

PATOLOGIAS DO SOCIAL ARQUEOLOGIAS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Vladimir Safatle
Nelson da Silva Junior
Christian Dunker
(Orgs.)

A reconstrução configura-se no Registro de Minha Passagem sobre a Terra como ato e produto das inscrições que o perfazem.

José Roberto Olmos, querido amigo e aluno
a quem dedicamos este livro, *in memoriam*.

autêntica

LACAN, Jacques. La science et la vérité. In: *Écrits*. Paris: Seuil, 1966.

FOUCAULT, Michel. *L'histoire de la sexualité 2: L'usage des plaisirs*. Paris: Gallimard, 1984.

FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits IV*. Paris: Gallimard, 1994.

MILNITZKY, Fátima. Uma psicopatologia do consumo: relação entre narcisismo e situações de consumo. In: MILNITZKY, Fátima (Org.). *Desafios da clínica psicanalítica na atualidade*. Goiânia: Dimensão, 2006. v. 1.

RIFKIN, Jeremy. *La fin du travail*. Paris: Éditions de la Découverte, 2006.

SILVA JUNIOR, Nelson. Corps et narration dans la modernité. In: GASPARD, Jean-Luc; DOUCET, Caroline (Dir.). *Pratiques et usages du corps dans la modernité*. Toulouse: érès, 2008. p. 65-84.

SILVA JUNIOR, Nelson. *Linguagens e pensamento: a lógica na razão e na desrazão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. (Clínica Psicanalítica).

SILVA JUNIOR, Nelson. L'irremédiable souffrance de la culture. In: COELEN, Marcus; NIOCHE, Claire; SANTOS, Beatriz (Dir.). *Jouissance et souffrance*. Paris: Campagne Première, 2012a. p. 83-94.

SILVA JUNIOR, Nelson. Souffrances dans la culture: une nouvelle architecture du masochisme. In: GASPARD, Jean-Luc (Dir.). *La souffrance de l'être: formes modernes et traitements*. Toulouse: érès, 2014. p. 29-44.

SILVA JUNIOR, Nelson. Sublimation et vie économique. In: MIJOLLA-MELLOR, Sophie de (Dir.). *Traité de la sublimation*. Paris: PUF, 2012b. p. 438-457.

SILVA JUNIOR, Nelson; LÍRIO, Daniel Rodrigues. The Postmodern Recodification of Perversion: on the Production of Consumer Behavior and Its Libidinal Grammar. *International Forum of Psychoanalysis*, v. 14, n. 3-4, p. 217-223, 2005.

TAYLOR, Charles. *Imaginários sociais modernos*. Tradução de Artur Mourão. Lisboa: Texto e Gráfica, 2010.

O caso clínico como caso social

Anna Tirriani, Christian Dunker, Fuad Kyrillos Neto, Hugo Lana, Maria Letícia Reis, Paulo Beer, Rafael Alves Lima, Valesca Bertanha

Introdução

A função de um caso clínico suscita inúmeros debates. De fato, ele ocupa posições diferentes em distintas tradições, sendo possível reconhecer sua centralidade na construção de certas teorias, enquanto em outras aparece como algo quase acessório. O objetivo deste capítulo é justamente trabalhar a questão que permite essas distintas possibilidades de utilização desse tipo de escrito: qual o saber que se pode encontrar em um caso?

Na tradição psicanalítica esse tema é trabalhado desde Freud, direta e indiretamente. É possível reconhecer em seus relatos de casos o percurso que está sendo construído pelo autor, e a importância desses escritos é reforçada pelo fato de se poder explicitar, em desenvolvimentos posteriores, compromissos com relatos anteriores. Em outras palavras, é possível explicitar um movimento de retorno do autor a seus próprios textos, explorando questões ainda não trabalhadas, ou mesmo reconstruindo interpretações a partir de novas estruturas teóricas. Nesse sentido, o caso clínico oferecia um texto estabelecido, porém não esgotado (longe disso), que permitia tanto a releitura de certos pontos como a retomada de trechos a princípio sem importância, mas que, posteriormente, revelavam enorme potência. Dessa maneira, o caso clínico insere-se numa construção teórica, fornecendo material narrativo a partir do qual se torna possível edificar conceitos, além de servir como uma espécie de tela que confere visibilidade narrativa a esses conceitos clínicos e à construção do patológico.

Contudo, algumas questões já podem ser colocadas. Primeiramente, deve-se considerar que a escrita de um caso está condicionada a certas bases estabelecidas no tratamento clínico, de maneira que não só há uma racionalidade específica atuante na experiência que o caso irá relatar (no tratamento em si), como também essa racionalidade tende a se intensificar no processo de escrita do caso. Por sua

vez, essa própria racionalidade está conjugada a uma série de fatores não limitáveis somente ao contexto clínico, ideia apresentada, por exemplo, por Jacques Rancière, ao defender que a ideia de inconsciente formulada por Freud já estava presente no campo da arte, especificamente na revolução estética. Desse modo, reconhece-se que não somente a escrita do caso, mas também o campo clínico em si é atravessado por questões externas, que delimitam o modo de leitura e tratamento do sofrimento. Assim, essa mesma dicotomia entre interno/externo não parece se sustentar, de modo que se torna impossível uma separação entre fatos puramente clínicos e outros puramente sociais ou políticos. Nessa economia de influências, o caso clínico apresenta a possibilidade de estabelecimento de um texto referenciado na experiência do tratamento, na qual tanto os pontos privilegiados como os esquecidos podem ser reconhecidos, e, mais que isso, permite que sejam explicitadas as relações entre as formas de se entender e tratar o sofrimento com o social.

Há diferentes modos de apresentação de um caso clínico, mas, entre eles, podemos delimitar mais claramente três propósitos. Um caso pode ser:

- 1) uma exposição de fatos clínicos que buscam confirmar ou validar determinada teoria sobre a patologia ou técnica de tratamento;
- 2) a contestação de uma teoria. A narrativa do caso se disporia a atacar certos pontos centrais de uma construção epistemológica;
- 3) um testemunho, geralmente narrado em primeira pessoa, em forma ensaística, em que o que se enfatiza são aspectos biográficos.

Neste capítulo serão apresentados três casos clínicos que, dentro de distintas abordagens, mostram maneiras de sofrer e tratar o sofrimento. Nesse sentido, pode-se notar, em cada um dos casos, falas que expressam tanto a maneira como pacientes relatam seu sofrimento aos profissionais (analistas, psicólogos, psiquiatras) quanto o modo como essas falas são escutadas e entendidas a partir de determinada estrutura de pensamento. Como resultado, tem-se, mais que o relato da experiência de pacientes, relatos de maneiras de se escutar e tratar aquilo que é colocado como sofrimento.

O primeiro caso chama-se "As duas análises do Sr. Z", escrito pelo psicanalista Heinz Kohut, nos Estados Unidos da década de 1960. Nessa época, horizontes como individualismo e liberdade eram bastante populares, e esse fato não deixava de ressoar na maneira de conduzir o tratamento. Especificamente nos Estados Unidos, esse momento foi marcado por rupturas e dissidências da clínica psicanalítica tradicional, formando-se as psicologias do *self* e do *ego*.

O segundo caso foi extraído do livro acessório do DSM-IV (FRANCES; ROSS, 2001) de casos clínicos, no interior do qual os especialistas narram os modos como tratam seus pacientes. Publicado no início dos anos 1990, esse

caso se insere na tradição da psiquiatria contemporânea, que tem a "medicina baseada em evidências" como principal base de sustentação.

O terceiro relata um caso de histeria tratado segundo a perspectiva da psicanálise lacaniana. É o caso mais recente dos três e, além de ter diferenças teóricas relevantes, também apresenta outro modelo narrativo.

"As duas análises do Sr. Z"

Kohut publica "As duas análises do Sr. Z" em 1979, no *International Journal of Psychoanalysis*, causando uma grande polêmica na comunidade psicanalítica. O autor, ao mesmo tempo, desferia uma crítica aguda à "psicanálise tradicional" e apresentava novas propostas conceituais presentes em uma nova abordagem, a psicologia do *self*. O caso do Sr. Z servia como um claro exemplo de como a nova abordagem era mais bem-sucedida no tratamento.

O Sr. Z foi analisado por Kohut em duas ocasiões, uma primeira análise nos moldes da psicanálise tradicional (que durou aproximadamente quatro anos) e uma segunda análise a partir dos conceitos da psicologia do *self*, que começou cinco anos após o término da primeira e também durou por volta de quatro anos. O paciente chegou ao consultório com queixas de sudorese, problemas intestinais, problemas de relacionamento com a mulher, restrição da vida social e performance abaixo de suas capacidades no trabalho. Sua vida social limitava-se a sair com sua mãe e com um amigo. Contudo, pouco tempo antes de o paciente buscar análise, esse amigo começara a se relacionar com uma mulher mais velha e passara a evitar o contato do Sr. Z e de sua mãe. Além disso, também relatava ter um vício em masturbação, que era acompanhada de fantasias masoquistas nas quais ele era subjugado por uma mulher dominante.

Kohut não demora em fazer um diagnóstico de narcisismo,¹ reconhecendo nas falas do paciente fantasias de grandeza e uma demanda frustrada de reconhecimento. Como causa dessas fantasias, ele aponta a ausência do pai na infância do paciente. O pai tivera um caso com outra mulher e ficou dois anos fora de casa, quando o Sr. Z tinha 4 anos. Segundo o analista, essa vivência foi crucial, fazendo com que o paciente se considerasse o único objeto de amor da mãe, visto que não tinha nenhum rival edípico. Desse modo, a fantasia narcísica seria uma maneira de sustentação desse lugar, mas que tinha como real resultado a evitação, por parte do paciente, de qualquer possibilidade de conflito ou rivalização.

¹ Uma nova categoria diagnóstica, a de transtornos narcísicos da personalidade, tem origem na prática de Kohut – hoje essa categoria faz parte do DSM-IV e do CID-10, no Eixo II, sob a categoria de Transtornos de Personalidade.

Kohut era bastante direto em suas interpretações, sempre apontando o caráter fantasioso das demandas de reconhecimento e grandiosidade do paciente, e a resposta do Sr. Z. era, frequentemente, dizer que o analista não o compreendia. O analista, por sua vez, retrucava que isso era uma forma de resistência que deveria ser vencida. Com o decorrer do tratamento, o Sr. Z. passa a reconhecer sua tendência a evitar conflitos e o caráter ilusório de suas fantasias. Ele para de ter fantasias masoquistas, começa a se relacionar com mulheres, faz planos de sair de casa, e seu desempenho no trabalho melhora. A análise termina de modo sereno, e o último conteúdo trabalhado foi um sonho, no qual seu pai estava parado no lado de fora da casa, com as mãos cheias de presentes para o paciente. Kohut interpreta, nesse sonho, um sentimento de ambivalência em relação ao pai, dizendo que, apesar de ele lhe trazer presentes, o Sr. Z. não o deixa entrar por ter medo de uma confrontação, medo da castração. Após algum tempo de resistência, o Sr. Z. reconhece isso e, alguns meses depois, termina a primeira análise.

Após cinco anos, o Sr. Z. procura novamente o analista. Seu sentimento de apatia parece o mesmo: embora se relacione com mulheres, são casos superficiais e insignificantes. Seu trabalho é um fardo, e ele tem medo de voltar a se masturbar com fantasias masoquistas. Frente a essas queixas, o analista pensa que a primeira análise não havia causado uma mudança estrutural, e ele via um claro deslocamento do masoquismo da esfera sexual para o trabalho. Além disso, havia um dado novo, bastante relevante: após a sua saída de casa, sua mãe desenvolvera uma psicose.

O paciente retoma a análise a partir do sonho com o qual termina a primeira: o pai segurando presentes, querendo entrar em casa, e ele segurando a porta. Kohut pensa que talvez fosse justamente o ponto em que ele havia errado, que talvez a questão do paciente com o pai não correspondesse a um medo do enfrentamento de um rival poderoso, mas à falta de um ideal sólido com o qual ele poderia se identificar. Essa demanda de identificação passa a ser atuada na transferência, e, dessa vez, Kohut não a interpreta, mas deixa que o paciente se identifique com uma imagem idealizada do analista.²

A possibilidade de estabelecer esse tipo de identificação permite que o paciente relembre alguns fatos importantes de sua vida. Num primeiro momento, essas lembranças dizem respeito a sua mãe, expondo um lado extremamente invasivo e controlador dela. Por exemplo, quando era pequeno (4 anos), a mãe do Sr. Z. fazia um minucioso controle das fezes do filho, após cada produção intestinal. Esse controle parou aos 6 anos, dando lugar a um exame de pele, realizado todo

² Na transferência estabelecida o analisando percebe o analista como sendo uma parte idealizada de si mesmo. Assim, Kohut não entende a idealização na transferência como uma postura defensiva e a vê como uma compensação a uma estrutura (*self*) ausente.

sábado. Neste, a mãe buscava cravos no rosto do filho e os espremia, mostrando sua satisfação em relação ao que conseguia retirar. Segundo o paciente, os piores momentos eram ou quando ele não tinha cravos ou quando a mãe não conseguia retirá-los, o que a deixava muito aborrecida. Segundo Kohut, esse processo de rememoração de características negativas da mãe tinha como resultado a dissolução de uma imagem idealizada que o paciente tinha dela e, junto com isso, o enfraquecimento do vínculo do paciente com sua mãe, que era muito importante para a sustentação de suas fantasias narcísicas, uma vez que era a mãe que respondia às demandas de reconhecimento do paciente. Desse modo, o Sr. Z. apresentou muita resistência a seus progressos. Frente à possibilidade de dissolução dessa imagem da mãe, o paciente respondia, muitas vezes, com um medo de desintegração, como se ele mesmo fosse deixar de existir (algo que, segundo o analista, aproximava-se da esquizofrenia). Kohut interpretava isso como uma resultante do abandono de um *self* arcaico invadido pela mãe e o início do estabelecimento de um *self* nuclear autônomo, no qual o paciente não ocupava mais a posição de objeto.

Nesse sentido, o analista também mudou sua interpretação em relação à masturbação masoquista do paciente. Em vez de uma busca de prazer, calculada na evitação do conflito com um rival (como era vista na primeira análise), agora Kohut considerava a masturbação como uma maneira de o paciente se sentir vivo, que não era prazerosa, mas que lhe dava alguma sensação de vitalidade – uma estratégia que o paciente conservara desde sua infância.

Após esse período em que a mãe foi o centro da análise, o Sr. Z. começa a falar de seu pai. Ao fazer isso, as atuações transferenciais passam a ficar mais evidentes, de modo que o paciente fica mais agressivo e arrogante em relação ao analista. Porém, Kohut não faz nenhum tipo de interpretação nesse sentido, de modo que, junto com a arrogância, o analista passa a reconhecer um extremo desespero nas fantasias narcísicas. Esse período de agressividade dura pouco tempo, e o Sr. Z. começa a buscar traços a partir dos quais ele poderia se identificar com seu pai. Contudo, uma pergunta perdura: seria seu pai fraco e submisso a sua mãe? Sem resposta, o paciente começa a fazer perguntas sobre a vida do analista. Kohut não as responde, o que o Sr. Z. vê como um sinal de firmeza. Desse modo, o paciente passa a estabelecer uma identificação com uma mistura de seu pai e da imagem idealizada de seu analista. Kohut permite essa identificação e defende que era necessário que o Sr. Z. tivesse uma imagem paterna sólida de identificação para que seu *self* pudesse se desenvolver de maneira saudável.³ Após algum tempo a análise termina, o Sr. Z. se casa, tem uma filha e é bem-sucedido em seu trabalho.

³ Kohut diverge de Freud (2010) quando entende que a libido narcísica não é apenas temporariamente primária, mas sim constitutiva. Assim, enquanto em Freud o narcisismo

“O contrato”

Kim tinha 29 anos quando foi aceita em um programa ambulatorial recém-iniciado de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para prevenção de recaídas de pacientes com transtornos alimentares. O médico responsável pelo desempenho da paciente no programa relata que, nesse momento, ela pesava 59 quilos e media 1,56 metros, índice de massa corporal considerado dentro da normalidade. Contudo, Kim já trazia um longo histórico clínico, incluindo vários tratamentos e quatro internações hospitalares. Embora tenha sido apoiada por seus empregadores durante as internações, nesse momento o tratamento era imposto como uma condição, por seus chefes, para que ela pudesse voltar a seu emprego, como consultora de *marketing* em uma companhia de produção de filmes. Sobre o seu trabalho, afirmava: “é tudo o que eu tenho”. →

Apesar dos episódios instáveis em sua segunda década de vida, Kim adquirira certa estabilidade que a permitiu trabalhar durante todo esse período. Nesse momento, a paciente era definida como “Kim anoréxica” em seu local de trabalho, onde seu desempenho era afetado tanto por suas constantes ausências para tratamento quanto pela queda em seu rendimento quando estava sintomática. Era reconhecida por seu esforço, dedicação e talento por se manter no trabalho, mesmo afetada pelo seu sintoma.

O médico relata ter oferecido à paciente, além da terapia cognitivo-comportamental, o antidepressivo fluoxetina, um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, mas Kim negou-se a tomar o remédio. Embora acreditasse que se alcançariam melhores resultados com o uso associado do medicamento, o médico aceitou a recusa da paciente e deu início à terapia.

Esta consistia em focalizar os detalhes da alimentação, dos exercícios e dos pensamentos da paciente – em especial, a autorreferência recorrente em Kim, às vezes como “Kim gorda”, às vezes como “Kim anoréxica”. Frente a essas autodefinições cristalizadas que poderiam dificultar a obtenção de bons resultados, propõe-se uma nova denominação à paciente: “Kim saudável”. Para corresponder a esse termo, a paciente devia se manter em certo intervalo de peso. Com base nesse novo nome, procurou-se chegar a um acordo entre médico e paciente para um novo padrão de comportamentos. Buscou-se uma maior interação entre ela e sua família e amigos, além da prática de exercícios de forma moderada, em oposição ao exagero com que Kim anteriormente engajava-se em práticas físicas. Assim, comportamentos indesejáveis seriam, aos poucos, substituídos por atividades saudáveis. Segundo o médico, um grande

é um estado original do bebê que se transforma gradativamente em libido objetal, para Kohut ele é a base para o desenvolvimento de um *self* que define as relações objetais.

incentivo para que Kim seguisse as orientações era uma questão transferencial: a paciente tinha expectativas em relação a como o médico reagiria na próxima sessão, quando ouvisse suas revelações e examinasse seu corpo para a “checagem da realidade”. Assim, a adequação em relação ao que seu médico acharia correto (ou, pelo menos, o que a paciente imaginava que ele acharia bom) parecia ser o motor do tratamento.

Contudo, após seis meses, o peso de Kim continuava a cair, o que a deixava fora da categoria de controle de recaídas. Ela precisava, segundo as regras da instituição, de outro tipo de tratamento. Segundo o médico, Kim era capaz de reconhecer os sinais de recaída e sabia falar dos momentos em que se colocava ora como Kim gorda, ora como Kim anoréxica, tentando alcançar a Kim saudável. Porém, o relato desses momentos não era suficiente para implicar alguma mudança. O médico dizia-se frustrado, como a maioria dos terapeutas que trabalham com transtorno de alimentação, e precisava do apoio de sua equipe de supervisores para dar continuidade ao tratamento. Depois de seguidas frustrações, no decorrer de um ano, ele recomenda insistentemente a internação de Kim, que, mesmo resistente, cede, por pressão de seus supervisores no trabalho e de sua família.

Após o período de internação, ela, que teve o ciclo menstrual interrompido por causa do pouco peso, apresentou um ciclo menstrual normal, quando alcançou 54 quilos. Depois de sua alta, retomou o atendimento ambulatorial com o mesmo médico. Dessa vez, médico e paciente estabeleceram um contrato. Esse contrato consistia em dois encontros semanais de sessões individuais de TCC, e, caso seu peso caísse abaixo de um mínimo, ela também entraria num programa ambulatorial intensivo três noites por semana (PAI). Eles combinaram que se o contrato não fosse cumprido, o tratamento terminaria.

Apesar de não acreditar que seu peso pudesse cair, após uma briga com o namorado Kim retoma forte atividade física e perde peso, atingindo as condições para o programa PAI. Quando a cobertura PAI termina, a paciente retoma seu atendimento com seu médico. Ela estava medicada com um antipsicótico que apresentava bons resultados para pacientes refratários a tratamento. A situação se agravava, e, apesar da disponibilidade dos amigos, da família e de seu terapeuta para ajudá-la, ela não conseguia suportar o sofrimento de ver seu corpo ficando maior. Seria necessário, conforme o contrato, cumprir o estabelecido: ela deveria ser internada ou entrar num programa de hospital-dia. Fazendo encaminhamentos cuidadosamente selecionados, o médico encerra o tratamento com a paciente por ela não haver cumprido o contrato. O motivo dessa atitude, segundo o médico, é que o tratamento com ele visava à recuperação plena, e como isso não ocorreu, ele não poderia mais tratá-la, apesar de dizer que respeitava seu dilema. Assim, a principal cláusula do contrato, a de que o tratamento deveria levar a

uma adequação total aos termos estabelecidos como saudáveis, foi justamente o motivo da interrupção do acompanhamento. Terminaram o tratamento em bons termos, e a porta, segundo o médico, foi deixada aberta para ela, se um dia estivesse disposta a trabalhar rumo à recuperação. O médico afirma ter sido essa experiência a mais difícil de sua carreira.

Meses depois, Kim atinge o peso mínimo para reingressar no programa. Nesse momento, ela estava medicada com fluoxetina e reencontra então o seu médico, que havia, a contragosto, interrompido o tratamento para manter o contrato. Segundo o médico, seu humor estava diferente, estava mais engraçada, voltada para o futuro. Havia encontrado no grupo de internação uma equipe em que se sentia à vontade para falar sobre suas experiências dolorosas, como subir na balança. Seu ciclo menstrual havia retornado, ela começara a namorar e, após alguns meses de relacionamento, tomou-se sexualmente ativa pela primeira vez na vida adulta. No trabalho, começou a apagar a imagem de "Kim anoréxica" e atingiu níveis mais elevados de realização do que jamais havia atingido antes.

Quando o capítulo "O contrato" foi escrito, o médico afirma que Kim já estava sob o mesmo peso havia quase dois anos. Não sem esforços. Estava morando com o namorado, passando bastante tempo da vida adulta com os amigos e com a família, e já não era a Kim doente. Os episódios de compulsão e vômitos continuaram a ocorrer, mas como lapsos isolados. Nesse momento, o médico propôs sessões com o namorado para pensarem juntos como ajudá-la a voltar rapidamente a uma faixa de peso saudável. O foco de seu tratamento deslocou-se para seus relacionamentos, principalmente com seu companheiro, Bill.

"Prefiro bater a não saber para onde ir"

Vera chegou ao consultório da analista acompanhada por sua mãe, tinha 17 anos e um sorriso apático. A mãe foi a primeira a se queixar: a filha não era capaz de decidir nada por si mesma, sempre recorria ao outro e aceitava tudo passivamente. A analista perguntou a Vera como ela entendia o que estava sendo falado sobre ela. Ao falar do seu próprio mal-estar, uma frase o resumo: "tenho medo de decepcionar meus pais", confirmando o diagnóstico feito pela mãe. Vera retorna ao silêncio.

A mãe afirmou, na primeira entrevista: "aqui ela vai cuidar da dor maior". Ela se referia a dois espaços: um, o programa hospitalar para tratamento de transtornos alimentares frequentado por Vera, em que ela recebia cuidados médicos para tratar de sua anorexia, e outro, no consultório, onde o que chamava de "dor maior" seria cuidado. Essa divisão dos tratamentos já chamou a atenção da analista, em relação ao que implicava uma separação entre o sintoma anoréxico e as questões que seriam trabalhadas em análise, como se uma coisa

não se relacionasse à outra. Ademais, essa divisão não se limitava a esse fato, visto que no hospital havia dois cadernos em que a paciente deveria escrever: um verde, em que escrevia sobre a doença, e um roxo, em que escrevia sobre si mesma. Um indivíduo apartado de sua patologia, uma patologia separada de sofrimento.

Uma das primeiras falas da mãe em relação à filha foi: "quando Vera era criança e nasceu o seu irmão, ela tinha pavor que eu a esquecesse na escola, e me fazia prometer que eu não a esqueceria. Eu dava mais atenção pra ela, perguntava o que ela queria comer e fazia tudo que ela pedia para comer", reunindo assim uma relação entre a atenção e a alimentação.

Vera aceitou se tratar, porque sua menstruação havia sido interrompida com o baixo peso que tinha atingido, e, como ela temia não vir a ser mãe, aceitou ir ao Hospital das Clínicas. Quando questionada sobre o que era a "dor maior", disse: "só aceitei me tratar porque os médicos disseram que eu poderia ficar estéril, e ser mãe é tudo o que eu quero na vida". Não se tratava apenas de ser fértil; seria um trajeto em se tornar mulher, e uma mulher capaz de ser mãe.

No primeiro encontro a sós com a analista, a paciente disparou: "sou anoréxica". A afirmação forte, certa, revelava ao mesmo tempo algum distanciamento, como se um nome recobrisse as palavras de alguém que não sabia muito bem o que dizia. Vera anunciava, assim, uma apresentação de si? Em meio a esses questionamentos, a analista, inquieta, perguntou à paciente: "O que é a anorexia?". Pergunta desconcertante, já que a analista estava suposta a saber acerca da doença. Mas ela não hesitou em responder e explicar como o sintoma de não comer funcionava nela. Essa pergunta mostrava sua eficiência na instalação da transferência. Parece ter aberto a possibilidade de a paciente falar e saber sobre si. O não saber da analista teria sido determinante para fazer a transferência se instalar. Deliberadamente, não foi perguntado quanto ela pesava.

As sessões aconteciam duas vezes por semana, em torno do funcionamento da anorexia. A paciente se comprazia em descrever sua rotina, a contagem de calorias, as horas dedicadas às idas ao hospital, os juízos médicos, com breves hiatos e parênteses em relação à rotina. O trabalho, a linguagem e o desejo estavam mediados em sua vida social através da doença.

Em uma sessão destacada pela analista, a paciente falou acerca da decisão de terminar o seu namoro. Ressurgiu, nessa sessão, uma das primeiras frases que a paciente tinha falado, "tenho medo de decepcionar os meus pais". Terminar o namoro os decepcionaria, já que os pais aprovavam o relacionamento.

A analista destacou a importância de a paciente falar sobre seus laços sociais. Pedir permissão aos pais para sair, pedir dinheiro, negociar horários, explicar com quem, como e onde estaria eram tarefas que a paciente executava muito bem para não decepcioná-los.

As roupas que usava eram um debate em casa. As blusas curtas que mostravam a barriga incomodavam a paciente, que nunca se achava no peso ideal. Os seios haviam sido ajustados dois anos antes, aos 15 anos, por uma cirurgia plástica de redução. A paciente disse ter convencido seu médico e seu pai a fazer a cirurgia, mas, depois desta, afirmou que enxergava mais a barriga, e que isso virou outro problema. Esse movimento de preocupação com o corpo por partes, segundo a analista, retoma a recorrente lógica do distanciamento: desta vez, um corpo fragmentado, coisificado, no qual só se enxerga a barriga após a diminuição dos seios, revelava o afastamento radical da paciente daquilo que lhe dizia respeito. A analista destaca também que, ao falar dos cadernos de diferentes cores no hospital, parecia não haver espaço para falar sobre a sexualidade, o tornar-se mulher e a ambiguidade entre o medo de que sua femilidade apareascesse e o seu desejo de ser mãe.

Com respeito a esse aspecto, parecia haver outro paradoxo no caso. Na base do convencimento do pai e do médico havia uma jovem cheia de desejos e insatisfações, e sua palavra tinha poder. Não era tão simples como havia sido dito no primeiro encontro com a analista. Quando chega para a análise, estava triste, sentindo-se só; sua palavra não tinha o mesmo valor de quando tinha convencido o pai e o médico a fazer a plástica.

Vera disse também à analista sobre um de seus maiores sofrimentos na adolescência: a convivência com sua mãe. A relação das duas havia piorado, seus pais encontraram cigarro em sua bolsa, proibiram-na de sair, mudaram-na de escola, o que, segundo a paciente, fez com que ela perdesse suas amizades. Essa narrativa chamou a atenção da analista, já que parecia bem distinta da queixa inicial. Ou seja, houve um tempo em que a paciente sabia sim desejar por si mesma. No início da adolescência ela não tinha, portanto, medo de decepcionar seus pais. O que havia acontecido? Foi nesse período também que Vera desenvolveu o sintoma de não comer. Segundo a analista, não era clara a dificuldade de sua paciente em não desejar. Inclusive ela desejava não comer.

A insatisfação de Vera com seu corpo, com suas roupas, era repousada nos numerosos "sins" da filha para seus pais. Entre desacertos sobre o que vestir e aonde ir, a companhia do namorado era bem vista aos olhos dos pais. Quando Vera decide terminar o relacionamento, a mãe se preocupa, o pai a apoia, e ambos solicitam uma hora com a analista da filha.

A analista destaca o posicionamento paradoxal da mãe de Vera, que, quando levou a filha para "tratar da dor maior", queixou-se de que ela não decidia nada por si só, e justamente no momento em que Vera decide fazê-lo, a mãe desaprova. Junto com essa atitude ambivalente, ressalta-se o funcionamento alimentar na casa, em que a mãe vigiava o que a filha comia, espalhava barras de cereais pela casa e solicitava que a filha se pesasse com frequência. O pai havia

aprovado e pagado a cirurgia dos seios e, segundo a paciente, fazia tudo para que ela se sentisse bem com seu corpo e pudesse usar as roupas que desejava. Eram roupas que escondiam as curvas, as formas de seu corpo. Terminar o namoro surgiu como um debate familiar, mas, dessa vez, não dizia respeito ao corpo.

No encontro da família com a analista, o pai de Vera buscava alguma compreensão do assunto para manter seu posicionamento de apoio à filha. Vera sentia-se só na decisão. Com todos na sala, a analista afirma ter feito uma das intervenções mais difíceis no tratamento: ela destacou a importância de Vera manter seu desejo de terminar o namoro, e que aquele tipo de debate que convocará todos a opinarem sobre a vida dela era certamente angustiante. Além disso, destacou e afirmou que as decisões são sempre angustiantes por serem tomadas a sós. O pai continuou com seu apoio, mas a analista percebeu que era um apoio como o apoio da cirurgia. Tinha entrado no discurso "faço tudo para ela estar bem". A mãe se desesperou, preocupando-se com o namorado da filha, afirmando que ele era emocionalmente instável e que o término do namoro não lhe faria bem. O posicionamento da analista ao dizer que Vera deveria manter a sua decisão foi considerado, e ela terminou o relacionamento.

A relação não acabou de modo rápido, e, entre idas e vindas com o namorado, ela norteara sua vida entre idas e vindas às sessões e ao hospital. A autonomia de Vera crescia e era tema recorrente das sessões: o que vestir, comer e decidir passam a ser assuntos relevantes. Ela tem alta do hospital, mantém seu peso, sua menstruação volta à regularidade, e se apazigua seu medo de não vir a ser mãe. Tem encontros amorosos com outros rapazes sem iniciar nenhum novo relacionamento. Começa a pensar em que carreira seguir, inicia cursinho pré-vestibular e tira carta de motorista. Para de tomar o antidepressivo.

Nos momentos em que a paciente estava mais livre para experimentar, sair mais e procurar as antigas amigas, a mãe se deprime. Fica em casa, de cama, por semanas. Vera precisa cozinhar para todos e assume as atividades domésticas. Na mesma época, a paciente escolheu fazer a faculdade de Nutrição, passou no vestibular e começou a cursar o primeiro ano. Preocupada com sua mãe, conversava com seu pai e ambos solicitaram à analista uma indicação de um analista para a mãe. Esta recusa, procura um psiquiatra e começa a tomar medicações fortes. Diante da tristeza da mãe, Vera se angustia e perde peso novamente.

A paciente assumia, a cada dia, mais e mais os cuidados da casa, da comida do irmão mais novo, das compras etc. Na faculdade, o mesmo posicionamento era estabelecido com os colegas. Assumia os trabalhos de grupo, fazia-os bem, não aceitava que os colegas fizessem o trabalho de qualquer jeito, e sempre dizia que tudo deveria estar bem-feito e que não podia faltar nada. A analista destaca, em relação ao rigor da paciente, o mesmo funcionamento em relação às sessões:

ao pagamento (sempre no dia combinado) e à frequência (nunca faltava e sempre chegava no horário).

Apesar do excesso de atividades e de responsabilidades que tomava para si, ela fazia o seu rigor trabalhar a seu favor. Conseguia se organizar, fazer tudo, e ainda assim encontrava tempo para se divertir. Seu peso se tornou estável novamente.

Uma sessão em que, ao contar a experiência da noite anterior, parecia dizer de uma provação a sua autonomia, foi destacada pela analista. Havia uma festa à qual ela queria muito ir, num momento em que falava nas sessões da liberdade que estava alcançando aos poucos. Havia pedido o carro do pai emprestado, que novamente não negou o pedido, apesar dos protestos da mãe. Ela saiu da festa, perdeu o controle do carro e o destruiu, batendo-o numa viatura da Companhia de Engenharia de Tráfego (CET). Na sessão, afirmou: "Perdi a direção e bati de frente com um carro da CET. [Tinham como desviar deles, mas era melhor bater do que não saber para onde ir]." Novamente a analista destaca o apoio incondicional do pai da paciente, que lhe oferece um carro novo, o que, nessa situação, explicitava certo distanciamento da gravidade dos acontecimentos. Sua mãe novamente se desespera com o fato.

Vera conheceu um rapaz e se envolveu com ele. Segundo a analista, o namoro consistia numa dinâmica que ela nunca havia experimentado. Seu novo namorado solicitava a ela que se decidisse em relação ao que fazer nos finais de semana, e se a decisão era estar com ele, que então assumisse isso para toda a família. Ele não aceitava que ela se posicionasse como uma menina que precisava do apoio, do reconhecimento dos pais, ou que temesse desapontá-los. Ela se apaixonou por ele.

A analista aponta que, através das perdas, ela configurou suas decisões, sua autonomia cresceu e novas formas de se relacionar se abriram. Isso afetou sua vida social. O êxito de Vera nas atividades escolares, a obediência aos pais e às leis não garantiam uma boa vida social. A analista destaca: somente quando pôde se apropriar de suas perdas alcançou a autonomia desejada — essa foi a direção do tratamento analítico.

Ela assume para si a ideia do que denominou estar de "saco cheio de análise", que nesse caso representou o seu fim. A analista escuta essa expressão com interesse, pois, para uma anoréxica, estar de "saco cheio" é no mínimo criativo. Do que se pode encher? Seria do que se pode faltar?

Segundo a analista, o processo analítico abalou a identificação com o sintoma que ela afirmava ter feito por alguma razão. Parte do trabalho consistiu em criar hipóteses acerca do porquê de seu sintoma, abalando a anorexia e fazendo com que Vera desse outros nomes para a sua dor. Isso resultou em uma implicação não somente com o que era considerado patológico no hospital, mas também com outros aspectos, que, embora fossem considerados normais, revelavam um

enorme distanciamento entre Vera e sua própria vida. A analista afirma que esse processo proporcionou mudanças notáveis no modo de a paciente experienciar e relatar suas experiências, e termina o relato com a seguinte frase: "Ninguém se mata por não comer, mas talvez se mate por não falar".

Racionalidade diagnóstica

A partir da leitura dos casos, é possível estabelecer de maneira mais clara algumas questões que delimitam o tema deste capítulo. Como já foi colocado, cada caso foi escrito em um momento histórico diferente, marcado por questões teóricas e sociais distintas. Além disso, é fácil notar, pela maneira como cada discurso é estabelecido, que cada um deles se propõe a exercer uma função diferente.

Nesse sentido, o caso de Heinz Kohut propõe uma crítica explícita a uma teoria já estabelecida. Isso é claro na apresentação do caso, que contrapõe duas experiências de análise dirigidas com bases teóricas diferentes. Contudo, esse caso apresenta uma polêmica singular: segundo o biógrafo de Kohut, Charles Strozier, parentes e amigos relatam que o caso do Sr. Z falaria sobre o próprio Kohut — a primeira análise do Sr. Z diria respeito à análise do autor com a psicanalista Ruth Eisler, e a segunda seria uma autoanálise realizada a partir das bases da psicologia do *self*. Pode-se questionar se essa opção do autor invalida as proposições do texto, e a resposta parece ser negativa: de fato, as questões apresentadas nesse caso clínico são de extrema relevância para a psicologia e o campo da saúde mental em geral, independentemente de algumas mudanças realizadas pelo autor. Deve-se lembrar de que muitas vezes é necessário modificar ou omitir alguns dados do caso para que seja respeitada a anonimidade do paciente, fato que não diminui a validade do que foi apresentado.

Por outro lado, pode-se pensar que Kohut poderia ter feito isso de outra maneira, que não modificasse tanto a estrutura do relato. Nesse sentido, deve-se considerar também que o caso foi escrito de maneira estratégica, destacando desenvolvimentos e pontos de discordância entre a psicologia do *self* e a psicanálise tradicional.

Ao se contextualizar essas elaborações, percebe-se uma clara relação entre os desenvolvimentos teóricos e os valores compartilhados socialmente: Kohut desenvolve uma teoria que defende que o narcisismo não só não é necessariamente patológico, mas também que o investimento libidinal dirigido ao eu é necessário para que se desenvolvam a criatividade e a autonomia; essa elaboração é feita nos Estados Unidos dos anos 1960, contexto de clara dominância de valores de individualidade. A partir dessa teoria, será pensado um modo de tratamento que privilegia o desenvolvimento do indivíduo, de acordo com os valores da época. Não obstante, pode-se apontar certo caráter normativo do que

é considerado como cura: o tratamento é dado como finalizado com sucesso quando o paciente está bem encaixado em seu meio, trabalhando de maneira produtiva e casado com uma mulher.

Também é interessante notar as formas de sofrimento que aparecem no caso. Esses tipos de sofrimento estão em concordância com fatos sociais expostos por estudiosos da época, como faz o historiador Christopher Lasch em *A cultura do narcisismo* e *O mínimo Eu*. Segundo o autor, a sociedade estadunidense passava por um momento em que diversas questões se misturavam, como a Guerra Fria, uma presente lembrança da Segunda Guerra Mundial e seus campos de concentração, a contestação de muitos valores tradicionais. Como resultado, ele aponta uma intensa crise de sentido, que levaria a um profundo sofrimento de indeterminação. Esse sofrimento de indeterminação levaria a uma defesa narcísica, que teria como principal característica não um *self* fortalecido, mas sim uma fantasia de grandiosidade que esconderia um *self* atrofiado, de indivíduos receosos em estabelecer laços uns com os outros. Isso, por sua vez, levaria a uma relação extremamente rígida com alguns laços que se poderiam estabelecer, mas que, conseqüentemente, traria consigo o impedimento de muitas outras vivências, de modo que queixas de déficit de experiência apareceriam como resultado.

Concordando ou não com a análise de Lasch, pode-se, no mínimo, dizer que há uma clara correspondência entre sintomas encontrados na clínica e características significativas do modo de organização social. Ademais, é bastante interessante o fato de o primeiro livro sobre o assunto (*Cultura do narcisismo*) ter sido mal interpretado. No prefácio de *O mínimo Eu*, Lasch aponta que seu livro anterior teria sido recebido como um elogio ao narcisismo, tomado aí em seu sentido mais banal, como individualidade, egoísmo. O autor inclusive justifica a escrita do livro posterior justamente para que esses erros fossem percebidos. Ao se ler o livro, é bastante surpreendente que possa ter acontecido uma leitura tão desviante, dado que ele é muito claro em sua argumentação. Pode-se pensar, talvez, que o tema trabalhado deveria estar muito entrelaçado num funcionamento ideológico para justificar tamanho desvio.

Vale lembrar que os livros de Lasch são bastante próximos de um pensamento clínico, uma vez que o autor transita entre fatos psicológicos e sociais. Desse modo, é possível reconhecer tanto na escrita quanto na leitura de um caso clínico o atravessamento de questões sociais na maneira de se sofrer e tratar o sofrimento, constituindo assim um conjunto de patologias que deverão ser tratadas de acordo com essa “visão de mundo”. | *

Esse entrelaçamento do contexto clínico com o social pode ser percebido também no caso DSM, embora se dê de maneira diferente. Como vemos, esse caso é escrito com um referencial completamente distinto, o que implica um modo de organização do texto e uma estrutura narrativa diversos. Assim, pode-se

notar que se no caso de Kohut há uma história bastante detalhada que é contada, oscilando entre experiências clínicas e relatos do paciente, o mesmo não acontece no DSM: neste caso, a narrativa é enxugada, o foco limita-se à apresentação de questões objetivas, como exames corporais ou dados de realidade, de maneira que raramente se tem acesso a falas da própria paciente.]

Além disso, são claros os ideais que norteiam o tratamento, tendo-se a produtividade no trabalho como principal problema a ser resolvido, de maneira que o sofrimento não aparece propriamente como uma forma de mal-estar, mas mais fortemente como uma inadequação em relação a expectativas. Nesse ponto, os dois primeiros casos não se distanciam muito, uma vez que ambos apresentam um horizonte bastante definido de comportamentos adequados a uma ideia de final de tratamento. Contudo, embora haja pontos de aproximação, a maneira como se estabelece a narrativa é marcadamente distinta, como já foi dito, e esse enfoque em dados objetivos é uma característica do DSM.

De fato, o DSM tem como base de sustentação a “[...] medicina baseada em evidências” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011). Essa sustentação apresenta uma maneira peculiar de se fazer investigações (que priorizam dados estatísticos) e sistematizar os resultados. Porém, muitas vezes se aponta que esse modo de investigação e sistematização influencia diretamente a clínica, criando um “compromisso prático”, que teria como efeito certo empobrecimento da escuta dos profissionais. Por outro lado, pode-se argumentar que o DSM não é um tratado psicopatológico, mas um manual, e que há uma distância considerável entre um manual diagnóstico e a prática clínica. Assim, o DSM ficaria limitado a uma indicação estatística dos transtornos, negando o supracitado “compromisso prático”. Contudo, o livro *L’homme selon le DSM: le nouvel ordre psychiatrique*, do psiquiatra francês Maurice Corcos (2011), aponta que essa lógica parece ser soberana no modo de pensar das novas gerações de psiquiatras. Ao comentar os encontros com jovens colegas, o autor descreve: “há, em sua maneira de apreender ‘o caso’ (mais que o sujeito, em sua história e seu entorno), um processo mecânico de engajar uma apuração diagnóstica (mais que pensar), de se sentir obrigado a entregar um resultado o mais rápido possível (mais que tentar uma hipótese)” (CORCOS, 2011, p. 13).

Com efeito, vê-se claramente que, embora se proponha como manual diagnóstico, a lógica do DSM está presente na clínica, resultando numa prática que não mais demanda uma narrativa de legitimação de seus atos:]

As implicações filosóficas, éticas e epistemológicas do DSM não são assumidas explicitamente e o centro da problemática é deslocado para o campo genérico da fundamentação das ciências biológicas. O que nos interessa é esse rompimento do nexo com os discursos psicanalítico e social, que faziam a patologia mental depender dos modos de subjetivação

e socialização em curso, em um dado regime de racionalidade. Assim, é bastante plausível que tais modos de subjetivação e socialização encontrem-se ainda presentes nas categorias psiquiátricas, pois sua formação histórica acusa essa dependência. Porém, isso se tornou invisível e apagado da prática diagnóstica corrente ou das razões que a justificam (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 619).

Não será por outro motivo que o título do caso aqui apresentado será “O contrato”. Se, por um lado, o esvaziamento das narrativas que legitimariam as categorias diagnósticas do manual caracteriza a forma a-histórica da racionalidade de seus operadores, como se estes fossem autônomos em relação à história de sua constituição, por outro lado uma apresentação do tratamento é reduzida a um aspecto técnico da relação entre médico e paciente, denominado “contrato”. Ou seja, a suposição de uma narrativa do caso clínico no DSM está suspensa para que este seja apresentado de maneira a promover resoluções para dúvidas diagnósticas, por exemplo, despido de subjetividades ou de contextos nos quais o caso ocorre.

Há uma justificativa no plano epistemológico em que esse debate se dá. Atualmente, no campo da psicopatologia, parece haver um processo de determinação e unificação do que deve ou não ser considerado patológico. O DSM se torna possível a partir de um projeto de sistematização e classificação das patologias mentais, em que se pode observar uma busca por objetividade que visa constituir uma produção “atórica”, baseada na legitimação somente daquilo que pode ser comprovado empiricamente. Contudo, somente defender a necessidade de fatos empíricos já é uma posição epistemológica. Segundo Mário Eduardo Costa Pereira, em seu texto “A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia” (2000, p. 119-152), esse não posicionamento é construído de maneira estrutural, de forma que se pode reconhecer uma retórica de desvio dessas questões, por exemplo, na substituição feita, a partir da terceira versão, do termo “patologia” pelo termo “transtorno”. Vê-se, nessa troca, a preferência por uma palavra até então ausente dos debates políticos e éticos, que não pressupõe uma definição explícita de normalidade, podendo-se recorrer a termos genéricos como “mau funcionamento”, ou “possibilidade de sofrimento”.

Por outro lado, há autores que reconhecem uma clara filiação epistemológica à escola do pragmatismo, fundada por Charles Sanders Peirce. Nesse sentido, em concordância com Costa Pereira, a psicanalista Laéria Fontenele (2006, p. 17) defende: “Dessa forma, a roupagem científica, que recai por sobre a utilização de critérios de pesquisa empírica aceitos por boa parte da comunidade científica mundial, esconde a sua verdadeira identidade teórica, qual seja, o empirismo e o pragmatismo. Revela-se, sobretudo, em seu caráter pragmático, a marca da tradição hegemônica da psiquiatria americana”.

De fato, o pragmatismo será apontado como linha epistemológica adequada ao DSM, e não somente por seus críticos. O psiquiatra francês Pierre Pichot, coordenador das edições em francês, espanhol e italiano do DSM-IV, explicita essa filiação em seu artigo “DSM-III devant la psychopathologie française” (1985), apontando que o ateorismo do DSM seria um desenvolvimento do pragmatismo de Peirce.⁴ Contudo, um exame mais acurado indica que essa filiação tampouco se sustenta.

Como indica Michel Balat, em seu texto “Sur le pragmatisme de Peirce à l’usage des psychistes” (2000), o pensamento de Peirce é deveras mais complexo do que faz parecer sua vasta apropriação, o que fez com que o próprio filósofo, frente às concepções errôneas que lhe eram atribuídas, mudasse o termo “pragmatismo” para “pragmaticismo” (na esperança de que um termo tão “feio” não fosse usado de maneira banal). Parte dessa complexidade recai sobre o fato de que, para que possa sustentar sua máxima (um objeto pode ser completamente concebido pela reunião de todas as possibilidades de efeitos práticos que ele pode produzir), Peirce postula outro tipo de argumentação: a abdução (somando-a à indução e à dedução). Ao postular isso, indica-se que, para que possa haver um argumento indutivo ou dedutivo, é necessário que haja uma hipótese anterior, à qual responderão a indução ou a dedução. No comentário de Isidoro Vegh, “Charles Sanders Peirce diz que essa bipartição é insuficiente, que deve haver um terceiro método que as ciências utilizem, incluindo as mais duras, que é a abdução. Na abdução também se parte de um argumento não necessário, é um argumento hipotético, que permite prever a aparição de uma série de fatos a verificar. Para Charles Sanders Peirce, no início há uma hipótese, há critérios, há teoria” (VEGH, 2012, [s.p.], tradução nossa).⁵

Ora, explicita-se a incompatibilidade da teoria do DSM com o pragmatismo: mesmo visando-se efeitos empíricos, não é possível pensar em uma ciência sem hipótese, sem teoria. Balat, ao considerar o texto de Pichot, reconhece nele uma posição claramente indutiva. Porém, coloca a questão: “Então, ou os autores têm uma hipótese, isso é uma teoria, ou eles não têm o direito de produzir uma indução” (BALAT, 2000, p. 89, tradução nossa).

De fato, essa lacuna permanece, porém o manual não perde sua operatividade. Na base, há a “medicina baseada em evidências”, um método estatístico de reconhecimento e classificação que não explicita as razões que fazem determinados comportamentos serem considerados patológicos e outros não. O resultado disso

⁴ Consideram-se as mesmas bases epistemológicas para a terceira e a quarta versão do DSM, uma vez que isso é assumido na introdução da ulterior.

⁵ Agradecemos a Isidoro Vegh, que gentilmente disponibilizou o texto de sua apresentação, ainda não publicado.

é, como já esboçado, uma clínica que se legitima sem recorrer às razões que fazem determinados comportamentos serem considerados patológicos – indicando “sofrimento significativo para si ou para os outros” – motivo suficiente para a consideração de algo como fora dos padrões de normalidade. Pois, havendo uma declaração normativa operando explicitamente na conceitografia do DSM, os objetivos do tratamento e o horizonte da cura não se orientam segundo o movimento de um devir.

As vicissitudes, contingências, idas e vindas do tratamento não se constituem como elementos de uma narrativa; antes, são apresentados como fatos e dados de realidade compilados estatisticamente e, portanto, comparáveis a qualquer caso que esteja classificado sob a mesma categoria diagnóstica. Assim temos como produto o caso enquanto emulação de um tipo de discurso científico, cuja particularidade está restrita à sequencialização de acontecimentos no decurso do tratamento.

Talvez o terceiro caso aqui apresentado seja o que mais explicitamente apresente a narratividade como produto das relações entre a paciente e a analista, relações que nada mais são do que “jogos narrativos” que se alternam no tempo do tratamento. Vemos como a analista recebe a queixa da paciente, mas ao mesmo tempo questiona a validade (e mesmo a existência) do ideal ao qual a paciente quer se adequar. A fala da paciente é protagonista no tratamento, mas não sem passar antes por uma troca com as intervenções da analista, que a reposicionam. Dessa forma, o caráter dialético do tratamento é o que determina não somente a sua forma, mas também o seu funcionamento e sua efetividade. Não estamos tratando aqui de uma adequação de um elemento a ideais que lhe são externos, mas de uma construção e de um tratamento que lidem com o conflito. É preciso atentarmos para o fato de que não se trata de incluir o conflito no tratamento para esvaziá-lo, resolvê-lo, mas que sua inserção tenha como efeito uma direção que leve em conta que o tratamento se dá em oscilações e mudanças de posições, que, por sua vez, acontecem quando se privilegia a fala da paciente.

Podemos perceber como o relato do caso, suas viradas narrativas e pontos de transformação se dão com base na relação entre o paciente e seu analista. A escrita, nesse sentido, presta-se a uma legitimação de uma experiência clínica singular – singular, porque ela é o que determina o tratamento, e não determinado corpus teórico já presente desde o início. Assim, o relato do caso não cumpre aqui a função de corroboração ou contestação de uma teoria, mas antes comporta uma possibilidade de elaboração ou contestação de um saber que advém da experiência. Ou seja, a escrita aparece como tentativa de construção ou reconstrução de um saber que, para que o tratamento se desse, foi posto de lado. Daí então esse caso se apresentar como uma produção que oscila entre a perspectiva subjetivista do primeiro caso e a objetivista do segundo caso. Não se trata aqui de uma posição

média, mas de uma oscilação entre as duas posições, o que explicita que essas duas perspectivas se alternam em uma relação particular (analista/analizando) que não só não prescinde do campo social, como também se constitui a partir e para ele.

Podemos destacar, com Leda Verdiani Tfouni, que “a autoria de um texto se instala quando o sujeito do discurso ocupa uma posição que lhe permite lidar com a dispersão e aceitar a deriva que sempre se instala” (TFOUNI, 2004, p. 53). Essa deriva da escrita ressoa com a deriva com a qual a paciente do caso tem de se haver. No caso ela acaba por colidir com uma viatura policial, enquanto no texto de Kohut essa deriva encontra pontos (formais, materiais etc.) de restrição que o fazem reencontrar elementos, gerando uma construção.

O fato de o relato do caso comportar diversas falas da paciente enfatiza o alto valor atribuído à fala endereçada à analista para a condução do tratamento em questão. As falas da paciente não são aqui somente reações patológicas ou salutaras aos ideais sociais, mas comportam um saber inconsciente que se constitui como saber quando são ouvidas, assim como o caso se constitui como saber quando é lido, transmitido.

Assim, a normatividade presente nesse caso é instaurada posteriormente à escuta da paciente e comporta certo basculamento entre as posições de adequação e não adequação a ideais que acabam por possibilitar um distanciamento dos eixos narrativos propostos por esses ideais e a constituição (que não é simples, tampouco indolor) de uma narrativa mais própria aos conflitos presentes nas falas da paciente. Nesse sentido, é possível reconhecer nesse caso a filiação a uma escola psicanalítica específica, que tem como marca o questionamento de certos ideais normativos que balizariam uma análise. De fato, essa crítica a uma condução analítica que teria como resultado a reprodução de certos valores sociais está presente no percurso do analista Jacques Lacan e pode ser explicitada em diversos momentos de sua obra. Por exemplo, em *O seminário, livro 4*, Lacan fala sobre as relações de objeto, contrapondo-se a um tratamento frequente na psicanálise de escola inglesa que consideraria a existência de uma escolha objetiva “certa”, ou mais adequada. Ao se opor a isso, Lacan se depara com a impossibilidade de separação entre o clínico e o social, de modo que seu pensamento terá de dar conta dessa relação de não separação existente entre essas duas esferas.

[Mas, dada essa imbricação de mão dupla do social na clínica, como escapar de um tratamento orientado por ideais normativos? É o que apontam alguns autores como Michel Foucault, Gilles Deleuze e Giorgio Agamben, ao estabelecerem críticas que partem da noção de clínica psicanalítica como um dispositivo de controle. Não nos cabe reproduzir aqui esse extenso debate, mas podemos apontar, juntamente com Marcelo Amorim Checchia, que há diferença entre controlarmos o paciente e controlarmos o seu tratamento, já que “a associação livre, a transferência, o diagnóstico, o silêncio, a interpretação, o tempo da sessão

e o pagamento são os elementos heterogêneos da sessão analítica, que se organizam nas estratégias e táticas subordinadas à política da direção do tratamento” (CHECCHIA, 2010, p. 79).

Assim, como notamos no terceiro caso aqui apresentado, ao se partir da experiência clínica da fala, pode-se produzir uma construção que não seja passada por ideais prontos, mas que estabeleça, em sua própria grafia, as coordenadas de um normal e um patológico para aquele sujeito. O que nos recoloca a questão: que saber é produzido na apresentação de um caso clínico? Ao longo deste capítulo tentamos mostrar como esse saber não pode ser categorizado sob a égide de um único sistema epistêmico. Antes, o caso clínico, ao mesmo tempo que se apresenta como uma espécie de núcleo duro de uma teoria, também permite construções epistemológicas que trazem o novo e o incongruente para a mesa. Além disso, o caso permite a cristalização de um momento em que a teoria é colocada em prática e pode ser reconstruída. Como uma fotografia, ele permite que se estabeleçam relações entre a práxis e o campo social; a partir do estudo de um caso e suas referências, é possível reentrelaçar o que muitas vezes é desmembrado, a saber, o clínico e o social.

Um caso apresenta, como já foi algumas vezes repetido neste texto, um modo de sofrer e de tratar o sofrimento. Sua escrita permite que se reconheçam os atravessamentos teóricos e políticos presentes nessas modalidades, indicando o caráter contingencial e ao mesmo tempo normativo de toda experiência. Desse modo, o sintagma “patologia do social” ganha potência, uma vez que é claro que tratar de um dos termos significa tratar o outro. Um caso clínico é, dessa forma, sempre um caso social.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR-TM*. São Paulo: Artmed, 2002.
- ASSOUN, Paul-Laurent. *Freud: a filosofia e os filósofos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.
- ASSOUN, Paul-Laurent. *Introdução à epistemologia freudiana*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.
- BALAT, Michel. Sur le pragmatisme de Pierre a l'usage des psychistes. *Les Cahiers Henri Ey*, n. 1, p. 83-95, Spring 2000. Disponível em: <<https://goo.gl/mV8Y6P>>. Acesso em: 5 abr. 2013.
- CHECCHIA, Marcelo Amorim. A clínica psicanalítica é um dispositivo? *A Peste*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 89-100, jan.-jun. 2010.
- CORCOS, Maurice. *L'homme selon le DSM: le nouvel ordre psychiatrique*. Paris: Albin Michel, 2011.

COSTA PEREIRA, Mario E. A paixão nos tempos do DSM: sobre o recorte operacional do campo da psicopatologia. In: Pacheco Filho, Raul Albino (Org.). *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

DUNKER, Christian; KYRILLOS NETO, Fuad. A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011.

FIRST, Michel B. et al. (Org.). *DSM IV-TR: casos clínicos. V.2: especialistas contam como tratam seus pacientes*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONTENELE, Laéria B. O feminino na literatura. In: *II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental: Psicopatologia e Cultura*. São Paulo: Editora e gráfica Vida e Consciência, 2006. v. 1.

FRANCES, Allen; PINCUS, Harold Alan; FIRST, Michel B. (Org.). *Manual de diagnóstico diferencial do DSM-IV-TR*. São Paulo: Artmed, 2004. (Casos Clínicos, v. 2).

FRANCES, Allen; ROSS, Ruth. *DSM-IV-TR case studies: A clinical guide to differential diagnosis*. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2001.

FREUD, Sigmund. Introdução ao narcisismo. In: *Obras completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 12.

KOHUT, Heinz. The Two Analysis of Mr. Z. *The International Journal of Psychoanalysis*, v. 60, 1979.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 4: A relação de objeto (1956-1957)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LASCH, Christopher. *Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*. New York: Norton, 1979.

LASCH, Christopher. *The Minimal Self: Psychic Survival in Troubled Times*. New York: Norton, 1984.

LECLAIRE, Serge. *Escritos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

PICHOT, Pierre; GUELFY, Julien. DSM-III devant la psychopathologie française. In: PICHOT, Pierre (Éd.). *DSM-III et psychiatrie française*. Paris: Masson, 1985.

SIEGEL, Allen. *Heinz Kohut e a psicologia do self*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

TFOUNI, Leda Verdiani. Interpretação e autoria: trabalho do analista. *Correio da Apsopa*, Porto Alegre, n. 131, p. 53-59, dez. 2004.

VEGH, Isidoro. DSM IV. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE CONVERGÊNCIA, 5., Porto Alegre, 2012. Inédito.