

Eixo N° 5: Soluções singulares. Que lugar para o diagnóstico diferencial?

A dignidade da solução de cada um

Coordenadoras: Fabiola Ramon (EBP) e Gabriella Dupim (EBP)

Integrantes: Anicia Ewerton (São Luis), Bartyra Ribeiro de Castro (Vitória), Camila Colás, (São Paulo), Carolina Dutra (Rio de Janeiro), Fabio Paes Barreto (Campo Grande), Fabrício Costa (Campinas), Heloisa Caldas (Rio de Janeiro), Juliana Motta (Belo Horizonte), Laureci Nunes (Florianópolis), Maria Antunes Tavares (Rio de Janeiro), Milena Nadier (Salvador), Renata Mendonça (Belo Horizonte), Suele Conde (João Pessoa), Tatiana Vidotti (São Paulo)

O começo de uma análise mudou nos últimos anos, seja em relação ao modo como chegam os sujeitos, seja em relação à abertura para uma experiência de análise. Os princípios que regem a prática são os mesmos desde Freud, mas os orientadores clínicos estão em transformação.

É neste ponto que a questão do Eixo 5 nos convocou a pensar se a dimensão do singular está posta desde o início da experiência e o lugar particular do diagnóstico em uma clínica orientada pelo real.

O singular e o particular

Miller afirma que: “O que nos guia é menos a consideração de uma clínica da estrutura do que a sustentação da invenção do sujeito em seu trabalho sobre *lalíngua*, sua capacidade de encontrar uma solução singular que concilie o vivo e o laço social. (...) por estarmos atentos à forma singular como cada um trata o impasse de seu gozo de maneira inédita (...)”¹.

Não se trata, portanto, de uma passagem evolutiva de uma clínica da estrutura a uma clínica da singularidade, mas de um constante questionamento da clínica.

A clínica lacaniana inicialmente articulada ao Outro, cuja referência é o Nome do Pai,

¹ Miller, J.-A., *A Psicose Ordinária: A Convenção de Antibes*, Belo Horizonte, Scriptum, 2012, p. 59.

outorgava ao significante falo a função de ordenamento². Nesse contexto, o diagnóstico diferencial tinha seu lugar, pois era a partir da relação com o significante fálico que o tratamento se orientava. Nesse caso, o lugar do diagnóstico era preponderante para a direção do tratamento, sem a pretensão de uma classificação, mas de uma localização particular do sujeito em relação ao Outro.

Em direção ao real, Lacan constatou que nem todo o gozo se deixa negatizar pela significação fálica e a norma fálica passa a ser considerada como uma solução entre outras.

Com a pluralização dos Nomes-do-Pai, primeiramente, e com a consideração das soluções singulares aberta com Joyce, num segundo momento, a função do Nome-do-Pai perdia sua exclusividade como tratamento do gozo, devendo ser incluído, seja a título de semblante, seja a título de sintoma, numa perspectiva mais ampla. Uma perspectiva que excedesse a estrutura binária e na qual o poder limitador da ordem simbólica sobre o real do gozo fosse, literalmente, posto sob suspeita³.

A última clínica de Lacan passa, então, a visar o gozo e a privilegiar o *fallasser* mais do que o sujeito.

Arenas destaca que Miller estabelece dois momentos na clínica: “(...) quando recebemos o paciente em sua singularidade, sem compará-lo com ninguém, como inclassificável por excelência, e outro estruturalista, quando nos referimos a tipos de sintomas e à existência da estrutura”⁴. Para ela, o aspecto mais singular de cada sujeito o separa do Outro. É o sintoma que fará a ponte entre o singular e o particular, pois nele há a articulação entre S_1 e Outro, no entanto, a função do sintoma é única para cada sujeito.

A clínica do *sinthoma* não anula a anterior. Entre as clínicas das estruturas e a dos nós não há oposição: trata-se de tornar essa tensão frutífera⁵.

O paciente, ao buscar uma análise, visa uma solução para a vida, no ponto mesmo em que sua solução prévia se desorganiza. É nessa brecha de inconsistência do Outro que se abre uma porta para a experiência do inconsciente.

Psicoses ordinárias e soluções singulares

² Aromí, A. Esqué, X., “As psicoses ordinárias e as outras, sob transferência”. Disponível em: <https://congresoamp2018.com/pt-pt/textos/las-psicosis-ordinarias-las-otras-transferencia/>. Acesso em: 23/08/23.

³ Ibidem.

⁴ Arenas, A., “Tipo clínico e caso único, conceitos que não se recobrem”, *A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise*, Rio de Janeiro, Contracapa, 2007, p. 61.

⁵ Aromí, Esqué, *Op. Cit.*

A noção de psicose ordinária, trazida por Miller, inaugura uma discussão sobre o sofrimento humano na contemporaneidade e problematiza as instâncias diagnósticas, organizadas a partir de categorias particulares. Miller ressalta que essa noção não é um conceito⁶.

As psicoses ordinárias permitem ampliar o leque de soluções possíveis para o furo foraclusivo. [...] as modalidades de reparação se multiplicam e se diversificam quando consideradas em sua raridade, com suas pequenas invenções, em sua radical singularidade. O que essas soluções singulares têm em comum é a possibilidade de uma auto-reparação do furo que impede ou adia sua irrupção manifesta⁷.

No ultimíssimo ensino de Lacan, a clínica borromeana se fundamenta na possibilidade de existir ou não enodamento, seja este borromeano ou não. Essa clínica também é chamada de continuísta e, como tal, não envolve uma classificação propriamente dita, mas, sim, uma retomada do conceito de foraclusão como generalizada.

Tal como precisam Aromí e Esqué, “a cada um sua foraclusão, a cada um sua solução, ou melhor dizendo, a cada um seu tratamento, porque solução não há. O que há é a clínica do *sinthome* generalizado”⁸.

Algo consoante ao aforisma “todo mundo é louco, ou seja, delirante”⁹, o que não significa que sejamos todos psicóticos, mas que “todos os nossos discursos são uma defesa contra o real”¹⁰. Essa orientação coloca em primeiro plano o gozo e seus tratamentos singulares, o que nos leva a problematizar a perspectiva geral sobre a clínica.

Soluções singulares e diagnóstico - recortes clínicos

O diagnóstico em psicanálise deve incluir a transferência, “é uma especificidade subjetiva”¹¹, que requer a presença e o ato do analista.

A perspectiva do *sinthoma*, não como sintoma mensagem, mas como *sinthoma gozo*¹², se estabelece a partir da clínica dos nós. Essa perspectiva ampliou a clínica e tem nos

⁶ Miller, J.-A., “Efeito de retorno à psicose ordinária”, *Opção Lacaniana online*, 3 nov. 2010.

⁷ Aromí; Esqué, *Op. Cit.*

⁸ *Ibidem.*

⁹ Lacan, J., “Transferência para Saint Denis? Lacan a favor de Vincennes!”, *Correio: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, n. 65, São Paulo, EBP, 2010, p. 31.

¹⁰ Miller, J.-A., “Clínica irônica”, *Matemas I*, Rio de Janeiro, Zahar, 1996, p. 190.

¹¹ Deffieux, J.-P., “Diagnostic”, *Scilicet, Les psychoses ordinaires et les autres sous transfert*, Paris, ECF, 2018, p. 124. Tradução livre.

¹² Belaga, G., “Sintoma e sinthoma”, *Scilicet: semblantes e sinthoma*, São Paulo, EBP, 2009, p. 343.

servido para estarmos à altura da nossa época, para além da questão diagnóstica.

No caso de N. colocamos em relevo as soluções encontradas antes de chegar ao tratamento, formas de se haver com o gozo que, em determinado momento, deixaram de fazer função.

Jovem recém-chegado ao tratamento, N. vem fazendo alterações no corpo para ocupar um lugar de menino no mundo. Apresenta-se por um nome. Após um tempo, diz que esse nome não o representa mais, e escolhe outro. Suas mudanças não respondem ao seu lugar de sujeito e isso não cessa. N. começa a se perguntar se pode mudar de família, já que tinha sido adotado e estava em contato com a família biológica. Conta de um “talento” que tem desde criança e que fez deste um trabalho. A analista intervém: “Interessante! Você sustenta esse trabalho muito antes de mudar de corpo, de nome e de tentar encontrar a sua família de origem, talvez isso seja essencial para você, seja seu de fato”. A partir desta interpretação, N. começa a se interessar mais em produzir um saber sobre si e seu corpo do que em suas transformações.

N. pôde encontrar soluções nos discursos da militância e nas redes sociais antes de encontrar um psicanalista. No entanto, essas soluções poderiam se tornar infinitas se não houvesse um ponto de basta trazido pela interpretação do analista possibilitando que, durante esse tempo de espera, ele localizasse um excesso de gozo não circunscrito de forma moderada. Houve um ato analítico que incidiu nessa moderação do gozo.

J., 12 anos, diz ter questões sobre seu gênero. Inicia um namoro, mas, após uma briga, pensa em suicídio. Depois desse episódio, há um deslocamento das nomeações, passa a se nomear como gênero fluido; na semana seguinte, não binário; na subsequente, *arromântico*; na posterior, *assexual*. Diz sentir aversão ao corpo dos outros.

Frente à diferença sexual, apresenta-se um gozo à deriva, uma errância que tenta se ancorar de muitas formas no corpo, buscando, sem fixidez, significantes-mestres. A oferta de análise propiciou um tempo para construir uma localização. J. lança mão de inúmeras nomeações, advindas da sigla LGBTQIAP+, como tentativas de nomeação do real do gozo no corpo. Um corpo ao qual se atribui, infinitamente, nomes ensaiados, endereçados à análise. Temos, assim, um sujeito que trabalha em análise numa redução de gozo e tenta, a partir dessas nomeações, encontrar uma posição digna no laço com o Outro.

Por fim, o caso de I., tomado como uma psicose ordinária, teve a direção do tratamento mais precisa, na medida em que houve a localização da categoria psiquiátrica em jogo, conforme uma orientação clínica de Miller: “uma vez que

disseram que é uma psicose ordinária, tentem classificá-la de uma maneira psiquiátrica, se renunciarmos a isso, corremos o risco dessa noção se tornar um ‘refúgio para o não saber’”¹³.

Adolescente de 15 anos levado pela mãe que o apresenta como menina, pois não aceita a sua transição. As entrevistas preliminares deixaram claro que o tema do gênero não era exatamente uma questão para I. Sua questão em relação ao corpo, mais especificamente, era não ter um corpo. Para fazê-lo, recorria a inúmeras soluções precárias, dissolvendo sua questão em tentativas de automutilação, de fazer uma anorexia, criar avatares virtuais no jogo RPG, etcétera. Não há significantes-mestres de identificação. Inventava lugares precários para se arranjar. Nada do que se passa com I. tem efeitos que localizem o excesso de gozo. Apesar da falta de sintomas extravagantes, a ausência de corpo levou ao diagnóstico de esquizofrenia, fundamental para que a análise possa ajudar a forjar pequenas amarrações de corpo.

A clínica do *sinthoma* toma o real como orientador e coloca em jogo o manejo de um tempo para a entrada no dispositivo que não está, necessariamente, atrelado a um diagnóstico, mas a uma “abertura do *falasser* para o inconsciente”. Trata-se de trabalhar com as defesas frente à impossibilidade da relação sexual. Isso desloca o analista da posição de suposto saber e o instala como *analista leitor*.

Se na clínica estrutural o diagnóstico diferencial, sob transferência, era um marcador do tempo das entrevistas preliminares e entrada no dispositivo, na clínica do real o tempo de entrada não necessariamente está articulado ao diagnóstico.

Na clínica do real, a dimensão do tempo de entrada no tratamento também está sob a categoria do singular, um tempo para cada caso, sem anular ou descartar o lugar particular do diagnóstico diferencial na lógica da direção do tratamento.

Para concluir

É no caso a caso que podemos precisar o lugar do diagnóstico no horizonte da clínica, mas seu lugar não é definido *a priori*. A clínica do *sinthoma*, das amarrações, pressupõe a possibilidade de existir ou não enodamentos, borromeanos ou não, das soluções dos modos de gozo, sem deixar de incluir o Outro.

A clínica do autismo também oferece exemplos interessantes de amarração. Bassols afirma que a escolha do autismo interpela radicalmente uma suposta normalidade, pois

¹³ Miller, J.-A., “Efeito de retorno à psicose ordinária”, Op. Cit., p. 15.

“o gozo, tal como demonstra a experiência analítica é, de entrada, autista, voltado sobre si mesmo. É necessária uma invenção singular de cada sujeito para que possa vincular-se de algum modo com o Outro”¹⁴.

Outro aspecto da clínica do autismo é que ela se torna mais clara e precisa a partir do último ensino – inaugural da clínica continuísta. No entanto, é a precisão, a partir do diagnóstico diferencial em relação à psicose, que norteia a direção do tratamento. Esse paradoxo nos ensina, por exemplo, que a clínica do real não anula os usos que podemos fazer do diagnóstico diferencial.

Para estarmos à altura da subjetividade atual, renunciando às respostas rápidas dos diagnósticos antecipados associados ao mercado farmacológico, precisamos pensar em uma clínica do diagnóstico que seja realmente diferencial, que comporte o um a um, viabilizando uma abertura para o inconsciente e inclua o gozo, na contramão de uma segregação clínica¹⁵.

Revisão: Eliana Figueiredo (EBP/AMP)
Luis Francisco Camargo (EBP/AMP)

¹⁴ Bassols, M., “Prólogo”, In: Carbonell, N.; Ruiz, I., *No todo sobre el autismo*, Espanha, Gredos, 2019, p. 12. Tradução livre.

¹⁵ Miller, J-A., *Todo el mundo es loco*, Buenos Aires, Paidós, 2015, p. 317.