

Clínica Psicanalítica:

manejo e subjetivações na contemporaneidade



Tema:

Histeria e psicose: as fronteiras da dissociação

Coordenação *Alexandre Simões*

Desde os anos 1950, com a proposta da *forclusão do Nome-do-Pai*, elaborada por Jacques Lacan, apreendemos o que antes não tínhamos na clínica psicanalítica:

um nítido separador entre os mecanismos de subjetivação da neurose e da psicose, na medida em que uma das primeiras exigências da demarcação da psicose é a manifestação da ausência radical do Nome-do-Pai.

Todavia, é perfeitamente possível
que nos deparemos com
situações clínicas de nítido
enlouquecimento (com uma vasta
sintomatologia)

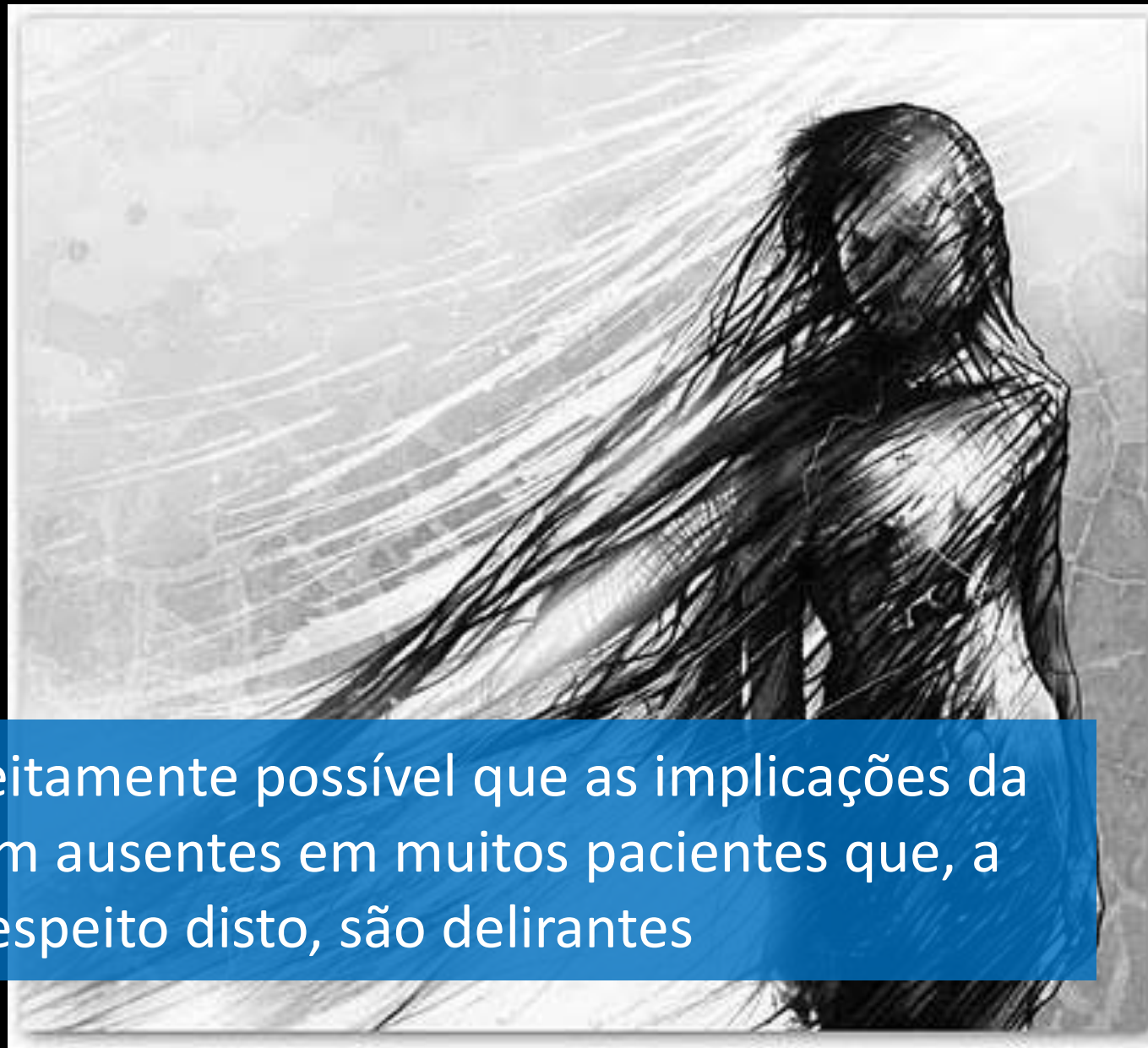
sem que haja nenhum traço da
forclusão do Nome-do-pai.

Daí, podemos obter algumas diretrizes:

- a) A forclusão do Nome-do-pai não é uma condição imprescindível para o enlouquecimento, ainda que o seja para a estruturação da psicose;



- b) Logo, enlouquecimento e psicose são circunstâncias clínicas que não se recobrem;



Isto torna perfeitamente possível que as implicações da forclusão sejam ausentes em muitos pacientes que, a despeito disto, são delirantes

c) O neurótico usualmente queixa-se do Pai, isto é, ele sempre denuncia que o Pai nunca está muito bem localizado, sempre tem alguma deficiência ou porta a marca da impostura;

d) Logo, a indicação do declínio (ou até mesmo da falta) do Pai não é um critério seguro para a localização da ausência radical de inscrição da operação paterna por meio dos significantes;



Isto nos conduz a considerar, pois, a presença da *loucura histórica* na clínica, distinta das psicoses dissociativas.



Fragmento Clínico:

Uma jovem, com pouco mais de vinte anos de idade, chega ao meu consultório após ter permanecido por aproximadamente 40 dias em uma internação psiquiátrica.

Foi o primeiro episódio deste tipo ocorrido em sua vida.

O que a levou à internação teria sido, tal como ela me descreveu, “*algo bastante intenso*”. Ocorrida a recente alta, uma de suas principais preocupações referia-se a uma possível reincidência do episódio.



Duas semanas antes da internação, a paciente encontrava-se muito ansiosa. Afinal, a conclusão de seu curso universitário estava se aproximando e ela se via cada vez mais envolvida com os preparativos.

A atmosfera da inquietude estava se adensando.

Ao lado disso, a paciente já estava bem envolvida, há pelo menos 4 anos, com um uso intenso de maconha (seu círculo de amizades e o namorado estavam muito associados a este uso).

Tal como a paciente veio a se dar conta mais tarde, iniciava-se ali um itinerário frenético de festas, uso de bebidas alcóolicas, experimentação eventual de algumas outras drogas, uso exacerbado da internet (principalmente portais e programas de comunicação: orkut, twitter, msn, facebook, etc.)

Esta presença do excesso e de sua continuidade chegou ao ápice na proximidade de um evento preparatório para a formatura.



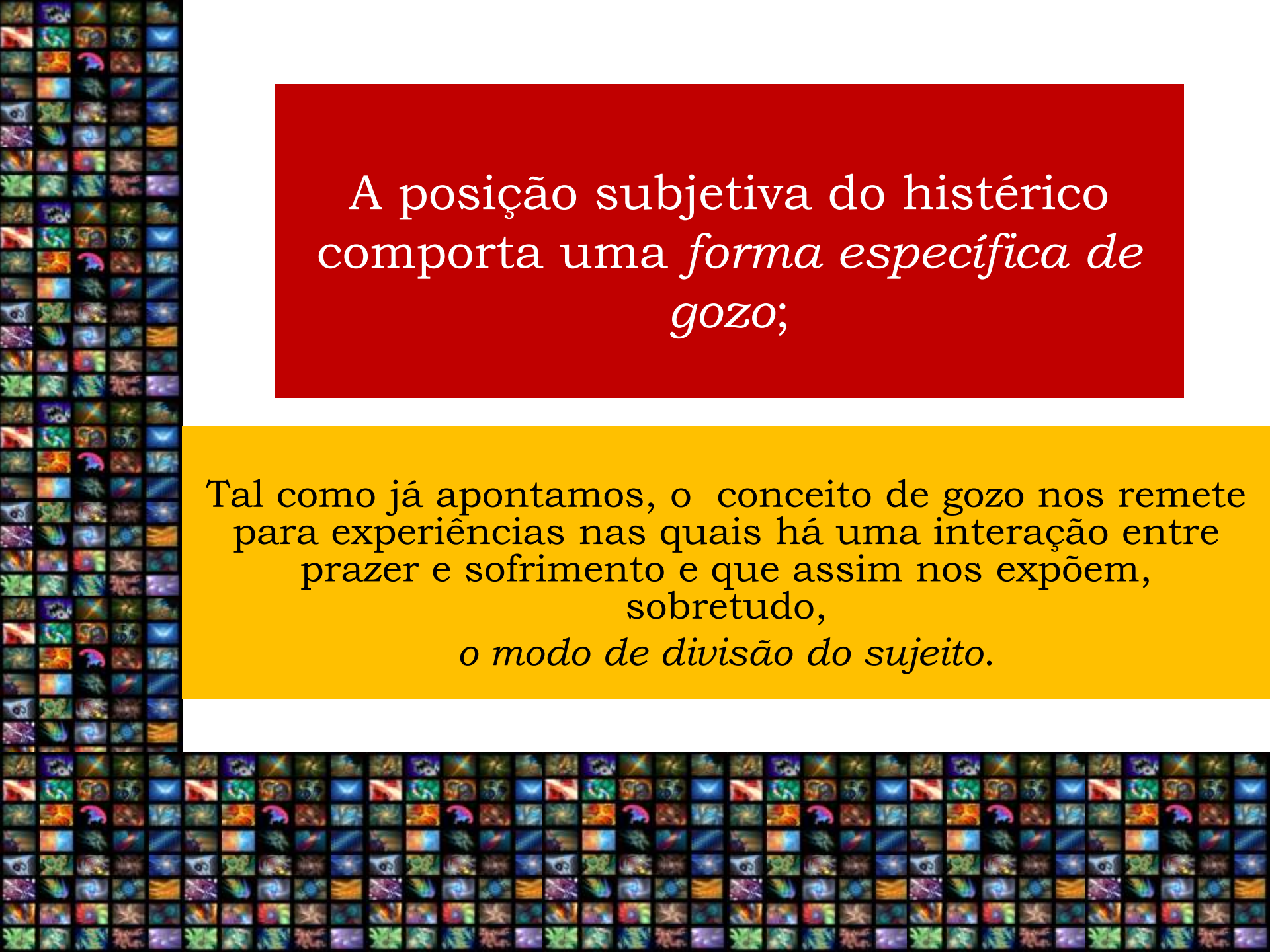
Três dias antes, a paciente encontrava-se tomada por um taquipsiquismo, tendo chegado a intensificar o uso de maconha, os contatos e mensagens telefônicos com suas colegas e a sua presença nos sites de interação.

Segundo a paciente, ela ficou “ligada” por três dias e três noites consecutivos. Sono, alimentação, outros investimentos que não os relacionados à formatura e aos preparativos para este evento foram suspensos. A paciente chegou à exaustão.

Esta *experiência gozosa* foi o suficiente para que surgissem uma série de sintomas bem expressivos:



Ideações delirantes (nas quais seus parentes eram associados à nova presidente do Brasil), vivências de estranheza, extrema angústia, aceleração do pensamento e logorréia foram alguns dos fenômenos que conduziram sua família a lhe internar.



A posição subjetiva do histórico
comporta uma *forma específica de*
gozo;

Tal como já apontamos, o conceito de gozo nos remete
para experiências nas quais há uma interação entre
prazer e sofrimento e que assim nos expõem,
sobretudo,
o modo de divisão do sujeito.

Gozo:

aquilo que não se deixa
apreender totalmente;
ele está sempre
transbordando,
extravasando, escapando
como um tonel das
Danaides



Em meio a sintomatologia apresentada pela paciente, vale destacar a forte impressão que ela portava sobre a sua vulnerabilidade:



ela não parava de sentir a proximidade de uma iminente ruína.



Inclusive, quando a paciente chegou ao meu consultório (poucas horas depois de receber alta hospitalar), ela ainda apresentava alguns fenômenos bem curiosos, que persistiram durante as duas semanas seguintes.

Por exemplo, ela tinha a forte impressão de já ter sido tratada por mim quando criança e que agora seria uma espécie de retorno. Em outra sessão, realizando vários trocadilhos e com muito humor, disse-me que eu estava vestido igual ao Paulo Coelho.

Eram os primeiros significantes envolvendo a transferência.

A paciente, durante a internação, foi medicada como psicótica. Após a alta - e ela ainda se encontra com o apoio psicofarmacológico - a medicação persistiu, com poucas alterações, até o presente momento.

Passadas três semanas desde sua chegada ao analista, o quadro clínico da paciente estava totalmente limpo, em relação às manifestações semiológicas de sua chegada.

O uso de maconha foi inteiramente suspenso. Isto se manteve até três meses após a saída da internação. Depois, o uso se reinstalou, mas em uma medida bem diferente da qual a paciente estava acostumada. O uso de álcool é praticamente inexistente.

O curso superior, que não se completou no momento esperado; foi concluído somente no semestre seguinte.

Passada a crise do *enlouquecimento histérico*, a paciente se encontra em um momento da análise no qual ela se interroga (como se houvesse aí um enigma, uma incógnita de difícil resolução) sobre o amor e sua própria falta:

“por que eu não consigo arrumar um namorado?”



Prosseguiremos no próximo encontro com o tema:

16/04: Histeria e atuação: corpo e gozo

Até lá!

Acesso a este conteúdo:

www.alexandresimoes.com.br

