre Carolina Bori
JOSÉ GOLDEMBERG

Depoimento sobre a Professora Carolina Martuscelli Bori
ALDO MALAVASI

Carolina Martuscelli Bori: uma Vida com Repercussão nas Gerações Vindouras
ALBA APPARECIDA DE CAMPOS LAVRAS

A Dona Carolina que Conheci
JOSÉ PEREIRA DE QUEIROZ NETO

Carolina em 20 anos
ENNIO CANDOTTI

O Humanismo de Carolina Bori
GILBERTO VELHO

Um Modelo de Comportamento Acadêmico
MARCELLO G. TASSARA

Carolina
SYLVIA LESER DE MELLO

"DONA" CAROLINA

Carolina Bori: Retratos

MARIA DO CARMO GUEDES

Carolina

MARGARIDA HOFMANN WINDHOLZ

A Importância de Carolina em minha Vida Acadêmica

NILCE PINHEIRO MEJIAS

Minha chefe, Dona Carolina

ISAÍAS PESSOTTI

A Confiança de Dona Carolina

WILMA SANTORO PATITUCCI

Prolegômenos ao Conhecimento de uma Carolina

Bori

OLGIERD LIGEZA STAMIROWSKI

Dona Carolina

HERMA BRIGITTE DRACHENBERG

II. PRODUÇÃO NA UNIVERSIDADE: OS FRUTOS DA PÓS-GRADUAÇÃO

ANA MARIA ALMEIDA CARVALHO, MARIA AMELIA

MATOS, EDA T. DE OLIVEIRA TASSARA, MARIA IGNEZ

ROCHA E SILVA E DEYSE DAS GRAÇAS DE SOUZA

Programação de Ensino no Brasil: o papel de

Carolina Bori

IVALDO NALE

Sobre Análise do Relato Verbal

ELIZABETH TUNES E LÍVIA MATHIAS SIMÃO

PSICOLOGIA USP

Volume 9 Número 2 - 1998

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Humilhação Social – um Problema Político em Psicologia

JOSÉ MOURA GONÇALVES FILHO

Os Desafios atuais do Estudo da Subjetividade na Psicologia.

JOSÉ LEON CROCHÍK

Cura, Culpa e Imaginário Radical em Cornelius Castoriadis: Percursos de um Sociobárbaro

HELIANA DE BARROS CONDE RODRIGUES

Leôlo, Leolô: o Trabalho e o Sonho

MARIA HELENA SOUZA PATTO

Apontamentos Sobre Ética e Individualidade a partir da Mínima Moral

ARI FERNANDO MAIA

Trabalho Informatizado e Sofrimento Psíquico

SEIJI UCHIDA

Condições Sociais da Constituição do Desenho Infantil

SILVIA MARIA CINTRA DA SILVA

Paralelismo entre História e Psicogênese da Escrita do Ritmo Musical

JOSÉ NUNES FERNANDES

A Mascarada e a Feminilidade

WALKÍRIA HELENA GRANT

Cultura e Co-Educação de Gerações

PAULO DE SALLES OLIVEIRA

A Memória no Outono

CARLOS RODRIGUES BRANDÃO

PSICOLOGIA USP

Volume 10 - Número 1 1999

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

O Lugar do Inconsciente ou Sobre o Inconsciente como Lugar

DEODATO CURVO DE AZAMBUJA

Inconsciente e Percepção na Psicanálise Freudiana

NELSON ERNESTO COELHO JUNIOR

O Inconsciente Segundo Karl Abraham

RENATO MEZAN

O Inconsciente e a Constituição de Significados na Vida Mental

ELIAS MALLET DA ROCHA BARROS

Bion: o Zero da Experiência

MARIA EMILIA LINO SILVA

Caminhos da Intersubjetividade: Ferenczi, Bion, Matte-Blanco

IGNÁCIO GERBER

O Telescópio e o Caleidoscópio: o Inconsciente em Freud e Groddeck

LAZSLO ANTONIO ÁVILA

Em Busca do Referente, às Voltas com a Polissemia dos Sonhos: a Questão em Freud, Stuart Mill e Lacan

ANA MARIA LOFFREDO

Entre os Sonhos e a Interpretação: Aparelho Psíquico/Aparelho Simbólico

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

O Inconsciente e as Condições de uma Autoria

EDSON LUIZ ANDRÉ DE SOUSA

Silêncios

LUCIANO MARCONDES GODOY

O Memorial de Sofia: Leitura Psicanalítica de um Conto de Clarice Lispector

YUDITH ROSENBAUM

O Inconsciente da Moda: Psicanálise e Cultura Caipira

OSVALDO LUIZ BARISON

Jogo de Opostos: uma Aproximação à Realidade Mental através do Mito de Dioniso

EVA MARIA MIGLIAVACCA

Psicanálise e Educação: Banquete, Fast Food e Merenda Escolar.

MARCIA SIMÕES CORRÊA NEDER BACHA

Inconsciente: um Resgate de sua Dimensão Social-Histórica

MARION MINERBO

RESENHA

Entre a Psicanálise e a Arte

HELENA K. ROSENFELD A MEMÓRIA NO OUTONO

Quando o Princípio do Absurdo Disparou a Idéia Psicanalítica: uma Concepção da Teoria dos Campos

ANDREA GIOVANNETTI

Freud, Politzer, Merleau-Ponty

REINALDO FURLAN

Estatuto da Criança e do Adolescente: é Possível Torná-lo uma Realidade Psicológica?

SYLVIA LESER DE MELLO

Neoliberalismo, Política Educacional e Ideologia: as Ilusões da Neutralidade da Pedagogia como Técnica

MARCELO DOMINGUES ROMAN

Pensando com Winnicott sobre Alguns Aspectos Relevantes ao Processo de Ensino e Aprendizagem

CINTIA COPIT FRELLER

O Discurso e o Laço Social dos Meninos de Rua

MIRIAM DEBIEUX ROSA

"Djunta-mon:" O Processo de Construção de Organizações Cooperativas

LENY SATO

Representação Social da Religião em Docentes-Pesquisadores Universitários

GERALDO JOSÉ DE PAIVA

RESENHA

Mentes e Máquinas, ou o que Tem a Inteligência Artificial a nos Dizer a Respeito dos Fundamentos da Psicologia?

SAULO DE FREITAS ARAUJO

PSICOLOGIA USP

Volume 10 - Número 2 - 1999

SUMÁRIO

ARTIGOS ORIGINAIS

Elementos para uma Psicologia do Sujeito Cativo

CONRADO RAMOS

Fantasia e Conhecimento: um Estudo Crítico Preliminar

LUIZ GUILHERME COELHO MOLA

O Desvio do Olhar: dos Asilos aos Museus de Arte

JOÃO A. FRAYZE-PEREIRA

Lógica da Ironia

MARIE-JEAN SAURET

As Três Categorias Peircianas e os Três Registros Lacanianos

MARIA LUCIA SANTAELLA BRAGA

O Campo Lacaniano: Desejo e Gozo

LUIZ CARLOS NOGUEIRA

22 AGO. 2000

Psicologia USP

Pedido de assinatura e de exemplares avulsos

Para fazer uma assinatura ou solicitar qualquer exemplar avulso envie a ficha para:

Instituto de Psicologia USP

Serviço de Edição e Publicação

Av. Prof. Lucio Martins Rodrigues, 399 - travessa 4 - bloco 23

Cid. Universitária Butantã CEP 05508-900 - São Paulo - SP

Ou

Instituto de Psicologia USP

Serviço de Biblioteca e Documentação

Av. Prof. Mello de Moraes, 1721

Cidade Universitária Butantã CEP 05508-900 - São Paulo - SP

Caixa Postal 66.261

| QUANTIDADE | PEDIDO | VALOR EM R\$ | TOTAL EM R\$ |
|------------|--|--------------|--------------|
| | VOL.5, n.1/2 ALTERIDADE | R\$ 10,00 | |
| | VOL.6, n.1 PSICOLOGIA E ETOLOGIA | R\$ 10,00 | |
| | VOL.7, n.1/2 | R\$ 10,00 | |
| | VOL.8, n.1 PSICOLOGIA E RAZÃO INSTRUMENTAL | R\$ 10,00 | |
| | VOL.8, n.2 CONSCIÊNCIA | R\$ 10,00 | |
| | VOL.9, n.1 PSICOLOGIA E CIÊNCIA NO BRASIL | R\$ 10,00 | |
| | VOL.9, n.2 PSICOLOGIA SOCIAL | R\$ 10,00 | |
| | VOL.10, n.1 INCONSCIENTE | R\$ 15,00 | |
| | VOL.10, n.2 | R\$ 15,00 | |
| | ASSINATURA - (DOIS VOLS. DO ANO) | R\$ 25,00 | |
| | | TOTAL | R\$ |

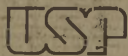
Acompalhada de cheque nominal ao Instituto de Psicologia USP

| | |
|------------------|-------------|
| NOME: | |
| END: | |
| CEP: | |
| CIDADE: | ESTADO: |
| TELEFONE: () | E-MAIL: |
| DATA: / / | ASSINATURA: |

* Valores de outubro de 1999.

ASSINATURAS/INTERCÂMBIO
Instituto de Psicologia
Serviço de Biblioteca
e Documentação
Av. Prof. Mello Moraes, 1721
CEP - 05508-900
São Paulo - SP - Brasil.

A revista conta com a colaboração
de consultores “ad doc”



CREDENCIAMENTO E APOIO FINANCEIRO DO
PROGRAMA DE APOIO ÀS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS PERIÓDICAS DA USP
COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

