

Quando os Sintomas se Confundem o Sujeito nos revela.

Daniel A. L. Foschaches

danielfoschaches@gmail.com

Psicólogo formado pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; membro do Ágora Instituto Lacaniano; atuando na clínica e em um Centro de Atenção Psicossocial II de Campo Grande MS.

Há algum tempo recebi em minha clínica um sujeito que expôs às claras a imprescindibilidade do diagnóstico estrutural para se definir a compreensão e a intervenção que o analista deve ter diante de uma queixa. Tal cuidado deve ser tomado para se diferenciar as três estruturas clínicas, sobretudo, neurose e psicose, como Freud bem alertara na passagem de seu texto citada abaixo.

Existem também razões diagnósticas para começar um tratamento por um período de experiência deste tipo, a durar uma ou duas semanas. Com bastante frequência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo – isto é, exatamente o tipo de caso que se consideraria apropriado para tratamento – tem-se que levar em conta a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce (“esquizofrenia”, na terminologia de Bleuler; “parafrenia”, como propus chamá-la) o que, mais cedo ou mais tarde, apresentará um quadro bem pronunciado dessa afecção. Não concordo que seja sempre possível fazer a distinção tão facilmente. (FREUD, 1996, pág. 140)

Contudo, neste trabalho vou me deter noutro ponto.

Cleber chegou até mim por uma demanda inicial de sua mãe, que estava preocupada com alguns rompantes de agressividade que ele estava apresentando. Contou-me sobre sua trajetória de buscas por tratamento para seu filho, a qual se iniciou na infância, quando o levou a um neurologista e este o diagnosticou como uma criança hiperativa.

O período escolar foi repleto de reclamações de professores, que sempre orientavam a família a procurar profissionais que pudessem conter a “agitação” de Cleber e auxiliá-lo no processo de aprendizagem. Aos dezoito anos de idade recebeu um diagnóstico médico de deficiência mental, questão sobre a qual trabalharei no presente texto.

As respostas dadas à família até então foram baseadas em um diagnóstico fenomenológico, direcionado pela descrição e classificação de sinais e sintomas, como déficit da atenção e da concentração, de atribuições do pensamento, entre conceituação, juízo e raciocínio, e uma instabilidade psicomotora.

Essas características realmente se faziam presentes na avaliação das funções psíquicas deste sujeito, porém, ao colocá-lo para articular sua fala, ao fazer uma análise mais pelo que se escuta do que pelo que se vê, foi possível ir além dos fenômenos, compreender a posição do sujeito na relação com o Outro e assim definir o lugar do analista.

Segundo a AAMR – Associação Americana de Retardo Mental – a deficiência mental constitui-se de uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo. Essa incapacidade tem início antes dos 18 anos e para defini-la devem ser considerados o contexto ambiental em que o indivíduo vive, bem como as diferenças culturais e linguísticas. (AAMR, 2006)

As intervenções terapêuticas neste contexto se dedicam a oferecer apoios, recursos e estratégias de modo a promover o desenvolvimento e a educação de uma pessoa; o profissional tem a função de estimular as funções mentais e os

comportamentos adaptativos do indivíduo utilizando recursos de linguagem e do meio social. O aspecto educativo ganha destaque neste trabalho.

Para avançar e refinar a apreensão em relação ao diagnóstico em psicopatologia, ao contrário do que possa parecer, é mais produtivo e fundamental recorrermos ao passado do que imprimirmos o presente ou -, ao que tudo indica - vislumbrarmos o futuro, uma vez que se caminha mais e mais em direção ao discurso científico, à classificação internacional e, conseqüentemente, à universalização do sujeito.

Karl Jaspers (2005), no início do século XX, já apontara que, em geral, na psicopatologia, cogita-se, inicialmente, de fenômenos particulares por si, concebendo-os isoladamente e considerando o que é coincidente entre eles, seja qual for a doença em que aparecem; porém, na realidade cada fenômeno tem nuances variadas conforme os diversos doentes. “Se os fenômenos constituíssem formações rígidas, sempre idênticas, poder-se-iam considerar os quadros nosológicos formações (...) compostas de pedras individuais, sempre idênticas. Importaria nomear essas pedrinhas sempre iguais (...) e chegar ao diagnóstico”. (Jaspers, 2005, pág. 683)

O autor destacou que esse método de estruturação em mosaico apega-se a superficialidades tornando mecânicos a investigação e o diagnóstico, apenas petrificando o que até o momento se adquiriu. Esse método transparece uma falsa clareza e precisão, à qual, apesar da rigidez morta que o constitui, se deve o sucesso dos grandes manuais. “É necessário não nos deixarmos atrair por tangibilidades fáceis dessa ordem e refletir fundamente nos pontos de vista, em lugar de decorar sintomas” (Jaspers, 2005, pág. 683).

Podemos localizar neste lugar a base do diagnóstico estrutural proposto pela psicanálise, enfatizando três pontos de ancoragem citados por JASPERS (2005) e utilizados nas pesquisas em psiquiatria clássica, são eles: a unidade nosológica, que

toma forma quando se descreve a história da doença, a qual, em virtude da visão nosográfica conjunta ganha uma unidade no diagnóstico; o todo da particularidade, que aparece na descrição estruturada de uma essência em sua configuração somático-psíquico-intelectual, ciência chamada eidologia; e o todo do curso vital, presente quando se expõe a história de uma vida, ciência com nome de biografia.

Por essa direção autores como Kahlbaum e Kraepelin conseguiram aprofundar o conhecimento da estrutura psicológica das doenças afetivas como as enfermidades esquizofrênicas, mesmo nos indícios ligeiros, ao início das psicoses.

O que temos de fazer é desenvolver quadros nosológicos segundo um método clínico, quadros nos quais se avaliam quanto possível todas as manifestações vitais no doente individual, visando ao diagnóstico, e se possa considerar todo o curso da enfermidade. Os grupos de configurações nosológicas que assim resultam da reunião de todos os sintomas coincidentemente correntes (...) não só foram fáceis de fazer compreender-se, mas também o diagnóstico sobre eles construído possibilitou construir a posteriori o curso passado do caso nosológico (...) e inferir a evolução ulterior com maior probabilidade do que seria possível sob o ponto de vista da moldura classificatória anterior. (Kahlbaum *apud* Jaspers, 2005, pág. 687).

Voltando à psicanálise e sem abandonar os conhecimentos da psiquiatria clássica destacarei no caso clínico nuances que levaram à compreensão de que se trata de um caso de psicose e não de deficiência mental como apontaram alhures pelos sintomas observados.

O que logo chamou a atenção neste caso clínico foi o fato de faltar palavras nos relatos do sujeito, o que o levava a recorrer a encenações utilizando o corpo e desenhos; essa falta de palavras também resultava em interrupções bruscas de frases e do pensamento, o que nos remete aos distúrbios de linguagem classificados por LACAN *apud* QUINET (2009) como fenômenos de mensagem, os quais revelam a quebra da cadeia significante.

Outros distúrbios de linguagem encontrados no caso são neologismos de emprego – em que palavras do código são empregadas de modo particular, e o vazio de significação, em que significantes são empregados monotonamente, sem sentido algum.

Ainda comprovando de que se trata da questão do significante, Cleber trazia vários sonhos, os quais produzia desde a infância, com o mesmo conteúdo, os mesmos elementos e os mesmos significantes primordiais, onde sempre estava expressa sua posição de objeto de gozo do Outro.

Tais sonhos ocorriam, via de regra, após ele vivenciar uma situação que o deixava impressionado, a qual era transferida para o sonho como uma cópia, agregando a ela os significantes primordiais. Depois de algumas sessões ele destacara exatamente o momento e a situação que deu origem à cena que se repete nos sonhos e a lembrança de que seu medo em relação a ela teve início por volta dos dois anos de idade.

Um segundo ponto a ser considerado é a relação especular que estabelece com o outro, uma vez que na psicose, por falta de uma referência simbólica o sujeito funciona no registro imaginário, onde o outro é apreendido como espelho e modelo de identificação imediata. Essa relação fica bem ilustrada quando se destaca que Cleber, por vezes, costumava vestir as roupas do pai, diz gostar das mesmas coisas que este e com ele estabelece um paradoxo de identificação e rivalidade na esfera do outro, do *a* minúsculo.

Como afirmou LACAN (2002), na psicose o Outro está excluído enquanto detentor do significante, por isso ele é mais potentemente afirmado, entre ele e o sujeito, no nível do outro, do imaginário. Assim, nos assuntos de que trata, Cleber se apresenta como detentor do saber, porém, esse saber é sempre expresso por frases e conceitos que o outro disse a ele de maneira literal e sem críticas. “É ao nível do entre-eu, isto é, do

outro com minúscula, do duplo do sujeito, que é ao mesmo tempo seu eu e não seu eu, que aparecem falas que são uma espécie de comentário corrente da existência” (LACAN, 2002, pág. 222).

Salta aos olhos a maneira como o sujeito empresta do outro seus planos para o futuro e suas vontades, o que ocorre com a mesma labilidade que os desfaz e os substitui por outros, fatos estes que são percebidos nas atividades cotidianas e nas profissões que diz que pretende seguir. Essa posição de sujeito assemelha-se à posição de Schreber descrita por Freud “(...) que o compelia a adiar a solução do presente para um futuro remoto, e a contentar-se com o que poderia ser descrito como uma realização de desejo assintótica” (Freud, 1996, pág. 57).

Diante dessas considerações retomarei a importância do diagnóstico estrutural ao falar da posição do analista no tratamento da psicose, lembrando que já foi citado anteriormente que, em um caso de deficiência mental as intervenções estão caracterizadas por uma via educativa e pela estimulação do desenvolvimento das funções mentais do sujeito. Quais as implicações em um caso de psicose de uma intervenção que impulsiona o sujeito?

Lacan nos orientou a não recuar diante da psicose e o ponto central da atitude analítica frente a essa estrutura clínica encontra-se na manobra da transferência, uma manobra que visa a secretariar o alienado, a escutar o sujeito psicótico e tomar ao pé da letra o que este nos conta, constituindo-se o analista como testemunha da relação do sujeito com o Outro. O analista não pode aceitar a posição de Outro gozador e deve aproveitar esse lugar em que é colocado para esvaziar o gozo do Outro, passar do Outro não barrado ao Outro barrado para fazer advir o significante. (Quinet, 2009)

O analista trabalha em direção a favorecer o laço social a partir dos significantes e do saber do sujeito psicótico, não cabendo àquele o lugar de sujeito suposto saber. Se se mantém o propósito de adaptar o sujeito estimulando suas funções mentais e impulsionando-o ao ato o analista, vestido pelo discurso do mestre, perpetua uma posição de Outro absoluto submetendo o sujeito à injunção, a cada vez mais uma posição de objeto do Outro contribuindo para o despedaçamento do que está fragilmente colado.

Referências

AAMR (AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION) – **Retardo Mental: Definição, Classificação e Sistemas de Apoios**, 10º ed. Porto Alegre, Artmed 2006.

FREUD. Sigmund. **Obras Psicológicas Completas: O Caso de Schreber, Vol. XII**, edição standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1996.

FREUD. Sigmund. **Obras Psicológicas Completas: Sobre o Início do Tratamento (Novas Recomendações sobre a Técnica da Psicanálise), Vol. XII**, edição standard brasileira, Rio de Janeiro, Imago, 1996.

JASPERS. Karl. **Psicopatologia Geral: Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenologia**. 8º edição, tradução de Samuel Penna Reis, São Paulo, ed. Atheneu, 2005.

LACAN. Jacques. **O Seminário Livro 3: As Psicoses**, 2º edição, Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2002.

QUINET. Antônio. **Teoria e Clínica da Psicose**, 4º edição, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2009.