

# Universidade do Estado do Rio de Janeiro Centro de Educação e Humanidades Instituto de Psicologia

A importância da entrevista preliminar no diagnóstico diferencial em psicanálise

### Francisco de Assis Reis Frazão

# A importância da entrevista preliminar no diagnóstico diferencial em psicanálise

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientador: Prof. DR. Marco Antonio Coutinho Jorge

#### Francisco de Assis Reis Frazão

# A importância da entrevista preliminar no diagnóstico diferencial em psicanálise

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 13 de Março de 2013.

Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge

Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Banca Examinadora:

DRa. Sonia da Costa Leite

Instituto de Psicologia – UERJ

\_\_\_\_\_

DRa. Tania Cristina Rivera

Universidade Federal Fluminense

#### **AGRADECIMENTOS**

A meu pai, Raimundo, que me fez descobrir a música e a leitura. À minha mãe, Denise, que me transmitiu a arte e a espiritualidade;

Aos meus irmãos Geraldo, Fatima e Dijan, pelo amor;

À minha irmã Lourdinha, uma saudade que não passa;

Ao Ambulatório Farina, da SEMUS, lugar de aprendizado clínico e desafios diários no cotidiano da clinica psiquiátrica;

A William Amorim pela sua paciência e dedicação e interlocução incansáveis na construção desse texto. Minha gratidão;

A Marco Antonio Coutinho Jorge, pela orientação segura ,delicada, precisa e generosa;

Aos amigos do mestrado pela interlocução e pela amizade. Em especial: Márcio Ramos, Simone Lessa e Raquel Briggs;

Aos professores do Programa que nos proporcionaram muitas reflexões, duvidas e questões;

Aos amigos cariocas Carmosa Cavalcante, Claudio Piccoli, Nadiá Ferreira, Zé e Fernanda Avoglio pela acolhida amiga, divertida e calorosa em solo carioca;

Às professoras e colegas Sônia Leite e Tania Rivera pela leitura atenta ao meu trabalho e pelas dicas preciosas;

A Cléa Rawicz que despertou em mim o desejo de analista;

A Denise Maurano pela escuta intensamente atenta e fecunda;

A Frei Gentil Gianelline ,amigo especial, por todos esses anos de diálogos teológicos que me fizeram perder o medo do sagrado. ,

A Maria José Costa Rocha pelos recorrentes protestos pela minha ausência no período da construção do texto.

À equipe do Centro De Infância e Adolescência Maud Mannoni, William Amorim – nosso fundador - Bete Soares, Erika Lauleta e Diva Amorim, pela oportunidade da descoberta de que uma instituição é possível mesmo com as diferenças e impasses.

A Rafisa Lobato pela disponibilidade amiga;

Ao Corpo Freudiano Escola de Psicanálise Seção Rio de Janeiro pela acolhida e pelo lugar de aprendizado e elaborações ;

Ao Corpo Freudiano Escola de Psicanálise Seção São Luís pela possibilidade das trocas, da formação permanente e de um ensino com frescor;

A Mônica Marques pela amizade e pela interlocução permanente entre nossas Seções;

A Vilma Maria Carvalho de melo pela amizade, generosidade e pela revisão competente;

Aos amigos Antonio Macatrao, Fernanda Thomé, Claudia Mascarenhas, Cecília Leite e Paulo Perna que tornam a existência mais amena e alegre.

Não sei, não sei. Não devia de estar relembrando isto, contando assim o sombrio das coisas. Lenga-lenga! Não devia de. O senhor é de fora, meu amigo mas meu estranho. Mas, talvez por isto mesmo. Falar com o estranho assim, que bem ouve e logo longe se vai embora, é um segundo proveito: faz do jeito que eu falasse mais mesmo comigo. João Guimarães Rosa.

#### RESUMO

ASSIS REIS FRAZÃO, FRANCISCO. A Importância da entrevista preliminar no diagnóstico diferencial em psicanálise. 2012. 1 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Este trabalho tem como objetivo realizar um estudo a respeito das entrevistas preliminares, consideradas de fundamental importância para a construção de uma hipótese diagnóstica em psicanálise e a instalação da transferência, fenômeno imprescindível para que o processo analítico se dê ou não. O percurso desenvolvido na pesquisa, leva, inevitavelmente, a explorar conceitualmente algumas categorias que se configuram historicamente como impasses ou em entraves frente à questão do diagnóstico diferencial, entre neuroses e psicoses, na clínica cotidiana. Enfoca as dificuldades diagnósticas do clínico diante das psicoses não desencadeadas e que se apresentam com uma roupagem neurótica. Ressalta que, em face dessas dificuldades, os psicanalistas de distintas orientações tentaram encontrar diferentes saídas para os impasses que esses sujeitos historicamente lhes colocaram. Nesse contexto, faz uma abordagem sobre as categorias clínicas propostas por Helen Deustch, Robert Knight, Jean-Claude Maleval e Jacques-Alain Miller que são, respectivamente, personalidade como se, borderline, loucura histérica e psicose ordinária.

Palavras-chaves: Entrevistas preliminares, transferência, diagnóstico diferencial, psicoses não desencadeadas.

### RÉSUMÉ

Ce travail a pour objectif la réalisation d'une étude au sujet d'entretiens préliminaires, considérés d'importance fondamentale pour la construction d'une hypothèse diagnostique en psychanalyse et la mise en place du transfet, phénomène indispensable afin que le processus d'analyse se fasse ou non. Le parcours développé dans la recherche, amène inévitablement à exploiter conceptuellement quelques catégories qui se configurent historiquement comme des impasses ou des entraves face à la question du diagnostique différentiel, entre névroses et psychoses, dans l'examen quotidien. Ce travail met le point sur les difficultés du connaissance clinique face aux psychoses non déclenchées et qui se présentent sous un aspect névrotique. Il faut ajouter que, face à ses difficultés, les psychanalistes aux diverses orientations ont tenté de trouver des issues différentes aux impasses que ces sujets historiquement lui ont posées. Dans ce contexte, nous faisons une approche sur les catégories cliniques proposées par Helen Deustch, Robert Knight, Jean-Claude Maleval et Jacques-Alain Miller qui sont, respectivement, personnalité comme si, borderline, folie hystériques et psychose ordinaire.

Mots-clés: Entrevues préliminaires, transfert, diagnostique différentiel, psychoses non déclenchées.

## Sumário

INT	FRODUÇÃO	. 10
1.	A IMPORTÂNCIA DAS ENTREVISTAS PRELIMINARES	. 15
1.1	. Introdução	. 15
1.2	O Caso Elis	. 18
ΑP	RIMEIRA ENTREVISTA	. 20
2.	O lugar da Transferência nas Entrevistas Preliminares	. 35
2.1	. A TRANSFERÊNCIA EM FREUD	. 35
2.2	. A TRANSFERÊNCIA EM LACAN	. 48
3.	DIAGNÓSTICO: DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE	. 54
3.1	. A CLÍNICA: TRILHAMENTOS HISTÓRICOS	. 54
3.2	. Da psiquiatria psicodinâmica à psiquiatria biológica: de Henry Ey a Kaplan	. 56
3.2	.1. Diagnóstico em psiquiatria: modelo de Henry Ey	. 59
3.3	. DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE	. 68
3.3	.1. Helen Deutsch e as personalidades como se	. 70
3.3	.2. BODERLINE OU ESTADOS-LIMITES	. 74
3.3	.3. A LOUCURA HISTÉRICA	. 78
3.4	. PSICOSE E ESTABILIZAÇÃO EM PSICANÁLISE	. 88
4. C	ONCLUSÃO	. 96
5. F	REFERÊNCIAS	103

## **INTRODUÇÃO**

No cotidiano trabalho de escuta psicanalítica deparamo-nos com inúmeros impasses que ocorrem em nossa clínica Entre eles, ressaltamos a dificuldade relativa à questão diagnóstica de uma determinada analisante que, no início, e por um bom período, pensamos tratar-se de um caso de histeria, mas que se tratava mesmo era de um caso de psicose.

Referimo-nos ao caso de uma religiosa que nos veio procurar por estar enfrentando problemas de relacionamento com as coirmãs do convento. No primeiro momento, mostrava-se muito solícita, muito cooperativa, gentil, trazendo-nos sempre pequenos presentes, como livros e alguns santinhos. Com o passar do tempo, fez um diário, onde colou algumas fotografias de crianças, e dizia que um dos meninos da foto se parecia com seu analista e, também, com seu pai.

Elis – vou chamá-la assim – procurou-nos quando tinha uns quarenta e poucos anos. Contou-nos que havia perdido seu pai ainda criança e que possuía um irmão. Sua mãe era uma senhora sem instrução, mas muito inteligente, que batalhou muito para criá-los, chegando, inclusive, a trabalhar na roça. Elis, por sua vez, desde cedo mostrou-se uma criança inteligente e interessada nos estudos. Assim, quando em sua pequena cidade natal, chegou uma congregação religiosa canadense que fundou uma Escola, ela tornou-se logo aluna das religiosas por muitos anos. Considerava esta uma etapa agradável de sua vida.

Aos dezoitos anos, resolveu ingressar na vida religiosa. Mudou-se para São Luís, dedicando-se à sua formação religiosa. No começo, segundo seu relato, foi maravilhoso, sentia-se chamada por Deus e resolveu dizer sim a esse chamado. Logo após sua profissão perpétua, foi trabalhar como professora em uma Escola do Estado. Gostava muito de dar aulas e do contato com os alunos. Sentia-se útil e alegre por servir ao próximo.

Após contato com a Teologia da Libertação, resolveu tirar o hábito, usar roupa comum, andar de havaianas e fazer um trabalho com os camelôs. A congregação começou a criticá-la e a dizer que não concordava com seu jeito de ser e de trabalhar. Iniciaram-se os conflitos e apenas uma ou duas irmãs a apoiavam, o que a faz sentir-se triste e incompreendida. Revoltada, dizia que as freiras não estavam com nada, não sabiam de nada. Não tardou a ser convocada, pela provincial, a

restringir suas atividades de trabalho apenas ao convento e à escola, tendo que abdicar da evangelização dos camelôs. Momento de grande sofrimento e insatisfação ao qual responde com seu isolamento no convento.

Depois de vários anos com este sofrimento, um amigo lhe sugere que procure a ajuda de um psicanalista. Ela aceitou a indicação. Como já relatamos antes, no início do tratamento falava de sua insatisfação, da relação com as irmãs e dos sonhos que lembrava diariamente. Começou a manifestar uma transferência amorosa e, ao mesmo tempo, sedutora, conosco. Em um determinado momento de seu tratamento, começou a dizer que seus sonhos eram proféticos, que eles se realizavam. Inicia assim o seu processo de escrever os sonhos para lê-los durante as sessões.

Logo esta atividade extrapola os limites do consultório e chega até o convento: Elis começa a relatar seus sonhos proféticos, no convento, afirmando que eles se confirmariam, o que deixou as freiras em pavorosa, amedrontadas.

Suas sessões giravam sempre em torno da leitura dos sonhos proféticos, sem que houvesse espaço para nenhuma intervenção do analista. Ela estava ali apenas para comunicá-los. Certo dia, perguntamos-lhe se acreditava mesmo que esses sonhos iriam se realizar. Ela respondeu, zangada: "- claro que sim". Sai imediatamente do consultório, batendo fortemente a porta. Retorna, na sessão seguinte, dizendo: "Se o senhor não acredita em sonhos, eu acredito, pois sonho é sonho, acredita quem quiser".

A partir de então, demo-nos conta de que se tratava de uma certeza delirante e não de um delírio histérico. Afinal, além de não suportar nenhum questionamento sobre os sonhos proféticos, ela vinha apenas comunicar-nos seu mundo onírico como verdade. Não havia mais nenhuma razão para que supuséssemos ali um caso de histeria. De fato, não se tratava de neurose, mas sim de uma estrutura psicótica, ainda que não fosse uma psicose tão evidente.

Casos como esses, em que não há uma evidente e habitual descontinuidade estrutural neurose/psicoses, tendem a deixar o clínico – por mais experimentado que seja – em impasses, frente ao diagnóstico estrutural.

Com este atendimento veio uma série de perguntas: o que ocorreu para que não nos déssemos conta de tratar-se de um caso de psicose? Por que em determinados casos surge essa dificuldade na questão diagnóstica?

Tais perguntas resultaram nesta dissertação de mestrado, uma vez que o tema sobre o lugar das entrevistas preliminares para o diagnóstico diferencial em psicanálise se impôs naturalmente a nós.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é realizar um estudo sobre a importância das entrevistas preliminares para o estabelecimento do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose e, consequentemente, a viabilização ou não do tratamento.

Para tanto, nosso estudo fundamentou-se, basicamente, nos trabalhos de Freud e de Lacan que tratam desse tema, bem como de outros autores lacanianos e não lacanianos.

Sigmund Freud, por exemplo, em seu artigo Sobre o inicio do tratamento (1913/1972) não cessou de acentuar a importância daquilo que chamava de Tratamento de Ensaio como determinante para o início ou não do tratamento analítico. Tal experimento consistia no hábito freudiano de fazer uma ou duas semanas de atendimento de sondagem antes de resolver tomar alguém em análise. Havia, segundo ele, pelo menos duas razões significativas para o procedimento: permitir ao analista conhecer o caso e avaliar se seria apropriado ou não tomá-lo em análise, e para possibilitar o estabelecimento do diagnóstico diferencial, sobretudo entre neurose e psicose, algo nem sempre fácil de ser feito e tão essencial para a direção do tratamento.

Neste mesmo e primoroso artigo, Freud, ao recomendar e justificar a necessidade desse tratamento de ensaio pelos praticantes da psicanálise, parece também adverti-los da responsabilidade pelo seu ato de impedir ou não que alguém se beneficie do tratamento psicanalítico:

Estou ciente de que existem psiquiatras que hesitam com menos frequência em seu diagnóstico diferencial, mas convenci-me de que, com a mesma frequência, cometem equívocos. Cometer um equívoco, além disso, é de muito mais gravidade para o psicanalista que para o psiquiatra clínico, como é chamado, pois o último não está tentando fazer algo que seja de utilidade, seja qual for o tipo de caso. Ele simplesmente corre o risco de cometer um equívoco teórico e seu diagnóstico não tem mais que um interesse acadêmico. No que concerne ao psicanalista, contudo, se o caso é desfavorável, ele cometeu um erro prático; foi responsável por despesas desnecessárias e desacreditou o seu método de tratamento (1913/1972, p.166).

Além disso, do estabelecimento do diagnóstico e da sua meta transferencial, ou seja, de ligar o analisante ao seu tratamento e à pessoa do psicanalista, Freud

tinha a convicção de que, em se tratando do campo psicanalítico, não haveria mesmo nenhum outro tipo de exame preliminar a não ser este.

Jacques Lacan, em seu retorno a Freud, não deixou que a recomendação freudiana perdesse sua força e seu vigor. Assim, resgata o valor do "experimento preliminar" de Freud, e denomina-o de "entrevistas preliminares".

Ele usa essa expressão para indicar a necessidade de um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita. Trata-se de um tempo capaz não só de viabilizar o estabelecimento de um diagnóstico diferencial, mas também à viabilização do tratamento. Lacan diz categoricamente em seu *Seminário:O saber do psicanalista*: "Não há entrada em análise sem as entrevistas preliminares" (1971/1997, p.156).

Tanto para este autor, como para Freud, essas entrevistas preliminares são também a própria análise, ainda que se possa diferenciar esse tempo que compreende a formulação do diagnóstico estrutural até o momento de entrada em análise. Dito de outro modo, a regra da livre associação é o que identifica as entrevistas preliminares com a análise propriamente dita e é o tempo do diagnóstico que diferencia, então, esses dois momentos.

Assim, passemos ao modo de apresentação da dissertação que faremos da maneira que segue:

No primeiro capítulo, abordaremos o tema das entrevistas preliminares e sua importância para o diagnóstico diferencial a partir da recomendação freudiana do chamado "Tratamento de Ensaio", dispositivo clínico necessário para o estabelecimento não apenas do diagnóstico como também da viabilização do tratamento psicanalítico.

No segundo capítulo, debruçamo-nos sobre o lugar da transferência nas entrevistas preliminares, uma vez que este fenômeno além de já estar presente nestas, é por elas propiciado. Não bastasse isso, não há diagnóstico em psicanálise senão sob transferência. Nesse sentido, Freud e Lacan foram nossa bússola na retomada desse conceito tão fundamental para o campo psicanalítico.

No terceiro, e último capítulo, descrevemos e distinguimos o processo diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. Partindo da relação entre as duas clínicas e seus objetos de investigação, refizemos, de modo sucinto, um trilhamento sobre a história destes dois campos.

Nesta retomada histórica recuperamos algumas categorias clínicas e acrescentamos a mais recente delas. Referimo-nos, especificamente, às

personalidades como se (Helen Deutsche), borderlerline (Adolph Stern), psicose ordinária (Jacques-Alain Miller) e loucura histérica (Jean-Claude Maleval).

Todas estas categorias nos acenam para a dificuldade em se estabelecer um diagnóstico diferencial em psicanálise quando se trata de psicoses não desencadeadas e que, portanto, podem apresentar-se com uma roupagem aparentemente neurótica.

Se a recorrência a Freud e a Lacan foi indispensável para encontrarmos balizas ou ferramentas capazes de instrumentalizar o clínico frente ao diagnóstico, também é verdade que não pudemos prescindir da contribuição de autores que se interessaram por essa temática e produziram, de diferentes modos, significativas formulações bastante ricas para a problemática do diagnóstico diferencial em psicanálise, que, ao contrário da psiquiatria, orienta-se pela estrutura/discurso e não pelo fenômeno, ainda que a este não renegue. Dentre eles, destacamos, Maud Mannoni, Eva-Marie Golder, Helen Deutsch, Jacques-Alain Miller e Jean Claude Maleval.

#### 1. A IMPORTÂNCIA DAS ENTREVISTAS PRELIMINARES

A primeira entrevista quase sempre não passa de uma preparação, de uma ordenação de peças de um jogo de xadrez. Tudo fica para se fazer mais tarde, mas as personagens puderam ser postas em campo (MAUD MANNONI, 1981)

#### 1.1. INTRODUÇÃO

Em seu artigo "O início do tratamento" (1913/1996, p.165), Freud menciona ter por hábito praticar: "tratamento psicanalítico de uma ou duas semanas antes do começo da análise propriamente dita". Neste momento, o pai da psicanálise institui o movimento inicial do dispositivo analítico intitulando-o de 'tratamento de ensaio' e compara a análise com o jogo de xadrez, mostrando que em ambos os casos as aberturas e os finais são passíveis de apresentação sistemática exaustiva.

No entender de Freud (1913/1996), a abertura do jogo da análise pode ser sistematizada. Ainda nesse texto, o autor coloca que a primeira meta de uma análise é ligar o paciente ao seu tratamento e ao seu analista, sendo mais enfático em relação a pelo menos uma das funções desse tratamento de ensaio: a do estabelecimento do diagnóstico e do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose: "[...] há razões diagnósticas para fazer este tratamento de ensaio" (p.165), afirma ele.

Para Freud, este tratamento de ensaio "é ele próprio o início de uma psicanálise e deve conformar-se com as suas regras" (1913/1996, p.165). Nesta fase estimula-se o paciente a falar bastante sobre tudo e o analista deve ficar mais calado para que o paciente prossiga com a sua fala, trazendo o seu sofrimento e suas questões relacionadas a ele.

A expressão "Entrevistas Preliminares" corresponde em Lacan ao 'Tratamento de Ensaio' em Freud. Essas expressões indicam que existe um limiar, uma porta de entrada na análise bastante diferente da porta de entrada do consultório do analista. Trata-se de um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, cuja entrada é concebida não como continuidade, mas sim como uma descontinuidade, um corte em relação ao que era anterior e preliminar. Este corte corresponde a atravessar o umbral das preliminares para entrar no discurso analítico. Esse preâmbulo a toda

psicanálise é erigida por Lacan em posição de condição absoluta: "Não há entrada em análise sem as entrevistas preliminares" (1971-1972/2001, p.27).

Nesse sentido, pode-se dizer que sem entrevistas preliminares bem sucedidas não há análise e, consequentemente, fim de análise. Há, sem dúvida, aí, uma relação condicionante.

Dito de outro modo, o que está em jogo nas entrevistas preliminares é fazer trabalhar a transferência. E o que é, afinal, uma psicanálise senão o próprio trabalho da transferência?

'Tratamento de Ensaio' para Freud. 'Entrevistas Preliminares' para Lacan. Diferentes modos de se referir ao tratamento inicial ou dispositivo de porta-deentrada para a análise e que compreende três funções lógicas: sintomal, diagnóstica e transferencial (QUINET, 2000).

Na função sintomal, deve-se promover uma passagem da queixa, denunciada pelo sujeito, para um sintoma analítico. "É preciso que essa queixa se transforme numa demanda endereçada àquele analista e que o sintoma passe do estatuto de resposta ao estatuto de questão para o sujeito, para que este seja instigado a decifrá-lo" (QUINET, 2000, p.20-21). Cabe ao analista, portanto, introduzir o desejo nessa dimensão sintomal.

A função diagnóstica das entrevistas preliminares vai instituir-se como uma bússola de orientação para a direção da análise, isto é, ela só terá sentido ou validade se servir de respaldo para a condução da análise. A transferência é a base da estratégia do analista na direção do tratamento e é somente a partir dessa base que o diagnóstico pode ser investigado.

Quinet resume essa função ao afirmar que:

"Nas entrevistas preliminares, é importante, no que diz respeito à direção da análise, ultrapassar o plano das estruturas clínicas (psicose, neurose, perversão) para se chegar ao plano dos tipos clínicos (histeria – obsessão), ainda que 'não sem hesitação', para que o analista possa estabelecer a estratégia da direção da análise, sem a qual ela fica desgovernada" (2000, p.27).

A análise pode desencadear a psicose em alguns casos. É preciso, então, que o analista saiba reconhecer um "pré-psicótico, ou seja, aquele sujeito que por ter estrutura psicótica, pode, ao se deparar com o dispositivo analítico - um dispositivo que propicia um encontro faltoso - desencadear um quadro psicótico".

A função diagnóstica das entrevistas preliminares deve evitar, nestes casos, que o analista conduza a análise do mesmo modo que faria com um neurótico. Pois como adverte Lacan em *O Seminário Livro* 3: *as psicoses*: "acontece recebermos pré-psicóticos em análise e sabemos no que isso dá, isso dá em psicóticos (1955-1956/1998, p.285). Mas, como reconhecer um pré-psicótico?

Muitos clínicos se debruçaram sobre os antecedentes da psicose, não para encontrar um infantil da psicose, como se costuma referir em relação à neurose. A psicanalista Helene Deutsch, por exemplo, criou uma categoria denominada "como se", para definir casos em que "a relação emocional do indivíduo com o mundo exterior e com o seu próprio eu está empobrecido ou ausente" (1942, p.153).

A autora chama a atenção para o aspecto imitativo ao meio resultante de uma facilidade plástica e da adaptação ao ambiente. Mesmo que "estes indivíduos, aparentemente normais e com excelente capacidade intelectual, cheguem a desenvolver um certo nível nos seus trabalhos individuais, é possível perceber nitidamente em suas produções um caráter imitativo" (Deutsch apud Quinet, 2006, p. 77).

Lacan, referindo-se aos chamados "como se", vai dizer n' O Seminário Livro 3...:

Eles não entram jamais no jogo dos significantes, a não ser por uma espécie de imitação exterior. A não-integração do sujeito no registro do significante nos dá a direção na qual se põe quanto ao prévio da psicose – que só é solúvel seguramente pela investigação analítica (1956/1998, p.285).

A última das funções das entrevistas preliminares, a função transferencial, é o próprio estabelecimento da transferência, condição para que uma análise se dê.

Lacan diz que no começo da psicanálise é a transferência, e o seu pivô é o sujeito suposto saber (1961/2010). O surgimento do sujeito sob transferência é o que dá o sinal de entrada em análise, e esse sujeito é vinculado ao saber. É necessário que o analista sustente esta posição de sujeito suposto saber para transformar a transferência demandante em transferência produtora. Não se pode esquecer, contudo, que o analista vai tomar este lugar de saber emprestado, não devendo nunca se identificar com essa posição, o que seria um erro (QUINET, 2000).

Considerando a investigação que se pretende realizar acerca da importância crucial das entrevistas preliminares a partir de Freud e Lacan, faz-se necessário

problematizar sobre os efeitos de um desconhecimento frente à relevância clínica dessa recomendação freudiana, bem como das implicações que dela decorrem.

Não é incomum assistirmos hoje, por parte de alguns psicanalistas, uma posição de desprezo ou tentativa de abreviação das entrevistas preliminares. Com tal desconhecimento, como se indagar sobre o que realmente se passa ou se faz durante esse tempo? Mais, quanto tempo deverá durar esse momento? Qual a direção para o tratamento? Quais os marcos, do lado do analista e do analisante, na passagem das entrevistas preliminares para a análise propriamente dita?

A seguir apresentaremos alguns fragmentos do caso clínico que tratamos na introdução de nosso trabalho para ilustrarmos, mais detidamente, a importância desse momento das entrevistas preliminares.

### **1.2 O CASO ELIS**

Gostaríamos de iniciar este item trazendo um recorte de caso clínico, ou melhor, fragmentos de algumas entrevistas preliminares com uma analisante com a qual nos equivocamos quanto à sua estrutura clínica.

Trata-se, vou chamá-la assim, de Elis. Durante as entrevistas pensamos o tempo todo tratar-se de uma histeria, e só *a posteriori*, pudemos dar-nos conta de nosso engano, posto que Elis revelara-se psicótica, ainda que nunca tenha entrado em um surto e nem mesmo tenha precisado fazer uso de qualquer medicação. Felizmente, pudemos tratá-la sem medicação, sem que tenha passado por outro psiquiatra antes, que possivelmente poderia ter-lhe dado antipsicóticos, o que mascararia de algum modo o diagnóstico.

Por que, em um primeiro momento, pensamos tratar-se de um caso de histeria? Elis, no inicio das entrevistas preliminares, mostrava-se solícita, cooperativa, falava bastante, com desenvoltura e não apresentava nenhum fenômeno elementar. Resolveu procurar a análise devido às dificuldades no convento no qual era religiosa. Queixava-se de não conseguir relacionar-se bem com as coirmãs, de uma insatisfação com a vida religiosa e de alguns sintomas como dores de cabeça e uma menstruação excessiva. Posteriormente, após

encaminhá-la para um ginecologista, diagnosticou-se um mioma e pôde, finalmente, fazer a cirurgia adiada há anos.

A sua insatisfação com tudo e com todos era marcante. Havia, contudo, duas exceções: Deus, que era o único que a completava, e seu analista, que a entendia. Assinalava que o analista a estava ajudando muito, que era "maravilhoso" e que se não fosse religiosa gostaria de casar-se com ele. Apresentava em relação ao analista uma atitude sedutora. Devido a esta "fenomenologia" pensamos tratar-se de uma estrutura histérica, o que não se confirmou *a posteriori*.

Surpreendemo-nos com tal engodo, apesar de tantos anos de clínica e de escuta da histeria. A partir de então brotou o desejo de dedicarmo-nos a pensar mais sobre a importância desses momentos iniciais, as entrevistas, para a direção do tratamento. Confundir a estrutura só advertiu-nos mais ainda de quão enganosa pode ser a histeria com todas as suas florações fenomenológicas. Afinal, como bem postula Maurano:

O problema das manifestações histéricas é que elas confundem o próprio sujeito que as produz. O que traz por conseqüência uma dificuldade em sua delimitação diagnóstica, exigindo do analista que não se atenha apenas às evidências fenomenológicas e busque identificar a estrutura defensiva do sujeito, sobretudo a partir de sua fala, de seu modo de se endereçar ao Outro na elaboração do discurso (2010, p.76).

A autora nos chama a atenção para não nos siderarmos pela fenomenologia, para que possamos estar atentos a algo para além do fenômeno, para a estrutura defensiva do sujeito e seu modo de posicionar-se em seu discurso e em relação ao Outro. Não se trata de negar a importância do belo trabalho da psiquiatria na observação e catalogação dos fenômenos, mas o trabalho e o diagnóstico em psicanálise não podem pautar-se nele, pois se estaria fazendo clínica psiquiátrica e não psicanalítica.

Ao supormos ser Elis uma neurótica, caímos no sempre premente risco clínico de entender rápido demais. Afinal, havia muitos pseudo-indícios de um estilo histérico, a saber, certa sedução e a galhardia da fala da futura analisante.

Contudo, com o avançar da escuta e do tratamento, Elis passou a relatar-nos seus sonhos. Levantava-se à noite para escrevê-los e levá-los para a sessão. Queria que os levasse para ler em casa; recusamos sua demanda e sugerimos que ela mesma os lesse durante a sessão. Relatava-nos que eram proféticos e que se realizavam.

A partir de então, começou a relatar seus sonhos, também, para sua comunidade religiosa, despertando preocupação e pânico nas freiras. Logo se instalou um clima de mal-estar em seu meio, sem que pudéssemos fazer nenhuma intervenção.

Certo dia, perguntamos-lhe: você acredita mesmo que seus sonhos se realizam? "Claro", respondeu-me furiosamente, deixando a sessão e a sala, batendo fortemente a porta do consultório.

Retornou na sessão seguinte e disse-me decididamente: "Se o senhor não acredita em sonhos, problema seu. Eu acredito. Então sonho é sonho, acredita quem quiser". Foi então que pudemos identificar em seu discurso uma certeza delirante. Elis não admitia nenhum questionamento sobre sua certeza e vinha ao nosso encontro apenas para comunicar seu mundo onírico revelador da verdade.

Desse modo, tornava-se insustentável uma hipótese diagnóstica de histeria. Tratava-se, pois, de psicose, apesar de não se configurar como as evidentes psicoses extraordinárias, aquelas que não deixam dúvida quando se desencadeiam.

Após discorrermos sobre a importância das entrevistas preliminares e a ilustrarmos com um caso clínico, trataremos, a seguir, mais detidamente, sobre outro momento, também importante, que diz respeito ao primeiro encontro com o psicanalista. Para isso, recorreremos aos livros "A Primeira Entrevista em Psicanálise" (1981), de Maud Mannoni e "Clínica da Primeira Entrevista" (2000), de Eva-Marie Golder.

#### A PRIMEIRA ENTREVISTA

O livro *A primeira entrevista em psicanálise* (1981), de Maud Mannoni, publicado na França na década de sessenta, foi uma publicação pioneira sobre essa temática. Além do pioneirismo e de sua importância capital para o campo psicanalítico, ele traz um longo, incomum e valiosíssimo prefácio de outra grande clínica, Françoise Dolto, que o apresenta como um livro apaixonante que relata a longa e fascinante experiência de consultas psicanalíticas na clínica com crianças, realizadas pela autora.

Dolto, coerente com a ética da psicanálise e com o estilo de sua prefaciada, não perde a oportunidade para diferenciar, desde os momentos iniciais, a clínica psicanalítica de outras práticas. Assim, a propósito da especificidade da psicanálise vai ser bastante incisiva ao apontar que:

A maioria das pessoas, assim como muitos médicos, acredita ainda que o psicanalista vai fazer isto ou aquilo, vai influenciar, vai moralizar; vai estimular, aconselhar, em suma, agir com suas próprias palavras como um medicamento por uma espécie de sugestão, para levar o sujeito a comportar-se "bem". Ora, o psicanalista não acrescenta um novo dizer. Ele permite ás forças emocionais encobertas, em jogo conflitivo, encontrar uma saída, ficando a cargo do consultor dirigi-las por si mesmo (MANNONI, 1981, p. 10).

Inicia, portanto, já situando de modo didático o funcionamento e a função de uma psicanálise. Para que esta funcione como tal, é preciso, evidentemente, que haja um psicanalista que possa escutar e intervir sob as exigências da transferência. Nesse sentido, vai dizer que:

Na presença de um psicanalista, começam a falar como falariam com qualquer indivíduo e, no entanto, a única forma de escutar do psicanalista , uma escuta no sentido pleno do termo , faz com que o discurso delas se modifique , adquira um sentido novo aos seus próprios ouvidos. O psicanalista não dá razão nem a retira; sem emitir juízo, escuta (MANNONI, 1981, p.11).

Para que isso aconteça é necessário que o psicanalista não caia na tentação constante da mestria, que suporte saber não saber para que o sujeito em análise se ponha em trabalho e retifique sua posição subjetiva. Essa é a condição para que se possa extrair o máximo de consequências deste encontro singular com um psicanalista. Para a surpresa de muitos leitores, um dos principais ensinamentos do livro é talvez a imediata descoberta de que durante uma única entrevista psicanalítica é totalmente possível desnudar-se claramente toda uma intrincada situação das forças operadoras e inconscientes entre pais, ascendentes e descendentes.

Desse modo, a prefaciadora vai desenhar com propriedade todo o cenário simbólico que antecede aquele que um dia advirá como ser de fala, ao dizer que o bebê, desde sua vida pré-natal, já está marcado pela maneira como é esperado pelos seus pais e pelas suas expectativas em relação a ele, que chegará, portanto, marcado pela fantasia de seus genitores. Tal encontro, sustentado pela dinâmica inconsciente entre pais e filhos, tem valor estruturante, sadio ou patogênico. Indica que, no livro de Mannoni, pode-se ver bem como isso opera na clínica, uma vez que

é rico em exemplos clínicos de crianças com graves distúrbios ou não, onde podemos observar as intrincadas dinâmicas inconscientes nos sujeitos. Assim, menciona que:

Naquele ponto em que a linguagem termina, é o comportamento que continua a falar, e, quando se trata de crianças perturbadas , é a criança que, pelos seus sintomas, encarna e presentifica as conseqüências de um conflito vivo, familiar ou conjugal, camuflado e aceito por seus pais. É a criança que suporta inconscientemente o peso das tensões e interferências da dinâmica emocional sexual inconsciente em ação nos pais , cujo efeito de contaminação mórbida é tanto mais intenso quanto mais se guarda, ao seu redor, o silêncio e o segredo (MANNONI, 1981, p. 13).

Com esta precisa observação, de exímia clínica, ela nos chama a atenção para o lugar que a criança ocupa na fantasia parental e como esta pode responder a isso.

Se for vital para que o psicanalista possa identificar, nas entrevistas, o lugar ocupado pela criança na fantasia do casal parental, faz-se imprescindível, também, atentar para o lugar do psicanalista frente aos pais e, claro, à criança. Nesse sentido, Mannoni vai dizer que:

A entrada dos pais com a criança no consultório do psicanalista é geralmente o sinal de que se busca recorrer a um terceiro. Testemunha de acusação , confidente, conselheiro, o psicanalista é igualmente visto como juiz, perseguidor ou salvador supremo. Ele é a pessoa a quem nos dirigimos depois dos fracassos, dos dissabores , das ilusões perdidas, aquele a quem queremos agarra-nos , mas também aquele de quem queremos servir-nos para fomentar querelas pessoais. Ele é, antes de tudo, o terceiro e desejamos que tome partido (1981, p.31).

Desse modo, a autora, logo de início, acolhe a demanda dos pais para poder desdobrá-la. Trata-se de um encontro marcado por um pedido de ajuda em relação ao sofrimento da criança que, na maioria das vezes, os pais não sabem como lidar.

De modo geral, a criança denuncia, com seu sintoma, algo da relação familiar que não vai bem. É a isso que, inconscientemente, ela vai responder. Uma vez incomodados com o sofrimento da criança, os pais, então, recorrem a um terceiro, a um psicanalista, para que possa dar uma solução para "tal problema". Normalmente, esta procura é uma das últimas tentativas, depois de terem percorrido uma série de médicos, exames ou outros especialistas.

Assim, a função do psicanalista, neste momento tão especial, é ajudar os pais a construir uma demanda e não dar respostas prontas. Pois, afinal, indaga a autora, "O próprio sentido de cada um não é poder reencontrar-se numa

possibilidade de criação, com seus dissabores, lutas e desilusões"? (MANNONI, 1981, p. 32). Belíssimo modo de nos lembrar que quando alguém procura um psicanalista é sempre uma possibilidade para lidar de modo diferente com o que lhe faz sofrer, na medida em que vai produzindo novos sentidos, novos significantes.

A autora divide seu livro em cinco capítulos: o primeiro chama-se *A situação*. Ela subdivide-o em vários tópicos, sempre recheados de casos clínicos que tratam de desordens escolares; dificuldades caracteriais; inadaptação escolar; crianças em perigo moral, delinquentes, psicóticas ou perversas, entre outras.

Vejamos então, a título de ilustração, a elaboração que Maud Mannoni faz, a partir de uma primeira entrevista com pais de uma criança com dificuldades de aprendizagem:

Se existem dificuldades escolares de origem puramente pedagógica – também não deixa de ser verdade que esse sintoma encobre quase sempre outra coisa. É não entendendo ao pé da letra o pedido dos pais que o psicanalista permitirá que a porta se entreabra para o campo da neurose familiar, dissimulada, fixada no sintoma de que a criança se torna o apoio( MANNONI, 1981, p. 35).

Assim, a entrevista com os pais visa, num primeiro momento, avaliar o diagnóstico já elaborado e trazido por eles. Não se pode esquecer de que o sintoma sempre encobre "outra coisa" e, em se tratando de uma criança, ela vai denunciar que seu sofrimento liga-se, de algum modo, à dinâmica parental. Logo, o psicanalista deve atentar-se aos não-ditos familiares, posto que eles podem retornar e cristalizarem-se em forma de sintoma.

No segundo capítulo, *O sentido do sintoma*, a autora constrói, através dos casos clínicos, um arcabouço teórico determinante para a direção do tratamento na clínica psicanalítica com crianças. Ela diz:

Através da situação familiar, a minha atenção vai, portanto, recair na palavra dos pais e na mãe em particular – pois veremos que a posição do pai para a criança vai depender do lugar que ela ocupa no discurso materno. E isso tem importância para a maneira como a criança vai poder, desde então, resolver corretamente ou não o seu Édipo, chegar ou não a processos bem sucedidos de sublimação (MANNONI, 1981, p. 70).

De uma articulação aparentemente simples podemos extrair consequências éticas e refinadas tão caras à clínica psicanalítica que vai numa direção totalmente oposta à de uma orientação ortopédica ou pedagógica. Ao se identificar, na relação pais-criança, o lugar que esta criança ocupa sobretudo na fantasia da mãe, bem como o estatuto que esta dá à palavra do pai, podemos entrever se há excesso de

presença ou ausência de função materna, ambos prejudiciais ao processo de constituição psíquica dos seres de fala. Sabemos bem onde a não inscrição do Nome-do-Pai pode levar: a uma psicose. Daí a importância das intervenções do psicanalista para que a criança possa escapar de uma posição objetalizada que a faz sofrer.

Ao trabalhar os diferentes lugares que a criança pode ocupar na família, Lacan avança nesta questão e afirma, em seu pequeno e precioso artigo "Nota sobre a criança" (1969), que uma das possibilidades é que ela ocupe a posição de sintoma da mãe. A criança que é sintoma da mãe está no lugar de objeto de gozo desta, e não no lugar de sujeito. Paradoxalmente temos que, se para sobreviver, a criança, necessariamente, precisa ser objeto da fantasia de sua mãe, contudo, essa condição de objeto gozoso para o Outro materno pode impedi-la de advir ou constitui-se como sujeito desejante.

Dito de outro modo, ao construir seu sintoma, a criança, graças à eficácia da metáfora paterna - operação fundamental para distanciá-la do lugar primordialmente ocupado de objeto da fantasia do Outro materno - pode aceder ao lugar de sujeito desejante.

No terceiro capítulo, *Os testes*, a autora vai problematizar os testes envolvidos nas avaliações psicológicas das crianças. Inicia lembrando que a palavra teste significa prova e que é exatamente desse modo, o de exame, que a criança localiza sua entrevista com o psicólogo.

Lembra-nos ainda de que desde os anos trinta os pesquisadores concentraram toda sua atenção e seus esforços em direção às inúmeras avaliações das aptidões mentais. A ideia de uma avaliação da aptidão, por carregar a ideia de um melhor rendimento, tornou-se bastante simpática ao público, crente de que o psicólogo possui o segredo de uma orientação infalível.

Para tanto, foram criadas muitas possibilidades de avaliações para as crianças tanto no plano intelectual, quanto no pedagógico, motor, moral etc, com o intuito de entender sempre mais sua personalidade, valendo-se inclusive de critérios estatísticos.

Desse modo, segundo Mannoni, "a criança, verdadeiro animal de laboratório, é quase fichada segundo critérios universalmente reconhecidos" (1981, p.83). Nesse sentido, seu texto é também um alerta aos profissionais que fazem uso destes

instrumentos para a avaliação diagnóstica não o tomarem como algo definitivo, como a última palavra:

Depois de tudo, nunca será demais repetir, um 'teste' deveria ser compreendido como um ensaio (com as suas possibilidades de erro e não como um texto legislativo que ordenasse esta ou aquela orientação) (MANNONI, 1981, p. 87).

No quarto capítulo, intitulado *O que é então a Entrevista com o Psicanalista?*, Mannoni inicia alertando ao leitor que a vulgarização das noções psicanalíticas pode criar uma imagem distorcida deste primeiro encontro, que é a entrevista com o psicanalista, principalmente:

se acreditarmos que essa entrevista possa reduzir-se a um relacionamento dual em que o paciente se limita a projetar sobre o analista tudo o que ele carrega consigo sem saber – o seu inconsciente. Nessa concepção , o papel do analista reduzir-se-ia a constatar o caráter imaginário – quase irreal , dessas projeções e a informar disso ao paciente. Em suma, a análise limitar –se –ia a uma redução do imaginário em nome de realidade. (MANNONI, 1981, p. 91).

É sempre impressionante a acuidade clínica da autora e, sobretudo, o modo como ela usa a teoria a serviço da clínica, e não o contrário. Seu texto, como um todo, é uma demonstração fecunda de como em psicanálise, pesquisa e tratamento são indissociáveis. Mais ainda, que a entrevista inicial já contém o germe de todo o tratamento que se desenrolará.

Temos então, de modo quase didático, uma radical diferença entre o que é ou não uma psicanálise. Diferentemente de outros campos, a entrevista em psicanálise não se dá numa relação intersubjetiva e não vai ficar colada no enunciado, mas na enunciação, portanto, no discurso.

O psicanalista opera sempre a partir do discurso, quer se trate do discurso familiar ou do filho, será sempre um discurso marcado pela opinião do outro, pelos significantes do Outro e não do próprio sujeito. Daí tratar-se de um discurso menos mentiroso do que alienado.

Muito mais revelador que o conteúdo, são os tropeços do discurso na primeira entrevista e, obviamente, em todo o percurso analítico. Logo, não se deixar siderar pela historinha trazida pelos pais é o melhor modo de o psicanalista poder escutar a dimensão enunciativa da queixa, a saber, o sentido do sofrimento/gozo para o casal parental, uma vez que uma situação familiar é geralmente vivida por cada membro da família do modo que lhe é possível.

É ainda neste mesmo capítulo que Maud Mannoni resume de forma precisa não só a importância da primeira entrevista em psicanálise, em que ela consiste, mas, também, o papel do psicanalista neste dispositivo:

A entrevista com o psicanalista é um encontro , através do Outro, com sua própria mentira . Quanto a essa mentira , a criança a apresenta no seu sintoma. O que faz mal a essa criança não é tanto a situação real quanto tudo o que não é dito — e , nesse não dito, quantos dramas que não podem ser traduzidos em palavras, quantas loucuras disfarçadas por um equilíbrio aparente, mas pelo qual a criança sempre tem de pagar tragicamente. O analista ali está para permitir , através do reexame de uma situação, que a criança enverede por um caminho que lhe deve pertencer a titulo exclusivo (1981, p. 95).

O quinto e último capítulo chama-se *Psicanálise e Pedagogia*. Como o próprio título deixa entrever, trata-se de uma análise da educação na França. E já coloca, nesta época, algo que nos é bastante familiar também em nosso tempo, a saber, as dificuldades dos professores com "alunos problemas"; o desinteresse pelos estudos; a indisciplina e outras questões.

Sua agudeza analítica permite-lhe localizar algo que se tornaria extremamente problemático na contemporaneidade: a educação medicalizada. Não lhe passou despercebido, enquanto psicanalista e médica psiquiatra, o modo como a medicina estava sendo convocada para dar conta de algo que antes dizia respeito ao universo educacional. Problemas de aprendizagem e de comportamento eram então não mais um caso pedagógico, mas de medicação.

Atenta ao engodo dessa demanda e às graves consequências de prontoatendê-la, Mannoni não cessou de chamar a atenção dos educadores e a própria educação, indicando-lhes que os especialistas tornar-se-iam dispensáveis, em muitas situações, caso os professores não abrissem mão de seu saber-fazer com os alunos.

Mannoni conclui, brilhantemente, seu livro, reafirmando a importância da primeira entrevista em psicanálise:

A primeira entrevista com o psicanalista continua a ser na sua banalidade aparente, um encontro verdadeiramente excepcional . Trata-se, como dissemos, de um encontro consigo mesmo, isto é,com um outro em si que ignora . 'O que o analista dá', diz-nos Lacan, 'é o que existe no outro'"( MANNONI, 1981, p. 104).

Podemos citar ainda outra obra de importância fundamental sobre as entrevistas preliminares, da psicanalista Eva-Marie Golder, chamada *Clínica da Primeira Entrevista (2000)*.

A autora a inicia mencionando a importância do livro de Maud Mannoni, revelando-nos que foi a única obra escrita na França sobre a clínica do primeiro encontro, há trinta anos, e que "Este livro ficou sendo uma referência, porém a tentativa de abordar essa problemática jamais foi renovada de maneira mais profunda" (GOLDER, 2000, p.09).

Afirma que muitos profissionais sentem certa dificuldade em falar deste primeiro encontro e que, em geral, apenas os psicanalistas afirmam que a transferência leva várias sessões para instaurar-se e que a primeira entrevista é uma parte integrante de uma série de consultas.

Logo na introdução de seu livro aponta para a relação da terapia familiar sistêmica com a etologia, bem como retoma vários autores da psicologia e da psicanálise tais como Carl Rogers, Sandor Ferenczi, Júlia Kristeva, Thea Bouriedl, autores interacionistas além de Freud, Dolto e Lacan.

Sobre a relação da terapia familiar sistêmica com a etologia, a autora sublinha que do ponto de vista da prática terapêutica, a teoria mais próxima da etologia é a terapia familiar sistêmica. Ela chega a essa conclusão a partir da ideia de que "A etologia levanta de maneira privilegiada a questão de observação e do comportamento" (GOLDER, 2000, p.17). E, como é sabido, a etologia ocupa-se do estudo do comportamento animal, determinado, portanto, pelo instinto.

Assim, se a "observação, a descrição de um modelo comportamental são os meios diagnósticos da prática sistêmica" (GOLDER, 2000, p.27), então estamos diante de um modelo cuja referência é a cibernética, esta ferramenta tão sonhada pelos adeptos da psicologia comportamentalista. Não se pode esquecer que, para a cibernética, a noção de informação é central e que, não sem razão, o vocabulário próprio à teoria familiar sistêmica é povoado de termos como "automatismo", "tratamento da informação", "controle", "mecanismo", entre outros.

A retomada dos autores e de suas abordagens terapêuticas inicia-se com Carl Rogers que, como os sistêmicos, parte do princípio de que a teoria freudiana está ultrapassada, necessitando de correções.

Influenciado pela Psicologia do Ego, Rogers constrói sua terapia sustentada na ideia de *empatia* e de conceitos-chave como os de *integração maior*, de *independência*, de *maturidade*. Nesse sentido, trata-se de uma terapia centrada em uma relação dual e no que há de positivo no indivíduo. Desse modo, a

recomendação expressa para a direção do tratamento é a de que o psicoterapeuta não esconda seu apego ao cliente.

Sándor Ferenczi, em *l'enfant terrible" da psicanálise*, pontua que com ele a prática psicanalítica é totalmente colocada em questão. Atormentado e numa busca incessante, Ferenczi reconstruiu continuamente seu método de trabalho.

O período de 1931 e 1932 foi particularmente abundante em reflexões para este brilhante discípulo de Freud. Tais reflexões, conhecidas como *análise mútua*, revelam a excessiva preocupação deste autor com a questão dos limites da relação entre analisante e analista, uma vez que obstinado em "superar as resistências de certos pacientes, Ferenczi não aceita considerar o fracasso do tratamento psicanalítico destes como incontornável. Mais do que isso, considera que a resistência vem do analista." (GOLDER, 2000, p. 33).

Exatamente como Rogers, Ferenczi também recomendava a troca de confidências na relação analista/analisante. Considerava que, através desse compartilhamento de sentimento na sessão, seria possível superar os obstáculos inerentes a análise inacabada do terapeuta e seus pontos cegos. Para este autor, a contratransferência negativa está diretamente ligada ao inanalisado do psicanalista.

Em síntese, a técnica firencziana da *análise mútua* é, portanto, uma técnica que leva em consideração, a um só tempo, o limite entre dois indivíduos e a interpretação de suas emoções.

Sobre Julia Kristeva e sua técnica, a autora é categoricamente crítica: "Julia Kristeva faz uma abordagem que junta a empatia lembrando a de Rogers à questão do inconsciente. Sua teorização abre espaço transferencial que sua interpretação da contratransferência fecha novamente, pela confusão imaginária entre analista e paciente" (GOLDER, 2000, p. 35).

Os interacionistas, como o próprio nome indica, abordam a questão da relação transferencial a partir do método da observação e descrição da interação. Uma demarcação paradoxal separa aqui os não-analistas dos analistas. Enquanto os primeiros buscam precisar a interação entre os que tratam e os que são tratados, os segundos observam a interação entre os pacientes, sem se implicarem na relação transferencial. Nesse sentido, os não-analistas aumentam a definição linguística da pragmática ao colocarem em discussão o "analisador corporal", a fim de compreenderem o que as palavras não dizem.

Adentrando no tema que se propôs a tratar em seu livro, a autora afirma que "com efeito, toda primeira entrevista obedece a uma estrutura e uma dinâmica precisas que levam ao enlaçamento transferencial e aí ocorrem certos fenômenos que vão organizar-se no tempo em função da identificação. Chamo este tempo de "o momento sensível" (GOLDER, 2000, p.11).

Segundo Golder (2000, p. 11), a primeira entrevista está estruturada em cinco tempos: o tempo de um "instantâneo" da apreensão, rápido e efêmero; o tempo das elaborações imaginárias; o tempo da localização mútua; o "momento sensível" como começo do enlace da transferência, e o tempo da acusação de recepção, a transferência.

A autora tem clareza de que esses tempos nem sempre aparecem de maneira evidente e que vai depender da competência do clínico para descobri-los.

Vejamos mais detalhadamente os tempos da primeira entrevista, tal como foram formulados pela autora:

### a. Primeiro tempo: o instantâneo da apreensão.

Caracterizados pela autora como sendo um tempo rápido e efêmero, mas indispensável para determinar a sequência do encontro. É a apreensão do outro que inaugura de maneira específica a relação que se desdobrará posteriormente. Esse momento de apreensão compreende ou diz respeito à emoção "ou sentimentos" que o outro vai sentir ao deparar-se com o psicanalista no primeiro encontro .

De acordo com a autora, esses fenômenos não são exclusividade da clínica, eles ocorrem também em nosso cotidiano. Toma, como primeiro exemplo, o estranhamento que Freud sentiu com sua própria imagem refletida no espelho de um *wagon-lit*, imagem que não reconhece de imediato e que o leva a explicar ao suposto intruso que este se enganou de compartimento.

Ela nomeia esse momento do primeiro contato, do primeiro olhar entre o analista e o futuro analisante, de *instantâneo*. É marcado pela disparidade da posição subjetiva dos dois interlocutores e desencadeia reações diferentes devido aos lugares ocupados por cada um deles. Por conseguinte, pode dar-se de modo amistoso ou agressivo por parte do futuro analisante, guardando, em comum, com o

encontro amoroso esse efeito de mobilização fantasística que favorece uma abertura que remete ao estádio do espelho e é marcado pelo imaginário.

#### b. Segundo tempo: As elaborações imaginárias.

A autora relata que "uma vez passado o primeiro momento da surpresa, cada um dos dois interlocutores efetua um trabalho de localização do que percebeu do outro. Paciente e clínico não têm as mesmas reações. Se, para o primeiro, todo o esforço concerne à busca de significados tranquilizantes, para o analista, avisado dos mecanismos em jogo, trata-se , ao contrário, de suspender todo desejo de intervir" (GOLDER, 2000, p.151).

Ela faz referência ao psicanalista Contardo Calligaris, a quem credita uma boa explicação sobre "o funcionamento subjacente ao frisar que em todo encontro o outro está imediatamente implicado enquanto 'semelhante imaginário'" (2000, p. 151). Logo, o que se busca primeiramente é uma tela projetiva, uma espécie de cumplicidade que supõe um sentido comum ao que se está falando. Consequentemente, segundo a autora, todo clínico conhece a expressão corrente: "Está entendendo o que eu quero dizer?".Com essa pergunta o analisante protegese de qualquer questionamento a respeito do seu discurso (2000, p, 151).

Golder (2000, p. 154) menciona também a importância dos quatro discursos de Lacan, como ferramenta que ajuda o clínico a localizar sua posição ou seu lugar no discurso do futuro analisante. Como assevera a autora, "O cerne da relação de transferência é o objeto. Conforme o lugar que lhe é atribuído no discurso dirigido ao clínico e a resposta deste, o trabalho se enlaça de maneira radicalmente diferente" (2000, p.154).

Seguindo a orientação lacaniana a autora indica que desde a primeira entrevista o que deve operar é o discurso do analista, "a mais enigmática forma discursiva [...] que é menos uma forma discursiva que uma estrutura de relação com o outro" (2000, p.157).

#### Em síntese, para Golder:

Com efeito, o saber do lado do analista não é nunca um saber sobre o paciente agrade isso ou não a certas pessoas como Reik, mas apenas um savoir-faire, adquirido na prática com seus analisantes ao ouvi-los falar.

Longe do saber universitário, trata-se de um saber aberto à surpresa, longe do desejo de compreender tendo como guia o espanto, o ignorado e não o conhecido (2000, p. 157).

Dito de outro modo, cabe ao analista, desde o primeiro momento, não cessar de fazer a aposta no sujeito para que o novo advenha.

#### C. Terceiro tempo: A localização Mútua

Esse terceiro tempo da primeira entrevista diz respeito não só à implicação do analista na relação transferencial, mas sobretudo sobre o modo como nela está implicado, uma vez que "toda primeira consulta implica em uma procura de contato mútuo que chega a um primeiro enlace relacional. Não há dúvida de que nela estamos implicados a dois" (GOLDER, 2000, p.160).

O momento da localização mútua em uma primeira entrevista deve viabilizar o espanto, desestabilizar os significados petrificantes para fazer vir à tona a verdade do sujeito. Nesse sentido, o psicanalista não deve esquecer que "o pensamento enquanto tal é secundário, a ênfase estando mais sobre o ato de pensar. O momento das elaborações imaginárias revela sua dinâmica, o processo de pôr em palavra. Quanto menos intervir nessa elaboração, mais nosso interlocutor pode seguir seu próprio encaminhamento e não o nosso" (2000, p. 167).

A autora sintetiza, de maneira bastante clara, o lugar de onde deve operar o analista neste momento ao dizer que "Esse tempo fecundo é consagrado à busca primordial que marca todo primeiro encontro: somos um outro que inquieta, enquanto nenhum elemento tranquilizador nos tiver integrado em 'algo conhecido'." (2000, p. 167)

Devemos estar atentos à singularidade de cada sujeito e não à universalidade de um quadro clínico segundo uma nosografia qualquer. Nesse encaminhamento é claro que a teoria está presente, muito mais como proteção que como instrumento de análise. Como diria Winnicott, "exatamente como um músico trabalha seu instrumento; é quando esquece que pratica a técnica que começa, talvez, a fazer a música, adquirir seu estilo" (GOLDER, 2000, p.167).

## D. Quarto tempo: Momento Sensível

A autora dá um destaque especial à etologia na construção desse quarto tempo da primeira entrevista, uma vez que tanto o homem quanto o animal são marcados em seu desenvolvimento pela relação que têm com os que os cercam, com o outro. Contudo, a relação de cada um com o apego e a referenciação não são da mesma ordem. Enquanto o animal é regido pelo instinto, portanto por uma fixidez biológica, o homem tem a linguagem como organizadora da sua percepção. Consequentemente, o ser de fala tem sua percepção marcada por variáveis no seu processo de desenvolvimento.

Desse modo, a diferença de natureza fundamental entre ambos se dá porque "O homem está no simbólico desde sua concepção e os fenômenos que ocorrem nesse momento crucial são o contrário da identificação hiperindividual animal, isto é, a identificação ao traço e tem como consequência a possibilidade de diferenciar-se dos outros homens" (GOLDER, 2000, p. 170).

Na tentativa de esclarecer o que se passa no enlace transferencial, Golder (2000, p.169) cria o termo *momento sensível* - que corresponde ao quarto tempo da primeira entrevista - para caracterizar o tempo do estabelecimento da transferência. Ela elaborou este termo a partir do conceito de *período sensível* que é o tempo da identificação em etologia. Faz, portanto, uma relação entre o conceito etológico *de período sensível* com o conceito psicanalítico de *estádio do espelho* e seus efeitos na estruturação do sujeito.

Segundo a autora, o conceito lacaniano de *tempo lógico* da compreensão (instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir) ajuda a esclarecer um aspecto essencial do *momento sensível*:

Com efeito, o que precede como elaborações imaginárias sucede a esse 'tempo do olhar' de que fala Lacan e a localização mútua comporta efetivamente estes elementos de 'compreensão' que implicam, durante um certo tempo, os cálculos referentes ao outro e a relação com este outro. Se a intervenção do clínico deve chegar ao enlace de uma transferência que permite um trabalho terapêutico, analítico, ela obedece necessariamente a este critério do tempo para concluir, enquanto o tempo da asserção subjetiva (2000, p. 173).

# E. Quinto tempo: A Acusação de Recepção e o Estabelecimento da Transferência

A autora assevera que a transferência presta-se a muitos usos e que dependendo da acusação de recepção do profissional na relação terapêutica a via tomada pelo trabalho tornar-se-ia fundamentalmente distinta (GOLDER, 2000, p.176).

Para melhor demonstrar a força de sua afirmação, ela retoma algumas correntes ou escolas psicanalíticas e psicológicas – da terapia sistêmica aos freudianos ortodoxos - e suas diferentes concepções e manejos da transferência.

Ela utiliza um recorte clínico de Winnicott para exemplificar e localizar o quinto tempo da primeira entrevista a partir de uma intervenção winnicottiana: Iiro é uma criança com deficiência física que chega ao consultório com muita dificuldade em falar da sua deficiência. Winnicott aguarda o momento em que ele possa começar a lhe falar disso, suportando pacientemente seus rodeios: primeiro a criança brinca gesticulando com a mão deficiente; depois vai aos poucos aproximando-a da folha de desenhar, até desenhar a própria mão e começar a falar dela. Eis, segundo Golder, o momento em que Winnicott pode acusar o estabelecimento da transferência.

Para a autora, é sempre a *posteriori* que podemos nomear o momento sensível e dizer como a transferência se enlaçou. Isto é algo fundamental na medida em que permite o estabelecimento de uma relação de trabalho uma vez que o analista ocupa o lugar de "sujeito-suposto saber". Se por alguma razão, a transferência não se estabelece, se o paciente não é capaz de fazer essa suposição, o trabalho fica inviabilizado.

Após esse primeiro momento em que fizemos um breve resumo desses dois livros de Maud Mannoni e de Eva Marie Golder, podemos observar que o livro de Mannoni, apesar de ter sido escrito há muitos anos, tem muitas contribuições relevantes e bastante atuais para a primeira entrevista em psicanálise. A autora revela, com inúmeros exemplos, o que ocorre em um primeiro encontro dessa natureza.

Ainda que seu livro esteja ocupado em problematizar e trazer alguma luz a um campo até então praticamente virgem de teorização - o lugar e a importância da

primeira entrevista em psicanálise com crianças - comprova que não existe especialidade em psicanálise. Se a clínica com crianças requer determinadas especificidades, estas não se confundem com nada da ordem de uma especialização. Assim, é uma obra fundamental para se pensar sobre esse momento crucial apontado, tanto por Freud como por Lacan, como decisivo para o desenrolar ou não de uma psicanálise.

O livro de Eva Marie Golder, por sua vez, à medida que se vai avançando na leitura, fica-se com a sensação de se estar frente a um manual bastante detalhado sobre a primeira entrevista. A autora divide-a em muitos passos ou etapas, como se tivéssemos que passar invariavelmente por todas elas para, só então, concluirmos uma primeira entrevista.

Sabemos teórica e clinicamente quão impossível é esse ideal obsessivo de objetivação da primeira entrevista ou mesmo das entrevistas em psicanálise. Afinal, como controlar o Real, evitar o inusitado, foracluir o imprevisto?

Golder, em seu livro, ao contrário de nós, está certa que sim. Pelo menos é o que podemos inferir de seu escrito e do modo como constrói passo a passo o script de uma entrevista em psicanálise. Talvez fosse muito mais fecundo o seu intento se, em vez de etapas rígidas, a autora pudesse ter pensado em termo de tempos numa entrevista preliminar. Afinal, pensar na ideia de tempos remeteria a algo decisivo não só para as chamadas entrevistas preliminares, mas também para todo o processo analítico, do início ao fim: a dimensão transferencial.

É, portanto, dessa importância da transferência, que iremos tratar no próximo capítulo. No momento, basta dizer que sem considerar a dimensão transferencial, já presente desde o contato inicial, não se faz diagnóstico em psicanálise e nem se viabiliza o início de um tratamento. Afinal, não existe psicanálise sem transferência.

#### 2. O LUGAR DA TRANSFERÊNCIA NAS ENTREVISTAS PRELIMINARES

Não se deve supor que a transferência seja criada pela análise e não ocorra independente dela [...]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 do ambiente humano (Freud (ano), p.)

.

#### 2.1. A TRANSFERÊNCIA EM FREUD

O médico e psicanalista austríaco Wilhelm Stekel (1940-1968), um dos discípulos de Freud, foi um dos primeiros autores a introduzir o termo transferência. Freud, em seu artigo A dinâmica da Transferência, o cita no inicio do seu texto, dizendo que o mesmo tinha abordado de modo descritivo o assunto.

Esse termo não é exclusivo do vocabulário psicanalítico, no qual ele é utilizado em inúmeras áreas do conhecimento, mas sempre com uma ideia de transporte, de deslocamento, e de substituição de um lugar para outro. Segundo a definição de Elisabeth Roudinesco e Plon, no Dicionário de Psicanálise, a transferência foi um

termo progressivamente introduzido por Sigmund Freud e Sandor Ferenzi (1900-1909) , para designar um processo constitutivo do tratamento psicanalítico mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista colocado na posição desses diversos objetos. Historicamente, a noção de transferência assumiu toda a sua significação com o abandono da hipnose, da sugestão e da catarse pela psicanálise (2008, p.766-767).

Para falarmos de transferência pela primeira vez, temos que retroagir no tempo, começando pelos primórdios da psicanálise. Mencionaremos figuras de fundamental importância na formação de Freud. Aqui, destacaremos três mestres: Brucke, Charcot e Breuer.

Comecemos por Ernst Brucke, um dos mais importantes fisiologistas de sua época e com quem Freud trabalhou, como assistente, no período de 1876 a 1882. Data desse período seu encontro com Breuer, importante fisiologista e médico de sucesso, tornando-se logo seu amigo. Segundo Peter Gay:

O apego de Freud a Brucke parece nada menos que filial. É verdade que Brucke tinha quase quarenta anos a mais que Freud, quase a idade de seu pai. É verdade também que o ato de investir em um ser humano com os atributos e a importância de outro pode resultar em saltos muito mais improváveis do que daria Sigmund Freud, ao pôr Ernst Brucke no lugar de Jacob Freud. A "transferência", como o Freud psicanalista chamaria esse deslocamento de sentimentos intensos, é vigorosa e ubíqua (1989, p.47).

Podemos observar, com este relato, que a relação com Brucke deixou muitas marcas em Freud. No seu livro a *Interpretação dos Sonhos* (1900/2006), Freud relata um sonho chamado "*non vixit*", o qual analisou detalhadamente. Nesse sonho, Freud destruiu um rival com um olhar penetrante. Em sua autoanálise, ele percebeu que não foi ele que destruiu o rival, mas sim Brucke. Freud então analisa o sonho a partir da lembrança do episódio em que, certa vez, Brucke o aguardou em seu laboratório, pois soube que ele estava chegando atrasado. Nesse momento, Brucke não disse nada a Freud, apenas o olhou profundamente. Segundo Freud, "a coisa esmagadora foram os terríveis olhos azuis com que ele me encarava, e diante dos quais me dissolvi" (1989, p.48). Vemos neste relato o poder superegoico do olhar.

Esta influência foi tão marcante em sua vida, que Freud deu o nome de Ernst a seu quarto filho em homenagem a Ernst Brucke. A filosofia e a ciência de Brucke o ajudaram muito na sua formação. Era um positivista por temperamento e convicção. Este estágio de Freud com Brucke foi antes de receber seu diploma de médico em 1881.

Outro encontro importante na vida de Freud foi com Charcot, com o qual ele passou uma temporada em Paris. Ele trabalhou no estudo microscópico de cérebros infantis no Laboratório Patológico de Charcot, na Salpêtrière, e ficou interessado em pesquisas neurológicas. A presença poderosa de Charcot afastou-o do microscópio e o estimulou a ter um interesse pela alma humana. Segundo Gay:

O estilo científico e o encanto pessoal de Charcot dominaram Freud, ainda mais do que seus ensinamentos específicos. Ele era "sempre estimulante, instrutivo e brilhante". Freud contou a Martha Bernays, "e vou sentir terrivelmente sua falta em Viena". Procurando expressões que fizessem justiça a sua exaltação em presença de Charcot, ele recorreu à linguagem religiosa - ou pelo menos estética: "Charcot", confessou ele, "que é um dos maiores médicos , um gênio e um homem sério, abala profundamente minhas idéias e intenções. Depois de algumas conferências saio como se fosse de Notre Dame, com uma nova percepção da perfeição (1989, p.61).

Observamos, com este relato, o quão importante para Freud foi esse encontro com o professor Charcot e como sua maneira de ser o influenciou em sua vida pessoal. Charcot, naquela época, era um dos mais importantes médicos

neurologistas da França. Foi ele quem diagnosticou a histeria como uma verdadeira enfermidade e disse que a mesma poderia atingir homens e mulheres, retirando-a, assim, do campo do gênero.

Antes de Charcot, acreditava-se que a histeria acometia somente as mulheres. Por isso, o termo histeria é derivado da palavra grega *hystera* que significa "matriz, útero". Além disso, ele resgatou a hipnose das mãos dos curandeiros e charlatães ao utilizá-la como método diagnóstico e como tratamento das doenças mentais.

Contudo, não podemos deixar de mencionar, já no século XVIII, a contribuição de Franz Anton Mesmer (1734-1815) - médico austríaco, iniciador da psiquiatria dinâmica - para o surgimento da hipnose. Acreditando que "as doenças nervosas provinham de um desequilíbrio na distribuição de um 'fluido universal' que circulava no organismo humano e animal (ROUDINESCO, 1998, p. 509), criou um método experimental chamado de "magnetismo animal" para restabelecer o equilíbrio da circulação fluídica dos pacientes.

Para Mesmer, "o fluido se apresentava ao 'imã', do qual já se serviam os médicos para extirpar do corpo por imantação o mal psíquico (histeria, melancolia), de que sofriam os pacientes, em geral mulheres" (ROUDINESCO, 2008, p.510).

Entretanto, destacamos como sendo seu grande feito, o deslocamento que ele promove do imã, como objeto terapêutico, para a figura do médico. Mesmer acreditava fortemente que o verdadeiro agente da cura era o médico, portador de um fluido magnético que imanava do brilho dos seus olhos, e não o imã em si mesmo. Assim, colocava os doentes em estado de sonambulismo e provocava-lhes estados convulsivos por intermédio de manipulações denominadas passes magnéticos.

Foi dessa maneira que curou Osterline, uma jovem histérica que apresentava distúrbios visuais, vômitos e sufocações. Com esta paciente ele inaugura seu método que se tornaria bastante popular e daria origem, mais tarde, ao hipnotismo, de James Braid (1795-1860) bem como à sugestão e à teoria da transferência, de Freud.

Apesar de todos os ataques que sofrera das academias europeias, ele conquistou grande e duradouro sucesso e reconhecimento popular com seu método do magnetismo. Todavia, na Paris de1784, duas comissões de peritos foram instituídas por Luis XIV, para investigar e avaliar o seu método. O resultado final dos

relatórios das referidas comissões condenaram o mesmerismo, suas práticas e a própria teoria do fluido, alegando que os efeitos terapêuticos advinham não dos fluidos, mas sim da imaginação humana.

Freud não desconhecia esses fatos, conhecia a hipnose, mas ainda não estava convencido de que seu método funcionava nos casos de histeria. Foi com Charcot que ele aprendeu este método. Ficava encantado ao vê-lo aplicando-o e tendo bons resultados com as pacientes. Mas, com este método, as pacientes ficavam completamente apaixonadas pelo hipnotizador e nutriam, pelo mesmo, um sentimento de amor, seja de caráter filial, maternal ou pensamento erótico.

Passado algum tempo, Freud descobriu que esta paixão tinha seu lado negativo. Um dia, em Viena, uma de suas primeiras pacientes, tendo se libertado de suas dores histéricas após uma sessão de hipnose, lançou seus braços ao pescoço de quem a curou. Segundo Gay:

essa experiência embaraçosa, rememorou Freud, deu-lhe uma pista para o elemento místico, oculto na hipnose. Mais tarde, ele identificaria esse elemento como exemplo de transferência e viria a empregá-lo como poderoso instrumento de técnica psicanalítica (1989, p.62).

Outro mestre de importância fundamental no percurso de Freud foi Joseph Breuer, com sua famosa paciente Ana O., que apresentava inúmeros sintomas como: oscilação exagerada de humor, angústia, sonambulismo, perturbações na visão e na linguagem, recusa dos alimentos, paralisias e tosses. Breuer usava o método hipnótico, utilizado não diretamente com fins terapêuticos, mas para investigar a amnésia característica dos pacientes histéricos; cabia ao médico ouvi-la sem interrompê-la.

Breuer relata que o fenômeno histérico desaparecia logo que, sob hipnose, ela conseguia relatar seu sofrimento. Mas, o tratamento de Ana O. lhe trouxe várias surpresas. A esposa de Breuer, ao ver a dedicação de seu esposo com a paciente ficou com ciúmes, pediu ao marido que abandonasse o caso e saíssem de viagem. Ele obedeceu ao pedido da esposa e comunicou sua decisão a Ana O. Porém, no dia seguinte, foi chamado às pressas em sua casa, pois a paciente dizia que estava grávida dele. Muito assustado com o fato, abandonou o caso e viajou com sua esposa.

Freud ficou muito interessado pelo caso de Breuer e pediu permissão para publicá-lo. Breuer aceitou a contragosto, mas deixou que Freud o publicasse. Vemos, neste caso, o fenômeno da transferência se produzir com Breuer. Ele a

hipnotizava e ela obedecia, ao mesmo tempo em que ia apaixonando-se pelo seu médico. A esse fenômeno Freud daria, anos depois, o nome de transferência e que Lacan, em seu *Seminário Livro 20: Mais, ainda* (1972-1973/1982), dirá que se trata de um amor que se dirige ao saber.

Breuer tinha muita dificuldade em aceitar que a etiologia das neuroses fosse de origem sexual. Em uma conferência, afirmou que concordava com Freud sobre a etiologia, mas tinha dificuldade em aceitar tal hipótese. Freud, ao saber desta declaração, ficou muito magoado com o amigo e começou seu processo de afastamento.

Em seu artigo a *Historia do Movimento Psicanalítico* (1914/2006, p.23) relata que um dia, andando na rua em companhia de Breuer, foram abordados por um senhor que se aproximou e dirigiu-se ao seu acompanhante. Assim que o homem se afastou, Breuer explicou-lhe que falavam de sua esposa, uma paciente que tinha doença nervosa. E em seguida comenta: "Estas coisas são sempre 'secrets d'alcôve!'. Perguntei-lhe assombrado o que queria dizer e respondeu explicando-me o termo *alcôve* (leito conjugal), pois não se deu conta de quão extraordinário o assunto de sua declaração me parecia". Percebemos claramente, aí, como Breuer não sabia a importância do que estava dizendo e que Freud, com sua genialidade, pôde escutar e fazer um bom uso: o sexual como fundamento da psicanálise.

Nessa pequena retomada histórica dos primórdios da psicanálise podemos observar como estes três médicos foram de fundamental importância na formação do jovem Freud, o fascínio que lhe causaram e o processo de elaboração que ocorria em seus métodos terapêuticos. Contudo, Freud sabia que aprendia mesmo a psicanálise através de seus pacientes, como veremos no relato de Emmy Von N., na verdade baronesa Fanny, uma rica viúva que foi sua paciente, no período de 1889 a 1890, e com a qual utilizou a técnica hipno-analítica de Breuer.

Emmy sofria de inibições espasmódicas da fala, de tiques nervosos e de alucinações aterrorizantes com ratos e cobras. No período de tratamento lembrou várias vezes de situações que a fizeram sofrer. Freud fazia-lhe muitas perguntas que eram respondidas com bastante irritação ao ponto de, certo dia, dizer-lhe rispidamente: "O senhor deveria deixar de me perguntar de onde vem isso ou aquilo e deveria me deixar simplesmente falar". Freud, como bom ouvinte e observador atento de suas pacientes, toma a frase de Frau Emy como uma grande lição: o analista deve mesmo é escutar e deixar que o paciente fale o máximo possível, sem

interromper sua fala . Não é sem razão que, em artigos posteriores, recomendava sempre a paciência como uma das mais importantes virtudes do psicanalista.

Foi no livro *A Interpretação dos Sonhos* (1900/2006) que Freud utilizou pela primeira vez o termo transferência. Contudo, não surgiu diretamente ligado ao tratamento analítico. Ele é inicialmente empregado para designar, de modo geral, a mobilidade própria que caracteriza os processos de desejo em jogo no inconsciente. Ou seja , para designar o fato de que, devido às forças da resistência, as representações de desejos infantis são obrigadas a se deslocarem para representantes substitutos do inconsciente.

Nesse sentido, durante certo tempo, Freud utilizou o termo transferência para indicar como, através de uma série de fios associativos, o desejo inconsciente é obrigado a mudar de uma representação para outra. Em sentido geral, o termo era empregado no plural para descrever o movimento próprio e característico do processo primário que reina no inconsciente.

A transferência foi assim se tornando, aos poucos, mais complexa no pensamento freudiano, adquirindo vigor e força até chegar a se constituir como conceito em torno do qual se ordena a práxis da psicanálise. Diante disso, Lacan chegou a nomeá-la como um dos quatros conceitos fundamentais da psicanálise, colocando-a como a mola mestra em torno da qual se sustenta o tratamento psicanalítico, o seu pivô. A proposição lacaniana advém da constatação de que não há experiência possível do sujeito diretamente com o inconsciente sem a presença do Outro, de que é na relação de suposição de saber que se estabelece com esse Outro que o conteúdo inconsciente pode se manifestar. É nesse sentido que podemos entender a transferência como aquilo que atualiza o inconsciente na relação analítica.

O livro *A Interpretação dos Sonhos* (1900/2006) foi a obra escolhida por Freud para inaugurar a psicanálise e demonstrar a existência do inconsciente e como ele se estrutura: os processos de pensamentos que nele têm lugar, as leis de condensação e deslocamento que regem esses processos e uma revolucionária teoria da memória inconsciente, ligada à importante noção de indestrutibilidade do desejo.

É no seu interior, também, que ele formula sua concepção estrutural do aparelho psíquico, expõe como se manifesta o desejo inconsciente e o seu deslocamento de uma representação a outra. Desse modo, esse rigoroso estudo

sobre os sonhos se mostrou fundamental para a elucidação dos processos inconscientes, da estrutura do desejo, do caráter fantasístico do qual este se reveste, bem como das resistências que contra ele se abatem.

Como dissemos acima, nesse tempo da teoria freudiana o termo transferência era utilizado no plural e servia para mostrar que o conteúdo recalcado apresentavase não diretamente, mas representado através de um discurso indireto. O que Freud pretendia era revelar como esse recalcado sempre retorna, porém transportado para outro lugar. Assim, as transferências, no sentido plural, são reedições, reimpressões das representações recalcadas que apontam a mobilidade do inconsciente, isto é, a possibilidade de as representações recalcadas darem lugar a formações diversas do inconsciente. Nesse caso específico ele opera por meio de um mecanismo central: o da troca, da substituição, da permuta, remanejamentos sucessivos no qual uma representação assume o lugar de outra na cadeia significante. Ou seja, as transferências constituem-se em novas edições do desejo inconsciente.

Ao fazer a análise dos sonhos, Freud percebeu a presença de forças resistenciais que se opunham à tradução direta do desejo que preside a formação do sonho, determinando um poderoso trabalho de deformação realizado sobre ele. Com efeito, o absurdo aparente do sonho deve-se ao fato de ele ser o veículo de um desejo recalcado que passou por todo um trabalho de distorção imposto pela resistência. Desse modo, o estranhamento do sujeito diante do inconsciente pode ser observado em qualquer uma de suas formações – sonhos, atos falhos, ditos espirituosos e sintomas.

Os mecanismos de condensação e deslocamento foram isolados, por Freud, nessa obra, como dois princípios operadores através dos quais os pensamentos inconscientes sofrem um trabalho de deformação. Nesse contexto em que os formula, ele retoma o conceito de sobredeterminação múltipla, construído no período dos *Estudos sobre a Histeria* (Freud, 1893-1895/2006), explicando que o trabalho de deformação permite a transposição do material inconsciente para outros elementos ideacionais recentes, transferindo-lhes a intensidade psíquica daquilo que é importante para aquilo que é indiferente, revelando, assim, os fios associativos que ligam os conteúdos manifestos responsáveis pela cadeia associativa dos pensamentos.

Esse trabalho de transformação ou deformação ocasionado pelos mecanismos de condensação e deslocamento sobre os pensamentos inconscientes

possibilitam sua transmissão para as cadeias de pensamentos conscientes. Como ressalta Freud, "Quando consideramos o trabalho de deslocamento nos sonhos, fomos levados a supor que as intensidades que se vinculam às idéias podem ser completamente transferidas pela elaboração onírica de uma idéia para outra". (1900/2006, p.579)

Ainda que a transferência tenha sido introduzida no marco das elaborações efetuadas sobre o papel do deslocamento no trabalho do sonho, podemos observar que este conceito não poderia ter sido elaborado por Freud, antes de já terem sido trabalhados os conceitos de deslocamento e condensação. Com efeito, é o movimento próprio dos processos inconscientes que se encontra como fundamento da transferência analítica.

Logo após a teoria dos sonhos, Freud apresenta-nos um caso clínico de fundamental importância para o avanço da construção do conceito de transferência, ao mesmo tempo em que atende ao desejo do pai da psicanálise em confirmar sua teoria dos sonhos como via régia para o inconsciente. Trata-se do caso Dora. Nele, Freud analisa dois sonhos produzidos pela sua jovem analisante que, segundo ele, era hábil em analisar seus próprios sonhos. A ideia era, como dissemos, reafirmar sua tese do sonho como realização do desejo, como bem nos indica a citação a seguir:

Não obstante, ao publicar este trabalho, embora incompleto, tive em mente dois objetivos. Em primeiro lugar, desejava complementar meu livro sobre a interpretação dos sonhos provando como uma arte, que de outro modo seria inútil, pode tornar-se responsável pela descoberta das partes ocultas e reprimidas da vida mental. (Incidentalmente, no processo de análise dos dois sonhos examinados na obra, foi comentada a técnica de interpretação onírica, que é semelhante à da psicanálise). Em segundo lugar, gostaria de incentivar o interesse por todo um grupo de manifestações que a ciência ainda ignora inteiramente, pois só podem ser compreendidas através da utilização do aludido método (FREUD, 1905/2006, p.111).

Com o fracasso no manejo do tratamento de Dora, Freud aprende muitas coisas, sobretudo sobre a transferência não mais como simples transporte, mas também como diretamente relacionada ao tratamento. O fracasso desse tratamento, como sabemos, foi o desconhecimento de Freud sobre essa outra dimensão da transferência. Apesar de dizer textualmente da impossibilidade de abordar esse tema nessa oportunidade, escreve um *Pós-Escrito* no qual tece vários comentários sobre o tema, dando-lhe, inclusive, uma definição precisa:

Que são transferências? São as novas edições, ou fac-símiles, dos impulsos e fantasias que são criadas e se tornam conscientes durante o andamento da análise; possuem, entretanto, esta particularidade, que é característica de sua espécie: substituem uma figura anterior pela figura do médico . Em outras palavras: é renovada toda uma série de experiências psicológicas, não como pertencentes ao passado mas aplicadas à pessoa do médico no momento presente (FREUD (1905/1973, p. 113).

Esta definição é fundamental para se compreender o fenômeno transferencial na relação analítica, espaço propício para a atualização das fantasias na medida em que o analista é investido de afeto pelo sujeito em análise. Freud comenta como essa relação suscitou em Dora fantasias relacionadas às figuras parentais e que, ao colocá-lo no lugar de pai, tornara-se também depositário de toda a ambivalência amor-ódio destinada originalmente ao seu genitor: a jovem tomava seu pai como uma figura exemplar, inteligente, bem sucedida etc, ao mesmo tempo em que tinha dificuldade em acreditar nele, devido ao fato de ter-lhe omitido seu romance com a senhora K.

Para Freud, o próprio tratamento suscita esse fenômeno, uma vez que o médico, ao se colocar na posição de ouvinte, falando pouco e escutando com interesse o que lhe é relatado, contribui involuntariamente para que fantasias sobre sua pessoa possam surgir. Desse modo, "a transferência, que parece predestinada a agir como maior obstáculo à psicanálise, torna-se seu mais poderoso aliado, se sua presença puder ser detectada a cada vez, e explicada ao paciente" (FREUD, 1905/2006, p. 113).

Essa citação freudiana faz clara alusão à necessidade do clínico poder manejar a transferência que paradoxalmente tanto pode viabilizar como impedir o processo analítico. Ao mesmo tempo pode revelar-se num sério obstáculo ao tratamento ou num poderoso aliado do psicanalista. Tudo vai depender de como o analista vai manejar esse fenômeno, tarefa nada fácil na direção do tratamento.

O caso Dora é, nesse sentido, um dos marcos da história da psicanálise, pois é o momento onde Freud se dá conta da complexidade da questão transferencial: "vi-me obrigado a falar de transferência, pois somente através deste fator posso elucidar as peculiaridades da análise de Dora" (FREUD, 1905/2006, p. 115). Contudo, só se deu conta disso depois que Dora abandonou o tratamento, o que o fez rever suas intervenções e posições tomadas em relação a ela.

A partir dessa rápida alusão ao Caso Dora, podemos afirmar que todos os grandes casos clínicos publicados por Freud são um curso condensado sobre a técnica psicanalítica. Técnica aqui se confunde, na verdade, com Ética. A ética da psicanálise. Uma ética do bem-dizer, como bem definiu Lacan. Como bem disse Peter Gay (1989: 274), a história das recomendações freudianas aos psicanalistas durante quarenta anos é um estudo sobre o cultivo da passividade alerta. Desde os primórdios da psicanálise até sua velhice, encontramos um Freud a ocupar-se da "arte do psicoterapeuta": em 1895 nos *Estudos sobre a histeria*, até seus últimos artigos sobre a técnica, a saber, *Análise terminável e interminável e Construções em análise*, ambos de 1937.

Em seu artigo *A psicanálise selvagem* (1910), escrito um ano antes dos chamados escritos técnicos, Freud ataca o uso abusivo e descuidado do vocabulário psicanalítico que se tornaria moda nos anos 20. Nesse artigo ele relembra o atendimento de uma mulher de 50 anos, recém-divorciada, que começa a apresentar crises de angústia e procura um jovem médico. De imediato este lhe diz que seus sintomas eram causados por uma necessidade sexual e lhe oferece três soluções para tentar recuperar a saúde: voltar para o marido, arranjar um amante ou se masturbar. Não satisfeita com as sugestões do médico, a mulher resolve procurar Freud, que seria o responsável por tais ideias. Furioso, Freud, mesmo sabendo que os analisantes não são os informantes mais fiéis, ele resolve fazer algumas advertências (GAY, 1989, p.274):

- a. O jovem médico, psicoterapeuta amador, havia ignorantemente pressuposto que os psicanalistas compreendem o sexual exclusivamente como coito, ao invés de um domínio muito mais amplo e diferenciado de sentimentos conscientes e impulsos inconscientes;
- b. Seus erros técnicos eram mais graves que seus erros diagnósticos: é uma grosseira distorção do processo analítico pensar que o simples fato de dizer ao paciente o que parece estar errado vá trazer a cura, mesmo que o diagnóstico esteja correto;
- c. Tentar surpreender o paciente com segredos adivinhados numa primeira consulta é tecnicamente questionável. A técnica deve servir para superar resistências e não para reforçá-las. Nesse caso, ela se volta contra o próprio analista, trazendolhe a "inimizade sincera" do paciente, perdendo qualquer influência que poderia ter tido;

d. Antes de arriscar qualquer tipo de comentário analítico, deve-se conhecer muito bem os preceitos psicanalíticos. Estes ocupam o lugar da virtude que é "o discernimento do médico";

Ainda que modesto em relação às expectativas terapêuticas, Freud tinha grandes ambições em relação à psicanálise e nunca estava satisfeito. Contudo, no fim da vida já se indagava se os medicamentos químicos não poderiam no futuro dispensar o trabalhoso processo analítico de fala. Porém até esse dia chegar, acreditava ele, o encontro analítico continuaria a ser a via mais confiável para sair do sofrimento neurótico.

Entre 1911 a 1915, o pai da psicanálise produziu uma série de artigos técnicos com o objetivo de impedir as análises selvagens e codificar o que aprendera durante sua prática clínica. Tinha planos ambiciosos com este estudo, o de formar uma Metodologia Geral da psicanálise, conforme anunciou no Congresso de Psicanálise de Nürnberg. Para tanto, iria tratar da interpretação, da transferência e dos outros elementos da situação clínica. O primeiro deles, *O manejo da interpretação dos sonhos*, foi publicado em 1911. Os outros artigos sobre a técnica, meia dúzia, foram publicados nos anos seguintes. Antes mesmo de escrevê-los, profetizou a Ferenczi: "Creio que a metodologia deve se tornar muito importante para aqueles que já fazem análise" (GAY, 1989, p.275)

Dentre os artigos técnicos, vamos nos debruçar sobre aqueles que tratam diretamente da transferência. Assim, iniciaremos nossos comentários sobre um dos mais importantes, a saber, a *Dinâmica da Transferência*, publicado em 1912. Esse artigo faz uma análise teórica do fenômeno da transferência e de como ele funciona no tratamento analítico.

Freud começa o artigo discorrendo sobre a vida erótica do sujeito e as suas vivências nos primeiros anos de vida. Alerta que essas experiências primordiais vão marcar a vida psíquica do sujeito e sua relação com o outro. Nesse sentido, caso a necessidade de amar do sujeito não tenha sido inteiramente satisfeita pela realidade,

ele está fadado a aproximar-se de cada nova pessoa que encontre com idéias libidinais antecipadas. Assim, é perfeitamente normal e inteligível que a catexia libidinal de alguém que se acha parcialmente insatisfeito, uma catexia que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do médico (FREUD, 1912/1973, p. 133).

Como Freud deixa entrever, há no sujeito neurótico uma predisposição a se ligar a uma pessoa que esteja próxima. Logo, ao procurar uma análise, portará consigo essa tendência, na maioria das vezes, a se ligar à figura do analista. Nessa relação analítica entrarão em cena as *imagos* paternas, maternas e fraternas que o futuro analisante vai vivenciar nessa relação com o analista. Não se trata, obviamente, de uma ligação apenas a nível consciente, mas sim inconsciente. É fundamental que o clínico não ignore isso, uma vez que "a transferência, no tratamento analítico invariavelmente nos aparece, desde o início como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e a persistência da transferência constituem efeito e expressão de resistência" (FREUD, 1912/1973, p. 139).

Freud adverte que a transferência no tratamento analítico está presente desde o início e que ao mesmo tempo em que ela viabiliza o tratamento pode, do mesmo modo, transformar-se em resistência. As resistências revelam elementos importantes do conflito psíquico que deu origem ao recalcamento e o fez retornar como sintoma. Analisar e manejar a transferência supõe acolher as resistências. Como assevera Maurano: "A análise da transferência é a condição para o progresso do tratamento psicanalítico" (2006, p.19).

Há, segundo Freud, dois tipos de transferência: uma amorosa e outra hostil. A transferência amorosa ou positiva diz respeito aos sentimentos amistosos e simpáticos em relação ao analista e produz elementos não só mais fáceis de serem manejados por ele, como também facilitadores do tratamento. A chamada transferência negativa ou hostil, por sua vez, engloba os sentimentos hostis em relação ao analista e são mais difíceis de serem manejados. Freud comenta que Bleuler adotou um excelente termo chamado "ambivalência", que o ajudou a nomear estes sentimentos contraditórios. E afirma que: "a ambivalência nas tendências emocionais dos neuróticos é a melhor explicação para sua habilidade em colocar as transferências a serviço da resistência" (FREUD, 1912/1973, p.142).

Como avançar em um tratamento quando isso acontece? Não podemos esquecer que o amor e o ódio são a face de uma mesma moeda. O analista não

pode recuar perante esses afetos, mas sim buscar estratégias para que o trabalho possa se dar. Não é raro nos depararmos na clínica com sujeitos, em plena transferência amorosa, que só querem falar de seu amor pelo analista. Sobre esses impasses da transferência, Freud assevera que:

Esta luta entre o médico e o paciente, entre o intelecto e a vida instintual, entre a compreensão e a procura da ação, é travada, quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência. É nesse campo que a vitória tem de ser conquistada — vitória cuja expressão é a cura permanente da neurose (FREUD, 1912/1973, p.143).

Como podemos observar, com esta citação, o fenômeno transferencial possui dupla face e exige que o analista crie estratégias para driblar as armadilhas que se colocam cotidianamente na clínica para que se possa alcançar êxito com o tratamento.

Relataremos agora fragmentos de um caso de nossa clínica. Érico é um jovem de 35 anos, professor da rede pública, que veio procurar-nos após um "ataque de agressividade e impaciência com os alunos". Conta-nos, na primeira entrevista, que isso nunca havia ocorrido-lhe antes, apesar de já ter consultado, tempos atrás, um psiquiatra que lhe prescreveu um antidepressivo durante um bom período e que nessa mesma ocasião tentou uma terapia junguiana. Mostra-se bastante solícito, fala com desenvoltura e é bastante sedutor. Relata-nos que tem uma relação muito boa com o pai e um casamento feliz. Queixa-se que tem trabalhado muito ultimamente, praticamente os três turnos, e ainda resolveu aceitar um trabalho voluntário em um grupo religioso do qual participa aos domingos. Sente-se triste e sem energia nos últimos meses, pensa tratar-se de uma depressão e nos diz: "Sei que o senhor é psiquiatra. Não seria o caso de me prescrever alguma medicação?". Pedimos a ele que falasse mais sobre o que estava lhe ocorrendo e sobre essa medicação que supunha precisar.

Érico inicia sua terceira entrevista dizendo: "Tive um sonho em que o senhor estava presente. Eu estava brincando de skate em frente ao meu prédio com uns amigos. Quando o vi, o senhor estava a me observar e me convidou para entrar". Acha muito curioso ter sonhado conosco já no terceiro encontro e perguntanos: "Será que já é a famosa transferência?". Convidamos-lhe a falar mais, ao que responde: "Não entendo muito destas coisas, li pouco Freud, mas aqui falando com o senhor eu me senti muito bem, até fiquei mais calmo e fico sempre pensando nas perguntas que o senhor me faz".

Escolhemos esse recorte clínico para ilustrar aquilo que Freud apontava desde seu artigo *A dinâmica da transferência* (1912/2006), a saber, que a transferência já está posta desde o início e que cabe ao analista manejá-la de modo a que ela de fato se estabeleça para que o tratamento se dê. Ao relatar o sonho com o seu analista, Érico revela como este já está presente em sua economia psíquica, que a transferência está estabelecida e que o analista pode localizar o lugar em que está sendo colocado nessa relação. É porque o analista passa a fazer parte da economia psíquica do sujeito em análise que Lacan sabiamente dirá que, em última instância, o analista é uma formação do inconsciente, exatamente como o sonho, o chiste, os atos falhos e o sintoma.

#### 2.2. A TRANSFERÊNCIA EM LACAN

Lacan, desde o início do seu ensino, chamou a atenção de todos com seu importante movimento chamado "retorno a Freud". Movimento de extrema importância que tentava resgatar o rigor conceitual freudiano do qual os analistas da IPA estavam se distanciando cada vez mais. Lacan dizia que sua "bandeira de luta" era este movimento, uma convocação aos psicanalistas para que retomassem novamente Freud e seu ensino. Freudiano, por excelência, Lacan não cessou de afirmar isso em seu ensino e em sua transmissão. Certa vez disse em um seminário a seus ouvintes e discípulos: "Venho aqui antes de lançar minha Causa Freudiana ... depende de vocês ser lacanianos, se quiserem: eu, de minha parte, sou freudiano (Lacan, 1980).

Nos dez primeiros anos de seus seminários, Lacan fez uma releitura dos textos de Freud em alemão sem saber falar a língua germânica. No ano de 1953, quando proferiu sua conferência intitulada "O simbólico, o imaginário e o real" na Sociedade Francesa de Psicanálise, começou a construir os conceitos que foram a ferramenta com as quais trabalhou a obra freudiana de maneira original e genial.

Em 1964, Lacan foi proibido, como didata, de participar da formação dos analistas da IPA. A justificativa dada foi a de que as sessões de tempo variável, adotadas por ele, não seriam compatíveis com os ensinamentos de Freud. Assim, proibiram seu seminário e o suspenderam do quadro de analistas formadores da

Instituição. Lacan denomina este período de excomunhão. Ele faz um comentário a esse respeito em seu seminário XI: "Trata-se, portanto, de algo que é propriamente comparável ao que se chama, em outros lugares, excomunhão maior. Esta, ainda, nos lugares em que este termo é empregado, jamais é sem possibilidade de retorno" (LACAN, 1988, p.11).

Mas, o que é excomunhão? É uma punição religiosa utilizada para se retirar ou suspender um crente de uma filiação ou comunidade religiosa. Não é à toa que Lacan faz uma alusão a uma comunidade religiosa. Porém, existe um detalhe importante: para se sair do estado de excomunhão na Igreja Católica, é necessário que o mesmo procure um padre, confesse seus pecados e se arrependa. Lacan nunca fez isso, nunca retornou à IPA, nunca confessou seu arrependimento. Mas, em resposta à sua excomunhão, fundou a Escola Freudiana de Paris e mudou o nome de seu seminário de "Os Nomes do Pai" para "Os Quatro Conceitos fundamentais da Psicanálise" que são: o inconsciente, a repetição, a transferência e a pulsão.

Um dos conceitos de fundamental importância para compreendermos a transferência em Lacan é o conceito de Sujeito Suposto Saber. Ele afirma em seu seu Seminário Livro 11...(: "desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber – que eu abreviei hoje no alto do quadro por S.s.S – há transferência" (LACAN, 1988, p.220). Com esta afirmação, ele nos chama a atenção para este conceito. O analista vai ocupar este lugar de Saber para o analisando; este lugar de Outro para o analisando. Ao procurar o analista para falar de seus sofrimentos, o analisando vai em busca de um saber sobre seu sofrimento e, ao mesmo tempo, espera que o analista lhe dê uma resposta sobre o que lhe acomete. O analista responde, de outro lugar, a essa demanda, pedindo que o futuro analisando continue falando sem nada omitir-lhe do que lhe vier à cabeça, mesmo as aparentes "bobagens". Esse convite à livre associação favorece a construção do S.s.S. A esse respeito, Ferreira afirma que:

Nomeemos então, o sujeito suposto saber: amor de transferência, amor como sinônimo de paixão ardente, inflamável e abnegada, e que possui a mesma estrutura da paixão e inclui a suposição de um saber sobre si mesmo no outro (2005, p.89).

Como a autora acima comenta, este amor de transferência, amor como paixão ardente, que possui a mesma estrutura da paixão e que inclui a suposição de

um saber sobre si mesmo, podemos chamá-lo de sujeito suposto saber. E é nesta colcha de sentimentos que a transferência é construída: primeiro, amando a figura do analista; depois, buscando nele o sentido do seu sofrimento.

É importante que o analista saiba manejar este lugar e não responder do lugar da mestria. Pois, como sabemos, quem vai trabalhar mesmo numa análise é o analisando, já que o saber está no inconsciente, e ele vai ter acesso ao inconsciente através de sua fala. O analista, portanto, vai ajudá-lo a se escutar. O inconsciente está na fala do analisando. Como afirma Ferreira:

Já vimos que o analista ocupa o lugar do Outro para o analisando. Exatamente por ter sido situado nesse lugar, o analista se apresenta como alguém muito especial. Ingressemos no transitivismo do imaginário, reino do ideal, em que o sujeito suposto saber se sustenta na promessa de uma revelação. O equívoco que se produz aí, sob a forma de ilusão, é estrutural porque remete à matriz especular da formação do eu. O psicanalista tomado como Outro, como sujeito suposto saber, é o mestre que contém a chave do enigma do desejo, e por esse motivo é amado com fervor (2005, p.90).

Além do conceito de S.s.S., Lacan também formulou o conceito de retificação subjetiva. Trata-se de um tipo de interpretação que promove no tempo preliminar a análise um reposicionamento do sujeito em relação ao seu sintoma, ao seu sofrimento.

O vocábulo retificação, segundo o Dicionário Aurélio (1986, p.1500), designa correção e emenda. Lacan (1998, p.602), em seu texto "A direção do tratamento e os princípios de seu poder", retoma um dos casos clínicos de Freud para melhor esclarecer seu conceito:

outro exemplo notório é quando ele obriga Dora a constatar que, da grande desordem do mundo de seu pai, cujo estrago constitui o objeto de sua reclamação, ela faz mais do que participar; que ela se constitui a cavilha dessa desordem, e que não poderia continuar com sua complacência (LACAN, 1998, p. 602).

Como sabemos, Dora queixava-se incessantemente de seu pai, a Freud, sem jamais se implicar naquilo de que se queixava. Em um determinado dia ele indaga-lhe sobre sua implicação nessa história, sobre o que tinha dela nisso. Lacan (1998:602), grande leitor do texto de Freud, não desperdiçou essa intervenção e extrai dela suas consequências: "há muito tempo tenho enfatizado o processo hegeliano dessa inversão das posições da bela alma quanto à realidade que ela denuncia. Não se trata de adaptá-la a esta, mas de lhe mostrar que ela está mais do que bem adaptada nela, uma vez que concorre para sua fabricação".

Consideramos esse um excelente e esclarecedor exemplo de retificação subjetiva. Como podemos depreender dele, o sujeito neurótico sempre se queixa de todo mundo, ele é a própria vítima dos acontecimentos da vida. E queixar-se é um dos prazeres da sua existência. Dora fazia isso o tempo todo, era uma eterna insatisfeita, uma "bela alma", vítima de tudo e de todos. Contudo, o que se espera de um analista é que produza atos, que promova retificação subjetiva.

Como assevera Miller, "o ato analítico consiste em implicar o sujeito em seu queixume, em seu próprio motivo de queixar-se" (MILLER, 1997, p. 225). Implicar-se em suas questões é uma das consequências da análise e, para que isso ocorra, é necessário que o processo transferencial tenha se dado e que o analista saiba manejá-lo.

Depois de apresentar o conceito de transferência em Freud e em Lacan, abordaremos, a seguir, a importância da transferência nas Entrevistas Preliminares.

O momento das entrevistas preliminares, como foi dito no capítulo anterior, é um período prévio à entrada em análise. Esse prévio significa que a transferência imaginária ocorre muito antes do candidato à análise chegar ao consultório para uma primeira entrevista. Certa vez chegou-nos uma pessoa, para a primeira entrevista, que foi logo dizendo: "Conheço algumas pessoas que são suas amigas e sempre dizia a elas: não quero muito papo com ele, quero é fazer análise com ele". E, assim ocorreu, chegou já nos colocando nesse lugar de analista: "Vim aqui para falar de uma relação que me faz sofrer muito, mas ao mesmo tempo não consigo me livrar dela. Por último, dei até um tapa na cara dele. Há muito tempo queria começar minha análise começando a falar deste impasse que estou vivendo. Fico com esse texto martelando na minha cabeça, mas agora vou falar". Por um instante, pensamos até em convidá-la para o divã, mas não o fizemos, afinal estávamos no primeiro encontro, nas entrevistas preliminares.

Com esse recorte de entrevista preliminar podemos observar como a transferência vai se processando antes mesmo do encontro real com o analista. Não há nada estandartizado na psicanálise, o que não significa que ela não tenha rigor. É preciso acolhermos o inusitado da clínica, mas sem nos afastarmos da ética que funda nosso campo analítico.

Em outras situações, a transferência não aparece assim tão explícita. De qualquer modo, evidente ou não, ela precisa ser estabelecida como condição para que uma análise possa acontecer. As entrevistas preliminares, como aprendemos

com Freud, é o solo fértil para semear esse processo que vai pouco a pouco brotando, ajudado pela regra fundamental, isto é, a livre associação.

Como Freud comenta em seu artigo "Sobre o início do tratamento" (1913), esta disposição do analista em estimular a fala do futuro analisante e ficar atento ao que ele diz ajuda nesse processo de construção. Essa, por sua vez, se dá através da fala do analisando, ao começar a se questionar sobre a função do que lhe acomete em sua vida e, aos poucos, ir situando-se frente ao que lhe faz sofrer. Pois, no início das entrevistas preliminares, o futuro analisando vem apenas para se queixar e encontrar uma solução para seu sofrer, como se o analista pudesse dar uma palavra que resolvesse toda sua existência.

Estabelecida a transferência, podemos convidar o analisando para o divã, apontando, assim, o fim das entrevistas preliminares, indicando a entrada em análise. Freud az um comentário em relação a esse dispositivo em seu artigo "Sobre o Início do Tratamento" (1913/2006, p.176):

Atenho-me ao plano de fazer com que o paciente se deite num divã, enquanto me sento atrás dele, fora de sua vista. Esta disposição possui uma base histórica: é o remanescente do método hipnótico, a partir do qual a psicanálise se desenvolveu. Mas ele merece ser mantido por muitas razões. A primeira é um motivo pessoal, mas que outros podem partilhar comigo. Não posso suportar ser encarado fixamente por outras pessoas durante oito horas ou mais por dia.

Podemos observar, através desse comentário, que Freud convidava o analisando a ir para o divã, após um período prévio à análise, com o intuito de retirálo do seu campo de visão para que o mesmo pudesse voltar-se para si mesmo e não ficar influenciado pelas reações fisionômicas do analista. Isso remete à pulsão escópica em que o analisando, no inicio do tratamento, procura, insistentemente, o olhar do analista, sua expressão facial etc. Este gozo do analisando deve ser barrado, colocado em abstinência. A passagem ao divã tem, assim, efeito de corte. Contudo, não podemos esquecer que a psicanálise não é uma cartilha técnica. O divã, como dissemos, é um dispositivo clínico. Não significa dizer que só há análise se o analisando estiver deitado nele. O divã tem suas indicações; não é para todos.

A experiência clínica nos ensina que alguns analisandos não suportam ir para o divã; outros, em momentos de angústia, não conseguem permanecer deitados. E o que dizer dos paranoicos então? Tomemos, como exemplo, um recorte de nossa clínica: Maria chegou-nos queixando-se de que não consegue se realizar no trabalho. Há momentos em que gosta de ser advogada, em outros, não. Gostaria

mesmo era de ser bailarina, trabalhar com arte, "mas não posso, minha mãe me diz que tenho que ser prática, deixar de viajar na maionese".

Em determinado período, a convidaram para um novo trabalho do qual gostou muito. Era algo que envolvia direitos humanos e que, posteriormente, causou-lhe bastante angústia, ao que disse na sessão: "Não consigo ficar no divã, vou enlouquecer. Não aguento ficar falando sem lhe olhar, vou voltar para a poltrona". E assim o fez, não sem antes falar um pouco sobre essa decisão . Não mantivemos uma postura rígida, permitimos-lhe a volta para a poltrona. Um analista desavisado que tomasse o divã não como um, mas como o dispositivo da análise, teria provocado a interrupção desse trabalho que se configurou para essa jovem de extrema importância ao longo do seu percurso.

Na sessão seguinte ela trouxe seu cachorrinho dizendo-nos: "meu cachorrinho tem duas funções: ele me acalma e sabe dos meus segredos". A partir daí continuou sua análise não mais no divã e sim na poltrona. Com o passar do tempo foi trabalhando suas dificuldades e a angústia foi diminuindo. Um dia, perguntou: "posso deitar novamente?". Respondi que sim. Deitada, comenta: "divã não é para todo mundo, é preciso ter coragem para deitar e ao mesmo tempo é preciso muito tempo de análise para deitar".

Por fim, essa analisanda confirma bem, aquilo que tanto Freud como Lacan sempre apontaram: aprendemos mesmo como funciona a psicanálise é com os nossos analisandos, no cotidiano da clínica.

#### 3. DIAGNÓSTICO: DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE

O efeito paradoxal do retorno da psiquiatria à medicina (...) e o avanço da biologia, é precisamente este: longe de reintegrar simplesmente a doença mental na ciência e solucionar o problema, esse retorno torna manifesta a fabricação de novas formas para o patológico (...) Vemos aparecer uma classificação estranha por sua extensão (LAURENT, 2000, p. 8-9).

#### 3.1. A CLÍNICA: TRILHAMENTOS HISTÓRICOS

No final do século XVIII e início do século XIX, deu-se a formação da clínica moderna, correspondendo a uma composição de práticas, discursos e dispositivos heterogêneos. Ela não se formou em torno de um objeto comum, o corpo e suas doenças, mas em resposta às demandas sociais provenientes dos sistemas religioso, normal e jurídico, por um lado, e dos saberes empíricos, institucionais e teóricos da medicina, por outro. A clínica é formada pelo encontro de duas figuras importantes: o médico (estudioso da anatomia, teórico do funcionamento do corpo, servidor de famílias ricas) e o cirurgião (curandeiro, prático, cirurgião, barbeiro errante). A clínica é a junção de dois lugares: a universidade e o hospital. A separação entre especialistas em métodos de tratamento e interessados no método de investigação caminha para uma dupla origem da clínica clássica. A primeira está mais ligada ao problema da eficácia do tratamento, enquanto a segunda está voltada à observação e à fundamentação de um saber sobre o mal-estar e o sofrimento. A junção entre essas duas vertentes é contemporânea de uma mudança no estatuto da medicina. Segundo Foucault, "o nascimento da clínica é, antes de tudo, um acontecimento na paisagem de medicina social" (2011, p. 149).

Na Prússia, no início do século XVIII, houve um grande empreendimento estatal, o qual se estendeu para o resto da Europa. Consistia numa política de controle dos nascimentos, das mortes, das epidemias e endemias e um sistema inédito de normalização da prática que atinge suas corporações e as universidades. O modelo dessa normalização do médico aponta o bem sucedido modelo de formação de um exército profissional, no qual a Prússia foi também pioneira.

Secundariamente, essa normalização é aplicada à relação entre médico e paciente. Daí surgiram os funcionários médicos e o controle administrativo da profissão, como também uma polícia médica responsável pelo mapeamento e pelo controle de circulação das pessoas, e um controle relacionado aos pobres, cuja condição era associada à falta de higiene, à hiperconcentração e à insalubridade. A medicina social estava ligada a um empreendimento de engenharia das populações.

Esse programa é responsável pela concentração crescente de massas de doentes nos hospitais, exigindo novas estratégias de poder para sua administração e seu controle. O surgimento da medicina social é contemporâneo do renascimento da clínica, mas isso não significa que estejam ambas regidas pelo mesma estratégia de biopoder. A medicina deixa assim de ser apenas um corpus de técnicas e saberes necessários à cura. Agora ela prescreve o homem saudável como o homem modelo. (FOUCAULT, 2011, p.179).

Na clínica, é importante a diferença entre sintoma e signo. Na sua compreensão antiga, o sintoma apontava um estado mórbido a ser decifrado, mas não necessariamente uma morbidez do corpo. "Daí que seu deciframento implicasse numa espécie de partilha entre o natural e o sobrenatural, entre o sofrimento necessário e o contingente, entre o mal-estar social e o individual" (FOUCAULT, 2011, p. 179). A diferença entre o mal-estar do corpo e da alma fazia parte desta partilha, mas não era a mais importante nem a única possível. Com o surgimento da clínica clássica, no século XVIII, esse método da partilha é alterado. Sendo assim, o sintoma fica mais próximo da linguagem antes de ser recortado em unidades significantes. Há então no sintoma uma mistura de mal-estar e sofrimento que se expressa em uma narrativa. Está transformado num sintoma, no sentido estrito, pela operação clínica do olhar. Este olhar está ligado à semiologia clínica, onde se deve incluir uma sensibilidade a este olhar. É ele que permitirá uma acuidade, golpe de vista clínico, a valorização do pequeno detalhe distintivo, não se tratando de um olhar mecânico, mas de uma experiência. Pois, a semiologia nada mais é do que sinais de uma determinada doença, uma prática de leitura que, associada a este olhar, vai ajudar o clínico na hipótese diagnóstica.

A semiologia é uma prática de leitura, o diagnóstico é um ato. Ele presume uma organização estável de semiologia, a saber: a nosografia. O diagnóstico implica capacidade de discernimento a respeito do valor e da significação de um conjunto de

signos quando estes aparecem de forma simultânea ou sucessiva na particularidade de um caso.

Diante do exposto, poderíamos resumir dentro deste processo de evolução da médica dois momentos bastante diferentes e significativos para compreendermos as práticas diagnósticas contemporâneas: no primeiro momento, vimos que a clínica médica se dirige a um sujeito, e não a um corpo doente, ou seja, ela pressupunha algum saber do lado do doente e não apenas do lado médico. Esse momento da clínica antiga, ao qual Freud se filia para fundar a psicanálise, pode ser traduzido ou representado através da seguinte pergunta do médico dirigido ao paciente: o que tu tens? O que te acometes? Já o segundo momento, marcado pelas mudanças históricas relatadas acima, promove uma subversão nessa relação entre o médico e o paciente. A partir de agora, o saber encontra-se totalmente do lado do especialista. A pergunta que bem definiria esta mudança ou subversão seria: onde lhe dói? Esta dor, então, passa a ser relatada de forma descritiva com os mínimos detalhes. Quando foi que começou? A que horas aparece? Associado a isto, o olhar começa a ter um papel importante. O observador, o médico, começa também a descrever o que vê no paciente, a descrever os fenômenos que vê. Então, a clínica passa a não mais valorizar o saber do doente e sim a querer catalogar dentro de um padrão estabelecido o que o doente tem.

# 3.2. DA PSIQUIATRIA PSICODINÂMICA À PSIQUIATRIA BIOLÓGICA: DE HENRY EY A KAPLAN

No século XIX, viu-se surgir certa autonomia de inúmeras especialidades clínicas, cada qual com seu objeto definido e pela maneira como particularizava a estrutura da clínica, seus objetos e suas operações. Além do mais, cada especialidade devia conjugar a experiência e a estrutura clínica com a positivação social de sua prática no campo mais extenso da ordem médica. Neste sentido, uma especialidade como a epidemiologia segue uma estratégia discursiva completamente diferente da obstetrícia ou da pediatria.

O caso da psiquiatria representa uma grande dificuldade neste movimento de especialização. Assim como a biologia de Lineu classificava as espécies, e a química de Mendeleiv classificava os tipos de átomos; trata, então, de estabelecer os limites e as condições de uma semiologia da loucura. Clínicos como Esquirol, Kraepelin e Charcot tomaram para si esta tarefa, que com o passar do tempo tornouse árdua e quase impossível.

Uma das dificuldades consistia no fato de que os principais fenômenos que, agrupados, formariam as espécies da loucura, são expressos não apenas pela linguagem, como a dor, nem mesmo definidos na linguagem, como as afasias, mas definidos essencialmente pelo uso intersubjetivo da linguagem. Dizendo de outro modo, a realidade do delírio é uma realidade linguística; ele é composto por palavras, não por tecidos ou hematomas. A totalidade na qual o delírio se inclui não é a totalidade fechada do corpo, mas o universo aberto das significações. Como constituir uma semiologia que não fosse mera convenção moral ou abstração relativa ao universo de significações do próprio clínico? Caso isso fosse possível, seria necessário construir uma espécie de anatomia universal dos modos de produção da significação. O pensamento, a imaginação, a memória, a atenção, a consciência surgem aqui como figuras de um vocabulário que permite fixar as espécies clínicas a alguma objetividade. Entretanto, essas faculdades mentais não têm as mesmas propriedades ontológicas dos tecidos, sejam eles visíveis ou não. Processos abstratos como esses sugerem, assim, uma espécie de reprodução artificial da totalidade, um análogo do corpo orgânico. Uma espécie de corpo psíquico para as quais se poderia conduzir pelas mesmas leis de funcionalidade, homeostase e equilíbrio postulados para o funcionamento dos tecidos.

Entretanto, essa abstração possuía uma grande dificuldade, não era visível. O que dela se poderia apreender eram apenas outras inflexões da substância linguística ou comportamentos cuja significação era igualmente aberta. Dizendo de outra forma, a semiologia que a psiquiatria precisa construir como clínica é expressa numa metalinguagem. O impasse se dá em como passar da substância narrativa, na qual se expressa o sofrimento, para a substância descritiva, na qual se define o sintoma.

A clínica começa pela atividade de descrição que mapeia regularidades e diferenças. Se no plano da classificação, a semiologia encontrava problemas, no plano do ordenamento dos signos as dificuldades não eram menores. A história da

doença confunde-se com a história do doente. Esta história não é mais uma sucessão de signos, mas uma narrativa, que possui determinadas regras para ser construída ou interpretada, as quais são essencialmente diferentes das regras de composição de uma descrição.

Esta dificuldade semiológica explica por que a clínica do século XIX foi marcada pelo conflito entre diferentes tradições descritivas, originadas em diversas maneiras de conceber a matriz interpretativa do universo de significações trazida pela loucura. Estratégias como um objetivo de fornecer uma referência na qual se poderia deduzir o desvio tinham um princípio comum: a anátomo—patologia de Claude Bernard. Entretanto, isso é diferente de provar a realização deste princípio, segundo uma etiologia própria de modo a constituir uma especialidade. Ao contrário dos fenômenos da clínica clássica, que encontravam sua estabilidade pelo acesso ao olhar, as figuras clínicas da loucura se definiam por fatos de linguagem, como tais, invisíveis. As diferentes apresentações delirantes, as alucinações, a melancolia e a mania são indissociáveis da maneira como o paciente usa sua fala. Fora deste referencial, elas seriam descritas como aceleração ou lentificação na emissão de palavras, agitação ou paralisia dos movimentos, alteração dos sistemas sensoriais, e transtorno do sono ou alimentação.

Victor Kandinsky (1880), através da experiência de descrever fidedignamente seu próprio processo alucinatório, constatou que as alucinações não são vividas como externabilidade objetiva, como nas ilusões, nem como externabilidade subjetiva, tal como nos sonhos. Ao contrário, elas são vivências sensoriais internas que não implicam em nenhuma alteração da consciência e são totalmente involuntárias. Isso foi determinante para que se pudesse, finalmente, formular uma clara concepção da alucinação não mais como fato da lógica do fenômeno, mas sim da lógica da aparência.

Graças a isso, os grandes representantes da psiquiatria clássica, Seglas, Clérambault e Henri Ey, puderam tomar e descrever os automatismos mentais como núcleo central da psicopatologia. Nesse sentido, os automatismos mentais e, claro, os fenômenos elementares, tornaram-se a regularidade diacrônica descrita no campo da psiquiatria. Dito de outro modo, eles necessariamente se dão antes do surgimento de outros sintomas.

Talvez sem essa formulação, Jaspers não pudesse ter jamais conseguido chegar à proposição de uma psicopatologia sustentada na noção de

intencionalidade frente às diversas formas de compromisso, deslocamento e conluio entre a psiquiatria e as distintas filiações da psicologia e da psicanálise.

# 3.2.1. DIAGNÓSTICO EM PSIQUIATRIA: MODELO DE HENRY EY

Henry Ey foi um psiquiatra francês que ainda ocupa lugar de grande importância na história da psiquiatria francesa e mundial. Foi colega de residência de Lacan no Hospital Sainte Anne, em Paris, nos anos 30. Em 1933 assumiu a direção do hospital psiquiátrico, de Bonneval, onde praticava uma psiquiatria inspirada nos trabalhos de Freud e de Eugene Bleuler. Em toda sua vida defendeu como bandeira de trabalho uma psiquiatria humanista, e foi com esta orientação que criou a revista L'Évolution Psychiatrique, em 1945. Em 1950, fundou a Association Mondiale de Psychiatrie e organizou em Bonneval vários colóquios, reunindo psiquiatras, psicanalistas e pensadores de diversas tendências, sempre com um espírito de abertura. Em 1936, elaborou a noção de organo – dinamicismo, inspirada na neurologia jacksoniana, a qual afirma a prioridade da hierarquia das funções sobre a sua organização estática. Considera as funções psíquicas como dependentes entre si, de cima para baixo. Para Ey, a psicanálise era herdeira da psiquiatria. Na verdade, era um ramo da psiquiatria dinâmica e ambas dependiam da medicina.

De acordo com o modelo desenvolvido por Ey, primeiramente, faz-se uma anamnese do paciente, estimulando-o a falar de sua vida atual e pregressa. Depois, o exame clinico psiquiátrico, o qual

constitui, de fato, o mais singular dos colóquios singulares , pois está baseado em uma penetração intersubjetiva do espírito do observador que procura compreender e do espírito do paciente que se abandona ou recusa ao contato com o outro. É nesse sentido que se podem colocar no primeiro plano da clinica psiquiátrica as intuições, o contato e as trocas afetivas constitutivas desta relação (Ey, 1981, p. 81).

### Acrescenta ainda:

que todo exame psiquiátrico deve ser não apenas uma estratégia diagnóstica, mas também um encontro já psicoterápico. [...] Desde há alguns anos, tem – se insistido muito a respeito de uma particularidade da semiologia e do método clínico em psiquiatria. Pensou-se que a

observação psiquiátrica não pode ser puramente objetiva (descrição dos comportamentos) nem puramente subjetiva (análise introspectiva pelo indivíduo de suas experiências íntimas), mas que o essencial do conhecimento clínico das doenças mentais é constituído pela relação entre o médico e o paciente. (Ey, 1981, p. 81).

Podemos observar que Ey chama a atenção para a importância da semiologia, mas, ao mesmo tempo, para ele o conhecimento clínico das doenças mentais é construído pela relação entre o médico e o paciente. Vê-se a importância que ele dá à transferência no contato com o paciente. E comenta em sua obra que o saber psiquiátrico vem desta relação médico-paciente. Vê-se, também, a abertura que Ey tinha para com a psicanálise e seus conceitos, chegando a afirmar que: "A natureza e o nível da entrevista são aqueles que os psicanalistas designam sob os nomes de movimentos de transferência (do doente para o médico) e de contratransferência (do médico para o doente)" (EY, 1981, p. 86).

Ey dava fundamental importância para a relação médico-paciente e dizia que só através dela poderíamos ter um acesso seguro à história do paciente. Priorizava esta entrevista inicial, afirmando que a partir dela se poderia passar vários dias colhendo dados do paciente para poder chegar a um diagnóstico e um prognóstico com mais segurança. Dizia que o exame clínico em psiquiatria, como no resto da medicina, visa ao estabelecimento de um diagnóstico pela observação de sinais precisos e pelo balanço completo dos sintomas relacionados ao conjunto da situação do indivíduo. Entretanto, difere dos outros exames clínicos por dois pontos que constituem uma oportunidade fundamental:

- a) A elaboração do diagnóstico não é separável da tomada de contato terapêutico. Podemos dizer que o diagnóstico, o prognóstico e a prescrição da terapêutica são tomados em um mesmo movimento;
- b) Correlativamente, o exame psiquiátrico impõe a interferência das atitudes objetiva e subjetiva na conduta do médico. Este exame não pode ser limitado ao interrogatório e à observação de um doente na situação de objeto. Ele é muito mais que qualquer outro, um "encontro", utilizando a "relação médico- paciente", da qual se fala muito hoje em dia de uma maneira sistemática e elaborada.

Podemos ver, com esta observação de Ey, que a questão do diagnóstico em psiquiatria é de suma importância, pois atualmente vemos que, para qualquer hipótese diagnóstica, o médico psiquiatra ou de qualquer especialidade tem uma tendência exagerada de solicitar demasiados exames para se assegurarem do

diagnóstico. E em psiquiatria fica uma situação complicada, pois quais os exames que poderiam ser pedidos para medir a subjetividade? É claro que há situações em que sabemos tratar-se de alguma patologia que esteja causando uma mudança de comportamento, como por exemplo, algumas substâncias tóxicas como cocaína, merla ou outras. No caso de doenças físicas, são inúmeras as que podem causar alterações de comportamento, como por exemplo as doenças autoimunes como lúpus sistêmico ou discoide. Para não cairmos neste erro, Ey indica que, ao fazermos o exame psiquiátrico, devemos fazer também um exame clínico ou somático.

Em que consistiria este exame somático? Consiste em fazer, inicialmente um exame geral do paciente, para ver se há alguma alteração orgânica ou doença. Trata-se portanto de um exame clínico ou somátio. Em seguida, passa-se ao exame neurológico cuja finalidade é pesquisar as funções nervosas e eveidenciar o processo cerebral, estados demenciais, estados confusionais com delírio onírico atentando-se para os sinais de polineurite (psicose alcóolica).

Ey, na descrição e análise dos sintomas, indica que deve-se ser o mais claro possível: a exposição em psiquiatria deve ser sistemática como o próprio exame. Ele comenta que a maioria dos manuais e tratados refere-se a uma espécie de análise das funções da vida psíquica. Mas, se atém a três planos semiológicos:

- 1. Semiologia do Comportamento: No plano das anomalias das condutas sociais e das inadaptações do comportamento, a semiologia se limita a descrever sem penetrar na estrutura profunda dos distúrbios. Um exame sistemático do comportamento compreenderá o estudo cuidadoso dos seguintes aspectos: a) da apresentação; b) das reações ao exame e ao contato com o médico; c) do comportamento cotidiano; d) das reações antissociais.
- 2. Semiologia da atividade psíquica basal atual: A semiologia da atividade psíquica basal atual está relacionada ao campo da consciência e ao estado atual do paciente que deve ser analisado e descrito. Está baseada no conjunto dos fenômenos psíquicos como percepção, imaginação, fantasia, linguagem, sentimentos, necessidades, humor, atividade psicomotora que compõem o campo da consciência em cada instante da existência. Semiologia da clareza e da integração do campo da consciência: serão observados os graus de clareza do campo da consciência desde sua abolição total (coma, síncope, sono) até o

embotamento, a obnubilação simples, passando pela confusão e pelos estados crepusculares.

- 3. Semiologia da orientação temporo espacial: A desorientação temporo espacial é característica da confusão mental. O confuso perdeu mais ou menos a capacidade de se situar nos lugares e na ordem cronológica (datas, calendário, horas). Esta experiência da desorientação comporta ao mesmo tempo uma perda da orientação temporal, da orientação espacial e também do que chamamos de orientação alopsíquica (impossibilidade de identificar os outros) ou autopsíquica (impossibilidade de identificar seu esquema corporal).
- 4. Semiologia dos Distúrbios da Memória: A atividade amnésica está de fato implicada na base de toda operação psíquica. De tal forma que os distúrbios da memória são sintomas de uma particular importância em semiologia psiquiátrica. Quando a memória está alterada em sua capacidade de retenção das lembranças, trata-se da amnésia de fixação. Quando a memória é atingida em sua capacidade de recordar as lembranças passadas, dizemos que há amnésia de evocação.
- 5. Semiologia da Afetividade: Os afetos depressivos (dor e angústia). São os que exprimem a insatisfação e a tensão das pulsões, sua tonalidade qualitativa é a dor, da angústia e da tristeza.
- 6. Semiologia da atividade sintética de base. Trata-se de pesquisar o que está perturbado no dinamismo destas operações intelectuais fundamentais que são a atenção, a abstração, o manejo dos esquemas ideoverbais e curso do pensamento.
- 7. Semiologia Psicomotora: As crises nervosas e as crises de agitação em psiquiatria. Nas crises nervosas podemos encontrar as crises epilépticas, as crises histéricas. Quanto às crises de agitação são:
- a) As crises catatônicas de catalepsia ou de impulsividade: se distinguem pelas características próprias de negativismo de impulsividade e da psicomotricidade paradoxal. São encontradas, aliás, em seu aspecto mais autêntico, na esquizofrenia.
- b) As crises de agitação onírica, cujo protótipo é do *delirium tremens* que são caracterizados pelo estado de confusão, pelo onirismo (zoopsias, visões terrificantes) e pela agitação delirante e são acompanhados por sudorese e tremores.
- c) As crises de manias são caracterizadas pela exaltação mais ou menos eufórica, pelo jogo, pela indiferença, fuga de ideias, agitação psicomotora e insônia.

Na catatonia, os distúrbios psicomotores estão em um nível bastante elevado, no sentido de que a desestruturação da consciência é menor do que aparenta. A síndrome catatônica é caracterizada pela inércia e pela perda da iniciativa motora. A flexibilidade cérea (plasticidade das massas musculares nos movimentos passivos, as paracinesias (estereotipias, maneirismo, mímicas, etc.) dentro do quadro de estupor catatônico se destacam os impulsos súbitos e, às vezes, as grandes crises hipercinéticas (agitação catatônica).

8. Semiologia da percepção: O distúrbio mais característico da percepção é a alucinação. Segundo Ey (1981, p.116) a "alucinação é definida como um distúrbio psicosensorial diferente da ilusão e da interpretação delirante; consiste em sua forma mais característica em uma percepção sem objeto". As alucinações podem ser visuais, auditivas, olfativas e gustativas, táteis, cenestésicas, entre outras.

Podemos encontrar, também, na clínica, alucinações psíquicas ou pseudoalucinações, as quais são um tipo de atividade alucinatória que pode ser vivenciada pelos alucinados em sua imaginação ou em seu pensamento. Muitos doentes não objetivam no mundo exterior suas alucinações, mas as sentem como fenômenos psíquicos estranhos ou raros. Nestes casos vamos encontrar a famosa Síndrome de automatismo mental. Ey comenta que:

a utilidade clínica desse grupamento é considerável, pois tem o mérito de haver derrubado as divisões demasiado fictícias relativas ao fenômenos alucinatórios. Além disso, permitiu agrupar na mesma síndrome clínica, ao lado das alucinações psicossensoriais e psíquicas, um conjunto de distúrbios psíquicos caracterizados por sua incoercível estranheza. Desta forma, a síndrome de automatismo mental está centrada na produção espontânea involuntária e em qualquer espécie "mecânica" de impressões, de ideias, de recordações que se impõem à consciência do indivíduo apesar de sua vontade e, por assim dizer, fora dele ainda que no centro dele (1981, p. 118).

Sob o nome de automatismo mental, Clerambault descreveu: 1. As sensações parasitas, isto é, alucinações psicossensoriais, visuais, cinestésicas, táteis, gustativas que irrompem como fenômenos sensoriais puros e simples; 2. O triplo automatismo motor, ideico e idioverbal (fenômenos de elocução, de ideação e de formulação ideoverbal espontânea); 4. Os fenômenos de desdobramento mecânico do pensamento (o triplo eco do pensamento, da leitura e dos atos); 5. Os fenômenos de pequeno automatismo mental ou fenômenos sutis que foram por ele descritos com muita facilidade e designados como emancipação das abstrações, sombras

antecipadas de um pensamento indiscernível, desvio mudo das lembranças, veleidades abstratas.

Ey indica, também, uma pesquisa dos estados demenciais, pois o demente perdeu não apenas o uso de seus instrumentos intelectuais (funções elementares de atenção, de memória e de síntese psíquica), mas, também, a escala de valores lógicos e éticos. Desta forma, os aspectos semiológicos desta desagregação demencial são todas as formas de perda do controle das disciplinas sociais (atos absurdos, inatividade, etc), éticas (impulsos agressivos, falta de higiene) ou intelectuais (indiferença aos valores e problemas lógicos, linguagem empobrecida).

Indica também pesquisar o retardo mental ou de oligofrenia, os quais designam-se como as interrupções do desenvolvimento intelectual.

Esta exposição da semiologia psiquiátrica, segundo o método de Ey, segue os três planos fundamentais da vida psíquica (comportamento, estrutura da experiência atual e personalidade). Ele comenta que é possível estabelecer um prognóstico, considerando, essencialmente, o diagnóstico entre os distúrbios atuais do comportamento, do pensamento e da consciência e os distúrbios duráveis da personalidade. Isso se faz necessário para avaliar se se trata de uma crise de melancolia, de uma depressão neurótica ou de uma esquizofrenia, de um estado de confusão mental.

É necessário estabelecer uma discriminação clínica entre o que é um distúrbio atual da adaptação em determinado momento da experiência e uma alteração mais total do sistema da personalidade. Que o que torna esses problemas de diagnóstico e de prognóstico difíceis é que o quadro clínico comporta ao mesmo tempo uma semiologia dos distúrbios atuais da vida psíquica e uma modificação mais ou menos profunda da personalidade. As dificuldades do clínico provêm desta imbricação de sintomas que apenas uma análise aprofundada e prolongada pode ajudar a encontrar soluções para estas dificuldades.

Podemos dizer que a semiologia psiquiátrica é difícil de apreender e de aplicar e que seria perigoso conhecer apenas as palavras ( denominação e enumeração dos sintomas) quando é necessário embrenhar-se na própria intimidade da estrutura psíquica dos doentes mentais para captar as diversidades clínicas (diagnóstico) e o potencial evolutivo (prognóstico) E Ey afirma que " apenas uma longa experiência pode permitir ao clínico dar sua opinião, isto é, dar aos elementos da semiologia seu valor" (1981, p.132).

Com este comentário, vemos a importância que Ey dava para a experiência clínica, ferramenta fundamental para se fazer uma hipótese diagnóstica com certa segurança, ao mesmo tempo em que resgata o lugar fundamental da semiologia psiquiátrica neste empreendimento.

A escola francesa, podemos chamá-la, assim, era difundida no mundo, principalmente no Brasil. No período da década de 60 até a década de 80, os psiquiatras, de um modo geral, se baseavam e se orientavam por este manual. A partir da década de 90 a referência no mundo psiquiátrico passou a ser Kaplan.

# 3.2.2 Diagnóstico em psiquiatria: modelo de Kaplan

O compêndio de psiquiatria americano de Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock e Jack A. Greeg é o compêndio atualmente adotado para o estudo de psiquiatria no mundo todo .É completamente baseado no DSM –IV e adotado na sua íntegra e nos seus preceitos.

Este trabalho toma como referência a sétima edição do Kaplan; a primeira edição foi publicada em 1972. O lançamento deste livro tão próximo da sexta edição, publicada nos Estados Unidos em 1991, foi motivada pela publicação do DSM-IV. É um dos primeiros livros psiquiátricos a basear-se completamente na nova terminologia, incluindo os critérios de diagnósticos atuais do DSM-IV para todos os transtornos mentais.

É importante lembrarmos que, por proclamação do Presidente dos Estados Unidos, 1990 a 1999 foi declarada a década do cérebro. Afirma a proclamação presidencial: "Ao longo dos anos, nosso entendimento sobre o cérebro – como funciona, o que ocorre quando é danificado ou apresenta enfermidades – aumentou drasticamente. Entretanto, ainda há muito a aprender. Impõe-se a necessidade de um contínuo estudo do cérebro: milhões de norte-americanos são afetados, a cada ano, por transtornos do cérebro, indo desde doenças neurogênicas até transtornos degenerativos, como transtorno de Alzheimer, bem como acidentes vasculares cerebrais, esquizofrenia, autismo e comprometimento da fala e da linguagem e audição" (KAPLAN, 2002, p.7)

É como se estivesse chamando a todos os profissionais de saúde mental a vestir a camisa em busca deste continente misterioso e enigmático que é o cérebro e, ao mesmo tempo, incluindo, neste discurso, que a esperança de resolver os impasses da doença mental estariam nele. Sendo assim, a psiquiatria vai se distanciando cada vez mais da clínica psiquiátrica de Ey e distante da psicanálise.

O exame clínico do paciente psiquiátrico é feito através de uma entrevista psiquiátrica, da historia do doente e do exame do estado mental. Kaplan vai comentar que:

a fim de tratar efetivamente um paciente - seja com medicamentos, manipulações ambientais ou psicoterapia psicodinâmica — o psiquiatra deve fazer um diagnóstico confiável e correto. Para formular este diagnóstico, deve saber o máximo possível acerca de quem é o paciente, em termos de influências genéticas, temperamentais, biológicas, evolutivas, sociais e psicológicas (KAPLAN, 2002, p.259).

Podemos observar que a parte psicológica vem em último lugar. Nesta entrevista psiquiátrica são colocadas três funções: 1- Determinar a natureza do problema com o objetivo de possibilitar ao médico o estabelecimento de um diagnóstico ou recomendar procedimentos diagnósticos adicionais, sugerir um curso de tratamento e prever a natureza da doença; 2- Desenvolver e manter um relacionamento terapêutico com os objetivos de estimular o paciente a oferecer informações diagnósticas. Alívio do sofrimento físico e psicológico. Disposição para aceitar o plano de tratamento ou um processo de negociação. Satisfação do paciente e do médico; 3- Comunicar informações e implementar um plano de tratamento.

Os três itens acima citados são os indicativos de Kaplan para a entrevista diagnóstica psiquiátrica; esta funciona como um protocolo, com subitens, a ser seguido pelo médico. Depois deste protocolo, segue a Historia psiquiátrica que, segundo o autor: "é o registro da vida do paciente, que permite ao psiquiatra compreender quem o paciente é, de onde vem e para onde irá, provavelmente no futuro" (2002, p.263).

## Kaplan adverte que:

A história psiquiátrica difere ligeiramente das histórias tomadas em medicina e cirurgia. Além de obter os dados factuais e concretos relacionados á cronologia da formação dos sintomas e à historia psiquiátrica e médica passadas, o médico procura extrair da história psiquiátrica um quadro mais sutil de características da personalidade do paciente, incluindo seus recursos e fraquezas (2002, p.263).

Curiosamente apesar dessa indicação que valoriza a história do paciente, o que se vê na prática é uma investigação totalmente roteirizada, excessivamente protocolar que impede a fala livre do sujeito.

Após colhida a história, passa-se para o Exame do Estado Mental (EEM); é a parte da observação clínica que descreve a soma total das observações do examinador e suas impressões sobre o paciente psiquiátrico no momento da entrevista. Enquanto a história do paciente permaneça estável, seu estado mental pode mudar, de um dia para o outro, ou de uma hora para outra. O EEM é a descrição da aparência, fala, ações e pensamentos durante a entrevista e segue, evidentemente, o estilo protocolar de seu proponente.

Frente ao exposto podemos constatar como a psiquiatria de Ey era essencialmente clínica e ao mesmo tempo tinha uma influência direta da psicanálise. Já no que se refere à psiquiatria americana de Kaplan, podemos constatar que, devido ao fato de seguir o modelo do DSM-IV, a clínica desapareceu, ficando um modelo biológico , onde as categorias neurose e psicose desapareceram, dando lugar aos transtornos . É como se a psiquiatria, agora, fizesse parte da medicina, não fosse mais sua filha bastarda. Ficando cada vez mais, longe da psicanálise, onde Freud afirmava no seu artigo psiquiatria e psicanálise que:

O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologiase relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos orgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro (1916-1917/1972).

Em 28 de julho de 2010, a agência de notícias Reuter deu a conhecer a resposta que o Royal London College of Psychitrics endereçara ao grupo de psiquiatras que, nos EUA, está encarregado de revisar e corrigir o DSM-IV para a edição do DSM-V (prevista para 2013, embora provavelmente seja antecipada para 2012) . Esta resposta foi originada por uma consulta na qual o grupo de norteamericano solicita de seus colegas britânicos opiniões e recomendações surgidas da aplicação do DSM-IV desde 1992 (ano de sua publicação) até a atualidade. Nela, os psiquiatras ingleses manifestam que a aplicação do DSM-IV tem produzido ao menos três epidemias falsas: 1- O transtorno Bipolar; 2- o transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade; e 3- o Autismo Infantil.

#### 3.3. DIAGNÓSTICO EM PSICANÁLISE

O percurso aqui empreendido através dos fundamentos da clínica clássica e da clínica psiquiátrica nos ítens anteriores deste mesmo capítulo, nos permite inferir que, antes de haver um Freud terapeuta, havia o clínico, como bem atestam seus trabalhos em neurologia e seu estágio em Paris, na Salpetrière, com o Dr. Charcot.

Graças à sua acuidade clínica e sua aguçada curiosidade pôde perceber que aquilo que mancava tanto na clínica psiquiátrica quanto na neurologia em suas respectivas tentativas de se afirmarem como clínicas no campo médico era exatamente a dimensão terapêutica.

Ao partir exatamente do que claudicava, ele abre uma perspectiva completamente inédita e inovadora pois, diferentemente da clínica clássica, não vai fazer a sua démarche partindo do princípio segundo o qual é observação fenomênica (semiologia) a condição para se construir uma ligação diagnóstica com as hipóteses etiológicas. O corte operado aí por Freud é a passagem do olhar, próprio da clínica clássica, para a escuta. Como sublinha Dunker:

A escuta torna-se, assim, essência desse novo projeto clínico. Escuta metódica, atenta ao detalhe, à pequena incongruência, ao deslize, à repetição ou à ruptura da fala. Flutuante e aberta a interrupções, insistências e silêncios do discurso. Tal escuta trará para o centro da clínica aquilo que o olhar médico deixava na sombra (2007, p.249).

A esse novo paradigma clínico, engendrado por Freud, que subverte os princípios hegemônicos próprios ao que lhe deu origem, dá-se o nome de Psicanálise. E por psicanálise entende-se não apenas "um método de escuta e intervenção sobre a fala, mas também como método de leitura da escrita que se forma no litoral entre gozo e inconsciente" (*Ibidem*).

Dissemos que a passagem da clínica do olhar para a clínica da escuta deu-se a partir de um grande giro ou subversão de um processo que funda uma nova discursividade. Se isto é verdade, o que fundamentaria então essa clínica dita psicanalítica senão a adoção de uma semiologia estabelecida a partir da fala e da linguagem, de uma diagnóstica fundamentada no conceito de transferência e uma etiologia concebida e sustentada na noção de inconsciente e pulsão?

Dito isto, passemos à questão do diagnóstico em psicanálise que provocou uma profunda reformulação na psicopatologia uma vez que precisará ir além da

simples oferta, para um observador desconhecido, de quadros rígidos e haver-se com algo mais refinado e cheio de nuanças que é uma certa variabilidade da transferência.

A consequência imediata da ousadia freudiana em reintroduzir algo que havia sido descartado pela clínica psiquiátrica - uma conformidade entre tratamento e diagnóstico - foi, além de uma alternativa a uma classificação extenuante e marcadamente descritiva, uma inversão na clássica relação médico-paciente. No dispositivo freudiano, portanto, o psicanalista exercerá sua função colocando-se na posição de objeto para que o analisante venha a ocupar o lugar de sujeito. Vale lembrar que estamos num campo, o psicanalítico, em que a relação não é intersubjetiva, isto, é de sujeito a sujeito.

Nesse sentido, nessa estratégia freudiana, como diz Dunker, "verifica-se que a relação estabelecida com esse objeto replica e acrescenta algo novo aos modos objetais de construção, formação e constituição de objetos que caracterizam as diferentes estruturas clínicas" (2007, p. 253). Logo, para este autor, o diagnóstico em psicanálise define-se como "a leitura dessas articulações entre laços, significantes e sintomas em sua reatualização da realidade sexual do inconsciente, ou seja, é o diagnóstico feito não apenas através da transferência, mas da transferência" (*Ibidem*).

Para reafirmar essa relação necessária e radical entre diagnóstico e transferência, Dunker (2007) afirma que se pode decompor as diferentes ordens de diagnóstico em função das diferentes ordens de questões implicadas na noção de transferência: o tipo de relação de fala (o modo específico como a mensagem retorna de forma invertida ao próprio sujeito), o tipo de relação ao saber (atribuído, suposto, exposto), o tipo de completamento do sintoma pela demanda (no Outro, do Outro), o tipo de aparelhamento de gozo (histérico, universitário, de mestre), o tipo de relação com a falta ( recalque, foraclusao, recusa) e assim por diante.

Não se pode pretender concluir estas observações sobre a diagnóstica psicanalítica sem fazermos referência ao relevante papel da linguagem nesse campo, não apenas enquanto estrutura simbólica, mas, sobretudo como a mediação necessária na dialética do sujeito com o Outro. Pois, como nos lembra Dunker: "É a linguagem como alteridade e campo simbólico que submete o sujeito, que o constrange ali onde ele não é mais senhor em sua própria morada" (2007, p.254).

Finalmente, se pretendêssemos, tal como Freud, fazer algumas recomendações aos que fazem a clínica psicanalítica, a partir do exposto até aqui, seria que jamais esquecessem que é preciso saber manejar a universalidade das categorias diagnósticas psicanalíticas (neuroses, psicoses e perversão) de modo a não excluir o fundamental: a singularidade do caso a caso. Sem isto, corre-se o risco sempre premente de fazer do diagnóstico nada mais que uma rígida classificação que inviabiliza a escuta do singular.

Dito isso, passaremos à descrição das categorias clínicas que se seguem:

## 3.3.1. HELEN DEUTSCH E AS PERSONALIDADES COMO SE

Helene Deutsch (1884 – 1982), psiquiatra e psicanalista, foi uma das mais importantes discípulas de Freud. Era polonesa, teve uma vida bastante intensa, era socialista, e foi amiga de Rosa de Luxemburgo. Foi analisanda e supervisionanda de Freud. Depois também fez análise com Karl Abraham. Escreveu vários livros, interessou-se pela psicologia feminina ou da mulher, "escreveu sua primeira obra, Psicanálise das Funções Sexuais da Mulher, prelúdio a seu livro mais importante, Psicologia da mulher que seria em 1949, a referência psicanalítica maior de Simone de Beauvoir em O Segundo Sexo." (ROUDINESCO, 1988, p. 150).

No ano de 1935, percebeu a ameaça nazista, e então mudou-se para os Estados Unidos com o marido e o filho. Apesar dos pedidos de Freud para que não se exilasse, integrou-se à Boston Psychoanalytic Society, da qual se tornaria uma das mais brilhantes psicanalistas.

Ainda que seus principais trabalhos tenham sido voltados para a questão do feminino, Helene Deutsch tornou-se referência ao pensarmos a questão do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, ao criar uma categoria clínica chamada "como se" (as if), a qual, pela primeira vez, descreve em seu artigo intitulado Algumas formas de distúrbio emocional e sua relação com a esquizofrenia (1942). Nesse artigo o seu principal texto sobre assunto ela comenta:

uma série de relatos de casos em que as relações emocionais do indivíduo com o mundo externo e com o seu próprio ego aparecem empobrecidas ou ausentes. Tais distúrbios da vida emocional tomam várias formas. Por exemplo, existem aqueles indivíduos que não são conscientes de sua falta de respostas e laços afetivos normais, mas cujo distúrbio emocional é percebido apenas por aqueles que o cercam ou é primeiramente detectado no tratamento analítico; mas há também aqueles que se queixam de seu defeito emocional e são intensamente perturbados por esse distúrbio em suas experiências interiores (1942, p.1).

## E continua descrevendo a personalidade "como se", a qual apresenta:

[...] condições muito próximas à despersonalização, [...] (porém) diferem dela porque não são percebidas como distúrbios pelo próprio paciente. [...] toda tentativa de compreender o modo de sentir e a maneira de viver dessas pessoas traz ao observador uma inevitável impressão de que todas as relações do indivíduo com a vida têm algo em si que mostra uma falta de autenticidade e ainda assim, aparentemente seguem em frente "como se" tudo estivesse bem. [...] o que está errado com ele ou com ela? Superficialmente a pessoa parece normal. Não há coisa alguma que sugira algum tipo de desordem, o comportamento não é estranho, as habilidades intelectuais parecem intactas, as expressões emocionais são bem ordenadas e apropriadas (DEUTSCH, 1942, p.1).

A autora, ao longo do artigo, vai enumerando as características da personalidade "como se" e insiste em alguns aspectos, sobretudo no fato de que, em uma primeira impressão, essas pessoas aparentam "completa normalidade. Elas são intelectualmente preservadas, bem dotadas e compreendem bem os problemas intelectuais e emocionais" (DEUTSCH, 1942, p. 3). E ela ainda acrescenta : "numa observação mais próxima, o mesmo acontece nas suas relações afetivas com o ambiente" (DEUTSCH, 1942, p. 3).

Como vimos anteriormente, a personalidade "como se" é apresentada por Deutsch (1942) como aquela que, apesar de apresentar condições próximas à despersonalização, possui como particularidades o fato de que esses sujeitos possuem habilidades intelectuais preservadas (parecem intactas), e, aparentemente, não possuem problemas emocionais significativos. Além disso, Deutsch (1942) aponta para o fato de como a personalidade "como se" (*As if*) aparentemente mantém um comportamento "normal", ou seja, ninguém percebe que são sujeitos que apresentam muitas dificuldades psíquicas. Apenas com uma convivência muito próxima as pessoas começam a observar e a se perguntarem o que se passa com elas e a ver que há algo de estranho na sua forma de ser. Deutsch (1942) aborda essa questão assinalando que, para o analista, fica claro que as relações que esses pacientes mantêm com os outros são destituídas de calor, as manifestações e a experiência interior acham-se excluídas. Ela assinala com agudeza que "é igual à

atuação de um ator que é tecnicamente bem treinado, mas a quem falta a centelha necessária para fazer uma interpretação verdadeira da vida" (DEUTSCH, 1942, p.4).

A autora continua sua descrição ao comentar que:

assim, a característica essencial da pessoa que desejo descrever é que aparentemente ela conduz sua vida como se possuísse capacidade emocional completa e sensível. Para ela, não há diferença entre sua forma vazia e aquilo que outras pessoas, na verdade, experimentam. [...] A psicanálise mostra que no individuo "como se" não há um ato de recalcamento, mas uma perda real de catexia objetal. A relação aparentemente normal com o mundo corresponde à capacidade imitativa da criança e é a expressão da identificação com o ambiente, um arremedo que resulta numa adaptação ostensivamente boa com o mundo da realidade, apesar da catexia objetal (DEUTSCH, 1942, p. 4).

A autora continua afirmando que "qualquer objeto serve como ponto de identificação. A princípio o amor, a amizade e o apego de uma pessoa "como se" tem algo gratificante para o parceiro" (DEUTSCH, 1942, p.5).

Com este comentário, podemos perceber como a personalidade "como se" é dotada de uma incrível capacidade de estabelecer uma fácil e rápida identificação com o outro. Pois, como a própria Deutsch percebeu, esses sujeitos, em suas relações de amor e de amizade, portam uma tendência à passividade, a aceitar tudo do outro, bem como sua capacidade de dar continuidade a esses laços afetivos estar bastante comprometida. Nesse sentido, a autora indica que "há uma grande dificuldade em se ligar ao outro ainda que fenomenicamente pareça o contrário" (DEUTSCH, 1942, p.5).

Para a psicanalista, esses sujeitos padecem de um vazio interior e de uma ausência de individualidade, muito evidentes não apenas no campo emocional. Isso vai comparecer também na sua estrutura moral: "completamente sem caráter, inteiramente sem princípios, no sentido literal do termo, a moralidade das pessoas "como se", seus ideais, suas convicções são, simplesmente, reflexos de uma outra pessoa, boa ou má" (Deutsch, 1942, p.5). A aparente facilidade de aderência aos grupos sociais, éticos e religiosos tem como função preencher seu vazio interior e atestar a validade de sua experiência através do processo identificatório.

Por conta da identificação e da sugestionabilidade, próprias a essa categoria, a autora sente-se obrigada a marcar diferenças relativas a esses aspectos presentes nas personalidades como se e na estrutura histérica. Para ela, a capacidade de identificação e a sugestionabilidade não são iguais àquela do sujeito histérico, para quem a catexia objetal é uma condição necessária; na pessoa "como se" a

sugestionabilidade deve ser atribuída à passividade e a uma identificação do tipo autômato. Isso explicaria, por exemplo, a verdadeira face de alguns crimes cometidos aparentemente por uma sujeição erótica quando na realidade, deram-se devido à essa presteza passiva de ser influenciado que porta o "como se".

Nos anos de 1955-56, Lacan dedicou-se a estudar as psicoses no seu *Livro Seminário 3....* Temos, nesse seminário, uma referência direta e precisa de Lacan à Deutsch e à sua categoria:

Muitos clínicos se debruçaram sobre os antecedentes do psicótico. Helene Deustsch valorou um certo 'como se' que parece marcar as primeiras etapas do desenvolvimento daqueles que, num momento qualquer, sucumbirão na psicose. Eles não entram jamais no jogo dos significantes, a não ser por uma espécie de imitação exterior. A não integração do sujeito no registro do significante nos dá a direção na qual a questão se põe ao prévio da psicose — que só é solúvel seguramente pela investigação analítica (LACAN, 1988, p 285).

A não integração do sujeito no registro dos significantes deve-se não à exclusão do sujeito psicótico do campo da linguagem, mas sim ao fracasso da metáfora paterna, que funciona como ordenadora, como ponto de basta da linguagem e suas leis de funcionamento. Nesse sentido, vale não esquecer que o psicótico está totalmente no campo da linguagem, mas excluído do campo do discurso, daquilo que faz laço. Afinal, como bem diz Lacan:

Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído, pela linguagem. Há, no psicótico, uma paixão pelo saber. Diferentemente do neurótico, que não quer saber (não querer saber que Lacan considera como próprio do recalque) e que pode se alienar na sua paixão pela ignorância, que o permite supor que "há pelo menos um que sabe (1955-56, p. 284).

Não negligenciar o modo de funcionamento psicótico é fundamental para a direção do tratamento após a identificação da estrutura subjetiva permitida pelas imprescindíveis Entrevistas Preliminares. O mesmo Lacan que vai nos dizer que é preciso jamais recuar frente à psicose é o que nos adverte brilhantemente: "Acontece recebermos pré-psicóticos em análise, e sabemos em que isso dá – isso dá em psicótico" (LACAN, 1955-56, p. 285). Mas por que isso se dá? Acontece que o ato de tomar a palavra é algo essencialmente autoral.

O processo analítico é o lugar próprio para que isso se dê. Isso não é sem efeitos para a psicose. Não se trata, obviamente, de uma contra-indicação psicanalítica para a psicose, mas da necessidade de um manejo nada categórico:

(...) uma boa e bela psicose é desencadeada quando das primeiras sessões de análise um pouco acaloradas, a partir das quais o sentencioso

analista se torna o emissor que faz ouvir ao analisado durante o dia todo o que se deve fazer e não fazer (LACAN, 1955-56, 285).

Diferentemente do manejo na neurose, aqui cabe ao psicanalista recolher-se ao seu lugar, o de "secretário do alienado". Daí, mais uma vez, a importância da questão do diagnóstico diferencial em psicanálise.

Se o ato de tomar a palavra é salvador na neurose, na psicose é precipitador de uma crise. Sobre isso Lacan diz claramente em seu *Seminário*, Livro 3...:

É o que se pode propor de mais árduo a um homem, e ao que seu ser no mundo não enfrenta tão frequentemente — é o que se chama tomar a palavra, eu entendo a sua, o contrário mesmo de dizer sim, sim, sim à do vizinho. (...) A clínica mostra que é justamente nesse momento, se sabemos referenciá-lo a níveis muito diversos, que a psicose se declara (LACAN, 1955-56, p. 285).

#### 3.3.2. BODERLINE OU ESTADOS-LIMITES

# Segundo Kaplan e Sadock:

pacientes com transtorno da personalidade borderline situam-se num limite entre neurose e psicose, e se caracterizam por afeto, humor, comportamento, relações objetais e autoimagem extraordinariamente instáveis (2002, p.693).

Há muitas denominações para esta mesma patologia. Tantos nomes para um mesmo tipo clínico não é sem razão. Como poderemos ver, cada autor, que trabalha com essa categoria, a compreende de um modo.

Nesse sentido, o referido transtorno pode ser chamado também de esquizofrenia ambulatória, personalidade como se (Deutsch), esquizofrenia pseudoneurótica (Paul Hoch), caráter psicótico (Frosch) e personalidade emocionalmente instável. Aliás, na CID-10, e classificado como transtorno de personalidade emocionalmente instável, sob o código 60.3.

No campo psiquiátrico, as estatísticas apontam o *borderline* como sendo o transtorno da personalidade mais comum em contextos clínicos, isto é, acometem de 2% a 3% da população geral. (Kaplan e Sadock, 2002, p. 686).

No campo psicanalítico, essa denominação de *borderline* é própria do vocabulário clínico norte-americano e anglo-saxão, diretamente ligada à corrente da

psicanálise do self e, sob certos aspectos, do pós-kleinismo da década de 1960. Foi integrado à terminologia francesa com o nome de *états-limites*. Além disso, costuma-se falar, também, em casos fronteiriços (ou limítrofes), " personalidades fronteiriças ou patologias fronteiriças" (ROUDINESCO, 1998, p.83).

Adolph Stern (1879-1958), médico, psiquiatra e psicanalista americano, um dos pioneiros da psicanálise nos Estados Unidos, analisado por Freud em 1920, foi quem utilizou, pela primeira vez, o termo borderline (fronteira), em 1930. Cunhou este termo para referir-se a um tipo de distúrbio em que o sujeito permanece numa situação limite entre neurose e psicose. Não podendo ser incluído nem na primeira nem na segunda.

Otto Fenichel (1897-1946), médico e psicanalista vienense que migrou para os EUA, opôs-se fortemente às vertentes culturalistas neofreudianas e biologicistas, como a de Reich. Ele foi um dos pioneiros a chamar a atenção para a existência desse tipo clinico. Dizia que "Existe personalidade neurótica que, sem desenvolver uma psicose completa, possui inclinações psicóticas, ou manifestam uma propensão a se servir de mecanismos esquizofrênicos em caso de frustração" (Apud ROUDINESCO, 1998, p. 83).

Em seu artigo "Estados fronteiriços" (borderline states) apresentado na Associação Psiquiátrica Americana em 1952, publicado em 1953, Robert P. Knight, psiquiatra e psicanalista americano, faz uma importante referência sobre este assunto. Aponta, inicialmente, a dificuldade em encontrar, em psiquiatria, informações acerca de casos no qual é difícil decidir se os pacientes são neuróticos ou psicóticos, pois os mesmos podem apresentar fenômenos de ambos os tipos.

Segundo Knight, em tais casos, a renúncia em fazer um diagnóstico de psicose funda-se normalmente na suspeita clínica de que estes pacientes, de fato, não rompem com a realidade; por outro lado, o psiquiatra pensa que a gravidade da má adaptação e a presença de sinais clínicos excluem o diagnóstico de psiconeurose. De tal modo que o rótulo de estado-limite, quando empregado como diagnóstico, expressa mais informação sobre a incerteza e a indecisão do psiquiatra que sobre a condição mesma do paciente (1953, p.133).

O referido autor era consciente do quanto esse termo e seus equivalentes foram amplamente rejeitados ou atacados tanto na literatura psiquiátrica como na psicanalítica. Entretanto, ele dizia que seu intuito não era defender a categoria e o quadro clínico que constitui os estados-limites como diagnóstico, mas sim discutir as

condições clínicas que este termo conota e, principalmente, chamar a atenção sobre os problemas relativos ao diagnóstico, psicopatológico e a terapêutica aí implicados.

Segundo Knight, para se tentar fazer um diagnóstico preciso, recorre-se, com frequência, a três critérios básicos que, se usados sem críticas, podem fazer o clínico incorrer em erro. O primeiro deles adveio da psiquiatria tradicional e centra-se na questão de haver uma ruptura com a realidade; o segundo, sustenta-se na certeza de que psicoses e neuroses não se misturam no sentido em que uma estrutura não se transforma em outra. O último, importado diretamente da psicanálise, diz respeito às fases do desenvolvimento da libido e, portanto, aos conceitos de fixação, regressão, bem como aos mecanismos de defesa próprio de cada etapa do referido desenvolvimento. Neste sentido, "fazem—se necessárias várias entrevistas para que o psiquiatra possa ter uma apreensão suficiente do funcionamento total do Eu" (KNIGHT,1953, p.136).

O segundo critério, de acordo com Knight (1953), é o que mais pode induzir ao erro diagnostico, uma vez que se sustenta na crença de que neurose e psicose se excluem mutuamente e que neurose não se converte jamais em psicose. Ele vai afirmar que os neuróticos são "fiéis a realidade" enquanto os psicóticos não o são. De acordo com este autor, uma das contribuições da psicanálise foi formular que os mecanismos psicóticos são diferentes dos mecanismos neuróticos e que a psicose não representa um grau mais severo de neurose. Entretanto é possível que se tenham desenvolvido em um mesmo individuo tanto mecanismos neuróticos como psicóticos e este é o essencial, o ponto principal dos muitos estados fronteiriços. Cita Freud para reafirmar que tanto na neurose como na psicose há perda da realidade . Toma, como exemplo de estados fronteiriços com acentuados traços paranoides, os fanáticos de algumas seitas religiosas que conseguem convencer pessoas a seguirem seus métodos e seu estilo de vida.

A terceira possibilidade de erro refere-se aos níveis de desenvolvimento psicossexual – oral de sucção, anal expulsor, anal retentivo, fálico e genital - com a intenção de construir uma classificação dos transtornos mentais, vinculando certa condição clínica a cada uma das fixações libidinais, colocando, assim, uma teoria unilateral, libidinal, do funcionamento humano. Segundo o autor, esta é uma grande contribuição da psicanálise, mas precisa ser largamente complementada com os avanços da psicologia do Eu, que é a sua teoria (p. 138).

Reconhece que o termo estados fronteiriços ocupa uma zona fronteiriça da psicopatologia onde o diagnostico é difícil de ser feito. Comenta que nestes casos as funções do Eu normal, do processo secundário do pensar, a integração, o planejamento realista, a adaptação ao meio ambiente, a sustentação das relações com os outros e as defesas contra os impulsos inconscientes primitivos estão severamente comprometidos. Todavia a memória, o cálculo, e certas operações habituais estão intactas. Logo, no referido quadro clínico, podemos encontrar sintomas histéricos, fóbicos, obsessivo-compulsivos e psicossomáticos capazes de atrapalhar a capacidade do sujeito de gerir sua própria vida (p.140).

Durante a entrevista psiquiátrica, segundo o autor, as defesas neuróticas e as funções adaptativas do Eu do paciente podem apresentarem-se intactas, o que pode fazer o terapeuta se confundir caso fique muito preso ao fenômeno psicopatológico. Indica, portanto, a necessidade de se fazer várias entrevistas.

Sobre o aspecto transferencial, adverte que o Eu do paciente fronteiriço é um aliado débil e pouco digno de confiança para a aliança terapêutica. Nesse sentido, o terapeuta deve seracolhedor, pois a transferência que este sujeito vai estabelecer é uma tentativa de procurar se apoiar e ficar muito dependente do seu terapeuta . Pois segundo o autor, estes pacientes estabelecem com o outro, geralmente, uma relação de apoio e procuram um amparo, pois os mesmos sentem-se sozinhos e abandonados pelos seus semelhantes.

Curiosamente não indica a psicanálise para a grande maioria desses casos, a não ser que o mesmo já tenha passado um bom tempo em uma psicoterapia não analítica. Nesses quadros, o objetivo terapêutico seria fortalecer o Eu do paciente sobre os impulsos instintivos; educá-los com exemplos de novos controles e novos métodos adaptativos. Para tanto, não se deve atacar as defesas e sintomas neuróticos uma vez que são precisamente estas operações do Eu que protegem o paciente contra uma desintegração psicótica (p. 146).

Como podemos perceber, seria mais correto falarmos de borderlines, assim no plural, pois cada autor define essa categoria a partir de uma característica. Isso se dá tanto na Escola Americana de psicanálise, como também na Escola Francesa ligada a IPA, através de representantes como Andre Green e Jean Bergeret.

Green, por exemplo, assinala a angústia de separação (de perda de objeto) e a angústia de intrusão como as angústias primordiais do borderline. Bergeret, por

sua vez, diferencia três diferentes tipos de personalidade clínica: psicótica, neurótica e estado limite. (HEGENBERG, 2000,p. 36)

No campo psicanalítico lacaniano, temos o psicanalista francês Jean-Jacques Rassial que também aborda esse tema nada comum para os psicanalistas de orientação lacaniana, haja vista não trabalharem com essa categoria clínica. Estes analistas reconhecem apenas as três estruturas clínicas apresentadas por Freud ao longo de sua obra e definidas estruturalmente por Lacan: neuroses, psicoses e perversão.

Contudo, Rassial, em seu livro O sujeito em estado limite (2000), admite que:

esses sujeitos parecem particularmente 'reativos' ao ato analítico e mobilizam imediatamente o inconsciente do analista, suas capacidades de pensar, colocando-o no centro da questão de sua própria identidade humana e de psicanalista .Mas ao mesmo tempo , domina a impressão prévia de 'limites', incitando a uma prudência que se aproxima das resistências do analista , que se pode apoiar na qualidade anaclítica da relação transferencial e derivar para uma posição materna ou de cuidados, o que impede a interpretação , sempre violenta e intrusiva (pg.159).

O autor defende a ideia de que o motor da grande incidência atual dos chamados estados-limites é tributária do declínio dos Nomes do Pai em nossa cultura e que são inúmeras as indicações disso. Para ele, a castração, outrora vivida como simbólica, é tomada hoje em sua dimensão real, como mutilação e, portanto, algo a ser evitado ou temido.

Nesse sentido, o declínio da função paterna exige dos psicanalistas uma séria e permanente reflexão teórico-clínica para tentar dar conta não de novas patologias, mas dos novos modos de expressão do mal-estar atual da cultura, advindos do referido declínio. Assim, para este autor:

Os sujeitos em estado limite são para as nossas sociedades pósmodernas, o que os jovens eram para nossas sociedades modernas: testemunhos, frequentemente dolorosos, de um estado do pensamento, do desejo e dos laços familiares e sociais (2000, p. 171-172).

#### 3.3.3. A LOUCURA HISTÉRICA

Apesar da nomenclatura histérica existir desde a Idade Antiga, foi somente a partir do trabalho do médico francês Charcot, na segunda metade do século XIX, que ela realmente ganha um estatuto de relevância no meio cientifico. Na

Salpetriere, Charcot fundou um serviço destinado aos histéricos e epiléticos simples. Seu objetivo era localizar regularidades e diferenças apresentadas nestas manifestações clínicas que, apesar de parecidas, são diferentes.

Freud e Breuer (1893-1895), em seu célebre Estudos sobre Histeria, perceberam cedo como a histeria podia apresentar, em determinados momentos, episódios delirantes e alucinações que desapareciam, uma vez encontrados os elementos recalcados das pacientes atendidas por eles.

Não foi difícil aos autores perceberem tais episódios, uma vez que a literatura da época já apresentava o termo loucura histérica ou psicose histérica. De acordo com Trillat( 1896), tal classificação é contemporânea ao nascimento do alienismo alemão e sua pré-historia origina-se da corrente hipnótica que, sob diversos nomes, remonta à Antiguidade.

Contudo, esta classificação só ficará melhor explicada a partir de 1869, quando Moreau de Tours, psiquiatra francês, identificará uma espécie de delírio que nomeará de "loucura neuropática". Para este médico, esta forma de delírio constituiria o cerne daquilo que se costumava chamar de loucura histérica.

Segundo Trillard (1991), Moreau chega à conclusão de que há uma analogia existente entre os delírios ocorridos na loucura histérica e os delírios ocasionados por ingestão de substâncias tóxicas. Estes últimos, os delírios artificiais, passado o efeito da droga, desaparecem e assemelham-se aos estados de sonambulismo. Nesse sentido, essa dimensão onírica apresentada no delírio histérico tornar-se-á uma constante presente em toda a literatura médica até o final do século XIX. Freud, por exemplo, a associava à "psicose histérica".

Diante do exposto, parece legítimo indicar que as loucuras histéricas fazem parte do grande campo clínico referente à histeria. Em determinadas circunstâncias, durante um tempo variável, em geral passageiro, um sujeito histérico pode apresentar condutas e manifestações que podem ser identificadas como estados de loucura. Na verdade, estes estados de loucura — alucinações e episódios delirantes - podem aparecer não apenas na histeria, mas em toda estrutura neurótica. Os casos clínicos apresentados por Freud, quer de histeria, fobia ou neurose obsessiva (loucura da dúvida) nos dão verdadeiro testemunho disto e poderiam perfeitamente serem tomados como quadros psicóticos ainda que não se tratassem de casos de psicoses e sim de neurose, como bem se sabe, posto que não se trata de uma foraclusão.

A preocupação freudiana com o diagnóstico diferencial já está presente desde o seu famoso Rascunho H(1895) sobre a Paranoia. Nesse texto, por exemplo, Freud vai diferenciar a psicose histérica da histeria, colocando-a em uma categoria distinta da representação obsessiva, da paranoia e da confusão alucinatória. Diferentemente destas categorias, o que se passa no caso das psicoses histéricas é a assunção e domínio de ideias indesejáveis e rechaçadas.

Segundo Freud "O tipo dessas psicoses é o ataque e o etat secondaire. As alucinações são hostis ao ego" (ano/ano, pg.235). O que o autor sublinha nesta passagem é exatamente o ganho de poder das ideias indesejadas que escaparam ao processo de defesa e ressurgem dominando a consciência. Assim, se na histeria temos a conversão como consequência de um fracasso parcial da defesa, na psicose histérica encontramos a confusão alucinatória como efeito do fracasso total da defesa.

Todavia, nem sempre as observações freudianas deixam tão claras as diferenças entre a psicose histérica e a histeria. Como diz Lemos *et al*, em relação ao delírio histérico ou às alucinações histéricas:

Freud descreve-os como sintomas psíquicos de alienação mental que aparecem no curso de uma histeria e corresponde a um mecanismo de gênese equivalente ao dos outros sintomas histéricos. Contudo, um elemento diferencial é dado pelo mecanismo de projeção, atuando de forma análoga à que opera na produção onírica (200, p.240).

Com os avanços da clínica psicanalítica e da formulação metapsicológica, a referência freudiana ao *etat secondaire*, aos 'ataques', aos delírios e alucinações vão perdendo terreno nas descrições clínicas e dando espaço para as chamadas manifestações corporais. Assim, o ponto conceitual da histeria vai tendendo para a teoria do sintoma conversivo.

Cada vez mais sustentado por uma concepção metapsicológica e estrutural, Freud mencionará, em inúmeras oportunidades, a dimensão plástica da neurose responsável pela sua capacidade de representar-se, de diferentes modos, de acordo com o momento histórico em que ela se situa. A esse respeito, vai dizer que:

Não precisamos ficar surpresos em descobrir que, ao passo que as neuroses de nossos pouco psicológicos dias de hoje assumem um aspecto hipocondríaco e aparecem disfarçadas como enfermidades orgânicas, as neuroses daqueles antigos tempos surgem em trajes demoníacos (1923/192, p.91).

Dito isto, passemos a um caso de histeria descrito por Freud, em 1923/1972, em seu texto intitulado "Uma neurose demoníaca do século XVII". Vemos pelo próprio título do artigo como Freud abandona a terminologia psicose histérica ou loucura histérica, mesmo tratando-se de um caso de loucura histérica. Adota o termo neurose, convicto de que a estrutura histérica é extremante fecunda em sua variedade de formas e expressões. Entretanto, por uma exigência de rigor psicopatológico, tomamos o caso descrito por Freud, neste texto, como sendo um exemplo de loucura histérica.

Trata-se da historia do pintor austríaco Christoph Haizmann que, certo dia, estando em uma igreja de sua aldeia, começa a apresentar crises convulsivas intensas que se repetiram por vários dias. Socorrido pelo pároco da cidade relata que, ao ver-se desanimado com a sua arte e com muitas dúvidas de que ela pudesse garantir seu sustento cotidiano, ficou muito angustiado com a situação, tentando encontrar uma saída para tão grande sofrimento. A solução que lhe ocorreu foi fazer um pacto com o demônio; entregar-lhe-ia sua vida por um período de nove anos.

Profundamente arrependido do tal pacto, recorre a Nossa Senhora para livrálo dessa enrascada. Diante disso, o pároco encaminha-o para o Mosteiro de Marriazell onde obteria ajuda espiritual dos monges. Após várias sessões de exorcismo, foi então orientado a manter-se em regime de oração e jejum. Feito isto, eis que o demônio, com a intercessão da Virgem Santíssima, reaparece para desfazer o pacto e livrá-lo de suas visões terríficas.

Uma vez curado, Haizmann, muda-se de cidade para viver com sua irmã. Nesse momento começa a ser atormentado por visões com Jesus e a Virgem Maria e interpreta isso como sendo mais uma manisfestação demoníaca. Volta a buscar a ajuda de alguns monges que o encaminham para uma Ordem Religiosa, a dos Irmãos hospitalários, da qual tornar-se-ia um membro e passaria a chamar-se de irmão Crisóstomo. Segundo o relato de seus superiores, o pintor continuou sendo tentado pelo espírito maligno, isto é, delírio proeminente em visões e alucinações, sempre que fazia uso abusivo do vinho. Felizmente ele sempre conseguiu repelir as tais tentações, o que lhe possibilitou chegar ao fim da vida de modo pacífico e confortável.

Freud fez a análise desse caso a partir de um relatório, em latim, de um escriba monástico, e de um fragmento, em alemão, do próprio diário do artista. Ele

relaciona a figura do demônio com a do pai do pintor, cuja morte o mergulha num luto melancólico intenso e numa inibição para o trabalho. A figura do demônio substitui o pai morto e amado e revela, ao mesmo tempo, o seu sentimento de ambivalência. Curiosamente, Haizmann faz um pacto com o diabo por razões bem diferentes das que se costuma encontrar nos relatos, a saber: riqueza, mulheres, dinheiro, fama etc. Não se tratava de nada disso, mas sim do desejo de livrar-se do estado depressivo em que se encontrava.

Mesmo reconhecendo não ter dados suficientes para uma análise mais precisa do caso, uma vez que não conhecera o pintor, mas apenas os escritos sobre ele, Freud não se esquivou da tarefa de interpretar os sintomas de Haitzmann - o pacto com o demônio e as crises convulsivas intensas e contínuas – para além do fenômeno, isto é, apesar de toda a aparência "louca" da sintomatologia, ele nomeia este caso como sendo da ordem da neurose e não da psicose.

O que autoriza Freud a pensar este caso de Haitzmann como sendo de neurose e não psicose? A lógica do delírio, manifestado após a morte do pai do pintor, aponta para uma questão edípica: a figura do demônio entra como um substituto desse pai morto e amado. Além disso, os outros sintomas apresentados pelo pintor, também se referem à complexidade de desejos e fantasias inconscientes e ambivalentes destinados ao seu pai. Assim, os sintomas de abatimento afetivo e de inibição da atividade laborativa são tomados como traços melancólicos advindos de um luto patológico.

Segundo Jean Claude Maleval (2009), cuja obra tem se dedicado a investigar as diferentes dimensões do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, a loucura histérica caracteriza-se:

por um déficit do imaginário, desmantelamento da consistência do eu , de modo que a fascinação no espelho , os fenômenos de fragmentação do próprio corpo, a captação da imagem do duplo, constituem o patrimônio comum desta patologia (p.105).

Nesse sentido, os autores analisados por Maleval, assinalam como característica geral do delírio histérico uma concentração no corpo e a problemática edipiana.

Em relação à questão do corpo, H. apresentava crises convulsivas intensas, e quase contínuas, que o faziam sofrer bastante, levando-o a procurar a ajuda de um padre de sua aldeia. Sobre a questão diagnóstica desse caso, alguns autores de

orientação Kleiniana, Richard Hunter e Ida Macalpine consideram que: "para eles, o pintor era um perfeito esquizofrênico segundo a terminologia bleulero – kleiniana" (Roudinesco e Plon, 2008.).

Com essa mudança de diagnóstico feita neste caso depois de Freud, podemos constatar a grande influência psiquiátrica na psicanálise. Para alguns autores, no inicio do século XX, a loucura histérica foi perdendo espaço à medida que foi ocorrendo uma tendência para a psiquiatrização dos diagnósticos. A loucura histérica só voltou à cena depois da segunda guerra mundial, através de alguns psicanalistas, principalmente os franceses, como Jean Claude Maleval. Na década de 60, o diagnóstico de *borderline* foi bastante utilizado nas escolas inglesa e americana, mas não se deve dizer que basta um excesso de impulsividade e de irritabilidade ou de atuações para caracterizar um paciente *borderline*. Como também até hoje a presença de transtorno do pensamento e alucinações levam a se diagnosticar uma psicose. Vemos como a loucura histérica pode ajudar nesta confusão diagnóstica.

Maleval comentando a diferença entre o delírio psicótico e o delírio da loucura histérica aponta uma diferença ao postular que:

para volver a la distincion entre loucura histérica y psicosis y concluir el capítulo podemos proponer, de manera sistemática, que el histérico no llega a habitar su cuerpo sexuado, em tanto que el psicótico no logra entrar en el lenguage. Em el primero, lo imaginário es la dimension cuyo déficit causa los transtornos. El segundo, gracias a esa dimension puede mantenerse, y a veces incluso evitar que la enfermedad se declare. El psicótico busca uma solucion interior al enigma de su ser; el histérico le pide a otros la solucion de sus problemas¹ (1981, p.115).

Em um dos capítulos do seu livro "O delírio histérico não é um delírio dissociado" (Ano), vai comentar alguns casos e nos dizer que o delírio histérico por mais paradoxal que nos pareça, tem uma dimensão metafórica. A loucura é vivida no âmbito do sentido. O que não ocorre na psicose, devido a irredutibilidade do sentido.

Maleval alerta ainda que:

enigma de seu ser; o histérico pede a outros a solução de seus problemas.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> O trecho correspondente na tradução é: para voltar à distinção entre loucura histérica e psicose e concluir o capítulo, podemos propor, de maneira sistemática, que o histérico não chega a ocupar seu corpo assexuado, enquanto o psicótico não consegue entrar na linguagem. No primeiro, o imaginário é a dimensão cujo déficit causa os transtornos. O segundo, graças a essa dimensão, pode manter-se, e, inclusive, às vezes, evitar que a doença se manifeste. O psicótico busca uma solução interior ao

A desestruturação do eu da histérica delirante é correlativa a uma desidentificação que, por um lado, faz surgir pelo retorno do recalcado identificações arcaicas e que, por outro, possibilita ao sujeito toda uma sorte de reidentificações, o que nem sempre resulta fácil diferenciar um fenômeno do outro (1981, p.108).

### 3. 3. 4. Psicose ordinária

O termo psicose ordinária, criado por Jacques-Alain Miller, psicanalista francês, surgiu a partir de três encontros chamados de conversações clínicas, no período de 1996 a 1998, onde se pretendia discutir, em primeiro momento os casos raros e inclassificáveis da clínica psicanalítica.

A partir dessas conversações, percebeu-se que esses casos talvez não fossem tão raros e que poderiam se tratar de casos mal classificados, onde as psicoses poderiam estar encobertas ou discretas sem apresentarem aparentemente nenhum indício de psicose.

Assim, deram-se em 1996, na França, *O Conciliabulo de Angers*; em 1997, *A Conversação de Arcachon* e, em 1998, *A convenção de Antibes*. Tais conversações marcaram os momentos de elaboração das discussões passadas entre a França e a Bélgica através do dispositivo das Seções Clínicas do Campo Freudiano e visavam colocar, no centro das reflexões, novas problemáticas referentes ao diagnóstico diferencial.

Dito de outro modo, visavam transformar o ponto de chegada em novo ponto de partida, ou seja, era necessário, segundo a orientação milleriana, ir além daquilo que sempre nos serviu como marco de orientação diagnóstica, sem contudo abolir ou eliminar a anterior.

Nesse sentido, a teorização sobre a Foraclusão do Nome-do-Pai continua servindo de referência à clínica da psicose, mas não a esgota. O seminário XXIII, O Sinthoma, de Lacan, abre, segundo Miller, uma nova concepção que trouxe uma nova perspectiva em relação ao diagnóstico diferencial. Assim, a proposta dos psicanalistas do Campo Freudiano não é a superação de uma perspectiva por outra, mas sim o acúmulo delas: à clássica formulação sobre a descontinuidade entre as

estruturas psicóticas e neuróticas somar-se-ia a indagação sobre uma possível continuidade entre elas.

Esse segundo ponto de vista, de acordo com Miller:

permite perceber uma continuidade, que são diferentes saídas para a mesma dificuldade do ser. É o que justifica que Geneviève Morel tenha ido buscar na sabedoria asiática, revisada por François Julien, o 'variacional'. Tanto o francamente psicótico como o normal são variações da condição humana, de nossa posição de falantes no Ser, da existência do falasser (2009, p. 202, tradução nossa).

Tal continuidade pode ser justificada através das modalidades de amarração e gozos particulares. Nesse sentido, as duas primeiras conversações foram publicadas sob o título *Los inclasificables de la clinica psicoanalitica* (2010), enquanto a última foi nomeada *La psicosis ordinária* (2009). Os títulos das publicações portam, em si mesmos, esse ensejo de repensar o já estabelecido na clínica psicanalítica. Como relata Miller, esta igualdade nos possibilita falar de modos de gozo:

Fala-se precisamente em modos de gozo quando se elimina a descontinuidade das classes. Todos iguais ante o gozo, todos iguais ante a morte etc. Já não se distinguem classes, senão modos que são variações. A partir daí abre-se lugar para a aproximação (2009, p.202, Traduçao nossa).

O desejo expansionista de Miller de difundir O Campo Freudiano em terras anglo-saxônicas produz a retomada dos chamados Seminários Anglófonos, através de Marie-Hélène Brousse. Assim, à época do referido seminário, ele já o nomeia de "Efeito do retorno à Psicose Ordinária". Nessa oportunidade, além de manifestar claramente seu projeto de adentrar no mundo anglo-saxão, justifica a origem do nome escolhido, Psicose Ordinária:

Embora não seja uma categoria de Lacan, me parece que é uma categoria lacaniana - uma categoria clínica lacaniana. É uma criação que concebo como extraída do que chamamos 'o último ensino de Lacan', ele próprio um efeito do retorno ao desenvolvimento pragmático do seu ensino ao longo dos 30 anos do seminário. Tenho a intenção de lhes dar, nessa exposição informal sobre o conceito de psicose ordinária, um eco um pouco mais amplo do uso prático que faço desse termo há muitos anos com meus colegas, que contribuíram bastante para lhes dar um contorno mais preciso (MILLER, 2010).

Miller conta que chegou a esta observação devido ao fato de tomar em supervisão muitos casos clínicos em que os psicanalistas não conseguiam, após

anos, fazer um diagnóstico diferencial preciso entre psicose e neurose. Não se trata para ele de um conceito, mas de uma expressão que pudesse fazer algum eco em torno da dimensão clínica. O fragmento abaixo, além de trazer alguma luz sobre o termo, esclarece sua intenção de tê-lo engendrado:

A psicose ordinária não tem definição rígida. Todo mundo é bem vindo para dar sua opinião e sua definição da psicose ordinária. Não inventei um conceito com a psicose ordinária. Inventei uma palavra, inventei uma expressão, inventei um significante, dando a ele um esboço de definição que pudesse atrair diferentes sentidos, diferentes ecos de sentido em torno desse significante. Não ofereci um saber fazer sobre a utilização desse significante. Fiz a aposta de que esse significante podia provocar um eco no clínico, no profissional. Queria que ele ganhasse amplitude para ver até onde essa expressão podia ir (ibidem, p.03).

Como se pode entrever não há uma definição rígida, é, antes, um convite a que cada clínico possa, com sua experiência, acrescentar algo à clínica psicanalítica. O autor inspira-se, portanto, na experiência do passe tal como foi formulada por Lacan. Talvez seja essa a razão para que Miller refira-se ao termo psicose ordinária como uma definição a posteriori e sua invenção como sendo uma decidida empreitada para driblar o binarismo da clínica psicanalítica refletido na indagação diagnóstica: neurose ou psicose?

O fragmento abaixo resume de modo chistoso esse binarismo estrutural:

apesar da diferenciação supostamente absoluta entre a neurose e a psicose fundamentada na foraclusão do Nome – do – pai , verdadeiro credo lacaniano – 'eu te batizo neurótico se há o nome – do – Pai e eu te batizo psicótico se ele não existe' – certos casos davam a impressão de se situarem entre as duas (Miller, 2010, p.06).

O autor situa sua categoria da psicose ordinária como sendo menos objetiva que epistêmica. Logo o que deve indicar se se está ou não frente a uma psicose ordinária é o não reconhecimento, por parte do clínico, de sinal "evidente" de neurose. Normalmente isso acontece quando este depara-se com a presença muito discreta de fenômenos elementares. Tais fenômenos são imprescindíveis para o diagnóstico. Em situação de dúvida, portanto, deve-se pensar na possibilidade de uma psicose ordinária ou dissimulada ou velada e ir-se em busca dos referidos fenômenos. Como o próprio Miller indica, é uma "psicose difícil de reconhecer como tal, mas que deduzo de pequenos indícios variados" (2010, pag.7).

Seriam esses "pequenos indícios variados" pistas para se reconhecer as psicoses não explícitas, extraordinárias, desencadeadas como a de Schreber, por

exemplo. A psicose ordinária faz referência direta aos casos não evidentes, aqueles sujeitos que podem passar toda sua existência sem uma crise dita psicótica.

Nesse sentido, trata-se de um diagnóstico extremamente fino, sutil, uma vez que requer a existência da foraclusão do Nome-do Pai, mas sobretudo de uma suplência do Nome-do-Pai que, como aprendemos com Joyce, deriva de uma invenção. A propósito disso, Lacan dizia, em seu *Seminário Livro 23: O Sinthoma (1975-1976)*: "Joyce não sabia que ele fazia o sinthoma, quero dizer, que o simulava, isso era inconsciente para ele. Por isso, ele é um puro *artífice*, um homem de *savoir-faire*, o que é igualmente chamado de um artista" (p.114). Ao referir-se ao Nome-do-Pai, em Joyce, Lacan o chama de *po*.

Em resumo, essa categoria funcionaria como um guarda-chuva capaz de abrigar todas as manifestações não espetaculares da psicose: "a psicose compensada, a psicose suplementada, a psicose não desencadeada, a psicose medicada, a psicose em terapia, a psicose em análise, a psicose que evoluciona, a psicose sinthomatizada" (MILLER, 2006, p. 201).

Entende-se por não desencadeado o tempo anterior ao desencadeamento do primeiro surto da primeira crise. Há psicoses que não se deixam conhecer até o seu desencadeamento. Assim, o passo a mais, como comenta Miller:

é compreender que certas psicoses não conduzem a um desencadeamento: psicoses que apresentam uma desordem no ponto de junção mais íntimo dos sujeitos que evolui sem barulho, sem explosão, mas com furo, um desvio ou uma desconexão que se perpetua (2010, p.26).

Portanto, diferentemente de outras psicoses e dos chamados estados prépsicóticos, a psicose ordinária não se desencadeia uma vez que possui aquilo que este autor vai chamar de Compensatory Make-Believe (CMB), isto é, um fazer compensatório do Nome-do-Pai, um aparelho suplementar que sirva, ao sujeito, de Nome-do-Pai, de uma amarração capaz de evitar que o desencadeamento da psicose ordinária se dê.

A princípio parece haver uma similaridade entre a categoria de psicose ordinária e a de *borderline*. Contudo, Miller apressa-se em desfazer possíveis associações entre uma e outra. Se esta última faz referência a casos que não parecem ser nem neurose e nem psicose, a primeira, originada das dificuldades práticas do manejo analítico em identificar discretos sinais de foraclusão, requer a

busca e a identificação desses pequenos indícios do mecanismo próprio da estrutura psicótica.

Afinal, não se pode esquecer que mesmo apresentando-se fenomenicamente diferente das psicoses extraordinárias, as psicoses ditas ordinárias são efetivamente psicose e não uma categoria a parte.

### 3.4. PSICOSE E ESTABILIZAÇÃO EM PSICANÁLISE

Ao contrário do que comumente se pensa, Freud, desde o inicio de sua obra, debruçou-se sobre o estudo das psicoses e, posteriormente, sobre a "estabilização do conflito". Podemos constatar isso lendo seus rascunhos e suas cartas, postumamente publicadas. Em 1889, por exemplo, no artigo *Psiconeuroses de Defesa*, afirmava que existe na psicose uma espécie de mecanismo de defesa muito mais forte e eficaz que na neurose. Esse mecanismo consiste na rejeição (*verwerfung*), pelo Eu, de uma representação insuportável como se esta jamais tivesse alcançado essa instância psíquica.

No Rascunho H, de 1895, dirigido a Fliess, relatava que o objetivo da paranoia é rejeitar uma representação incompatível com o Eu, projetando seu conteúdo no mundo exterior. Não obstante, adverte que a projeção é um mecanismo comum às estruturas subjetivas e não uma especificidade da paranoia, onde é utilizada apenas como defesa.

No artigo de 1896, *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa*, Freud volta a debruçar-se sobre essa temática das psicoses para estabelecer um paralelo entre neurose obsessiva e paranoia. A diferença, segundo ele, consiste no fato de que as recriminações, no caso da obsessão, se mantêm no mundo interior enquanto que, na paranoia, elas encontram-se projetadas no mundo exterior.

Freud, na *carta 125*, a Fliess, introduziu a ideia de haver, no desenvolvimento libinal, um ponto de fixação que , no caso da paranoia , tratar-se-ia do autoerotismo. A este respeito, Quinet vai dizer que:

Neste processo, a paranoia desfaz as identificações, restabelecendo as pessoas que se amou na infância, e cinde o eu em diversas pessoas estrangeiras. Este despedaçamento do plano imaginário põe a nu as identificações em jogo na composição do eu [...] (1997, p.4).

Pode-se continuar a encontrar referencias freudianas sobre a psicose em trabalhos como *Três ensaios sobre a sexualidade* (1905), na *Carta a Jung e Ferenczi* (1808) entre outros.

No que tange ao que se costuma chamar hoje de estabilização das psicoses, Freud trouxe relevantes contribuições em seu texto, de 1911, Notas *Psicanalíticas sobre Um Relato Autobiográfico de Um Caso De Paranoia (Dementia Paranoides.* Através de sua análise do relato de Schreber, Freud pôde abrir uma discussão sobre as estratégias de cura que os sujeitos psicóticos podem construir ao longo de suas vidas. Para tanto, ele afirma que o delírio não é uma doença e sim uma tentativa de elaboração. Ao fazer isso, o pai da psicanálise funda uma nova visão sobre o tratamento das psicoses: o delírio perde o estatuto de signo próprio de uma afecção e passa a ser entendida como uma tentativa, própria do sujeito, de reconstruir seu mundo interior.

Nesse sentido, Freud vai na contramão da concepção psiquiátrica, para quem esse fenômeno precisa, a todo custo, ser eliminado através dos chamados antipsicóticos. Não que eles não tenham seu lugar e sua importância, mas desconhecer essa revolução freudiana não é sem consequências para o sujeito em tratamento. Vejamos um recorte clínico:

Rafael, um jovem de 28 anos, diagnosticado como esquizofrênico, chegounos, no ambulatório de psiquiatria, trazido pela mãe, com a queixa de escutar passarinhos cantando incessantemente. Apesar das altíssimas doses de antipsicóticos, prescrito por outro psiquiatra, seu incômodo delírio não arrefecia nunca. Certo dia perguntamos-lhe se não poderia dizer aos passarinhos para cantarem mais baixo. Ao retornar à consulta, quinze dias depois, Rafael relata que nunca ninguém havia lhe dito isso e que agora os passarinhos lhe obedeciam quando ele pedia. Tal intervenção produziu-lhe um certo apaziguamento ou abrandamento do Outro invasivo, o que tornou possível uma considerável redução da medicação.

Como dissemos antes, para Freud a formação do delírio tem direta ligação com a projeção, "sua característica mais notável". É exatamente essa formulação que vai lhe permitir dizer, ainda em Schreber, algo bastante precioso e de grandes consequências para a teoria e a clínica psicanalíticas: "Foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo

contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora" (FREUD, 1911/2006, p.95).

Temos aí Freud retificando Freud. Essa foi a deixa que Lacan precisou para freudianamente dizer, tempos depois, que o que está foracluido no Simbólico retorna no Real e que, como o próprio Freud indicara, a projeção por si só é insuficiente para explicar o mecanismo das psicoses. Estas têm um mecanismo próprio e mais radical, diferente daquele responsável pela estruturação neurótica, a saber, a foraclusão do significante Nome-do-Pai no lugar do Outro e, consequentemente, o fracasso da Metáfora Paterna, responsável pela inscrição da castração simbólica que permite aos seres de fala adentrarem no mundo da linguagem e de articularem sua cadeia de significantes. Quando isso se dá, ocorre aquilo que é tão característico das psicoses, isto é, distúrbios da linguagem tais como a alucinação que, diferentemente do que se costuma pensar, não está referida aos órgãos sensoriais, mas essencialmente ao verbo.

Freud retoma, em seu Homem dos Lobos (1918), o termo *Verwerfung* para fazer referência à não inscrição do sujeito na ordem fálica em oposição, portanto, ao recalque, mecanismo específico da neurose. Contudo, ele nos advertirá, em seus dois importantes artigos de 1924, *Neurose e psicose e A perda da realidade na neurose e na psicose*, que tanto na neurose como na psicose há perda da realidade, que isso não é privilégio de psicóticos. Acontece que, na neurose, não há um repúdio à realidade ainda que um fragmento dela seja evitado através da fuga. Logo é legitimo dizer que o neurótico é aquele que ignora a realidade ao recalcar um conteúdo conflitivo, mas sem repudiá-lo. Na psicose, por sua vez, a realidade é repudiada posto que o psicótico tenta substituí-la, remodelá-la, modificá-la através do seu rechaço.

Dito de outro modo, na psicose aquilo que foi substituído tenta colocar-se no lugar da realidade, diferentemente da neurose, onde o recalcado vai tentar ligar-se a um fragmento dela, conferindo-lhe um significado simbólico.

A propósito dessa questão e desses dois últimos artigos citados, Coutinho Jorge, em seu *A travessia da Fantasia na Neurose e na Psicose* (2006), comenta que:

Trabalhando esses artigos, ocorreu-me uma coisa engraçada: a ideia de que ,ao escrevê-los, foi Freud quem perdeu a realidade. Isso aparece nitidamente nesses escritos. Quando digo que Freud a perdeu, é porque ele acaba concluindo que a realidade é sempre perdida. A noção de realidade é problematizável, a partir da noção de real de Lacan; e Freud, nesses textos, antecipa avant la lettre essa categoria (p.31).

Voltando à questão da estabilização das psicoses, em Freud, podemos dizer que ao apontar o remodelamento da realidade operado pelo delírio, nas psicoses, ele nos revela, sobretudo, que no campo das estabilizações psicóticas, o trabalho delirante empreendido pelo psicótico é não só fundamental como também uma via possível para um efeito de estabilização. Afinal, o que fez Schreber, através de seu delírio, senão uma tentativa de dar conta de seu Outro gozador, absoluto, invasivo? De tentar, através de sua escrita delirante, construir minimamente algum laço social?

Jacques Lacan, exímio e atento leitor de Freud, soube fazer bom uso da obra freudiana para fazer avançar o campo psicanalítico. Fiel a Freud, para quem a psicanálise era um saber inacabado, ele sabia que a sua tarefa, bem como a de todo psicanalista, era tentar acrescentar algo a esse saber. Ninguém pode negar o quanto Lacan levou isso ao pé da letra e a sua imensurável contribuição para a teoria e a clínica psicanalíticas.

Assim, seguindo o balizamento freudiano, Lacan parte do Édipo para ir além dele. Isso, apenas como recurso didático, é o que permite que hoje, após sua morte, possamos dividir o seu ensino em, pelo menos, dois momentos: o Lacan da clínica estrutural e o Lacan da clínica dos nós ou borromeica. Tentaremos demonstrar sucintamente, nesses dois momentos, como Lacan situou as psicoses e a problemática da estabilização.

Se por um lado a psicose colocou, desde sempre, impasses à clínica psicanalítica, por outro, foi o que a fez avançar consideravelmente. No caso de Lacan, ela foi inegavelmente seu fio condutor. Nesse sentido, no primeiro tempo de seu ensino – que aqui chamamos de clinica estrutural – ele vai tentar demarcar a diferença estrutural entre neurose e psicose. Logo, se a neurose é consequência do Complexo de Édipo, a psicose vai se dar por uma espécie de entrave no primeiro tempo lógico do Édipo, não restando ao *infans* outra alternativa senão identificar-se como falo imaginário da mãe, isto é, um objeto de uso pessoal marcado por uma relação fusional.

Lacan constrói o conceito de psicose como relativo à falta do significante Nome-do-Pai, ou seja, numa concepção deficitária em relação à neurose, na medida em que este significante responsável pela divisão do sujeito e seu acesso ao simbólico não se inscreveu no inconsciente. Sobre isso ele vai dizer, em seu artigo De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1955-1956/1998):

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na foraclusão do Nome-do-pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose (1998, p. 582).

Desse modo, um desencadeamento psicótico vai se dar quando houver alguma invocação desse significante — Nome-do-pai - foracluido. É possível, entretanto, que uma crise psicótica não se manifeste durante toda a vida do sujeito e ele possa viver de maneira extremamente semelhante aos demais, sem grandes dificuldades no cotidiano. Não é à toa que Lacan vai dizer que "Nada se parece tanto com uma sintomatologia neurótica quanto uma sintomatologia pré-psicótica" (1955-1956/1998, p.219).

Lacan, em *O Seminário, Livro 3 ...*, texto representativo desse primeiro tempo de seu ensino, ao tratar desse tema, nos chama a atenção para as pré-psicoses, como ele se refere às psicoses não-desencadeadas, e a dificuldade clínica de identificá-las uma vez que não se apresentam a partir de fenômenos explicitamente psicóticos, mas de fenômenos muito discretos.

A explicação para que alguns sujeitos psicóticos não se confrontem com o abismo do desencadeamento de um surto — buraco da significação ausente - encontra-se no recurso a uma série de identificações especulares com o outro que lhes servem como bengalas imaginárias responsáveis por sua estabilização. Lacan recorre ao exemplo de um banquinho de três pés para explicar esse momento anterior ao desencadeamento psicótico em que o sujeito se encontra ancorado no apoio imaginário:

Nem todos os tamboretes têm quatro pés. Há os que ficam em pé com três. Contudo, não há como pensar que venha faltar mais um só senão a coisa vai mal. Pois bem, saibam que os pontos de apoio significantes que sustentam o mundinho dos homenzinhos solitários da multidão moderna são em número muito reduzido. É possível que de saída não haja no tamborete pés suficientes, mas que ele fique firme assim mesmo até certo momento, quando o sujeito, numa certa encruzilhada de sua história biográfica, é confrontado com esse defeito que existe desde sempre. Para designá-lo, contentamo-nos até o presente com o termo verwerfung" (1955-56/1998, p. 231)

Se, por um lado, as muletas ou bengalas imaginárias podem possibilitar ao sujeito psicótico uma vida aparentemente compensada, por outro, elas não podem garantir que um desencadeamento nunca se dê. Tudo isso porque frente a um chamamento do simbólico – acontecimentos convocatórios próprios às vicissitudes da existência – o sujeito precisará fazer apelo a algo que não poderá vir em seu auxílio porque não foi inscrito, mas foracluido, a saber, o significante do Nome do pai.

No segundo momento do ensino de Lacan, denominado de clínica borromeana, a psicose não estará mais referida à foraclusão do Nome-do-pai, uma vez que ele formulará os Nomes-do-pai e não apenas um significante.

Devido a essa não inscrição ou foraclusão do significante Nome- do —Pai , o sujeito na psicose necessita fazer uma suplência para se manter na realidade . É importante lembrar que o vocábulo suprir quer dizer, segundo o dicionário Aurélio (1986, p.1631), substituir (pessoas ou coisas); refere-se, portanto, a colocar algo no lugar de alguma falta . Suplência , por sua vez , é a condição daquele que supre a falta de algo ou de alguém que de fato deveria exercer uma função.

Dito de outro modo, suplência é, propriamente falando, o tempo de exercício desse cargo ou função. Logo se é o tempo de uma substituição, a suplência pode ser algo apenas provisório. Assim, ao tentar suprir o Nome – do Pai, o psicótico pode engendrar arte e teoria, como nos ensinam o escritor James Joyce e tantas outras personagens de renome em nossa cultura.

Lacan, em seu *Seminário de 1975*, dedicado a obra de James Joyce, já tendo iniciado a elaboração da clinica borromeana (Real, Simbólico e Imaginário) passa então da concepção de um nó formado de apenas três elos para outro de quatro (Real, Simbólico, Imaginário e *Sinthoma*). É justamente este quarto nó, *sinthoma*, que serve de amarração para os outros nós e define a modalidade de gozo implicada no sintoma que o sujeito porta. No caso de Joyce, por exemplo, o quarto elo é a própria escrita, que adquire a função de enodar os outros três registros.

Nesse sentido, podemos dizer, com Lacan, que a escrita possibilitou ao escritor James Joyce construir um nome próprio e ser reconhecido mundialmente, ainda que ele jamais fosse consciente de seu ato. Pois como indica Lacan: "Joyce não sabia que ele fazia o *sinthoma*, quero dizer, que o simulava. Isso era

inconsciente para ele. Por isso, ele é um puro ártificie, um homem de savoire-faire, o que é igualmente chamado de artista" (1975-76/2007, p.114).

Tudo isso para dizer que esse é um grande momento dentro do ensino de Lacan. Momento este em que ele passa a propor o *sinthoma* como um modo singular que cada sujeito, independente de sua estrutura subjetiva, terá para enlaçar o real, o simbólico e o imaginário.

Dito isto, retomemos o caso Elis, apresentado no inicio deste trabalho e que nos deixou em dúvida quanto ao diagnóstico diferencial durante o período das entrevistas preliminares. Como dissemos anteriormente, acabamos por concluir que se tratava de um caso de psicose e não de histeria.

Elis trazia-nos seus sonhos por escrito e os lia durante as sessões, afirmava que eram proféticos e que, portanto, podiam acontecer. Ficou durante muito tempo escrevendo-os e lendo-os durante as sessões até iniciar uma produção de cartas dirigidas à determinadas autoridades tais com o papa, o bispo, dentre outras, sempre com um conteúdo de natureza político ou religioso. Assim, sua escrita era e continua sendo uma espécie de resumo crítico das principais matérias veiculadas nas revistas semanais e nos jornais locais. Esse é o seu modo de revelar a verdade por trás das noticias e comunicá-las quer às autoridades, quer ao povo em geral.

Seu passo seguinte foi pregar em ônibus coletivos para as pessoas comuns ficarem cientes da verdade escondida pelos meios de comunicação de massa. Tal verdade expressava-se em forma de denuncias sobre corrupção, miséria e as últimas descobertas da ciência sobre a saúde. Nesse momento a sua máxima é "A verdade está no cérebro, nas sinapses. Eu apenas prego, comunico e quem quiser que acredite".

Elis atualmente faz muitas cópias de artigos, das revistas semanais, e escreve sobre elas, ao lado das margens. Faz retificações, observações, alertas, e as distribui junto aqueles que não podem comprar as publicações: "É um povo manobrado, alguém tem que dizer a verdade a eles e este alguém neste momento sou eu".

Recentemente ela nos enviou uma carta comunicando que "Se tivesse tido antes tantas informações, como tem hoje, não teria ficado tanto tempo na análise. Em minhas pregações afirmo que psicanálise faz um bem enorme as pessoas".

Após a questão inicial sobre sua estrutura subjetiva dessa analisanda, passamos a nos indagar o que lhe funcionou como suplência uma vez que, mesmo nunca tendo tomado nenhum tipo de anti-psicótico, jamais desencadeara um surto.

O que teria promovido sua estabilização? A escrita (de sonhos, de cartas, de retificação dos artigos)? A pregação nos transportes coletivos? Que lugar social estas atividades lhe conferiram? Que lugar seria esse uma vez que era, para a igreja, enquanto ex-freira, tomada como perturbadora do clero com sua produção incessante de cartas e artigos comentados e, para si mesma, a pregadora da verdade? Ao deixar o convento, onde era uma freira a mais entre tantas outras, tornara-se a incansável pregadora da verdade, doa a quem doer. Tal qual Joyce teria Elis também inscrito seu nome próprio?

## 4. Conclusão

A pesquisa aqui apresentada foi bastante intensa e, ao mesmo tempo, desafiadora, frente a escassez bibliográfica sobre o tema escolhido. Entretanto, aquilo que poderia ser um impedimento tornou-se um combustível a mais para tentar acrescentar algo àquilo que acreditamos ser um dos temas cruciais para a clinica psicanalítica e, paradoxalmente, tão recalcado pelos teóricos da psicanálise.

Nesse sentido, tomamos o texto Freudiano como bússola em todo o trabalho, especialmente no primeiro capitulo, reforçando a sua radicalidade, sua consistência e atualidade. Nesse percurso, não poderíamos deixar de recorrer a Maud Mannoni pela sua agudeza clínica, sua capacidade criativa, sua preocupação freudiana com o diagnóstico diferencial, sua coragem de não recuar jamais em face das psicoses, os autismos e as neuroses graves e, sobretudo, pelo pioneirismo em tratar desse tema tão relevante e tão desprezado pelo campo psicanalítico, como nos atestam os dias atuais.

Nas trilhas de Mannoni, deparamo-nos com Eva-Marie Golder que se deu conta de que após a publicação do clássico "A primeira entrevista em psicanálise", de Maud Mannoni, nada se produziu no mundo psicanalítico sobre a questão da primeira entrevista em psicanálise. O tema ficaria trinta anos em profundo silêncio. Diferentemente de Mannoni, que era brilhante o suficiente para não cair na tentação de produzir um manual de entrevistas preliminares, Golder sucumbiu a ela e produziu um livro, que mesmo sem deixar de ter relevância, possui todos os aspectos de um manual, menos clínico e mais técnico.

Com o avanço da pesquisa pudemos perceber que não seria possível tratar do tema proposto sem nos debruçarmos sobre o lugar primordial que a transferência ocupa nas Entrevistas Preliminares. De inicio, deparamo-nos com as preciosas e sempre atuais recomendações freudianas: no principio, o analista deve permanecer um pouco calado e ao mesmo tempo estimular o possível analisante a falar, bem como evitar interpretações precipitadas. Recomendações fundamentais para se poder, neste tempo prévio a análise, instalar e estabelecer a transferência necessária para que um tratamento se dê.

Freud, no caso Dora, por exemplo, faz importantes considerações sobre a transferência ao afirmar que o tratamento não foi um sucesso devido a ele não ter percebido o poder da dinâmica da transferência e, por isso, fracassa e nos ensina o fundamental: que não existe clínica psicanalítica sem transferência, ainda que ela não prescinda da psicanálise para existir, posto que está colocada em todas as relações. Todavia, é na psicanálise que ela pode ser manejada no sentido de ser utilizada para o acesso ao inconsciente. Lição aprendida com a investigação psicanalítica cujo campo é a própria clínica.

Foi disso que tratamos no segundo capitulo deste trabalho. Ao nos indagarmos sobre o lugar da transferência nas entrevistas preliminares, pudemos reafirmar que o fenômeno transferencial ocorre antes mesmo do candidato a analisante chegar ao consultório do analista que escolheu e que, portanto, cabe a este extrair as melhores consequências disso.

Para melhor ilustrar o que a teoria nos indicava, descrevemos um caso em que uma analisante antes mesmo de nos procurar já estabelecia diálogos imaginários conosco. Será que nesses casos o analista poderia indicar de imediato o divã? Será que somente a transferência imaginária bastaria para tal indicação? Mais ainda, tal indicação seria, portanto, da ordem de um ato ou de uma atuação do psicanalista?

No terceiro capítulo debruçamo-nos sobre uma das funções das entrevistas preliminares: a questão diagnóstica. Para tanto, estabelecemos um paralelo entre o diagnóstico psiquiátrico e o psicanalítico para demonstrar a natureza de cada um.

O primeiro modelo de diagnóstico – psiquiátrico – dá-se através de uma clínica do olhar, baseada, portanto, na observação do fenômeno. Assim, o clínico, durante as entrevistas, vai em busca de sinais e sintomas que o paciente apresentou

durante sua vida ou durante o momento da entrevista. Nesse sentido, Dalgalarrondo propõe que se deve:

manter duas linhas paralelas de raciocínio clinico; uma linha diagnóstica, baseada fundamentalmente na cuidadosa descrição evolutiva e atual dos sintomas que de fato o paciente apresenta , e uma linha etiológica , que busca , na totalidade de dados biológicos , psicológicos , e sociais , uma formulação plausível sobre os possíveis fatores etiológicos envolvidos no caso (2008, p.41).

Assim, se um psiquiatra recebe , por exemplo, um paciente apresentando delírio paranoico, vai orientar-se pela manifestação dos fenômenos apresentados pelo paciente: a forma e o conteúdo do delírio , se há ou não fenômenos corporais etc. É, como se pode ver, um diagnóstico totalmente baseado no olhar , na observação do que o paciente apresenta para o médico, uma vez que a psicopatologia psiquiátrica é baseada no fenômeno .

Atualmente, com o avanço das neurociências, há uma tendência para a biologização da psiquiatria na medida em que se passa a acreditar que através de exames de imagem pode-se encontrar uma falha no cérebro que pudesse explicar a causa meramente orgânica do sofrimento psíquico de um sujeito. Depreendemos daí que, se no passado a Psiquiatria buscou, através de uma intersecção com a Psicanálise, encontrar na concepção psicodinâmica respostas para os impasses de sua clínica, nos dias atuais faz um caminho inverso, renega a psicanálise e anda de mãos dadas com as neurociências ainda que essa aliança ou casamento signifique perder seu estatuto de "a última flor da medicina", como dizia Lacan.

Independentemente disso, é bem verdade que a clássica psicopatologia psiquiátrica continua sendo imprescindível para o diagnóstico diferencial em psicanálise. Não é sem razão que Freud sempre viu com bons olhos esta aproximação entre psiquiatria e psicanálise, desejando sempre promover ou localizar seus pontos de intersecção. Lacan ,durante o que se costuma chamar de seu primeiro ensino, deu bastante ênfase à importância dos fenômenos elementares para o diagnóstico psicanalítico. Mesmo com o avanço de seu ensino, isto é, com a pluralização do Nome-do-Pai e toda a formalização em torno da clínica borromeana, ele nunca negou aquilo que formulara antes acerca da contribuição psiquiátrica. As apresentações de doentes – que atravessaram todo seu ensino – dão testemunho disso.

Será que é mesmo impossível, na contemporaneidade, uma intersecção psiquiatria/psicanálise? É cada vez mais incomum a presença de psicanalistas – mesmo aqueles com formação médica – nos Congressos de Psiquiatria. A quem de fato interessaria uma incomunicabilidade entre estes dois campos? Mais ainda, o que os psicanalistas estão fazendo ou poderiam fazer em prol dessa interlocução?

O segundo modelo de diagnóstico – psicanalítico – assim como proposto por Freud e Lacan, sustenta-se no modelo estrutural. Desde os primórdios da psicanálise Freud demonstrava uma preocupação com essa questão. Em 1910, por exemplo, em seu texto intitulado *Psicanálise Selvagem,* faz recomendações expressas contra a precipitação diagnóstica pautada em interpretações selvagens que podem, entre muitas outras coisas, inviabilizar o tratamento psicanalítico.

Em seu artigo *Análise de uma fobia de um menino de cinco anos*, Freud é bastante cauteloso e incisivo em relação a essa questão ao afirmar que "enquanto a análise de um caso está em andamento, é impossível obter qualquer impressão clara da estrutura e do desenvolvimento da neurose, Isso é competência de um processo sintético que precisa ser executado subsequentemente" (1909, p.138).

De fato, as entrevistas preliminares podem e devem possibilitar ao clinico a construção de uma hipótese diagnóstica que oriente a direção do tratamento, mas o diagnóstico propriamente dito só pode se dar no *aprés-coup*, posto que as diferentes estruturas clínicas podem apresentar uma mesma expressão sintomática gerando, assim, muitos equívocos. Como sabemos, nada mais enganador do que o fenômeno.

O campo psicanalítico é por excelência o campo do simbólico, da linguagem, daí Lacan, sustentado em Freud, afirmar que "o inconsciente é estruturado como linguagem". Logo, é através do dizer – formações do inconsciente – que a estrutura psíquica do sujeito faz-se localizar.

Portanto, sem a linguagem, isto é, sem a estrutura, não é possível fazer hipótese ou diagnóstico no campo psicanalítico. Somente a partir do discurso do analisante, de suas livres associações e de seu modo de dizer é que podemos testemunhar a presentificação de algo que não pode ser empiricamente observado, a saber, o inconsciente.

Não se pode deixar de dizer que a dimensão transferencial é condição não apenas para que uma análise se dê, mas também é imprescindível para o estabelecimento da hipótese diagnóstica que orientará as intervenções clínicas.

Graças a essa dimensão, o psicanalista pode saber da relação do sujeito com o Outro, do lugar que ocupa na economia psíquica do candidato a análise e, desse modo, poder operar: formular o diagnóstico, interpretar, analisar.

Dito de outro modo, se é verdade que a ética da psicanálise não varia de acordo com as estruturas clinicas, o mesmo não se pode dizer das estratégias de intervenções do psicanalista que, frente as estruturas subjetivas, precisam ser nitidamente variáveis.

Por fim, como nos lembra Maurano:

O diagnóstico jamais pode ser feito a partir de um relato de terceiros ou de uma mera observação fenomenológica. Porque será pela transferência que a verdade da lida do sujeito com seu desejo e a relação com a lei que o governa surgirá na análise. Nada substitui a relação do analista com o analisando. Assim, a descrição, por mais pormenorizada que seja, nada vale se não for colhida na experiência da transferência. Trata-se de uma relação na qual não cabem intermediários, por mais boa vontade que estes tenham (2006, p.24).

Além da função diagnóstica, trabalhamos, ainda no terceiro capitulo, as categorias *personalidade como se*, *borderline*, *psicose ordinária e loucura histérica*, presentes no cotidiano da nossa clinica e extremamente valiosas para o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose.

Não é raro os psicanalistas, frente a alguns casos, ficarem em dúvida quanto ao diagnóstico, necessitando de um longo tempo para se decidir entre neurose ou psicose. Retomar essa discussão pareceu-nos indispensável para nosso objetivo.

Assim, pudemos apreender que nos casos de *loucura histérica*, por exemplo, diferentemente das psicoses – onde o delírio além de fixo é carregado de significação – os delírios não são fixos e seu objeto e móvel. Se retomarmos a leitura dos casos de histeria, apresentados por Freud, não há como não identificarmos neles a presença de diferentes delírios dessa natureza.

Saber reconhecer essas nuanças que vão além do fenômeno, mas que quase se confundem com ele, e saber fazer essa distinção tão sutil, é fundamental para o diagnóstico e a direção do tratamento.

No casos das *personalidades como se*, tal como foi formulado por Helen Deutsch, é necessário atentarmos, em alguns indivíduos, para o seu caráter mimético em relação ao outro, a plasticidade, a mudança dos objetos e a tendência a um vazio.

Trata-se aqui, diferentemente da loucura histérica, de sujeitos psicóticos que ainda não desencadearam uma crise. Interessante assinalar que alguns deles podem atravessar toda sua existência sem necessariamente desencadearem uma crise ou fazerem um surto psicótico.

A categoria borderline, americana por excelência, apresenta uma vasta e confusa sintomatologia. Alguns autores afirmam que os indivíduos borderlines ou estados-limites podem apresentar uma agressividade exagerada e inadequada perante o próprio analista e perante os semelhantes, postura infantilizada e uma constante demanda de atenção. Como o próprio nome deixa entrever, são indivíduos que não apresentam um desencadeamento, parecem estar sempre no limite.

Difícil de entender, psicanaliticamente falando, um diagnóstico que se dá pela exclusão: nem neurose, nem psicose, nem perversão. O caminho para entendê-lo talvez seja via psicologia do self. Nesse sentido, os sintomas apresentados por esses sujeitos seriam um modo de defesa do ego.

Por fim, trabalhamos a mais recente das categorias, *psicose ordinária*, cunhada por Jacques-Alain Miller. De imediato, Miller apressa-se em dizer que não se trata de um conceito ou de uma nova categoria de psicose, além da melancolia, da paranoia e da esquizofrenia. Trata-se apenas de um sintagma e de uma constatação clínica vivida por muitos psicanalistas, em supervisão com ele, frente a pacientes que os deixavam em dúvida quanto a estrutura.

A proposta milleriana é de uma clínica psicanalítica não mais sustentada na bipartição neurose/psicose, mas tripartida. Isso representaria a passagem de uma clínica da descontinuidade para a clinica continuísta, capaz de dar conta de uma grande variedade de enodamentos que não aquele típico da neurose, o Nome-do-Pai, ou seja, o simbólico, mas cujo arranjo seria o *CMB* ou o *make-believe*.

Por psicoses ordinárias compreende-se, então, os casos de psicoses em que não há nenhuma manifestação fenomênica extraordinária, mas comum, discreta, sem a exuberância dos sintomas de uma psicose desencadeada e que não deixam, portanto, nenhuma dúvida em quem a presencia. Nesses casos, encontramo-nos frente a certas pessoas que passariam desapercebidas não fosse um certo esforço para parecerem normais.

Acreditamos que esse percurso feito por nós é de grande valia para a clínica psicanalítica na medida em que recoloca, em seu devido lugar de relevância, esse

dispositivo clínico tão fundamental chamado por Freud de *tratamento de ensaio* e retomado por Lacan e renomeado como *entrevistas preliminares*.

Como pudemos perceber, a partir de tudo que dissemos, esse dispositivo não pode ser reduzido a uma técnica ou recomendação de ordem prática. Sua eficácia não advém de uma performance pragmática, mas sim da possibilidade de o psicanalista sustentar a Ética própria da psicanálise e fazer operar, desde esse primeiro encontro, o desejo do analista para que, de entrevista em entrevista , algum sujeito possa advir e uma psicanálise possa ser empreendida por alguém como sua grande aventura pessoal e intransferível. Não seria afinal essa a recomendação freudiana por excelência, de que a psicanálise sempre começa quando chega alguém ao nosso consultório?

# 5. REFERÊNCIAS

ALBERTI, S et FIGUEIREDO, Ana C. (orgs). Psicanálise e saúde mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2006.

ALONSO, S. A et al. Histeria. São Paulo: Caso do psicólogo, 2012.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOR, J. O Pai e a sua função em psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

DUNKER, C. Estrutura e constituição da clínica psicanalítica. Tese de Livredocência. São Paulo: IPUSP/USP, 2007.

EY, H.; Bernard, P; Brisset, C. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Masson, 1981.

FERREIRA, Nadiá Paulo. Amor, ódio e ignorância: literatura e psicanálise. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

Figueiredo, A. C; Machado, O.M. R. O diagnostico em psicanalise: do fenômeno à estrutura. Agora. 2000 Dez.; v. 3, n.2: p.65-86. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/agora/v3n2/v3n2a04.pdf. Acesso em: 18 Mar.2012,

Freud,S. Estudos sobre a Histeria (1893). In: \_\_\_\_\_\_\_. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.3

estrutura. Agora. 2000 Dez.; v. 3, n.2: p.65-86. Disponível em: <a href="http://www.scielo.br/pdf/agora/v3n2/v3n2a04.pdf">http://www.scielo.br/pdf/agora/v3n2/v3n2a04.pdf</a> . Acesso em: 18 Mar.2012,
Freud,S. Estudos sobre a Histeria <i>(</i> 1893). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.3
Rasunho H <i>(</i> 1893). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.3
As Neuropsicoses de Defesa(1894). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.3
Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa <i>(</i> 1896). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.2
A interpretação dos sonhos <i>(</i> 1900). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.4
A fragmentos da análise de um caso de histeria <i>(</i> 1905). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.7

Análise de um caso de fobia de um menino de cinco anos (1909). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.10
Notas Psicanalíticas sobre um Relato Autobiográfico de Paranóia <i>(</i> 1911). n: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.12
A Dinâmica da Trasferência <i>(</i> 1912). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. 7.7
Sobre o Início do Tratamento <i>(</i> 1912). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: mago. 2006. v.12
Escritos sobre a psicologia do Inconsciente (1911-1915). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. v.12
Sobre o Narcisismo: uma introdução <i>(</i> 1914). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: mago. 2006. 12
Observações sobre o amor transferêncial <i>(</i> 1914-1915). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. 12
Um caso de Paranóia que contraria a Teoria Psicanalítica da doença 1915). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. 15
História de uma Neurose Infantil (1917). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: mago. 2006. 17
Além do Princípio do Prazer <i>(</i> 1920). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: mago. 2006. 18
Neurose e Psicose (1924). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. 19
A perda da Realidade na Neurose e na Psicose <i>(</i> 1924). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006. 19
A Dissolução do Complexo de Édipo <i>(</i> 1925). In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: mago. 2006. 19

FOUCAULT, M. Microfisica do poder. São Paulo: Graal, 2012.

FOUCAULT, M., O Nascimento da Clinica. Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2011. GAY, P.. Freud: uma vida para nosso tempo. São Paulo: Cia das Letras, 1989. GOLDER, E.M.. Clinica da primeira entrevista. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. GUERRA, A. A Psicose. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. JERUSALINSKY, A. (org). O livro negro da psicopatologia contemporânea. São Paulo: Via Letera, 2011. JORGE, M.A.C. Freud criador da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. \_\_\_. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, vol I. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. \_\_\_\_\_. Lacan o grande freudiano. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. \_. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan:a clínica da fantasia. Vol II. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. KAPLAN, H. Compêndio de psiguiatria. Porto Alegre: Artmed, 2002. LACAN, J. O Seminário, Livro 3. As psicoses. Rio de Janeiro: Zahar, 1955-1956/1998. \_. O Seminário, Livro 8. A trasnferência. Rio de Janeiro: Zahar, 1960-1961/2010. \_\_. O Seminário, Livro 20, Mais, ainda. Rio de Janeiro: Zahar, 1972-1973/1982. \_\_\_\_. O Seminário, Livro 23, O Sinthoma. Rio de Janeiro: Zahar, 1975-1976/2007. . Seminario 27: Disolución. Seminario de Caracas. Editado para circulación interna por la Escuela Freudiana de Buenos Aires. Clase nº 7, 12/7/1980 \_\_. Intervenções sobre a transferência (1951). In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. \_\_\_. De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses (1958). In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar,1998 . A direção do tratamento e os princípios de seu poder(1958). In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. \_\_. O saber do psicanalista. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 1971-72/2001.

LAURENT, E. Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Três Haches, 2000

