Cecília Carvalho Meirelles

O Valor Diagnóstico do *Acting out* e da Passagem ao ato no Tratamento Psicanalítico

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Clínica
Orientador: Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker

São Paulo
2008

Esta tese <u>não</u> poderá ser reproduzida, total ou parcialmente, tornada pública e/ou exposta por qualquer meio convencional ou eletrônico, até orientação em contrário da autora.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Cecília Carvalho Meirelles

O Valor Diagnóstico do *Acting out* e da Passagem ao Ato

no Tratamento Psicanalítico

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor
Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____

Instituição _____Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição _____Assinatura:_____

Prof. Dr._____

Instituição _____Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo que me abriu as portas desde a realização do mestrado;

Á Superintendência do Hospital Universitário da USP, onde sou funcionária, pela concessão de horas de trabalho para a realização dos créditos requeridos para o doutorado;

Ao prof. Dr. Christian IngoLenz Dunker pela atenção e dedicação;

À Beco que sempre esteve presente;

À grande amiga M. Paola Seixas Campos pela troca e pelo incentivo,

E ao prof. Dr. Luiz Carlos Nogueira (in memorian) que iniciou este trabalho comigo e que, apesar de não poder vê-lo concluído, esteve sempre presente.

Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador.

Clarice Lispector

RESUMO

MEIRELLES, CECILIA C. – ***O valor diagnóstico do acting out e da passagem ao ato no tratamento psicanalítico***. 2008, 114 p. Tese (Doutorado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

O presente estudo investiga o valor diagnóstico entre neurose e psicose dos atos realizados por um paciente em análise, em particular se se tratavam de *acting out* e de passagem ao ato. Após algum tempo do início do tratamento psicanalítico o paciente apresentou atos que sugeriam a importância deles para sua estruturação psíquica. Inicialmente apresentou-se a dúvida quanto a se tratarem de um ou de outro. Pensamos que ao se esclarecer esta dúvida o diagnóstico seria possível. Além disso, para desenvolver esta pesquisa, foi preciso estudar mais a fundo o diagnóstico próprio da psicanálise, diferente do diagnóstico médico. A pesquisa teórica constitui-se principalmente no estudo dos textos de Freud e de Lacan acerca dos temas: diagnóstico, transferência, ato, neurose e psicose. Foi apresentado um relato do atendimento psicanalítico com o paciente a partir de anotações realizadas pela analista ao longo do tempo. Salientamos que o relato não retratou exatamente o que foi o tratamento por isso se tratar inviável na psicanálise. O acontecimento clínico é único e irreproduzível. A investigação transcorreu até o ponto de afirmarmos que os atos do paciente tratavam-se de *acting outs*. Mesmo com isso posto, não nos foi possível determinar o seu diagnóstico. Constatamos que tanto o *acting out* quanto a passagem ao ato podem ser realizados por pacientes neuróticos e por pacientes psicóticos. Foi somente através da relação existente entre a análise da transferência e a análise dos *acting outs* que foi possível afirmar que se tratava de um paciente psicótico pré-surto. Os *acting outs* foram determinantes para percebemos que eles tinham uma função defensiva importante e declaramos a presença da foraclusão. Concluímos que, isoladamente, esses atos não são determinantes na realização do diagnóstico, mas, se associados à análise da transferência, podem ser de grande valia.

Palavras –chave: Diagnóstico. Passagem ao ato. *Acting out*. Transferência

ÍNDICE

INTRODUÇÃO p.8

CAP. I METODOLOGIA: A DIAGNÓSTICA PSICANALÍTICA e ATO p.12

CAP.II. APRESENTAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO CASO CLÍNICO p.20

1ª. Fase do Tratamento p.20

2a. Fase do Tratamento p.26

3ª. Fase do tratamento p.30

4ª. Fase do Tratamento p.33

CAP. III. APRESENTAÇÃO TEÓRICA DA NOÇÃO DE ATO p.44

1. Teoria Freudiana do Ato p.44

2. Lacan e Distinção entre *Acting-out* Passagem ao Ato p.51

CAP. IV. ESPAÇO INSTITUCIONAL E FILIAÇÃO p.68

CAP.V. NEUROSE E PSICOSE p.74

CAP. VI. TRANSFERÊNCIA:
A PASSAGEM AO ATO E O *ACTING OUT* p.80

CAP. VII. *ACTING-OUT* E ANGÚSTIA p.93

CAP. VIII. CONCLUSÃO p.106

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS p.115

INTRODUÇÃO

A pesquisa proposta foi formulada a partir da experiência psicanalítica com um paciente em especial. Durante os anos em que trabalhamos, alguns questionamentos foram levantados no que se refere ao diagnóstico estrutural do rapaz em questão: Béco. Ao longo de sete anos, novos elementos relativos aos atos do paciente foram surgindo e pareceu-nos importante debruçarmo-nos sobre um estudo mais detalhado a respeito do diagnóstico e do ato em análise.

Tratar de diagnóstico em psicanálise requer um certo rigor conceitual própria de nosso campo de conhecimento. Em sua obra, Freud (1) já apontava uma certa ambigüidade que circunda a noção de diagnóstico em psicanálise. É preciso estabelecer logo o diagnóstico para dirigir a condução da cura, mas a pertinência deste diagnóstico só terá confirmação após certo tempo de tratamento. Este paradoxo constitui a especificidade do diagnóstico em psicanálise. Para esclarecer melhor esta questão podemos realizar uma análise comparativa com o diagnóstico médico. Nele têm-se como objetivo, a observação e a classificação. É preciso determinar a natureza da afecção a partir de uma semiologia e é preciso localizar o estado patológico no quadro de uma nosografia. Segundo Joel Dor (2): "... o diagnóstico médico se propõe não só a estabelecer o prognóstico vital ou funcional da doença, mas ainda a escolher o tratamento mais apropriado. Para isso, o médico dispõe de um sistema de investigação multivariado. Ele põe em curso, primeiramente, uma *investigação anamnéstica* destinada a recolher os fatos comemorativos da doença pelo viés de uma entrevista. Apóia-se em seguida, em uma *investigação armada*, destinada a reunir informações, procedendo ao exame direto do doente, com a ajuda dos mediadores técnicos, instrumentais, biológicos, etc".(2:14).

No campo da clínica psicanalítica, esta forma diagnóstica não se coloca. A própria estrutura do sujeito determina esta impossibilidade, na medida que a própria "anamnese" constitui parte do tratamento e que o diagnóstico se dá na e sob transferência. A única técnica de investigação que o analista dispõe é a sua escuta. O material clínico fornecido pelo paciente é essencialmente verbal e, portanto, será na dimensão do dizer e do dito que se delimitará o campo de investigação. O ato diagnóstico é posto em suspenso no início do tratamento por ser quase impossível determinar uma avaliação diagnóstica sem o apoio de um certo tempo de análise. É importante assinalar a especificidade do diagnóstico psicanalítico sem que se perca de vista a necessidade de que ele seja definido logo que possível. Ele irá instrumentalizar o analista na condução do tratamento. A apreensão diagnóstica da transferência, ou seja, saber perceber a especificidade daquele vínculo, a forma que o paciente se coloca na relação com o analista, possibilitará a intervenção mais adequada.

Desde o início do tratamento com o paciente em questão, o diagnóstico investigado através de diferentes supervisões clínicas, pareceu-me difuso e pouco conclusivo o que, sem nenhuma dúvida, interferiu no manejo e no andamento do trabalho. A oscilação entre neurose histérica, neurose obsessiva e psicose ocupou-me por algum tempo. A princípio minha posição analítica era de fazer o paciente falar, com uma certa dúvida se eu estava diante de paciente histérico, minha primeira hipótese. Ao mesmo tempo, fui me dando conta que eu 'entrava' numa espécie de sintonia psíquica determinada por ele que me levava a responder suas perguntas, até o ponto em que me sentia 'orientando'o paciente. Sua demanda não me parecia ser uma demanda de análise, mas sim de 'aulas'. Ele parecia querer aprender algo de si e eu era a pessoa que poderia ensiná-lo. Levava em conta demasiadamente tudo que eu dizia e demonstrava muita vontade de me agradar.

As dúvidas diagnósticas circundaram, outras vezes, a neurose obsessiva. Não sem motivo: o paciente, num segundo momento apresentou uma disposição psíquica bem diferente. Passou a apresentar muitas desconfianças em relação a mim e interesse especial no meu comportamento para com ele deixando revelar seu desejo de que eu o tratasse de uma maneira especial. Além disso, passou a relatar comportamentos característicos de compulsão obsessiva: gestos repetitivos e perseverança exagerada em

comportamentos higiênicos. Num terceiro momento levei em consideração um diagnóstico de psicose. As desconfianças se acentuaram significativamente e passaram a se dar exclusivamente em relação a mim, o que me fez pensar na hipótese de paranóia. Sua forma de falar se alterou e seu discurso passou a apresentar características rígidas e condensadas.

O mais importante na determinação da escrita desta tese se deu quando ele passou a ter comportamentos variados que iam desde ficar calado durante toda a sessão, até negar-se a sair da sala ao final da sessão e/ou chegar às sessões com quarenta minutos de atraso. Com isso, questionei-me acerca dos temas de *acting out* e passagem ao ato. A atenção passou a centrar-se nas mudanças que foram ocorrendo em sua fala e em seu comportamento a partir de um determinado momento do tratamento. Há uma diagnóstica dos sintomas, da inibição e da angústia que ainda nos faz perguntar qual o valor clínico de certos fenômenos como os atos, que rompem a associação livre e potencialmente a abstinência.

Este caso pareceu-me ser, o que na experiência psicanalítica costuma-se dizer, um 'caso difícil'. Penso que este termo refere-se a pessoas que, de alguma forma, ameaçam ou transgridem o *setting* convencional. Além disso, colocam o analista sempre às voltas com um 'não sei': não sei qual é seu problema de fato; não sei o que ele espera de mim; não sei o que falar, se devo silenciar. O paciente 'difícil', não necessariamente é uma pessoa desagradável ou inamistosa. É enigmático. E, talvez por isso, suscite no analista uma intervenção diretiva e às vezes mantenedora do sintoma.

Seguindo um percurso muito particular, o paciente foi apresentando diferentes posicionamentos transferenciais que me confundiram. Levei em consideração a importância de minhas dúvidas, e questionei-me acerca das vicissitudes do ato na condução do tratamento.

É possível designar neste caso o paciente como 'bordeline', nomenclatura utilizada, muitas vezes, para apontar aqueles pacientes que se encontram, em relação à estrutura psíquica, no limite entre uma neurose e uma psicose. Mas talvez não devamos nos deter nesta insígnia, mas avançar no sentido de ampliar uma compreensão possível das diferentes posições transferenciais apresentadas por alguns pacientes, que confundem os psicanalistas desde Freud. Alguns aspectos nos parecem mais

significativos na clínica psicanalítica e elas se evidenciam de forma implacável aos nossos olhos e à nossa escuta. Em nosso presente caso o aprofundamento da noção de ato será fundamental. O paciente nos apresentou uma linguagem, muitas vezes atuada e tão persistente que nos fez debruçar sobre o estudo mais minucioso dos conceitos de passagem ao ato e *acting-out.*

Portanto, o presente estudo será realizado apoiado, principalmente nos conceitos lacanianos de passagem ao ato e *acting-out* - e no acompanhamento do percurso e dos discursos do paciente em uma inversão cronológica da seqüência dos acontecimentos analíticos.

Os benefícios previstos abrangem tanto as possíveis mudanças psíquicas do paciente, quanto ao que se refere à ampliação da formação do analista em relação à investigação do ato em análise.