

Parte II - A direção da cura nas estruturas e nos quadros clínicos

Uma história para se incluir: a direção da cura na clínica das psicoses

Rosane Monteiro Ramalho

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RAMALHO, RM. Uma história para se incluir: a direção da cura na clínica das psicoses. In: BACKES, C., org. *A clínica psicanalítica na contemporaneidade* [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007, pp. 79-85. ISBN 978-85-386-0387-0. Available from: doi: [10.7476/9788538603870](https://doi.org/10.7476/9788538603870). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/ckhzg/epub/costa-9788538603870.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Uma história para se incluir: a direção da cura na clínica das psicoses

Em primeiro lugar, queria apontar algo que considero muito importante quanto ao cuidado que devemos ter na formulação de um diagnóstico: é preciso fazê-lo com calma, sem pressa. Um diagnóstico feito de maneira precipitada acaba produzindo um certo enurdecimento: tendemos naturalmente a escutar aquilo que confirma nossa impressão inicial. De uma maneira sutil, sem que nos demos conta, ocorre uma diminuição da abertura e da acuidade da escuta. A possibilidade de nos surpreendermos se reduz. Não é difícil compreender isso e, no entanto, diagnósticos precipitados são, infelizmente, muito freqüentes. Estas precipitações parecem decorrer da angústia de quem escuta um outro falando de um sofrimento ao mesmo tempo intenso e enigmático. Ou seja, a rapidez no estabelecimento de um diagnóstico parece muito mais servir para aplacar a aflição de quem escuta do que para orientar a ação clínica. Quando é assim, ele deixa de cumprir sua função essencial, que é formular uma hipótese, a ser confirmada ou não, de forma a nortear o tratamento – pois sabemos que a direção da cura será muito diferente caso se trate de uma neurose ou de uma psicose.

Creio que seja ilustrativo dessa questão um caso clínico que certa vez me foi relatado por um colega.

Era sobre um nordestino do interior (vamos chamá-lo Raimundo) que, após juntar todas as suas economias, mudou-se para o Rio de Janeiro, para tentar uma vida melhor. Ele decidiu ir antes, de forma

a arrumar um emprego e um lugar para morar, para, então, buscar a família: a mulher e os vários filhos. Porém, ao chegar ao Rio de Janeiro, ainda na rodoviária, foi assaltado, sendo-lhe levado, além de sua pequena bagagem, todo o seu dinheiro e documentos. Desesperado e atônito, Raimundo passou a andar a esmo pelas ruas, sem saber o que fazer, até a exaustão e, à noite, deitou-se numa calçada. Lá, foi abordado por policiais que lhe pediram seus documentos. Como não os tinha, foi, então, levado para uma delegacia, para verificação de possíveis antecedentes. Angustiado e aturdido, Raimundo não conseguia falar direito, repetindo o que pareceu aos policiais uma história mal contada – o que fez com que acabasse sendo levado para um hospital psiquiátrico para melhor averiguação de seu estado mental. Diante do médico de branco que o olhava com desconfiança e lhe fazia perguntas sem sentido (“Você sabe onde está?”, “Que dia é hoje?”), o pânico foi tomando conta do sertanejo, que foi emudecendo de vez. A esta altura, a internação numa unidade de agudos para pacientes em crise foi se mostrando como claramente necessária... Em pouco mais de vinte e quatro horas, o sonho havia virado um completo pesadelo. A enfermaria, os loucos ao redor, as portas fechadas, os remédios, tudo foi contribuindo para intensificar o seu desespero, fazendo com que ele, acuado, passasse a se isolar de vez, permanecendo quieto e imóvel. Recebeu o diagnóstico: esquizofrenia com fortes traços catatônicos.

Após algum tempo, como não apresentava melhoras, foi conduzido para a área asilar, ou de moradia, para pacientes crônicos. Lá, no entanto, para a sua sorte, havia estagiários – ainda sem muito conhecimento de psiquiatria e psicopatologia – que passavam seu tempo conversando com os pacientes durante as atividades que desenvolviam com eles. Um deles, uma estudante de psicologia, tanto insistiu que acabou conseguindo ultrapassar os muros que Raimundo havia construído em torno de si. Movida por um genuíno desejo de escutar a sua história, ela, então, conseguiu fazer Raimundo falar. Foi só então que sua saga veio à tona. Ao final de algum tempo, compraram-lhe uma passagem de volta para o nordeste, onde, provavelmente, Raimundo retomou sua vida, abandonando de vez o sonho/pesadelo de uma “vida melhor”. A desastrada sucessão de “diagnósticos” precipitados havia quase provocado uma tragédia pessoal.

Em relação aos diagnósticos, diferentemente do que ocorre na psiquiatria – que enfatiza o exame das funções e a listagem dos sintomas –, o critério utilizado na psicanálise é a própria relação transferencial, ou seja, a relação que o sujeito estabelece com o Outro. Nesse sentido, a simples presença de sintomas não dá conta da complexidade da questão nosográfica. Assim, uma alucinação ou mesmo um delírio não são necessariamente sintomas específicos da psicose, podendo se fazer presentes também em casos de neurose ou situações limítrofes. Os delírios de ciúmes, por exemplo, costumam ser encontrados em casos de neuroses. Em contrapartida, a ausência de alucinações ou delírios não elimina automaticamente a possibilidade de uma psicose – que nem sempre se apresenta para nós numa situação de crise.

Mas, o que vem a ser uma crise psicótica?

A crise psicótica acontece quando alguém, em algum momento da vida – momento este caracterizado por alguma injunção imperiosa – vive a situação como sendo além de suas possibilidades psíquicas. Diante da situação, ele sente a necessidade de se referir a algo para saber como conseguir lidar com ela; todavia, depara-se com um vazio. Como não encontra em seu universo subjetivo esta referência, como não a tem simbolizada, a resposta que ele procura lhe vem de outra forma, como irrupção: ela emerge no real como alucinação. Assim, na falta de uma referência simbólica, de um saber, essa resposta lhe vem sob a forma de “vozes” que lhe falam. Por isto são tão frequentes as alucinações auditivas nas crises psicóticas. Freud já dizia que o que foi abolido no interior retorna a partir do exterior, o que Lacan formula da seguinte maneira: o que foi abolido no simbólico retorna do real. É esta não-inscrição da função paterna que, no vocabulário lacaniano, ganha o nome de forclusão do significante Nome-do-Pai (significante fálico, pólo ordenador das significações, medida básica de valor que organiza outros valores, servindo de baliza). É sabido que é a função paterna que outorga a alguém uma significação subjetiva, ou seja, que lhe permite se reconhecer numa filiação, ter uma sexuação, enfim, obter um lugar para si no mundo e o acesso ao seu desejo. É o que lhe possibilita responder às questões fundamentais da existência: “Quem sou eu”, “De onde vim” e “Para onde vou”.

Não por acaso as crises psicóticas geralmente eclodem em momentos de certa forma significativos na vida dos pacientes. Por exem-

plo, na adolescência, ou quando se tornam pais, ou em situações de perda de alguém querido, ou mesmo quando algum sucesso é alcançado, como foi com o famoso caso Schreber.

Para quem atravessa uma crise desse tipo, o mundo, o saber que até então o sustentava, crepusculiza-se, desmorona. Trata-se de uma terrível experiência – de morte psíquica, ou de “morte do sujeito”, que fica reduzido a uma condição objetal, reduzido a seu corpo. As mutilações, não raras em crises psicóticas, são decorrência disto. Na impossibilidade de responder simbolicamente a uma determinada interpelação com a qual é confrontado, ele a responde no real, entregando sacrificialmente um pedaço do corpo. Muitas vezes, nas crises, o psicótico sente-se sem história, já não lembra sequer do próprio nome. Com frequência, deixa de usar o pronome “eu”, ou seja, passa a referir-se a si mesmo na terceira pessoa. Um paciente me dizia, por exemplo, referindo-se a si próprio: “Ele está morto”. Ocorre uma desarticulação da linguagem, na qual a cadeia falada apresenta-se sem limites e sem vetorização, dificultando e até impossibilitando a constituição de um discurso.

Lembro-me de uma jovem mulher de trinta anos, que atendi há muitos anos, a quem vou chamar de Lívia. Sua primeira crise aconteceu após um aborto. Na época, ela tinha um amante. Era uma relação que já durava alguns anos, com um homem bem mais velho, casado, com filhos e que não queria assumir um filho com ela. Lívia, no entanto, embora houvesse consentido em fazer vários abortos, queria muito ser mãe. Na última vez que engravidara, já estava com mais de três meses – fazendo inclusive o enxoval do bebê e usando batinhas de grávida – quando acabou concordando em interromper a gestação. Logo após fazer o aborto, psicotizou. Passou a quebrar vários objetos em casa e a cortar seus braços. Passou também a ouvir vozes que a chamavam de vagabunda, entre outros insultos, e lhe diziam que ela deveria ter tido o filho.

Constituiu, então, um delírio em que ela tinha tido um aborto espontâneo de um bebê “espiritual”, superdotado, um filho que marcaria o início de uma nova geração de seres superiores. A partir deste filho, ela e o namorado seriam muito felizes e iriam salvar a humanidade. Era uma missão, “o trabalho de Maria” – ela era católica.

Este filho teria sido originado pela fusão de dois espermatozoides, que encontravam relação com a seguinte história: quando moçinha, Lívia estudou em um colégio interno e se apaixonou por um professor, com quem acabou ficando noiva. A futura sogra ter-lhe-ia dito para ir a um curandeiro e ter uma relação sexual com ele, pois, assim, ela seria muito feliz no casamento. Ficaria grávida espiritualmente e, mais tarde, teria um amante com o qual teria uma relação sexual e geraria um filho, ficando grávida materialmente. Este bebê, então, seria originado pela fusão destes dois espermatozoides (um espiritual e um material) que fecundariam o óvulo.

Na vida de Lívia, muitos anos antes, ela tivera, de fato, uma relação sexual com um “batuqueiro” (como ela mesma o denominava). Este era justamente o seu padrasto, companheiro de sua mãe. Segundo Lívia, ele teria lhe dito que lhe daria um passe, uma bênção. Realizou um ritual e depois a penetrou.

À medida que Lívia foi reconstruindo a sua história através da narrativa delirante, ela parou de ter alucinações. Ao mesmo tempo, deixou a posição de prostração, de apatia e de medo que a caracterizava. Até então, ficara isolada em seu quarto, cobrindo-se com as cobertas até a cabeça, tentando evitar as vozes que a perseguiam, que falavam, inclusive, no rádio e na televisão. Lívia tinha sido uma moça muito bonita, cursara faculdade e trabalhava, mas, depois do surto, parou de trabalhar. Deixou de se cuidar, engordou vários quilos e ficava freqüentemente sem tomar banho. A partir do momento em que passou a reconstruir sua história, porém, Lívia começou a se preocupar novamente consigo mesma e a ocupar uma outra posição. Ela, que havia sido professora antes da crise, começou a dar aulas para outros pacientes da unidade em que estava internada na ocasião – e o fazia com extrema dedicação, preparando as aulas com antecedência e mostrando-se com paciência ao lidar com as dificuldades de seus alunos.

Embora muitas vezes ainda seja tomado como sintoma patológico a ser rapidamente suprimido, o delírio é justamente a tentativa desesperada do psicótico de reconstruir seu mundo espatifado na crise. Como já dizia Freud, é uma tentativa de cura, é autoterapêutico.

O delírio é a construção de uma narrativa, de um texto para si, homólogo ao “romance” que cada um constrói para si (ou seu mito individual). Para a maioria dos indivíduos este romance, de certa for-

ma, já começa a ser escrito previamente, através das falas dos que os antecederam: desde a escolha do nome, as expectativas dos familiares (ou daqueles que se ocupam dele), a história de sua família, a cultura da qual faz parte. Enfim, antes que qualquer indivíduo fale, ele já “é falado”. O psicótico, porém, por não contar com esta referência simbólica, tem de construir por si próprio uma história para si, uma história na qual possa se incluir e na qual possa se reconhecer.

Por isso a construção de um delírio é a possibilidade do psicótico de sair da crise, sair da situação crepuscular em que se encontra no surto. Através da metáfora delirante, o psicótico busca construir um sentido ao seu vazio de sujeito, dar uma significação ao sem-sentido vivido na crise, bem como busca obter uma significação subjetiva para si. Consiste, portanto, na tentativa de articular uma metáfora que possa fazer suplência ao significante Nome-do-Pai, ou seja, ocupar o espaço deixado em branco e com isso tecer um conjunto onde havia antes um amontoado disperso e o persecutório de significações sem amarras.

Neste sentido, pode-se dizer que a direção do tratamento na clínica da psicose baseia-se fundamentalmente na escuta do delírio, cabendo ao analista, então, o lugar fundamental de testemunho desta construção e, assim, possibilitando ao paciente o acesso a uma posição subjetiva.

Entretanto, em alguns casos de psicose, principalmente nas esquizofrenias, há uma dificuldade, senão uma impossibilidade, de construção de uma metáfora delirante, ou, melhor dizendo, de uma metáfora viável socialmente. Mesmo assim, também nestes casos visa-se a tentativa de construção de uma história, ainda que fragmentária e incompleta, feita de pequenos e frágeis indícios.

O mais difícil na clínica da psicose, a meu ver, é que a relação transferencial estabelecida não é simbólica, como se dá nas neuroses, mas real, isto é, sem mediação. O que a caracteriza não é o “como se” próprio da neurose, mas a coisa mesma, sem representação, ficando a palavra equivalente à coisa e, portanto, sem deslizamento semântico que caracteriza qualquer discurso habitual. Uma vez que o Outro na psicose é absoluto, total, sem falta e, portanto, sem desejo, o psicótico encontra-se sem a possibilidade de uma diferenciação – que justamente vem a ser a condição para o advento de um sujeito. Enfim, a psicose escracha o que se mantém recalcado na neurose: a nossa condição objetiva, o ser objeto do Outro, e daí decorre o insuportável.

Por isso, é fundamental o analista se colocar no lugar de um Outro castrado, de forma que o paciente encontre uma acolhida em seu desejo. É preciso que a angústia e o desespero do paciente encontrem uma acolhida que lhe possibilite alguma inscrição, alguma simbolização, alguma metáfora, tornando, então, possível o acesso a uma condição de sujeito.

A direção da cura, na psicose, implica que haja, por parte do analista em relação ao seu paciente, um desejo, uma aposta de que haja um sujeito ali, pois só assim um sujeito poderá efetivamente advir. Sabemos da necessidade de haver um investimento, um desejo, para que se dê a constituição de um sujeito – um desejo, não um imperativo totalizante, como se apresenta na psicose, uma vez que se trata de um Outro absoluto, total. Assim, a direção do tratamento, na psicose, consiste em um investimento do analista em seu paciente, de forma a lhe possibilitar a construção de uma narrativa, de uma história. E que o analista possa também ser um testemunho desta construção realizada... um testemunho do sujeito que, então, passa a se anunciar diante dele.

Esta aposta, este desejo, é o que encontramos na escolha do nome “Aimée” (amada, em francês), dado por Lacan (1987) à sua famosa paciente Marguerite. Jean Allouch apontava para uma inversão no trabalho com a transferência na psicose, justamente a partir do caso Aimée: na neurose, o analista fica no lugar do sujeito suposto ao saber (SSS); no caso das psicoses, é o paciente que ocupa o lugar do saber.

Na psicose, portanto, os pacientes precisam ser “Aimées” para seus analistas. É este o ponto de partida indispensável para o caminho no qual devem se aventurar, o caminho ao longo do qual encontrarão um lugar para si, em histórias nas quais serão, além de autores, enfim, protagonistas. Caminho este em que também será possível, a todas as “Lívias”, um alívio.

Referência

LACAN, Jacques. *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.