

**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL - UNIJUÍ**

**DHE - DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES E EDUCAÇÃO CURSO DE
PSICOLOGIA**

CLAUDIA REGINA BACHINSKI

DA ESCUTA AO DIAGNÓSTICO

Santa Rosa (RS)
2016

CLAUDIA REGINA BACHINSKI

DA ESCUTA AO DIAGNÓSTICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do grau de Psicóloga.

Orientadora: Mestre Íris Fátima Alves Campos

Santa Rosa (RS)
2016

CLAUDIA REGINA BACHINSKI

DA ESCUTA AO DIAGNÓSTICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ, como requisito parcial para obtenção do grau de Psicóloga.

Santa Rosa, 08 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Me. Íris Fátima Alves Campos - UNIJUÍ

Profa. Me. Kenia Spolti Freire - UNIJUÍ

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, que com sua luz e força me guiou e me conduziu durante toda minha vida e em especial no período da faculdade e da elaboração deste trabalho.

Agradeço, aos meus familiares que me ajudaram e apoiaram, em especial ao meu sobrinho Lucas.

À minha orientadora, Doutoranda Íris, pela sua paciência e apoio em todos os momentos desta caminhada, pelas construções que foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

Aos demais mestres que me inspiraram e auxiliaram nesta caminhada de formação.

À empresa Inovação Indústria Metalúrgica que me possibilitou a realização do estágio organizacional.

Aos meus amigos, que me apoiaram e me incentivaram a não desistir nos momentos mais difíceis, e que me fizeram acreditar que podemos realizar tudo aquilo que desejamos.

Aos colegas e amigos da faculdade, pelo aprendizado e pela amizade.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente me auxiliaram na realização deste trabalho.

“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais; somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos, sem querer” (Sigmund Freud)

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem por tema, “Da Escuta Ao Diagnóstico”, aborda o problema fundamentado no referencial teórico psicanalítico, principalmente, Freud, além de outros autores como Lacan e Calligaris. Desde Freud, o trabalho psicanalítico tem um compromisso ético com o paciente na construção do diagnóstico e na condução do tratamento. Iniciando com o acolhimento, a instauração e o manejo da transferência, posicionando o paciente dentro de uma das três estruturas (neurose, psicose e perversão), medidas fundamentais para a realização do diagnóstico estrutural e do tratamento. Porém, em algumas situações se faz necessário a realização do diagnóstico diferencial, buscando inclusive suporte de outras áreas, como por exemplo da Medicina, reforçando a importância dos diversos saberes envolvidos no tratamento do paciente. Aqui, neste trabalho, estas condições para tratamento são analisadas com o auxílio de um caso ficcional para demonstrar como um sintoma no corpo pode não ser de ordem orgânica e sim psicológica.

Palavras-chaves: Psicanálise, Entrevistas preliminares, memória, estruturas clínicas, diagnóstico estrutural e diferencial, trauma, sintoma.

RESUMEN

Este trabajo de conclusión de curso por tema, "Da Escuta Ao Diagnóstico", aborda el problema fundamental no referencial teórico psicoanalítico, principalmente, Freud, además de otros autores como Lacan y Calligaris. Desde Freud, el trabajo psicoanalítico tiene un compromiso ético con el paciente en la construcción del diagnóstico y la condición del tratamiento. Comenzando con la recepción, el establecimiento y la gestión de la transferencia, poner al paciente en una de las tres estructuras (neurosis, psicosis y perversión), medidas fundamentales para la realización de un diagnóstico estructural y de tratamiento. Sin embargo, en algunas situaciones es necesario para la realización del diagnóstico diferencial, incluyendo la búsqueda de apoyo de otras áreas, como la medicina, lo que refuerza la importancia de los diversos conocimientos implicados en la atención al paciente. Aquí, estas condiciones para el tratamiento son evaluadas con el apoyo de un caso ficcional que demuestran como un síntoma no cuerpo puede no ser de orden orgánica y sim psicológica.

Palabras clave: Psicanálise, Entrevistas preliminares, memoria, estructuras clínicas, diagnóstico estructural y diferencial, trauma, síntoma.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 A ABORDAGEM PSICANALÍTICA SOBRE O ACOLHIMENTO, SINTOMA E DIAGNÓSTICO DE PACIENTES EM TRATAMENTO	10
1.1 ACOLHIMENTO.....	10
1.2 A Etiologia dos Sintomas e o Diagnóstico na Psicanálise	13
2 ESTRUTURAS CLÍNICAS E UM CASO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA PSICANÁLISE.....	20
2.1 A Estruturas Clínicas Diante do Sintoma e do Diagnóstico	20
2.2 Fragmentos de um Caso para Pensar o Diagnóstico Diferencial na Clínica Psicanalítica.....	30
3 UMA FICÇÃO PARA PENSAR UM DIAGNÓSTICO DE PERDA DE MEMÓRIA.....	35
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa apresentar questões pertinentes ao atendimento psicanalítico afim de demonstrar a contribuição da psicanálise na clínica da “memória”, o acolhimento do paciente em escuta, compreender sua estruturação psíquica e com base nisso elaborar um diagnóstico para melhor conduzir o tratamento. Também, pensamos a necessidade, quando esta se fizer, de permear outros saberes, construir diagnóstico diferencial quando necessário, sempre buscando o melhor para o paciente.

Iniciamos o primeiro capítulo com um estudo acerca do início do tratamento psicanalítico, ou seja, as entrevistas preliminares. É pertinente tratar deste tema uma vez que questões importantes são trabalhadas neste momento para que se efetive o início do tratamento, como a instauração da transferência e a saída da posição discursiva da queixa à demanda. Ainda no primeiro capítulo, foi pensado acerca da etiologia do sintoma desde os trabalhos iniciais de Freud quando através da hipnose buscava encontrar lembranças do momento em que o sintoma apareceu pela primeira vez e, posteriormente, com a talking cure a escuta do inconsciente sustentada pela associação livre, regra base da psicanálise, irão situar o paciente dentro de uma estrutura de linguagem, surgindo a partir daí o diagnóstico estrutural.

No segundo capítulo, considerando as formulações freudianas, analisamos a as três estruturas clínicas no campo psicanalítico, neurose, psicose e perversão, e como cada uma delas opera. Posteriormente, estudamos como o sintoma se articula em cada uma das estruturas.

Para poder demonstrar a importância da elaboração de um diagnóstico diferencial, não nosológico, ou seja, estrutural, buscamos fragmentos de casos de pacientes que nos chegaram através da clínica, em especial a de uma paciente encaminhada pelo médico com o diagnóstico de depressão, (transtorno depressivo, DSM V 311, CID 10 F32.9). Ao encaminhá-la o médico evidencia o não fechamento da sua investigação e assim abrindo a possibilidade de complementaridade de saberes. O DSM-V, instrumento atual de diagnóstico para a psiquiatria biológica, classifica os sintomas pela categoria genérica de transtorno e os reduz à dimensão

comportamental, convertendo-os em monossintomas (Lima et. All, 2010, p.3). É a escuta que pode tomar o caso por outro viés e produzir um outro diagnóstico.

Para fechar este trabalho, no terceiro capítulo, levando em consideração as experiências clínicas, foi criado um caso fictício de perda de memória. Pensamos que as diversas perdas ocorridas fizeram com que a paciente as condensasse em traumático, não lembrando. O esforço necessário para uma nova estruturação era tão doloroso que ela preferia esquecer. Desta forma, concluímos nosso propósito de pensar que um acolhimento de paciente diagnosticado de forma nosológica não é, necessariamente, uma confirmação deste diagnóstico, mas uma nova oportunidade de interpretar o caso.

1 A ABORDAGEM PSICANALÍTICA SOBRE O ACOLHIMENTO, SINTOMA E DIAGNÓSTICO DE PACIENTES EM TRATAMENTO

1.1 Acolhimento

A construção deste texto se dará a partir da experiência clínica do estágio de Psicologia o qual suscitou questionamentos, desde o acolhimento do paciente, da realização das entrevistas preliminares e da transferência. Desprendo da experiência clínica algumas questões em especial quanto a etiologia dos sintomas.

Sabemos que quando o paciente procura por atendimento clínico geralmente o faz devido ao sofrimento que vem sentindo. Este, frequentemente, coloca seu adoecimento como queixa, repetindo-a em seu discurso durante as sessões. Ao trazer sua queixa, culpa os outros pelo seu sofrimento, sem se questionar ou se implicar como sujeito autor de sua própria história. Enquanto culpabiliza os demais e queixa-se dos outros pelo seu sofrimento, sente um certo prazer naquilo que ao mesmo tempo causa sofrimento e satisfação, permanecendo assim com seu sintoma, sem mobilizar-se para uma outra forma de viver.

A queixa traz um pedido de alívio, de ajuda, dirigido ao terapeuta que, mesmo estando no lugar de não saber, aceita que o paciente confie a ele um suposto saber - um saber sobre o seu sofrimento que o fez procurar a clínica.

Para que uma queixa se torne uma demanda é necessário que se coloque uma questão para o sujeito e se estabeleça a transferência. Quinet (2000) cita que a “transferência é o amor que se dirige ao saber” e “ao surgimento do desejo sob a forma de questão, o analisante responde com amor; cabe ao analista fazer surgir nessa demanda a dimensão do desejo, que é também conectado ao estabelecimento do sujeito suposto saber”. (p.29)

Freud (1913), no texto “Sobre o início do tratamento”, refere-se à prática de um tratamento de ensaio para evitar a interrupção da análise, a fim de se conhecer o caso e decidir sobre a possibilidade de sua analisabilidade; como exemplo, a falta de compreensão interna (insight) do paciente poderia ser um empecilho. Esse período,

o qual Freud (1913) nomeava de tratamento preliminar é, ele próprio, o início da análise e, portanto, considera a regra fundamental da associação livre (p. 137-158).

Por definição a associação livre é, “Regra constitutiva da situação psicanalítica, segundo a qual o paciente deve esforçar-se por dizer tudo que lhe vier à cabeça, principalmente aquilo que se sentir tentado a omitir, seja por que razão for”. (ROUDINESCO, 1998, p. 649). Todo trabalho da psicanálise é feito na transferência.

As entrevistas preliminares nem sempre tiveram essa terminologia, inicialmente chamadas por Freud de “análise de prova” ou mesmo “tratamento de ensaio”. Lacan inseriu a nomenclatura que é utilizada até hoje. De acordo com Freud (1913), para que o processo de análise aconteça e se atinja um determinado objetivo, torna-se necessário um período que o antecede, no qual seja possível traçar um caminho para que o analista possa cumprir sua promessa de cura (p.123-133).

Não há um número pré-estabelecido de entrevistas, pois se trata de um tempo lógico,

“necessário para que uma questão se coloque para o sujeito, que lhe permita passar de um pedido de alívio, próprio da queixa, a um pedido de saber, próprio da demanda”. (GILES, 2011, p. 10).

Por maior que possa ser a experiência do terapeuta, cada tratamento psicológico é uma experiência singular, inaugural, tanto para quem fala como para aquele que escuta. Desta forma não há um modelo de entrevistas preliminares a ser seguido.

Dois momentos importantes são colocados nas entrevistas preliminares: no primeiro tempo “o paciente demanda ser restituído na sua falta a ser, de obter de quem escuta os recursos para resolver suas falhas, esperando deste uma resposta para seu sofrimento.” (Giles, 2011, p. 11). O segundo tempo é marcado pelo mal-entendido no qual se baseia a transferência. Este mal-entendido resulta do fato de que o analista/terapeuta aceita ocupar este lugar de saber, mas sem responder

deste lugar, encarnando o Sujeito Suposto Saber, como um sujeito que sabe sobre aquele que está no lugar de paciente.

O analista aposta que o paciente venha a supor um sujeito neste saber, ou seja, um saber no analista.

Quando um paciente faz um pedido de tratamento inicialmente este pedido é indiscriminado, procura antes uma resposta a seu sofrimento, como o faria a um médico, quer dizer, pede receber do outro uma palavra de alívio. As entrevistas preliminares definem um tempo de constituir a passagem deste pedido para a demanda de saber. Instaurando-se a demanda, portanto, instaura-se a transferência, ou seja, a suposição de um sujeito suposto saber. (GILES, 2011, p. 10).

Desta forma, se abre espaço para as manifestações do inconsciente do paciente, sendo fundamental que com o passar do tempo este lugar de “sujeito suposto saber” vá caindo, ou seja, que apenas o analisando pode dizer de si mesmo. A análise é a construção de um saber sobre si, sobre o inconsciente. Esse saber não é dado, e sim construído na relação analítica.

Durante as entrevistas é importante que o analista fale o mínimo possível, apenas o suficiente para que o sujeito prossiga em seu discurso. Isto porque está em jogo a questão diagnóstica. Deixar o paciente falar possibilita a construção de uma hipótese diagnóstica que irá orientar o trabalho, conforme a estrutura clínica que se está lidando (neurose, psicose, perversão).

A função diagnóstica das entrevistas preliminares se institui como um papel de direção da análise, ou seja, ela só terá sentido se servir de respaldo para a condução da análise. Essa tática do analista no direcionamento da análise está correlata com a transferência, na qual o diagnóstico está intimamente ligado.

Nem todos os pacientes que procuram a clínica entram em tratamento. Nem todos possuem demanda de tratamento e alguns quando a demanda é instalada não conseguem sustentá-la, pois ao se implicarem com suas questões e compreenderem que eles mesmos podem ter causado o seu sofrimento, acabam não retornando ao atendimento.

Instaurada a transferência e a demanda, o sujeito abandona a posição de culpabilização dos outros pelos seus problemas e toma para si a responsabilidade dos seus atos e suas conseqüências, tornando-se autor de sua própria história, possibilitando assim a continuidade do tratamento.

1.2 A Etiologia dos Sintomas e o Diagnóstico na Psicanálise

O procedimento da psiquiatria biologicista ao receber um paciente se fundamenta em autores antigos tal como Kraepelin.

Tal disciplina obedecia ao seguinte ordenamento: em primeiro lugar, tratava-se de observar e descrever exaustivamente as características fenomenológicas das doenças (índices e sinais); em segundo lugar, de organizar essa fenomenologia vasta em classes de sintomas; em terceiro, de localizar, por meio da técnica do exame, um correlato anátomo-fisiológico para tais sintomas (uma lesão orgânica) e em quarto lugar de determinar um agente patológico externo como causa da lesão. (LIMA et.all, 2010, p.4).

Ao trabalhar pelo viés psicanalítico no tempo das entrevistas preliminares, fundamentais para que se entre em análise, se procede afim de obter o diagnóstico estrutural a partir da estrutura da linguagem, considerando as estruturas clínicas descritas por Freud (neurose, psicose e perversão). Neste viés não se busca obrigatoriamente o correlato anatômico e se privilegia a fala, a forma como o discurso se organiza e não os sinais fenomenológicos.

Os Estudos sobre a Histeria são considerados como o início da psicanálise. No artigo “Sobre o Mecanismo Psíquico dos Fenômenos Histéricos: uma Comunicação Preliminar” (1893), os autores revelam suas observações, realizadas durante vários anos, que mostram a grande variedade de diferentes formas e sintomas de histeria. Buscam descobrir sua causa precipitante, o fato que teria gerado a primeira ocorrência, geralmente muitos anos antes, do fenômeno em questão.

Na grande maioria dos casos não é possível estabelecer o ponto de origem através da simples interrogação do paciente, por mais minuciosamente que seja levada a efeito. Isso se verifica, em parte, porque o que está em questão é, muitas vezes, alguma experiência que o paciente não gosta de

discutir; mas ocorre principalmente porque ele é de fato incapaz de recordá-la e, muitas vezes, não tem nenhuma suspeita da conexão causal entre o evento desencadeador e o fenômeno patológico. (BREUER; FREUD, 1893, p. 21).

Freud e Breuer inicialmente usaram o método da hipnose para levar o paciente até o momento no qual o trauma ocorreu.

Via de regra, é necessário hipnotizar o paciente e provocar, sob hipnose, suas lembranças da época em que o sintoma surgiu pela primeira vez; feito isso, torna-se possível demonstrar a conexão causal da forma mais clara e convincente. (Idem, 1893, p. 21)

Descobriram que “os fatos externos determinam a patologia da histeria numa medida muito maior do que se sabe e reconhece”. (Idem, Idem, p. 21).

Mas a relação causal entre o trauma psíquico determinante e o fenômeno histérico não é de natureza a implicar que o trauma atue como mero *agent provocateur* na liberação do sintoma, que passa então a levar uma existência independente. Devemos antes presumir que o trauma psíquico - ou, mais precisamente, a lembrança do trauma - age como um corpo estranho que, muito depois de sua entrada, deve continuar a ser considerado como um agente que ainda está em ação. (Idem, Idem, Idem, p. 21).

Posteriormente no texto *Recordar, repetir elaborar*, Freud (1914/1996) aponta as diferenças entre os dois modos de tratamento experimentados por ele, os quais possibilitaram a gênese da psicanálise: a hipnose e a clínica analítica, sustentada nas associações livres.

Essa primeira fase de seu trabalho, ou seja, a catarse e a hipnose foram baseadas na recordação e na ab-reação. "Nesses tratamentos hipnóticos, o processo de recordar assumia forma muito simples. O paciente colocava-se de volta numa situação anterior, que parecia nunca confundir com a atual, e fornecia um relato dos processos mentais a ela pertencentes" (FREUD, 1914/1996, p.163-164). O paciente reproduzia, recordava e rememorava uma situação anterior. Desta forma o paciente reproduzia componentes psíquicos relacionados diretamente ao sintoma proporcionando uma descarga de fundo terapêutico.

Freud concluí que à primeira vista parece extraordinário que fatos experimentados há tanto tempo possam continuar a agir de forma tão intensa, que a sua lembrança não esteja sujeita ao processo de desgaste

O esmaecimento de uma lembrança ou a perda de seu afeto dependem de vários fatores. O mais importante destes é se houve uma reação energética ao fato capaz de provocar um afeto. Quando essa reação ocorre em grau suficiente, grande parte do afeto desaparece como resultado. (BREUER; FREUD, 1893, p. 25).

Freud usa o termo “reação” para o que é da classe dos reflexos voluntários e involuntários, desde lágrimas até os atos de vingança, nos quais, como a experiência lhe mostrou, os afetos são descarregados.

O uso da linguagem comprova esse fato de observação cotidiana com expressões como “desabafar pelo pranto” [*sich ausweinen*] e “desabafar através de um acesso de cólera” [*sich austoben*], literalmente “esvair-se em cólera”. Quando a reação é reprimida, o afeto permanece vinculado à lembrança. Uma ofensa revidada, mesmo que apenas com palavras, é recordada de modo bem diferente de outra que teve que ser aceita. A linguagem também reconhece essa distinção, em suas conseqüências mentais e físicas; de maneira bem característica, ela descreve uma ofensa sofrida em silêncio como “uma mortificação” [*Kränkung*], literalmente, um “fazer adoecer”. (Idem, 1893, p. 25).

Com a descoberta do fenômeno da resistência Freud repensa sua clínica, abandonando a hipnose em favor de uma nova concepção para sua prática, a associação livre, regra que recebeu o título de base para o exercício da clínica psicanalítica.

A relação entre a resistência e a associação livre mostra o seguinte: "A resistência deveria ser contornada pelo trabalho da interpretação e por dar a conhecer os resultados desta ao paciente" (FREUD, 1914/1996, p. 163). Em oposição ao tratamento hipnótico e sua relação com a recordação, a técnica psicanalítica está diretamente ligada à repetição.

Sob a nova técnica, muito pouco, e com freqüência nada resta deste deliciosamente calmo curso de acontecimentos. Há certos casos que se comportam como aqueles sob a técnica hipnótica até certo ponto e só mais tarde deixam de fazê-lo, mas outros se conduzem diferentemente desde o início. Se nos limitarmos a este segundo tipo, a fim de salientar a diferença, podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e recalçou, mas o expressa pela atuação ou o atua (*acts it out*). Ele o

reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. (idem, p.165).

O saber da psicanálise busca, através da escuta do inconsciente, compreender o modo particular de adoecimento do sujeito. Através da escuta busca-se estreitar a relação do paciente com a linguagem e o seu posicionamento simbólico diante de questões importantes, como o sexo, a morte, o desejo, a castração e a própria implicação do sujeito no seu adoecimento. Acredita-se que é através da linguagem que o sujeito do inconsciente pode advir, estruturando-se através desta, na neurose, psicose ou perversão.

Para situarmos o diagnóstico estrutural na psicanálise, somos levados a interrogar o estatuto do inconsciente com relação à realidade. A psicanálise nos indica que toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica. No texto, A interpretação dos sonhos, na formulação do conceito de inconsciente, Freud (1900/1978), postula:

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

A realidade psíquica é um construto¹ que supõe um emaranhado entre a realidade interna e externa, conseqüentemente, recoloca o que vem a ser o campo subjetivo - o que diz respeito ao sujeito - em um novo patamar epistêmico. Se não podemos mais operar sobre duas realidades distintas, objetiva versus subjetiva, logo temos que considerar que no *modus operandi* da clínica psicanalítica o sujeito que observa (epistêmico) não é exterior ao sujeito observado (empírico). Ou, ainda, o sujeito 'observado' é quem inclui o 'observador' em "uma de suas séries psíquicas", pela via da transferência (cf. FREUD, 1912/1978, p.100). Os instrumentos de diagnóstico e de tratamento, desde o início, estarão marcados por esta concepção (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000).

Freud ([1915] 2006, p. 177-178), ao trabalhar a noção de inconsciente, apresenta também a noção do aparelho psíquico. Sendo o mesmo constituído a

¹ Objeto de percepção ou pensamento formado pela combinação de impressões passadas e presentes.

partir de sistemas com características e lógicas diferenciadas, mas ao mesmo tempo articuladas. O Id (inconsciente), o Ego (consciente) e o superego (regulador moral). Para Freud, a personalidade é resultante da dinâmica dessas três instâncias psíquicas.

O id, como instância psíquica, o inconsciente, concebido por Freud, expressa psicologicamente as pulsões, recalcadas. Também é a fonte e o reservatório de toda a energia psíquica do indivíduo, que anima a operação dos outros dois sistemas (ego e superego). "Nós chamamos de (...) um caldeirão cheio de excitações fervescentes. [O id] desconhece o julgamento de valores, o bem e o mal, a moralidade" (Freud, 1933, p. 74). Ainda, o id interage com as funções do ego e com os objetos, tanto os da realidade exterior como aqueles que, introjetados, habitam o superego. Procura a resposta direta e imediata a um estímulo instintivo, sem considerar as circunstâncias da realidade.

O ego desempenha a função de obter controle sobre as exigências das pulsões, decidindo se elas devem ou não ser satisfeitas, adiando essa satisfação para ocasiões e circunstâncias mais favoráveis ou reprimindo parcial ou inteiramente as excitações pulsionais. Age como mediador entre o id e o mundo exterior, tendo que lidar também com o superego, com as memórias de todo tipo e com as necessidades físicas do corpo. Ainda, é pressionado pelos desejos do id, pela repressão do superego e as ameaças do mundo exterior. Assim, a função do ego é tentar conciliar as reivindicações das três instâncias a que serve, ou seja, o id, o mundo externo e o superego. No Texto o Ego e o Id, Freud. 1923, diz que estamos divididos entre o princípio do prazer (que não conhece limites) e o princípio de realidade (que nos impõe limites).

O superego atua como um juiz ou um censor do ego. Freud descreveu-o como o "defensor da luta em busca da perfeição - o superego é, resumindo, o máximo assimilado psicologicamente pelo indivíduo do que é considerado o lado superior da vida humana" (Freud, 1933, p. 67).

Como já referimos acima durante as entrevistas preliminares ou no primeiro tempo de tratamento (instante de olhar, como refere Lacan), conforme Freud nos

ensina, há a necessidade do diagnóstico estrutural que permitirá o melhor manejo da transferência. Sendo assim, o diagnóstico estrutural torna-se um compromisso ético do analista com o inconsciente. O diagnóstico estrutural instituído pela Psicanálise parte da relação estabelecida pelo sujeito com a linguagem, enquanto o diagnóstico descritivo observa sinais e sintomas.

Trazemos aqui um caso relatado em Figueiredo e Rodrigues Machado (2000) para entendermos melhor a necessidade de um diagnóstico diferencial para não cometermos equívocos.

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

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

Um mês após essa última internação, a paciente é levada para a entrevista psicanalítica pela equipe clínica que a acompanha. Devido a uma dúvida diagnóstica surgida a partir do momento em que esta equipe, não cedendo às

pressões da família, não aplicou o eletrochoque; foi utilizada medicação benzodiazepínica e houve visitas constantes ao leito da paciente. No final de duas semanas, a paciente saiu da crise e a equipe, mesmo acreditando e apostando na sua conduta, acabou por se surpreender com o resultado. Este resultado funcionou como resposta à prova terapêutica que a equipe fez. A dúvida foi: como pode um estupor catatônico ser debelado com benzodiazepínicos e conversas ao leito? Esta pergunta gera dúvidas com relação ao diagnóstico feito do caso.

Na perspectiva do diagnóstico estrutural, o psicanalista construiu o caso, dizendo que Amanda não apresenta nenhum dos fenômenos típicos da psicose: não tem fenômenos elementares, não alucina nem delira e não produz neologismos. O que emerge é uma formação do inconsciente que retorna sob a forma do sintoma que está lá para ser decifrado. Não retorna no real dos fenômenos psicóticos, retorna no campo do simbólico sob a forma metafórica do sintoma. (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000).

Sendo assim, reforçamos a importância no momento da elaboração de um diagnóstico, não ficando somente focado em observar os sinais e sintomas, mas através da linguagem posicionar o sujeito em sua estrutura e assim poder construir um diagnóstico.

De acordo com Freud, vimos que o trauma ou a lembrança deste é a origem do sintoma. Sendo assim, precisamos estar atentos quando recebemos pacientes que apresentam patologias como por exemplo de lapsos de memória. Devemos nos interrogar, é possível este sintoma estar relacionado a um trauma? Como cada estrutura se organiza diante do sintoma? São questões que buscaremos responder no decorrer deste trabalho.

2. ESTRUTURAS CLÍNICAS E UM CASO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA PSICANÁLISE

2.1 A Estruturas Clínicas Diante do Sintoma e do Diagnóstico

Segundo Freud (1913), existem razões diagnósticas para começar o tratamento com as entrevistas preliminares, pois nos casos de neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, há certa dificuldade em diferenciá-los das chamadas demências precoces (esquizofrenia, parafrenia). Portanto, torna-se necessário a realização de um diagnóstico diferencial, em particular, o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose na medida em que a forma de conduta frente ao caso se torna diferente para cada uma dessas estruturas clínicas.

Neste momento abordarei as estruturas clínicas no campo psicanalítico, considerando as formulações freudianas.

A Psicanálise afirma a existência de três estruturas clínicas: a neurose; a psicose e a perversão. A neurose, atua no sujeito através do recalque: há um conflito com recalque. O mecanismo da forclusão, fundamental na estrutura psicótica, reconstrói, para o sujeito, uma realidade delirante ou alucinatória. Já a perversão, mantida através da denegação ou desmentido, faz com que o sujeito, ao mesmo tempo, aceite e negue a realidade, com uma fixação na sexualidade infantil.

Calligaris, em *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses* (1991), nos diz que qualquer tipo de estruturação do sujeito, seja ela neurótica, psicótica, ou perversa, é uma estruturação de defesa. Tal estruturação de defesa permite ao sujeito se subjetivar, eleger alguma significação que possa nortear sua vida; algum estatuto simbólico para que seu corpo-carne organismo, seja recoberto por um tecido significativo cujo resultado é a erotização do corpo. Mas de que defesa estamos falando? De qual perigo nos defendemos e como pensar nas diferentes formas de defesa atreladas às três grandes estruturas psíquicas: neurose, psicose e perversão? A defesa estruturar-se-ia "contra o que seria, imaginariamente, o seu destino se ele não se defendesse estruturando-se: ser reduzido ao seu corpo o

objeto de uma Demanda imaginária do Outro, perder-se como objeto de gozo do Outro" (CALLIGARIS, 1991, p.14).

No texto "Neurose e Psicose" (1923-1925), Freud faz alusão as diferenças entre neurose e psicose:

a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo". (FREUD, 1923/1925, pag. 189).

Em ambas as estruturas a origem é a frustração, o que vem depois desta é o que irá determinar se será uma neurose ou psicose. A saída para cada uma se diferencia, enquanto na neurose é a fantasia, na psicose o delírio e a alucinação.

A perturbação do sujeito tanto na neurose como na psicose é com relação a realidade, como nos mostra Freud no texto "A Perda da Realidade na Neurose e na Psicose".

Na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga, ao passo que na psicose ele é remodelado... a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora: a psicose a repudia e tenta substituí-la. (FREUD, 1924, pag. 231).

No artigo "A Sexualidade na Etiologia das Neuroses", Freud (1898) reconhece que as causas dos casos de neurose devem ser achadas em fatores da vida sexual.

Sobre a transferência, no texto sobre "A dinâmica da transferência", FREUD já se referia à transferência como sendo aquilo que possibilitava a aproximação ou causava o afastamento entre as pessoas nas relações sociais. Segundo ele, a transferência era um fenômeno natural nas relações humanas e, portanto, já não era considerado um patrimônio da psicanálise. Mais do que afirmar que a transferência é um fenômeno da vida cotidiana, em 1912, FREUD já reservava à transferência um lugar fundamental dentro de um tratamento psicanalítico. Dizia ele que a transferência é o "veículo de cura e condição de sucesso" (1987, p. 135, v. XII) para o tratamento.

O que acontece na transferência de um sujeito neurótico é um deslocamento de saber, que antes era atribuído ao pai, e agora é lançado sob a figura do analista. Ele aposta que haja "ao menos um" que saiba lidar com a demanda do Outro, e com a dívida antes tida com o pai. Além de ser o "ao menos um" capaz de ter o saber de como lidar com a demanda materna, é também quem irá libertá-lo da morte subjetiva ao introduzi-lo no mundo das palavras (CALLIGARIS, 1991).

Outro fator importante na transferência é a repetição. Freud (1914) nos diz que a repetição é uma transferência do passado esquecido. Em sua conferência sobre a transferência (1917), Freud afirma que esse fenômeno é efeito da estrutura neurótica, e que possibilita a ligação do doente à figura do analista:

Quando, porém, semelhante vinculação amorosa por parte do paciente em relação ao médico se repete com regularidade em cada novo caso, quando surge sempre novamente sob as condições mais desfavoráveis e onde existem incongruências positivamente esquisitas, até mesmo quando senhoras de idade madura se apaixonam por homens de barba grisalha, até mesmo onde, conforme julgamos, não há nada, de espécie alguma, capaz de atrair - então devemos abandonar a idéia de uma perturbação casual e reconhecer que estamos lidando com um fenômeno intimamente ligado à natureza da própria doença. (FREUD, 1996 [1917], p. 443).

Então, se o neurótico tende a desenvolver laços transferenciais, onde repete circuitos pulsionais vinculados à sua doença, cabe ao analista saber manejar essas repetições em favor do tratamento.

Já na psicose o conflito é entre o ego e o mundo externo. Uma nova realidade é criada de acordo com os impulsos desejosos do id. A metáfora paterna não opera, impossibilitando assim, a "colocação substitutiva do pai como símbolo, ou significante, no lugar da mãe" (LACAN, 1957-58/1999, p. 186), ou seja, há a forclusão do Nome-do-Pai. Lacan usou o termo forclusão do Nome-do-Pai para designar que a metáfora paterna não operou, diante da espera de um significante da lei do Pai que viesse barrar o Outro-Mãe. O prazo para que esta operação se desse expirou e o sujeito perdeu o direito de criar para si uma pergunta, um enigma sobre o desejo do Outro. A conseqüência maior da forclusão do Nome-do-Pai é a não-submissão à castração simbólica, acarretando a impossibilidade da função fálica. Como efeito da não-operação da função fálica temos a dificuldade do sujeito psicótico se situar em relação à partilha dos sexos, já que nesta partilha está em

jogo o significante da diferença. Em seu Seminário “ As psicoses”, Lacan (1955-56/1985) afirma:

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

Sobre o manejo da transferência na psicose, tomamos o texto de autor desconhecido, em trabalho apresentado à Biblioteca freudiana de Curitiba, associação que reúne psicanalistas:

Verificou-se que para falarmos em estabelecimento de transferência no tratamento das psicoses deve ser de uma forma radicalmente diferente do que acontece com o neurótico. Sabe-se que na neurose a transferência vai operar a partir da suposição de um saber no analista que vai através deste instrumento (transferência) implicar o sujeito no trabalho analítico. Nas psicoses, entretanto, o primeiro passo do trabalho está na aposta sobre a emergência de um sujeito e que a partir daí possa ser inscrita uma subjetivação. Quero dizer que, se é no campo do outro que o sujeito se constitui, quando o psicótico fala com o analista existe aí uma possibilidade de que o testemunho do analista possibilite ao sujeito alguma subjetivação sobre o seu saber, sobre a significação que o paciente possa encontrar nas suas produções. Quanto ao seu manejo, mesmo sabendo que na maioria das vezes o tratamento das psicoses exige mais do que uma estratégia, parece que uma possibilidade encontra-se em acompanhar o paciente na sua crise em busca pela metáfora de substituição, sendo, para isto, fundamental que se tenha pistas em que lugar o paciente o situa. Parece-me que foi neste sentido que Lacan advertiu em seu ensino que não se deve recuar diante das psicoses encontrando o analista no papel de secretário do paciente. Lembrando, finalmente, que é a presença do analista que pode garantir ao psicótico o seu lugar de sujeito. É somente o discurso analítico que preserva o lugar de sujeito ao paciente. (p. 6. Disponível em <https://letrapsicanalise.files.wordpress.com/2015/08/a-presenca-do-analista.pdf>).

A terceira estrutura clínica apontada, a perversão, é assim definida por Roudinesco:

é um fenômeno sexual, político, social, físico, trans-histórico, estrutural, presente em todas as sociedades humanas: O que faríamos se não mais pudéssemos designar como bodes expiatórios – ou seja, como perversos – aqueles que aceitam traduzir por seus atos estranhos as tendências inconfessáveis que nos habitam e que recalcamos? (ROUDINESCO, 2007,p 15).

Freud não apresentou uma formulação exaustiva sobre as perversões, sustentando que elas não seriam analisáveis, e nem tampouco uma diferenciação clara e definitiva entre as perversões e outras dinâmicas pulsionais (CECARELLI & SANTOS, 2009). *O homem dos ratos - Ernest Lanzer - descrito em 1909* e Dostoiévski trabalhado em 1928 são descritos por Freud tanto como neuróticos quanto como perversos.

A clínica nos informa das múltiplas faces da perversão, algumas das quais não são sustentáveis pelo mecanismo da recusa. Compreendemos que a perversão, assim como qualquer outro sintoma, deva ser entendida, antes de mais nada, como o arranjo possível que o sujeito pôde fazer em sua tentativa de sobreviver psiquicamente (CECARELLI & SANTOS, 2009). Quando posto o diagnóstico de perversão, não cabe mais nada, ou seja, a estrutura impera para além, muito além do sentido que é dado pela psiquiatria fundamentado nos sinais e sintomas.

SE SARINO (2011) ao tratar da clínica possível das perversões escreve:

o perverso chega ao consultório contrariado e sob ameaça, obrigado pelo cônjuge, juiz, advogado, médico, pais, para obter algum ganho transgressivo às custas do analista. Mas também por haver sofrido alguma perda importante, depressão, luto, etc.. Não é comum que se angustie, mas isso acontece sempre que se depara com o aparecimento no real da falta, quando encontra dificuldade para por seu fantasma em prática, quando não consegue obturar a falta no Outro. Então vem ao consultório e a partir daí tenta tirar proveito da situação, transforma-la ao seu gosto. Procura manipular, dominar, influenciar, impressionar, convencer, gozar disso. **As entrevistas iniciais são fundamentais para o estabelecimento de uma transferência que possibilite algum trabalho de cura.** Mas não se deve acreditar nos relatos e confissões, nem confiar na associação livre e atenção flutuante. A renegação interfere fazendo com que omita partes importantes a ser consideradas. É preciso, portanto, questionar mais, atentar para os detalhes e perguntar pelo que está sendo omitido no relato. “Porque não dizer mais um tanto?”. “eu sabia que não deveria fazer aquilo, mas eu quis fazer e fiz”.....é preciso perguntar ainda: “mas se sabia, porque fez?... e assim mostrar sua divisão...”. Para orientar a prática, é preciso que, em cada caso, se busque o componente estrutural: a que objeto a, e em que posição o sujeito aparece identificado para tapar o buraco aberto pela castração. (p. 1. grifo nosso).

Após este percorrido pelas estruturas clínicas descritas por Freud, onde apresentamos a origem de cada uma e como elas operam, iremos agora analisar como o sintoma opera. A questão que nos move neste momento vem da experiência clínica onde foi possível identificar casos de pacientes que nos chegaram

apresentando sintomas relacionados a falta de memória, não tendo diagnóstico de questões neurológicas. O que nos leva a pensar que o sujeito possa usar o esquecimento como um mecanismo de defesa, sendo este tão intenso, a ponto de comprometer a cognição, como por exemplo, a perda de habilidades de realizar cálculos.

No artigo “O Inconsciente” (1915, p. 185), Freud diz que uma saída para o material recalçado são as vias substitutivas, aparecendo assim o sintoma. A noção do sintoma se define, para Freud (1926), como formação de compromisso entre as representações recalçadas do desejo inconsciente e as exigências defensivas. O sintoma é a solução encontrada pelo sujeito ao conflito entre os elementos cuja satisfação é censurada e a defesa, que visa manter a integridade do indivíduo diante do perigo do desejo proibido.

Freud na Conferência XVIII, anos 1916 e 1917, no texto “Fixação em traumas - o inconsciente”, escreve:

As neuroses traumáticas dão uma indicação precisa de que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático. Esses pacientes repetem com regularidade a situação traumática, em seus sonhos; (...). É como se esses pacientes não tivessem findado com a situação traumática, como se a estivessem enfrentando-a como tarefa imediata ainda não executada. (FREUD, 1917, p. 325).

A relação do sintoma com o inconsciente, da pulsão com a sexualidade, nos mostra que as neuroses são expressão de conflitos entre o eu e as pulsões que, por serem incompatíveis com padrões éticos do eu, são recalçadas, impedidas de se tornar conscientes, e afastadas da possibilidade de satisfação.

O recalçamento, é um mecanismo de defesa e está estritamente ligado à noção de inconsciente, um processo através do qual se elimina da consciência conteúdos internos que ameaçariam o ego. Porém, com a ação do recalque a libido que é represada, não satisfeita, irá procurar outras vias de satisfação, seguindo caminhos indiretos. Ela retorna a fases anteriores do desenvolvimento infantil e a atitudes anteriores para com os objetos - pontos de fixações infantis - e irrompe na consciência, obtendo satisfação. (Freud, 1980). Ainda, o sintoma é o resultado disso,

conseqüentemente, em sua essência, uma satisfação sexual substitutiva para desejos sexuais não realizados, ou seja, um substituto de algo que foi afastado pelo recalçamento, indicação de um retorno do recalçado; uma satisfação substituta deformada, irreconhecível, uma vez que o sintoma não escapa inteiramente à censura, submetendo-se, assim, a modificações e deslocamentos.

Os sintomas são uma satisfação de um desejo sexual ou formas de impedir esta satisfação, duas forças que entraram em conflito estão em jogo: a libido insatisfeita, que representa o recalçado e a força repressora, que compartilhou de sua origem. É esse acordo entre as partes em confronto que faz com que o sintoma se torne tão resistente.

Com a publicação do texto "A interpretação dos sonhos" Freud (1900/1996), fez uma tentativa de entender a origem dos sintomas dizendo que os sonhos são fenômenos que possibilitam com que os conteúdos inconscientes possam se expressar.

Afirma, ainda, que os sonhos são realizações de desejos. Em algumas situações isso aparece de forma bastante clara, porém, mesmo nos sonhos de angústia esta realização de desejos está presente de forma distorcida. O recalçamento age como forma de defesa, distorcendo e encobrendo o sentido do sonho, desta forma o sonhador alcança a satisfação desejada, sem o desagrado de se dar conta de conteúdos inconvenientes.

Como os sonhos, o sintoma também é a realização de um desejo, que é sempre sexual. "Disfarçado" no sintoma, a realização do desejo aparece em uma versão mais aceitável. Assim, o sujeito que sofre com seu sintoma não reconhece nele uma satisfação.

Agora nos dedicaremos a situar a questão do sintoma na histeria. As características do sintoma histérico consistem em um enigma para a Medicina. Afinal, na somatose um dano é provocado no órgão; enquanto, na histeria acontece a cura espontânea quando o conflito é elaborado. Poderíamos afirmar, então, que os conflitos são formações inconscientes à espera da escuta; se reconhece, assim, o

desejo inconsciente. A respeito da expressão somática do conflito no quadro histórico, Freud denomina de “antecipação somática” a espécie de apelo do corpo para que uma representação recalçada vá se alojar nele (CHEMAMA, 1995, 96). Segundo Cunha, “Um sintoma histórico somente tem origem, quando duas realizações contrárias de desejo, tendo as suas fontes em diferentes sintomas psíquicos, são capazes de se encontrar numa única expressão” (CUNHA, 1978, p.188).

Para Dejours (1988), a somatização é um processo que está na continuidade da neurose de angústia: “para os especialistas em psicossomática também é hábito dar muita atenção à descompensação que representa a neurose de angústia, pelo que ameaça prefigurar para o futuro na ordem das somatizações.” (p. 126).

Para Dejours(1981-1989), o trabalho de interpretação vai de encontro às interpretações e condutas de valor interpretativo do paciente, produzindo o conflito de interpretações. O sentido do sintoma somático não está escondido, por que ele ainda não existe, apenas carrega uma intencionalidade. Além disso, ele depende do encontro de duas vontades, a do paciente e a do analista. O sintoma funciona como um convite ao trabalho de interpretação que pode eventualmente realizá-lo, numa somatização simbolizante.

Segundo Freud, a transferência também tem uma relação direta com a repetição, pois esta é "uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual"(FREUD,1914/1996, p.163). Na análise a repetição aparece como uma força que atualiza componentes psíquicos que antes não podiam ser recordados.

Enquanto a recordação está do lado da lembrança daquilo que pode ser lembrado, a repetição é uma atuação movida por componentes psíquicos recalçados que se atualizam na análise. Repete-se, aquilo que não pode ser lembrado. Isso geralmente não é perceptível pelo analisando, porém com a análise é possível marcar essa existência, fazendo com que o sujeito tome consciência dos acontecimentos que são seus.

Ao marcar a relação entre a repetição, a transferência e a resistência, Freud apresenta alguns pontos importantes que precisam ser observados: Ele nos diz que existe uma relação direta entre esses três acontecimentos psíquicos; que quanto mais hostil for a transferência, mais se repete e menos se recorda; a repetição é determinada pela ocorrência da resistência; e por último a repetição é uma força atual, contrapondo-se à recordação, que assinala um acontecimento bem marcado do passado.

Tão importante quanto a repetição e a recordação, também é a elaboração. A resistência é proveniente da repetição não simbolizada, desta forma a elaboração torna-se uma forma de lidar com esta. À medida que o paciente repete, ele relembra eventos e reproduz situações que não passaram pela mediação da linguagem. A análise possibilita espaço no qual fantasias e pensamentos que nunca foram conscientes possam ser rememorados, ou seja, cria condições para representações simbólicas e compreensões de seus significados.

Percebemos na clínica pacientes que trazem lembranças de sua infância de uma mesma situação que num momento contam de uma forma e em outra de forma diferente. Constatamos este fato quando uma paciente apresentou seu pai como um sujeito capaz de crueldade para com ela e, posteriormente, relata o mesmo fato de forma mais amena. Inferimos que ali a paciente produzia uma lembrança encobridora. “Freud em 1899 e 1901 usa o termo lembranças encobridoras para designar uma lembrança infantil insignificante que, por deslocamento, passa a mascarar uma outra lembrança recalcada ou não guardada”. (ROUDINESCO, 1998, P.467).

Para Freud, ainda no texto *Recordar, repetir elaborar*, (1914/1996) é comum o paciente dizer que sabe das coisas esquecidas quando fala sobre as mesmas, acrescentando que só não estava pensando nelas, ou seja, para ele não estavam conscientes. O “esquecer” torna-se restrito quando se avalia o verdadeiro valor das lembranças encobridoras que para Freud geralmente se acham presentes, cita a amnésia infantil que é contrabalanceada por essas lembranças encobridoras. Lembra ainda que cabe ao analista extraí-las por meio da análise, vencendo as resistências e trabalhando o material reminescente para que possa advir um novo.

Reminiscência, do latim *reminiscentia*, é um conceito que se pode associar a evocações, memórias, rememorações. Uma reminiscência é a representação mental de uma situação, um feito ou outra coisa que teve lugar no passado. Para a forma como estes acontecimentos se inscreveram na memória Freud usou a expressão “traço mnêmico”. E para caracterizar os vestígios de um passado *esquecido* usou o termo “*mnema*”; já o traço mnêmico é o material resultado do que foi vivido pelo sujeito e está depositado no inconsciente, o qual fica como um traço desprovido de sentido. Diante de determinadas situações, exemplo um determinado cheiro pode remeter a lembranças inscritas anteriormente na memória, é o traço mnêmico responsável por fazer esta ligação reativando determinada vivência, muitas vezes com uma nitidez impressionante. (CAMPOS, 2016).

As histéricas, pacientes no início dos trabalhos de Freud, sofriam com as reminiscências, eram inconscientes, ou seja: elas sabiam, mas não sabiam que sabiam; ou elas se lembravam, mas não sabiam disso ou não queriam saber nada disso. Não queriam saber nada de suas lembranças da infância e, nem tampouco, de suas fantasias não tão infantis assim, fantasias de amor em geral. Poderíamos dizer, então, que as histéricas sofriam de amor também, mas de um amor recusado à consciência, um amor que, embora consciente um dia, fora recalcado, reprimido. (Estudos sobre a Histeria, 1893-1895).

Freud vai nos dizer que toda ideia ou pensamento recalcado era, na realidade, desejos que de alguma maneira não podiam se realizar e por isso eram recalcados. Ficando o desejo retido no inconsciente e, desta forma, não reconhecido como próprio. (Machado, 2003).

Após este percorrido na literatura base da Psicanálise, em que vimos a formação das estruturas o diagnóstico estrutural fundamental para o trabalho psicanalítico, percebe-se as inúmeras questões que estão envolvidas no que se refere a formação do sintoma e as vias usadas por este. Diante disso podemos pensar que os sintomas podem não ser de ordem neurológica e sim produções do próprio inconsciente.

Retomando o caso que nos chegou com diagnóstico de depressão, através da escuta foi possível situar a paciente dentro da estrutura neurótica histérica. Diante disso nos coube perguntar se sua sintomatologia de depressão e de desmemorização se devia a perdas cognitivas de origem orgânica ou se não haviam questões neurológicas que justificassem a questão do esquecimento.

Importante mencionar que quando o médico encaminha um paciente para que este seja escutado pela psicanálise, se verifica a importância da fala não só para a escuta do paciente como também no intercâmbio entre os diversos profissionais. Quando a palavra circula, mais facilmente é sustentado o trabalho mútuo independente dos saberes e práticas implicados. Tanto a medicina pode aprender com a psicanálise como vice-versa. São dois saberes com olhares diferentes, mas que podem se complementar e trazerem a elaboração de um diagnóstico mais preciso e um adequado tratamento.

2.2. Fragmentos de um Caso para Pensar o Diagnóstico Diferencial na Clínica Psicanalítica

A etimologia da palavra diagnóstico vem do grego “diagnóstikós”, que significa capaz de distinguir, de discernir, conhecer, de ver através de. Na atualidade, na forma como vem sendo utilizado, conceitua diagnóstico como conhecimento ou determinação duma doença pelos seus sintomas, sinais e/ou diversos exames, concebendo por diagnosticar: fazer o diagnóstico de alguém, através de estudo aprofundado realizado com o objetivo de conhecer determinado fenômeno ou realidade.

A psiquiatria clássica criou o diagnóstico sobre a forma de investigação e tratamento da doença orgânica, assim como o prescrito pela medicina, a partir da observação e investigação da paralisia geral (KAMMERER; WARTEL, 1986). Como já expusemos, a psiquiatria observa os fenômenos, classifica-os e busca a relação anátomo-fisiológico, para tais sintomas (uma lesão orgânica) e em quarto lugar determinar um agente patológico externo como causa da lesão. Usado inicialmente na Medicina, foi com o passar do tempo incorporado aos discursos e às práticas profissionais de outras áreas de conhecimento. Na Psicologia, o uso de diagnóstico

e avaliação psicológica tiveram, e têm ainda hoje, um papel fundamental na formação e constituição da identidade profissional do psicólogo.

A paciente a qual nos referimos anteriormente, vem à clínica juntamente com sua família, relataram significativo comprometimento da memória da mesma. Questões cognitivas que antes eram facilmente realizadas, agora não mais o eram, como cálculos simples, lembrança de endereços, entre outros. Com grande dificuldade na articulação do pensamento, a mesma não consegue fazer associação livre, responde apenas quando é demandada e de forma bastante limitada. O silêncio era uma constante nas sessões. Essa era a queixa principal que a levava ao neurologista que fez o encaminhamento à clínica.

Então, para começar a construção de um diagnóstico diferencial, decidimos através de supervisão aplicar o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), isto porque é um dos instrumentos mais utilizados como triagem de declínio cognitivo². O objetivo do instrumento era o de avaliar o estado mental, mais especificamente sintomas de demência. Sua criação derivou da necessidade de uma avaliação padronizada, simplificada, reduzida e rápida no contexto clínico. A aplicação piloto foi efetuada em pacientes psiquiátricos hospitalizados e naqueles atendidos em ambulatório neurogeriátrico, os autores chegaram a um instrumento abreviado, com evidências de validade e fidedignidade, de aplicação simples e rápida e passível de ser aplicado após um treinamento também simples e rápido.

O MEEM original é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos. O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein, como sugestivos de déficit cognitivo. Estes autores não apresentam pontos de corte baseados na idade, escolaridade e nem no diagnóstico, discrepando do que é corrente em vários países, inclusive no Brasil.

² Desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) nos Estados Unidos

No Brasil, o instrumento foi adaptado por Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994), em uma pesquisa realizada com 530 sujeitos oriundos de ambiente hospitalar, ambulatorial e sem patologias diagnosticadas, com 15 ou mais anos de idade. Os achados deste trabalho mostraram que o escore total do MEEM é influenciado pelo nível educacional dos participantes (Brucki *et al.*, 2003). O estudo propõe a utilização de pontos de corte de acordo com a escolaridade e a idade para indicar declínio cognitivo. Para tanto, utilizaram uma versão traduzida e adaptada desse instrumento, a fim de que os itens se tornassem mais apropriados para a população brasileira. Ajustaram-se os pontos de corte sugestivos de déficit cognitivo para intervalos determinados com base na educação formal: para analfabetos, 13 pontos; para indivíduos com baixa ou média escolaridade, 18 pontos; e, para aqueles com alto nível de escolarização, 26 pontos. Os autores concluíram que o nível educacional é o principal preditor do desempenho do MEEM e, por isso, não recomendam a adoção de um único escore para sugestão de déficit cognitivo, sendo, portanto, imperativa a estratificação por níveis ou anos de escolaridade, para que se evitem falsos positivos e falsos negativos.

No Brasil o MEEM não tem sua aplicação padronizada, ou seja, não possui uniformidade no processo de aplicação e na avaliação do teste, apresentando uma variedade de versões, adaptações e pontos de corte, considerando ainda à heterogeneidade da população brasileira, especialmente no que diz respeito à escolaridade, podem produzir resultados duvidosos. Apesar das dificuldades enfrentadas para uso do MEEM no Brasil, há indícios de que ele tem sido bastante utilizado tanto na clínica quanto na pesquisa, sendo, portanto, relevante no meio científico e profissional para o rastreamento do declínio cognitivo entre idosos.

O MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 24 (Bertolucci, *et al.*, 1994)

Como resultado, a paciente apresentou prejuízo na orientação temporal, bem como na orientação territorial, porém tem orientação alopsíquica (sabe quem é). Na área da linguagem apresentou prejuízo na recepção e na emissão. Ainda grande prejuízo quanto ao raciocínio numérico e da memória auditiva. Não apresentou prejuízo na área de reconhecimento e nomeação. Prejuízo na área da compreensão e execução e na conexão de ideias. Não apresentou prejuízo na psicomotricidade fina (membros superiores). Apresentou prejuízo na recepção visual e execução motora. Tendo uma média de 9,5 pontos, verificou-se que a mesma apresenta um estado de demência.

De acordo com a CID-10, “A demência é uma síndrome devida a uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, na qual há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não se acompanha de uma obnubilação da consciência. O comprometimento das funções cognitivas se acompanha habitualmente e é por vezes precedida por uma deterioração do controle emocional, do comportamento social ou da motivação. A síndrome ocorre na doença de Alzheimer, em doenças cerebrovasculares e em outras afecções que atingem primária ou secundariamente o cérebro.”

É caracterizada pelo declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo. O diagnóstico de demência exige, portanto, a ocorrência de comprometimento da memória, embora essa função possa estar relativamente preservada nas fases iniciais de algumas formas de demência. As quatro causas mais frequentes de demência são: doença de Alzheimer (DA), demência vascular (DV), demência com corpos de Lewy (DCL) e demência frontotemporal (DFT). Não irei detalhar cada uma delas, até porque não é o objetivo principal deste estudo.

Os quadros de Demência e Transtorno Amnésico, apresentados no DSM-IV-TR, foram absorvidos por um novo transtorno apresentado no DSM-5 como Transtornos Neurocognitivos (NCD, pela sigla inglesa). Os critérios para o

diagnóstico de Transtornos Neurocognitivos são baseados na evidência de um declínio de uma ou mais áreas de domínio cognitivo relatado e documentado através de testes padronizados, causando prejuízo na independência do indivíduo para as suas atividades da vida diária.

No DSM-V, são apresentados critérios para a divisão dos quadros de demência vascular, doença de Alzheimer, frontotemporal, corpos de Lewy, lesão cerebral traumática, doença de Parkinson, infecção por HIV, doença de Huntington, doenças por príon, por outra condição médica, e múltiplas etiologias. Transtorno Neurocognitivo Induzido por Medicação/Substância e Transtorno Neurocognitivo Indeterminado também são incluídos como diagnósticos.

Durante o período que a paciente esteve em atendimento buscou outro profissional da área da medicina para a realização de novos exames que pudessem ajudar na identificação da causa da perda de memória. A médica também aplicou o MEEM e solicitou exames complementares, como de sangue, eletro e outros. Porém, resultado não foi conclusivo, foi diagnosticada como “possível demência ou Alzheimer, quando não há evidência de mutação genética causadora da doença, de acordo com teste genético ou história familiar”. (DSM-V. 2014. p. 611)

É um diagnóstico que não se fechou enquanto a paciente esteve em atendimento. Nem pela linha da medicina nem pela psicanálise. Isso nos leva a pensar o quanto temos que avançar em trabalhos que nos possibilitem um diagnóstico mais preciso, se assim podemos dizer.

Neste caso da paciente que apresentava questões relacionadas à falta de memória, podemos nos perguntar: O que e por que não podia ser lembrado? O que reserva este material que não é lembrado? O que não vem à memória pode estar relacionado a um trauma? É o tentaremos responder no capítulo 3.

3 UMA FICÇÃO PARA PENSAR UM DIAGNÓSTICO DE PERDA DE MEMÓRIA

Com base em algumas experiências da clínica, conforme já trazidas neste trabalho, nos autorizamos realizar a construção de um caso, mesmo sendo este fictício, tem um papel extremamente importante como ferramenta própria da psicanálise. A ficção foi construída tendo como base questões relacionadas com a perda de memória.

Nos escritos de Freud bem como na construção de pressupostos da psicanálise o tema da memória sempre esteve presente. A problematização da memória e suas diferentes manifestações no psiquismo faziam parte das suas inquietações teóricas, desde as relacionadas ao funcionamento da memória e suas distorções, a influência das fantasias nas lembranças e a amnésia que cobre os primórdios dos anos infantis (Freud, 1899). Ainda, distingue a memória de um simples repositório de lembranças, e que há em nós, um inconsciente constituído de memórias.

A personagem aqui criada é a de uma mulher, que ficcionalmente a denominarei de Sr^a A, há quatro anos apresentando questões relacionadas à perda de memória, tanto da memória recente como da antiga, sendo ainda jovem cronologicamente para apresentar patologias da memória de tamanha gravidade.

Filha de família humilde, teve na infância vida difícil com o pai que apresentava alcoolismo e a mãe sempre doente. Para fugir da miséria familiar aceitou o casamento com um homem portador de alcoolismo e conduta violenta. Teve filhos, sendo que um deles era usuário de drogas. Viveu, durante o período em que o casamento vigorou, uma situação econômica de tranquilidade e no divórcio recebeu bens que lhe permitiram comprar metade de uma nova casa. Tinha curso técnico da área das exatas, mas quando se apresenta desmemoriada estava na condição de empregada doméstica, sem casa, longe do filho já reestabelecido da drogadição graças a um tratamento que ela sustentou no sentido subjetivo .

Como vimos, nossa personagem passou por diversos momentos de perdas, frustrações, que podem ter gerado muito sofrimento. Foram perdas emocionais e

financeiras, perda de lugar na sociedade, passa de dona de casa que tinha empregada e agora precisa estar na posição desta para busca sua sobrevivência financeira. Então nos perguntamos: Estes fatores causadores de sofrimento, provenientes da realidade poderiam ter o efeito da perda da memória?

As relações de trauma e memória, para Freud, desde suas primeiras formulações teóricas em torno da histeria, e principalmente a partir da conceituação de um Além do Princípio do Prazer, apontam para o funcionamento, ou melhor, para as falhas de funcionamento nos limites do psíquico - entre corpo e psique, entre percepção e representação - responsáveis pela instauração da memória e pela diferenciação psíquica. O traumático passa, na segunda tópica freudiana, a ser associado às dinâmicas da pulsão de morte e da angústia automática, aquela que faz continuamente uma demanda de trabalho psíquico, mais especificamente de ligação, como primeira medida de contenção anterior à instauração do princípio de prazer. Quando não ocorre esta possibilidade de ligação e transcrição do acontecimento, os resultados apresentam-se de forma negativa como danos

Maldonado e Cardoso(2009) buscam nas contribuições filosóficas de Walter Benjamin um recorte específico de sua teorização onde se encontra uma rica reflexão sobre a experiência do choque e a impossibilidade de se assimilar a vivência traumática pela via de uma narrativa tradicional³. O autor na investigação sobre o trauma segundo uma perspectiva psicanalítica, mostra como suas proposições podem auxiliar na tentativa de uma melhor delimitação da complexa noção de "irrepresentável", para a qual o conceito de trauma nos dirige.

Em 1933 (1993), Walter Benjamin, escreve "Experiência e pobreza", no qual aponta para uma ruptura da memória na experiência dos soldados que voltaram do *front*. Ele inicia com a constatação de que os sobreviventes que voltaram das trincheiras voltaram mudos. "Na época, já se podia notar que os combatentes tinham voltado silenciosos do campo de batalha. Mais pobres em experiências comunicáveis, e não mais ricos" (Benjamin, [1933] 1993: 115). Os sobreviventes das

³ A narrativa tradicional é uma figura de narração que aponta para uma instância de sentido, é uma narrativa que incorpora os acontecimentos articulando-os a uma estrutura previamente existente.

trincheiras voltavam sem histórias para contar, pois o "invivível" da guerra não podia ser assimilado em palavras. Para Benjamin, a experiência traumática da guerra não seria uma experiência transmissível "de boca em boca" (Benjamin, [1933] 1993: 115), por tratar-se de uma experiência única e não compartilhável, que tende a aniquilar a possibilidade de outras experiências.

Já Márcio Seligmann-Silva (2000), ao trabalhar a ideia de uma narrativa impossível, mas necessária, baseando-se na teoria freudiana do trauma e pesquisando as propostas de Walter Benjamin, desenvolve a ideia de *ferida na memória* diante do catastrófico da experiência traumática. O autor se pergunta como o sujeito poderá vir a testemunhar o irrepresentável, dando uma forma àquilo que viria transbordar a sua capacidade de pensar.

A Psicanálise sustenta que aquilo que é da ordem do trauma implica a ideia de algo inassimilável ao mundo psíquico, ainda que deixe marcas indestrutíveis na memória. Marcas que irão retornar sob os determinismos cegos e mudos da compulsão à repetição (Freud, 1920) sem que tenham sido elaboradas, compõem aquilo que, conforme as indicações de Alain Fine (2002), André Green (2002) muito apropriadamente denomina "memória amnésica" e cuja manifestação se dá sob a forma de somatizações e despersonalizações.

Quando Freud(1920), afirma que a repetição traz uma questão econômica, que tudo na vida mental tende a percorrer um caminho já trilhado anteriormente, evitando, assim, os caminhos novos que impõem uma resistência maior. Identificamos isso na Sr^a A. que para não criar um novo caminho ela repete no casamento o modelo conhecido que tinha, o do pai, alcoólatra, violento.

Desde o início da Psicanálise, o objetivo do tratamento consistia em tornar conscientes as lembranças recalçadas. Mas, no seio de uma importante modificação teórico-clínica na qual a noção de realidade psíquica assumiu um estatuto fundamental, Freud conclui que o recordado não coincide com os acontecimentos em si. Estes já constituem um material processado e transformado psiquicamente, resultado de um complexo processo de múltiplas retranscrições, no qual a experiência passada é ressignificada no contexto das experiências atuais. O

trabalho psíquico incide sobre as recordações ao longo de diferentes épocas da vida, modificando-as segundo novas circunstâncias. Na célebre carta a Fliess, a de número 52:

o material presente em forma de traços de memória estaria sujeito de tempos em tempos a um *rearranjo* segundo novas circunstâncias - a uma *retranscrição*. Assim, o que há de essencialmente novo a respeito de minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; que ela é registrada em diferentes espécies de indicações [...] os sucessivos registros representam a realização psíquica de épocas sucessivas da vida. (FREUD, 1896a).

O trauma bem pode figurar como a última fronteira da dor física e psíquica, ou como uma panaceia explicativa, mal definida e imprecisa, que substitui a necessidade de indicar os matizes dessa dor, seu caráter singular e, paradoxalmente, investigações mais profundas sobre o traumático e o caráter retroativo do dano singular. Consequentemente os danos sociais e políticos que se interferem e agem mutuamente na gênese do trauma e do traumático, muitas vezes de formas indiscerníveis, se embaralham na trama de conceitos que os esconde.

Para entender as perdas vividas pelo sujeito, como no caso da nossa personagem, buscamos Abraham e Torok(1995), que definiram dois processos distintos nas experiências de perda, denominando-os de introjeção e incorporação. No primeiro caso, estamos falando desse trabalho psíquico supremo, que faz reparos e instrui o aparelho psíquico em direção ao seu próprio alargamento e expansão; que permite ao psiquismo, que uma vez se permitiu possuir e ser possuído pelo objeto, num segundo tempo penoso, após a perda do objeto, introjetar as pulsões desligadas sobrantes do objeto e que, ao fazê-lo, o eu se restaure e se expanda tornando-se novamente apto a se aliar a novas e inéditas experiências de investimento amoroso e libidinal.

Já a incorporação está onde o próprio pensamento atestaria a sua inutilidade, pois é do corpo que se trata, ou da projeção da superfície do corpo que conhecemos como eu (ego), da recomposição do objeto perdido, que passa a ser reincorporado como cripta ao próprio eu e arrastado pelo psiquismo. A cripta no seio do eu seria uma miscigenação estranha - tumoral - de uma composição sem dinâmica, exposta a uma intromissão que não admite questionamento. Uma recomposição quase física

- ou corpórea, na qual o eu deve caminhar como se doravante carregasse um morto nas costas -, o seu morto que, paradoxalmente, estaria a salvo da morte precisamente aí onde há uma justaposição entre o eu-morto e o seu morto. O “morto que sou” e que ao mesmo tempo “guardo em mim e para mim”, a salvo, mais do que nunca de uma nova perda, cobiça ou desejo de outrem, é o “meu morto” e o “eu-morto” - resguardados e a salvo de ser, mais uma vez, arrancados do eu que os possui.

No conjunto dos elementos indivisíveis que poderíamos incluir sob o regime da memória, permanece um calabouço, um lugar de mutismo e silêncio que teríamos que obrigatoriamente reconhecer como aquilo que fora para sempre perdido. Ou seja, entre a ideia de introjeção e incorporação, permanece algo que ainda não foi devidamente pensado e compreendido, e teria mesmo permanecido calado para a teoria e para a clínica psicanalítica.

Trata-se daquilo que fora perdido para sempre e de uma vez por todas, e não pode ser recuperado, nem reparado, nem substituído. A experiência da perda não nega que, longe da melancolia, o sujeito que perdeu não esquece e que os novos e inéditos objetos acolhidos com hospitalidade e interesse verdadeiro não são substitutos daqueles outros que se foram, se perderam ou que o próprio sujeito admitiu perder (Allouch, 2004).

Uma forma de se proteger do trauma é fazer uso da fantasia. Ela funcionaria como defesa ao traumático. Seu uso é de satisfação, nos limites do princípio do prazer, para sustentar um desejo. Mesmo que o sujeito esteja à disposição dos acontecimentos:

[...] a fantasia é o que filtra essas contingências conforme sua conveniência, ou seja, a fantasia é o que palia os maus encontros [...] do traumatismo pelo real. A segurança da fantasia pode ser pesada para o sujeito, pois ela é um vetor de todos os seus sofrimentos, sabe-se muito bem, mas é uma segurança contra o real. (SOLER, 2004b, p.56).

Assim como a fantasia, o discurso também aparece como uma função protetora, na ilusão de abrandar os efeitos do real. Podendo funcionar como se fosse uma tela protetora quanto fornecer vias para satisfação pulsional. Vemos que

quando um discurso se instaura e se mantém de maneira sólida a fala pode valer seus mandamentos até mesmo no campo do gozo. Este discurso, afirma Soler (2004a), se antecipa ao desmoronamento e sublima os pavores e os tremores em heroísmo, ou ainda, ao contrário, repara, no a posteriori, a intrusão do impensável. “Aí o discurso é um pára-trauma(tismo)” (Soler, 2004^a, p.73).

Vimos com Freud que o trauma é algo que excede, gera ruptura e é insuportável para o sujeito. O traumático está permeado pelo resto não assimilável, aquilo que a linguagem pode rodear, situar, mas não absorver. Já com Lacan, o furo do traumático está presente no real, e a linguagem se organiza simbólica e imaginariamente em torno de um buraco. Portanto, no que concerne às possíveis respostas ao trauma físico, ou seja, as figuras do trauma psíquico que se inscrevem nesse trauma, elas só podem ser lidas a partir do particular:

Nesse sentido, um tratamento apenas se torna um tratamento psicanalítico quando se mostra permeável a um dizer que tende a se particularizar em função das incidências do real do gozo de um sujeito. [...] Isso quer dizer que a base essencial da direção do tratamento impõe-se pela prioridade que um analista confere ao que é particular, não ao geral ou ao universal do caso clínico. (SANTIAGO, 1997, p.11-12).

Não existe uma resposta-padrão a ser incorporada nas categorias de estresse pós-traumático; desse modo, considera-se que as figuras psíquicas compreendem, conforme Lacan (1977) nos ensina, a “verdade-variável” (*vérité-variedad*) do sintoma de cada sujeito, como cada um consegue, a partir de seu trauma-processo, lidar ou não com o que se torna um trauma-acontecimento, considerando a implicação do sujeito em seu trauma.

“O sujeito não pode responder ao real a não ser fazendo um sintoma. O sintoma é a resposta do sujeito ao traumático real” (Miller, 1997, p.54). Este ponto de real não absorvido no simbólico diz respeito à angústia. Como a causa do recalque, a angústia é, segundo Lacan (1962-63, p.68) “o que não engana”. Pois bem, a angústia funciona como um real inserido no simbólico.

Desta forma, podemos pensar que nossa personagem após acumular diversas perdas condensou as mesmas em traumático, ou seja, perdendo a

memória, não lembrando. As exigências que uma nova estruturação lhe exigia era tão grande, pois, ela havia perdido o lugar na sociedade, no lar, do ambiente de trabalho.

No mundo contemporâneo quem dita as regras é o mercado. O individualismo, o narcisismo, o culto pela imagem, pelo consumo e pelo descartável tanto material como afetivo fazem parte da sociedade. Com isso percebe-se uma perda da subjetividade no sujeito. Diz Bauman: “Em um mundo repleto de consumidores e produtos, a vida flutua desconfortavelmente entre os prazeres do consumo e os horrores da pilha do lixo” (BAUMAN, 2007, p.17). Assim se apresenta inicialmente a Sr^a A. com sentimento de impotência, baixa autoestima, sem autoconfiança, enfim, debilitada diante da situação de desamparo financeiro e emocional.

O tratamento psicanalítico do trauma busca dar um sentido àquilo que ficou sem simbolização:

Ela (a psicanálise) considera que, no acidente mais contingente, a restituição do sentido, da inscrição do trauma na particularidade inconsciente do sujeito, é curativa. Nessa perspectiva, o psicanalista é um doador de sentido, fazendo de uma espécie de “herói hermenêutico” (singular) da comunidade da qual ele procede. (LAURENT, 2004, p.25).

No texto *Lembranças Encobridoras* (1899) Freud escreve acerca das lembranças aparentemente irrelevantes, mas que deixam marcas intensas no psiquismo do sujeito. Num dos casos trazidos por ele, a fobia de um rapaz é curada após um estado de apaixonamento em que uma série de lembranças reprimidas reaparecem, mostrando assim a organização e sobre determinação dos conteúdos que criavam o núcleo patogênico.

Com o início de uma nova relação amorosa, a Sr^a A. começa uma reestruturação de sua vida, inclusive da vida psíquica. Exatamente como no caso do jovem trazido por Freud, na paciente surgem lembranças reprimidas, inicia assim uma nova fase, na qual a mesma passa a nomear coisas que antes não lhe eram ativadas na memória. A infecção hospitalar após uma cirurgia de esôfago, causadora

da morte da mãe, antes não era lembrada, agora reaparece, quebrando a resistência inconsciente.

Uma das constatações de Freud é de que as lembranças são feitas não necessariamente de fatos, mas também de fantasias. A fantasia, no nível do inconsciente tem força de realidade:

Nossas lembranças de infância nos mostram os primeiros anos de nossa vida, não como eram, mas como aparecem ao ser enfocados em épocas posteriores (...)" (FREUD, 1899, p. 132).

A personagem relatou por diversas vezes uma situação de sua infância, na qual trazia cenas de violência gerada pelo seu pai, o local era a de um poço de água. Numa das vezes ela estava dentro do poço que estava sendo construído, na outra, ela estava fora, o pai tira água do poço e joga na mesma.

Entendemos que a Sr^a A. usa de lembranças encobridoras para não deixar que a origem do trauma venha à tona. É possível perceber que ela reconta a mesma situação de maneira mais positiva. Tornando a lembrança de sua infância menos dolorida e penosa. Porém, nos perguntamos, é necessário saber com exatidão acerca da infância de um paciente em análise? Freud (1899) nos diz que não é necessário, que a infância que se tem é aquela que é contada, sendo ela a realidade do sujeito, sua verdade, real ou fantasia, porém, que todas partem de uma mesma matriz.

Os leitores familiarizados com a técnica de análise como foi exposta nos "Estudos sobre a Histeria" [BREUER e FREUD, 1895], talvez se surpreendam que não tenha sido possível, em três meses, encontrar uma solução completa pelo menos para aqueles sintomas que foram abordados. [...] Naquela época o trabalho de análise partia dos sintomas e buscava esclarecê-los, um após o outro. Desde então, abandonei essa técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com a estrutura mais delicada de uma neurose. Agora deixo ao próprio paciente o assunto do trabalho do dia, e desta forma parto de qualquer aspecto que seu inconsciente esteja apresentando à sua percepção no momento. Mas neste plano, tudo que tem a ver com o esclarecimento de um determinado sintoma, emerge pouco a pouco,

entrelaçado em vários contextos e distribuídos por períodos de tempo grandemente apartados. Apesar dessa visível desvantagem, a nova técnica é superior à antiga e, na verdade, não pode subsistir dúvida de que é a única possível (FREUD, 1905, p. 10).

Não podemos afirmar com precisão se a questão do esquecimento da Senhora A. era a perda de neurônios ou suas experiências traumáticas, suas perdas financeiras e psicológicas estavam fazendo com que a mesma mantivesse no esquecimento o que não podia ser lembrado. Não podemos afirmar que esta paciente não desenvolverá uma doença de Alzheimer, mas que neste momento a terapia de fala permite evocar os momentos traumáticos dentro de uma narrativa, para o qual o terapeuta serve de testemunha, e que permite o deslocamento da condição de desmemoriada para uma condição de enlace com a linguagem, com a sua condição de sujeito com sua história, com sua existência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após ter estudado e pesquisado acerca do tema “Do Sintoma ao Diagnóstico”, e ter realizado o trabalho em três capítulos, nos quais fiz um percurso principalmente na literatura psicanalítica, trazendo conceitos, fundamentais para a compreensão do tema proposto. Também foi usada a medicina como base de conhecimento. Além, da criação de uma ficção para melhor pensar um caso de uma paciente.

No primeiro capítulo, apresentamos como Freud trabalhava o início do tratamento a fim de conhecer o caso, inclusive para dizer se o mesmo seria analisável ou não, como no caso dos perversos. Demonstramos a importância da transferência e que o paciente, saia da posição de vítima, deixe o discurso da queixa ser transformada em demanda. Ainda, a importância da escuta do inconsciente sustentada pela associação livre, regra base da psicanálise, que situa o paciente dentro de uma estrutura de linguagem, podendo partir daí fazer a construção do diagnóstico estrutural.

Já no segundo capítulo, apresentamos de acordo com as formulações freudianas, a origem das três estruturas clínicas no campo psicanalítico, neurose, psicose e perversão. Como cada uma atua na relação transferencial com o analista, e como este irá conduzir o tratamento. Posteriormente, estudamos como o sintoma se articula em cada uma das estruturas.

Ainda, vimos a importância da elaboração de um diagnóstico diferencial, não nosológico. Apresentando fragmentos de casos de pacientes da clínica, evidenciamos a importância da complementaridade de saberes. Da área da medicina como no caso apresentado, e claro, da escuta do inconsciente para poder definir o melhor tratamento, trazendo assim uma condição melhor ao paciente.

E para finalizar, apresentamos um caso ficcional de uma mulher, que vem apresentando questões relacionadas com a perda de memória. Não foi evidenciado questões ligadas ao orgânico. Após a mesma ter passado por diversas condições de perdas, dá-se o início deste processo que a deixa desmemoriada. Desta forma,

pensamos que nossa personagem após estas experiências condensou as mesmas em traumático, ou seja, preferindo perder a memória, não lembrar. O esforço exigido para uma nova estruturação era tão grande, que ela preferia esquecer. Porém, percebemos que um movimento para uma nova estruturação inicia paralelamente com uma nova relação amorosa.

Concluí que ao dar a fala ao paciente as possibilidades de recuperação são visíveis. O papel do terapeuta servindo de testemunha, permitiu o deslocamento da condição de desmemoriada para uma condição mais viável.

Finalizando este trabalho, concluo que o tema me possibilitou grande aprendizado, porém, ainda requer pesquisas e avanços tanto da área da medicina como da psicanálise. É um assunto que pretendo continuar em estudos futuros, compreendendo que o saber da psicanálise nunca está acabado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAM, Nicolas; TOROK, Maria. **A Casca e o Núcleo**. Tradução de Maria José Coracinil. São Paulo, Escuta, 1995.
- ALLOUCH, Jean. **Erótica do Luto no Tempo da Morte Seca**. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2004.
- ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003. 151 p.
- Benjamin, W. (1933/1993). **Experiência e pobreza**. Em *Magia e técnica, arte e política* (pp. 115-119). São Paulo: Brasiliense.
- Brucki, S. M., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H., Ivan, H. & Okamoto, I. H. (2003). **Sugestões para o Uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil**. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3), 777-781.
- CALLIGARIS, C. (1989) **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CAMPOS, I. F. A., DRÜGG, A. M. S., **Memória, psicanálise e uma pitada de Direitos Humanos**. 2016
- CID 10 / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças**. 10a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- DEJOURS, **O Corpo entre a Biologia e a Psicanálise**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- DSM-5. (2012). American Psychiatric Association. Texto recuperado em 04 de novembro de 2013: <http://www.dsm5.org/>
- FIGUEIREDO A. C. & MACHADO, O. R. **Diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. Ágora – Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. III, n. 2, p. 65- 86, nov./2000.
- Fine, A. (2002). **Fixation au trauma; réssurgence, élaboration**. *Conférence Vulpian*, Maio, 2002. Société
- Green, A. (2002). **La diacronia en psicoanalysis**. Buenos Aires: Amorrortu.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina; MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. **O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura**. *Ágora (Rio J.)* vol.3 no.2 Rio de Janeiro July/Dec. 2000
- FREUD, Sigmund.(1893–1895). **Estudos sobre a histeria**, vol. II.
- _____ (1896a/1974). **Carta 52. Obras completas, ESB**, v. I. Rio de Janeiro: Imago.

_____ 1898 – **A Sexualidade na Etiologia das Neuroses** – vol. III

_____ 1899 – **Lembranças Encobridoras** - Vol. III

_____ 1900 - Standard Edition of the Complete Psychological Works, Londres, Hogarth Press, 1978. "The interpretation of dreams", v. V, p. 1-720.

_____ **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** [1901-1905]. In: Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ "**The dynamics of transference**", 1912, v. XII, p. 97-108

_____ 1914. "**Recordar, repetir e elaborar** ", v. XII, p.161-171

_____ (1915). Artigos sobre Metapsicologia, Vol. XIV.

_____ **Sobre o início do tratamento**. In:_____ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.137-158. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Sigmund Freud, Vol.12).

_____ **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In:_____ Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.123-133. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Sigmund Freud, Vol.12).

_____ (1916). **Instinto e suas Vicissitudes**. In: FREUD, Sigmund. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996. Faltam as páginas....

_____ (1920/1974). **Além do princípio de prazer**. *Obras completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.

_____ **O ego e o id**(1923), Vol. XIX.

_____ (2006). O inconsciente. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

GILES, Cristian. Entrevistas preliminares. **Falando N'Isso**, Ijuí. Ano II, n.38, p.9-12, jan/jun. 2011

LACAN(1957-58) **O Seminário, livro 5**: As formações do inconsciente, Rio de Janeiro, Zahar, 1999.

_____ (1962-63) **O Seminário, livro10: a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LAURENT, E. (2004) O trauma ao avesso, in INSTITUTO DE PSICANÁLISE E SAÚDE MENTAL DE MINAS GERAIS. **Papéis de Psicanálise**, vol. 1, n. 1, p.21-28, abr./2004.

LIMA, Claudia Henschel de et al . Diagnóstico diferencial e direção do tratamento na atualidade: do DSM-IV à psicanálise. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 62, n. 1, p. 49-61, abr. 2010 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-2672010000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 dez. 2016.

MACHADO O. M. **O sintoma freudiano e o gozo**, 2003. http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Ondina_Machado_O_sintoma_freudiano_e_o_gozo.pdf. Acesso em 30 de agosto de 2011.

OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
ROUDINESCO, Elisabeth. **La part obscure de nous-même. Une histoire des pervers**. Paris: Editions Albin Michel, 2007, 248pp.

QUINET, Antônio. As funções das entrevistas preliminares, In: **As 4+1 condições de análise**, Zahar, 2000.

Romão, L. M. S. (2010). **Entre limites e giros da memória**. Espéculo (Madrid), 45, 1-17

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1998.

SANTIAGO, Jésus. (2007) **A querela atual do sintoma**: realismo lógico da psicanálise em face do nominalismo contemporâneo, in **Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais, 2007. n. 24, p. 11-19.

SOLER, C. (2004a) Discurso e Trauma, in **Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

TRINCA, W. **O pensamento clínico em diagnóstico da personalidade**. Petrópolis: Vozes, 1983. 213 p.

<https://letrapsicanalise.files.wordpress.com/2015/08/a-presenca-do-analista.pdf>)

<http://www.psicologiasdobrasil.com.br/as-estruturas-clinicas-na-visao-da-psicanalise/>

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000100004

<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/69224/71688>