



O SINTOMA E A ESTRUTURA: A PERTINÊNCIA DO DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL NA PSICOTERAPIA BREVE

Samuel Raymundo de Sousa¹

Tacielle Costa Domingues²

Palavras chaves: Psicanálise clínica, Escuta psicanalítica, Transferência, Psicoterapia breve, Psicodiagnóstico.

Introdução

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em estágio supervisionado na Frente de Acolhimento Psicossocial do Núcleo Técnico de Atenção Psicossocial (NTAPS). Tal frente tem como objetivo oferecer apoio e atendimentos em psicoterapia breve e focal, assim como fortalecer a saúde mental de discentes da Unesp.

Augusto (nome fictício), atendido pelo Núcleo Técnico de Atenção Psicossocial (NTAPS) se queixa de um *surto psicótico* durante as últimas férias. Durante as sessões, conta que seu pai teve um *surto psicótico*, o que para ele representou como a perda da referência (o norte, o rumo). Ao passo que em seu discurso procura retificar sua experiência por meio de um Outro que funcione como uma nova referência. A procura do tratamento, acrescenta, foi no

¹ Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências, Unesp Bauru.

² Doutorado Pós graduação psicologia desenvolvimento e aprendizagem, Faculdade de Ciências, Unesp Bauru, Fapesp.

sentido de reconhecer que ele tem algo que o pai também tem, mas que, diferente do pai, reconhece e irá tratar.

Foram realizadas 5 sessões on-line, através da plataforma Google Meet, norteado por uma escuta de orientação psicanalítica, sessões de tempo variável e interpretações desde a hipótese de um diagnóstico estrutural. O foco terapêutico foi a identificação com o pai com vistas a desidentificar por vias da transferência a fim de fazer emergir algo do sujeito. Para trabalhar esse foco, foram trabalhados temas como a relação do paciente com a universidade, com amigos e, particularmente, com o esporte.

Objetivo

Demonstrar a pertinência do diagnóstico estrutural para a escuta psicanalítica e manejo da transferência em psicoterapia breve.

Desenvolvimento

Augusto decidiu seguir a mesma profissão do pai e seu sustento vem de um trabalho em conjunto. Cortou o contato com o pai *de uma vez*, o que aponta como ter sido bom, ficando só a preocupação com o pai. Ambos com doenças crônicas. O pai ainda não se recuperou desde o surto e tem se mostrado *uma outra pessoa, irreconhecível*. Enquanto o pai procurou se auto-diagnosticar com base em vídeos na internet, o paciente tem expectativa de levar o tratamento a sério, ainda mais por ser a primeira pessoa em sua família a fazer terapia.

Ao mesmo tempo em que enluta esse pai ideal, as vias de lidar com o pai humano, busca no terapeuta uma nova figura, referência, repetindo essa relação. Nota-se um desejo em se diferenciar do pai (especialmente por essa identificação o estar causando sofrimento), ao mesmo tempo em que há uma identificação com esse objeto perdido (uma certa forma de extrair satisfação, ambiguidade da dimensão do *gozo*), ao ponto de não ter só a mesma profissão, como também os mesmos sintomas: o surto psicótico do pai. Frente a esse cenário, tem uma *válvula de escape*: o esporte. Atividade que aprendeu *sozinho*, mais velho, é o que costuma fazer para descarregar.

Numa primeira aproximação, o que mais pode chamar atenção é a queixa em torno de um *surto psicótico*. Poder-se-ia ter classificado Augusto a partir de um diagnóstico embasado no DSM-V, dentro do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, muito provavelmente como Transtorno Psicótico Breve (F23). Cabe, justamente por isso, a diferenciação e pertinência do diagnóstico estrutural frente ao diagnóstico nosológico e com isso a direção do tratamento.

Cabe, nesse sentido, diferenciar a função do diagnóstico, na clínica médica e na escuta psicanalítica. Enquanto o diagnóstico nosológico têm funções etiológica (determinar a natureza da afecção) e diferencial (localizar um estado patológico no quadro da nosografia), utilizando-se de técnicas para circunscrevê-lo (investigações anamnésicas e investigações armadas, com testes e outros instrumentos), o diagnóstico estrutural tem como técnica a escuta (se enquadrando na dimensão do dizer e do dito) e como função balizar o tratamento (Dor, 1991, pp. 13-14).

O sintoma não é mais compreendido como sinal a ser extraído ou curado, mas uma expressão de uma certa lógica, estrutura, a ser acompanhada. O sintoma passa a ser escutado como uma substituição significante, como uma metáfora. Nesse sentido, é situado num espaço intersubjetivo, fundamentado em *traços estruturais*, “um perfil predeterminado da economia do seu desejo, que é governado por uma trajetória estereotipada” (Dor, 1991), cuja constância, estereotipia, estabilidade, possibilita supor uma estrutura psíquica.

A estrutura e seus traços não dizem respeito a sintomas ou práticas sexuais, mas *à posição do sujeito na linguagem* determinada pela especificidade da resolução do complexo de Édipo. Essa operação (e drama) tem, via de regra, três resoluções, cada uma implicando uma posição do sujeito na linguagem, uma estrutura: se inscrito o Nome-do-Pai, e recalcado (neurose); se inscrito o Nome-do-Pai, embora recusado (perversão); se não inscrito, foracluído (psicose). Claro que cada resolução tem seus sintomas típicos (neurose e suas conversões, fobias e obsessões; perversão e seus fetiches; psicose e suas alucinações), mas é no mínimo selvagem (Freud, 2021) tomar um traço por estrutura: como demonstra o presente caso.

A especificidade da função do diagnóstico na clínica psicanalítica está tanto em suas implicações estruturais como em sua especificidade temporal: enquanto o diagnóstico médico parte do efeito (futuro) para encontrar sua causa (passado) e enfim curá-lo (lógica formal, linear), o diagnóstico psicanalítico parte do discurso (que não pode ser confundido com a queixa) apreendido somente escutando-o. É no processo de escuta que o sintoma é significado

e resignificado, e o passado, ao invés do *já foi* (lógica formal), é configurado à modalidade do *já ter sido* (lógica dialética). O diagnóstico psicanalítico não tem função classificatória ou cartográfica, mas instrumental, oferecendo suporte técnico ao manejo da transferência, à possibilidade da escuta, embasada no paradigma para cuidado do particular (Ianinni, 2022). E o perigo, contudo, não só espreita como tenta essa orelhinha: quando o analista se defende do particular por detrás da teoria, antes gozando do ser analista do que analisar.

Nesse sentido, o “psicótico” de Augusto não diz nada enquanto tal. Sua dúvida sobre si, sobre seu sintoma e sobre o outro aponta uma neurose. Ao estagiário, o diagnóstico serviu como guia para direcionar o tratamento e entender os significados que os sintomas têm para o próprio paciente. Seu surto não é o retorno no real da forclusão do nome-do-pai (o que demarca a psicose). Pelo contrário, como metáfora, é a realização de um desejo recalcado, ser o pai. Mas que, ao trazer um sofrimento, traz paradoxalmente um outro desejo, o de ser sujeito, para além do pai.

A direção do tratamento embasada no diagnóstico estrutural permitiu, por um lado, tensionar a identificação de Augusto com o pai (expressa no sintoma), o que foi mediado por meio da escuta, e de um certo interesse calculado, da sua relação com o esporte: uma atividade que aprendeu sozinho e crescido, dando espaço para o sujeito destacar outras referências (como veteranos do time e professores) e outras formas de se relacionar (afetivamente com garotas da faculdade). E, por outro lado, permitiu a expressão de algo para além da ordem do gozo, algo da ordem do desejo: Augusto passa a falar sobre sua relação com o flerte, com a *maldade* e com uma experiência infantil, sobre si.

Conclusões

A psicanálise, se esquecer sua função e especificidade, pode muito bem ofertar diagnósticos como se oferta espelhos. O paciente, dessa perspectiva, goza de sua imagem, finalmente circunscrito, legítimo seu sofrimento. Claro que numa certa medida questionado, mas antes demandado e gozado. Era justamente isso o que buscava Augusto, desde a primeira sessão até a última pergunta na última sessão. O risco do analista está em alimentar o sintoma do paciente, participando de uma *folie à deux* ao entregar interpretação pronta, imagem alienante, usufruindo da transferência ao invés de manejá-la, gozando do ser analista, recalcado (senão recusado) o analisar (e seu fetiche: seja o DSM, seja a Interpretação dos Sonhos). Com

Dor (1991, p. 114), “muitas vezes, uma neurose chama outra, no sentido de uma complementaridade dos sintomas”. Com Machado (1994), Bacamarte é um fantasma que, involuntariamente volta, incessantemente se expressa. Com Freud: se o demônio nos faz uma pergunta, por que não, ao invés de se fazer uma reza, simplesmente *escutá-lo?*

Augusto conclui o acolhimento reconhecendo ter amadurecido no processo, satisfeito com a maneira como foi direcionado. Apresentada a possibilidade de se inscrever novamente, pontuou que não teria interesse, em seu discurso satisfeito, mas interpretado como deslocamento do sintoma, o que leva à ser atendido. Retoma, então, o esporte, destacando como tudo em sua vida é conectado, assim como tem conseguido construir *novas referências*. Se sente mais confiante, com uma base mais sólida, ainda que isso ainda implique na validação do Outro. Destaca que esse ciclo se encerrou, se vendo no caminho certo, mantendo a linha e fazendo o melhor que pode. Conclui, como em uma peça de teatro, aos trancos e barrancos, *vai indo*.

Referências

ASSIS, Machado de. O Alienista. *In*: ASSIS, Machado de. **Obra Completa**. Rio de Janeiro : Nova Aguilar 1994. v. II.

FREUD, Sigmund. **Sobre a psicanálise “selvagem”**. *In*: Fundamentos da Clínica Psicanalítica. 2. ed. Belo Horizonte, Autêntica, 2021a.

DOR, Joël. **Estruturas e clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro, Livrarias Taurus-Timbre Editores, 1991.

IANINNI, Gilson. Cinco Casos Paradigmáticos da Clínica Psicanalítica. *In*: **Histórias Clínicas**: cinco casos paradigmáticos da clínica psicanalítica. Belo Horizonte: Audiência, p. 7-13, 2022.