

Instituto Vox de Pesquisa e Formação em Psicanálise



DA APRESENTAÇÃO DE PACIENTES À MONTAGEM DO NÓ PELO LAÇO¹

Mauro Mendes Dias – mauro.m.d@uol.com.br

Resumo: Para apresentar o tema acima, o artigo aborda o trabalho a ser feito na apresentação de pacientes, que passa por um engajamento pessoal, para se poder insistir em que a realidade, pela Psicanálise, seja operatória, além de psíquica. Relembra o compromisso com os princípios que participam da autorização do psicanalista. Situa as condições que permitem a introdução do psicanalista, no laço que este propõe com o sujeito. Introduz o tríplice problema advindo da redução da psicose à condição de tratamento dos sintomas. Passa pela condição discursiva na apresentação de pacientes. Desenvolve o tema voz e política, seguido pelo da Nominação e quarto elo, para concluir com o da escrita e erro, onde aponta que o estatuto da escrita condiciona, para aquele que se aproxima dela, a inclusão do erro na montagem borromeana como constitutivo.

Palavras-chave: apresentação de pacientes; erro; laço; psicose; voz.

São Paulo
2023

¹ Texto escrito em Campinas, em 23 de julho de 2012.

FROM PATIENT PRESENTATION TO THE KNOT MONTAGE THROUGH THE BOND

Abstract: To present the above theme, the article addresses the work to be done in patients' presentations — which involves personal engagement— so that it can be insisted that reality, through Psychoanalysis, be operative, in addition to being psychic. It recalls the commitment to the principles that participate in the authorization of the psychoanalyst. It locates the conditions that allow the introduction of the psychoanalyst, in the bond proposed with the subject. It introduces the triple problem arising from the reduction of psychosis to the condition of treating symptoms. It goes through the discursive condition in the presentation of patients. It develops the theme of voice and policy, followed by that of Nomination and the fourth link, to conclude with that of writing and error, where it points out that the inclusion of error in the Borromean montage as constitutive is the statute of writing for those who approach it.

Keywords: error; link; patients 'presentation; psychosis; voice.

DA APRESENTAÇÃO DE PACIENTES À MONTAGEM DO NÓ PELO LAÇO

Retomando a experiência de apresentação de pacientes busca também situar, mais uma vez, as condições que permitam a introdução, de fato, do psicanalista, no laço com o sujeito. Não nos esqueçamos: laço proposto por ele, psicanalista. insiste na apresentação de princípios que participam da autorização do psicanalista na apresentação de pacientes, insiste na apresentação de princípios que participam da autorização do psicanalista na apresentação de pacientes, aqui do princípio de que a experiência de apresentação de pacientes é uma insistência na constituição de laço com o sujeito a ser entrevistado. a redução da psicose à condição de tratamento dos sintomas introduz, a título da experiência psicanalítica, um tríplice problema.

A experiência da apresentação de pacientes deixa evidenciado que há um trabalho, necessário e indispensável, a ser realizado, do lado daqueles que se dispõem a participar dela. O que se pretende com esse dispositivo tem a ver com poder situar tal experiência como sinônima de um engajamento pessoal. Somente assim se poderá insistir na direção à que se visa, qual seja, a de que a realidade, pela Psicanálise, seja operatória, além de psíquica. Discute as implicações de situar a questão da psicose pela forclusão

Autorização e apresentação

Iniciar retomando a experiência de apresentação de pacientes busca também situar, mais uma vez, as condições que permitam a introdução, de fato, do psicanalista, no laço com o sujeito. Não nos esqueçamos: laço proposto por ele, psicanalista. Isso significa que há um compromisso de fundamentar os princípios que essa experiência inaugura — princípios esses que participam de sua autorização. O que não dispensa lembrar que, se aqui se insiste na apresentação de princípios que participam da autorização do psicanalista na apresentação de pacientes, é mesmo porque não se considera que tal prática se justifique por si mesma. Tampouco que os princípios que a fundamentam não necessitem ser apresentados e sustentados a partir de uma experiência, experiência essa, em nosso caso, que se orienta pela leitura das marcas deixadas na obra de Lacan, assim como na de alguns outros.

Uma vez que “o psicanalista só se autoriza dele mesmo, e alguns outros”(LACAN, (1973-74/2018, p.186), a reinvenção da experiência psicanalítica se atualiza nas modalidades de encontro com o real que permitem o advento do novo, causado pelo desejo. Entendendo que aquilo que define esse novo é uma repetição do fator traumático, causando, a cada vez, a

necessidade de produzir uma resposta para o que vem do real, pelo significante, enquanto condição do sujeito na linguagem. É, portanto, pelo discurso, ou seja, pela posição segundo a qual o sujeito constrói o sentido do que vem para ele, pelo real, enquanto impossível de ser simbolizado, que se pode acompanhar a particularidade da resposta do sujeito, pela foraclusão.

Foraclusão

Consideremos que situar a questão da psicose pela foraclusão implica poder reconhecer que tal mecanismo, isolado por Lacan como decisivo pela produção de uma resposta do sujeito, não é a base para o entendimento de alguns fenômenos que são produzidos. Por que isso? Porque nem todo delírio é um fenômeno da psicose, assim como as alucinações não se confundem com ouvir vozes. Não foi por acaso que, para Lacan, o sujeito que alucina se distingue pelo fato de que, em seu discurso, o que comparece é o testemunho de que elas, as vozes, lhe dizem que... Sendo assim, o conceito de foraclusão não se aplica a determinados casos que se confundem como sendo psicose, porque neles o que existe são manifestações a serem articuladas desde as neuroses. Tais sujeitos se distinguem do psicótico porque, em seu caso, as vozes são descritas como um fenômeno que introduz o estranho familiar, ou seja, as vozes se articulam de maneira desordenada, sem deixarem de conservar a condição de reconhecer nelas os impasses, e não a impossibilidade de simbolização do sujeito. Em tais casos, as vozes não dizem ao sujeito; ele as escuta, mas elas não se dirigem a ele. Elas o introduzem no estranho, pelo familiar, portanto, desde um curto-circuito que não pode ser solucionado após afetar a imagem. Nesse sentido, há uma diferença entre ouvir vozes e alucinação.

Parte-se aqui do princípio de que a foraclusão, isolada como mecanismo que confere ao sujeito uma posição no discurso, introduz a necessidade de situar o que se entende como psicose, através dela, foraclusão. Por isso mesmo, é preciso reconhecer que a foraclusão é a resposta de um sujeito à castração. Por que é preciso marcar isso? Porque a foraclusão não é algo para ser visto. Antes ainda, o que ela estrutura como posição para um sujeito se apresenta pela condição de que, em seu caso, o encontro com o real define o lugar do sujeito. É o real que passa a contar dele. Condição que se recolhe, por exemplo, na invasão de palavras. A realidade, por isso mesmo, uma vez que ela também se encontra decidida pelo tipo de solução ao real, não vai mais se estruturar por um sentido compartilhado. O recolhimento dessa experiência se dá onde ela se deposita, se expondo, ou seja, no discurso do sujeito.

Ocorre que o discurso do sujeito só se sustenta como tal uma vez que se reconhece nele algo para ser escutado. Portanto, desde a experiência promovida pelo discurso analítico, a

constituição do laço com o sujeito vai se dirigir no sentido de incluir, escutando, o que vem dele. Tal escuta visa promover as condições de advento de fala e de voz, do lado do sujeito — entendendo que tal experiência só se sustenta pela transferência, ou seja, nas condições de suposição que se estruturam antes da apresentação, pelo fato de ela existir e nela se apostar algo, além do habitual, para o paciente.

Ao reconhecermos que a forclusão nos apresenta os fundamentos da posição do sujeito, será preciso reconhecer também que o sujeito que se apresenta desde essa posição só é psicótico, porque essa é a nomeação que o distingue diante do Outro. E isso, enquanto nomeação que distingue sua singularidade, nomeia sua solução, ou seja, sua montagem possível de uma posição, segundo o que dispõe. Nesse sentido, não há aproximação possível da nomeação de psicose com a de doença mental. O que nos convida, por um lado, a deixar cair os signos que são usados para ler, automaticamente, o sujeito, pelo déficit. De outra parte, somos concernidos a retomar os fenômenos elementares da Psiquiatria, pela Psicanálise, enquanto fenômenos de significação que se estruturam desde uma Outra cena. Mais além, apresentam-se as condições de reconhecer na nomeação de psicose, como montagem de uma posição, um lugar para o sujeito e a causa do desejo que o move, aprisionando-o ou deixando-o à deriva.

Apresentação e discurso

Retomemos a condição discursiva em que nos encontramos na apresentação de pacientes, enquanto aquela a partir da qual iremos escutar o sujeito, numa entrevista. Permitindo afirmar que a forma de conduzir a entrevista é responsável pela produção dos efeitos que serão recolhidos no discurso do sujeito. Nesse sentido, produz-se tendencialmente uma direção para o diagnóstico de psicose, pelo fato de que, apoiados no conceito de forclusão, enquanto conceito que se supõe explicar o que é visto, se passa rapidamente à conclusão de psicose, tanto quanto comparecem fenômenos atípicos e extraordinários. Perde-se de vista que a atipicidade e o espetáculo tenham sido produzidos com a intenção de colar com a demanda de se defender da loucura, bancando ser ela. Aquele que produz o que o apresentador quer ver, sem o ser, permite que aquilo que é visto garanta aos dois não precisar entrar em contato com Outra coisa. Não faltam sujeitos para tanto. Isso ocorre principalmente quando “ser” louco garante tratamento, comida e cama para dormir aos pobres, que recorrem aos serviços de saúde pública, ainda que de maneira breve, tanto quanto garante aos serviços públicos incluírem em suas estatísticas o atendimento da população carente, cada vez mais numerosa —passando

desapercebido aos dois, um Outro tipo de reconhecimento, tratamento e encaminhamento das decisões.

Parte-se aqui do princípio de que a experiência de apresentação de pacientes é uma insistência na constituição de laço com o sujeito a ser entrevistado. Deve-se notar que na apresentação de pacientes, mesmo que se vise ao laço com o sujeito psicótico, nem sempre é com ele que o entrevistador vai dialogar, ainda que anteriormente tenha sido apresentado como tal pelo responsável técnico que selecionou o paciente.

Segundo o que foi afirmado, recolhem-se cada vez mais confusões diagnósticas escritas nos prontuários de internação, desde o ponto de vista da Psicanálise. São limites indicáveis devido aos critérios de classificação se valerem do DSM-IV (APA, 1989). Nele, não há mais qualquer tipo de menção às contribuições da Psicanálise, tampouco da herança da Psiquiatria clássica, dinâmica e fenomenológica. Portanto, trata-se da apresentação do sujeito no prontuário, como usuário da internação. Tão mais destituído de subjetividade quanto mais ele é descrito pelos sintomas, pela medicação e pelas condutas problemáticas para a convivência e cumprimento das normas do serviço.

A experiência de apresentação de pacientes, por se constituir como efeito de um dispositivo, que é construído, desde a reinvenção da clínica psicanalítica em Outro lugar, implica a constituição de laço com o sujeito. Antes ainda de o psicanalista se incluir em sua função de apresentador, é preciso que ele se apresente ao sujeito e repasse tanto as informações que foram passadas, quanto possa escutar o consentimento para levar adiante o convite ao diálogo. Não deixando de mencionar, de forma privada, que o diálogo poderá ser interrompido a qualquer momento em que o sujeito decidir. Ou seja, que o sujeito, de fato, conta através de suas decisões. Que sua fala é reconhecida com valor de verdade. Nesse momento se realiza uma mudança, o sujeito, antes assujeitado ao silêncio do tratamento, agora é convidado a falar e poder decidir. Trata-se de uma condição de responsabilização com o que se fala, que é reintroduzida pelo psicanalista. Condição decisiva para que o diálogo, como diálogo analítico, tenha lugar.

Pelo exposto, deve-se ficar advertido para o fato de que a condução da entrevista franqueia rapidamente a confirmação do diagnóstico de psicose, no ponto preciso da falha do laço, ponto no qual fracassou a ligação com o sujeito. Que ponto é esse? É aquele que, ao invés de procurar fazer laço com o sujeito, procura, antes, fazer o sujeito responder perguntas. Como se fosse necessário haver a apresentação de uma das partes, de forma a que o diálogo pudesse prosseguir adiante. Esse ponto é o ponto de demissão da condição de sujeito, do lado do paciente, promovido pelo entrevistador. Se o entrevistador precisa saber se está falando

ou não com um psicótico, mantendo esse tipo de cuidado dentro de um hospital psiquiátrico, é mesmo porque a psicose se revela como o outro nome de sua resistência ao que vem pelo real, como inassimilável ao sentido compartilhado. Só existe necessidade de saber antes se haverá possibilidade de encontro com o real da psicose, porque é preciso se preservar dele. Ponto que estende a afirmação de que a resistência vem, agora, pelo entrevistador.

Voz e política

Diferentemente da resistência do discurso do psiquiatra ao psicótico, que faz dele um objeto de ilustração do saber constituído, verificando sua pertinência com a realidade e a razão, a resistência do entrevistador, seja ele psicanalista, ou não, se vale do lugar que lhe é conferido para produzir “material”, através de perguntas e respostas, como se tal estratégia de condução do diálogo fosse sinônima de dar voz ao sujeito. Permitindo afirmar que responder perguntas é o negativo de tomada da palavra como sinônima de implicação de voz do sujeito. Ou ainda que a audição do que é falado não corresponde à possibilidade de abrir ao sujeito a tomada da palavra, fazendo desse ato a inclusão de sua voz. Lembrando Jean Claude Maleval, “a voz é o que engendra a presença de um sujeito em seu dizer” (2017, p.91).

No ponto em que se provoca a demissão do sujeito, pela entrada na relação através de perguntas, e não do diálogo, o fracasso retorna como sendo da responsabilidade da psicose, por aquele que não reconhece o limite de sua posição. Em contrapartida, o fato de retardar o diagnóstico não garante êxito para o laço com o sujeito que vem pelo real.

Se nos dirigimos às instituições psiquiátricas propondo realizar apresentação de pacientes, não é somente com o objetivo de dar voz à psicose. É também uma forma de enquadrar o diálogo com tais sujeitos. Que o encontro não se reduza a seu acontecimento é uma das condições que relança para um segundo tempo, na discussão com o público, o retorno da verdade, tal como presente na estrutura dos chistes. Num terceiro tempo, fora do local da apresentação, já que não se trata de evocar o encontro com o paciente, se produz a elaboração do que retornou como verdade, pelo saber, não todo. A filiação do saber ao campo do não todo é efeito de ele vir marcado pela verdade. Daí sua insistência em se marcar pela escrita, enquanto anotações fragmentárias recolhidas durante a apresentação.

A fragmentação do saber tem seu fundamento no esvaziamento do olhar que estrutura a cena da apresentação. À medida que não se organiza um espetáculo da loucura, promove-se o compromisso de que o visto se transmute em falado. E que essa fala seja causada pelo que foi visto, agora numa condição de provocar elaboração. Condição que se revela possível, à medida

que se reconhece o sujeito a quem se convida falar como capaz de despertar questões de interesse para a clínica do psicanalista. Sendo assim, promove-se a renovação da causa do desejo, desde a Psicanálise, pelas psicoses, permitindo que a experiência do psicanalista seja visada e revisada nos seus fundamentos. A condição de laço social que o discurso do analista constrói implica a indicação de sua extensão.

O reconhecimento de uma política que participa da apresentação de pacientes se encontra diretamente relacionado à condição que é exigida para um tratamento, desde a Psicanálise, uma vez que presentifica as palavras e a voz do sujeito. Portanto, suspensão do silenciamento que caracteriza a abordagem dos sujeitos internados. Silenciamento que, por sua vez, é efeito do discurso que regula as relações com eles, nas instituições. A conquista de legitimidade, pelo silenciamento, reduz os impasses vividos à condição de sintomas para serem medicados. Entendendo-se que, na atualidade, produzem-se medicações que decidem pelos sintomas a serem escolhidos, em função da parte do cérebro em que visam atuar.

Não são necessários mais esclarecimentos para notar que a redução da psicose à condição de tratamento dos sintomas introduz, a título da experiência psicanalítica, um tríplice problema:

- Primeiramente pelo fato de que a nomeação de psicose se encontra fora de operação do campo classificatório da Psiquiatria. Não é possível haver equivalência entre o que se denomina de transtorno e a psicose. Isso porque falar de transtorno é sinônimo de decidir o diagnóstico e a conduta terapêutica através do cérebro como referente — enquanto falar de psicose, desde a Psicanálise, implica escutar as modalidades de impasses vividos pelo sujeito em sua relação com a castração. Tais impasses, responsáveis por condutas refratárias ao diálogo, permitem, em algumas ocasiões, se aproximar da porta de entrada para a constituição de um laço com o sujeito que, muitas vezes, condição pouco falada, se recusa a tomar medicação. Portanto, não é somente a título de uma diferença de ponto de vista que se constitui a diferença de abordagem da psicose. Mais além, coloca-se a necessidade de reconhecer o avanço expressivo de medicalização no campo da saúde mental. Ainda que os êxitos conquistados nessa área tendam a manter em silêncio essa questão.
- O segundo problema é uma consequência direta da expulsão do sujeito e da observação de sua fenomenologia, no tocante à possibilidade de confundir sintomas da neurose como sendo psicose. Isso se escreve em linha de continuidade com a

posição de se visar à inclusão social do louco como sinônima de benefício terapêutico. O discurso da inclusão, sob a égide da cidadania, privilegia que cada vez mais os sujeitos tenham um encaminhamento, uma destinação, seja ela quanto a saber qual o melhor remédio para ser tomado, seja do que deve ser feito para que o paciente possa ser beneficiado pelos direitos que a lei garante. Nesse sentido, ao advento do discurso da cidadania, ainda que legítimo e necessário, corresponde o declínio do rigor com as diferenças de tratamento entre os diferentes tipos clínicos. Some-se a isso o fato de que os serviços disponíveis para o atendimento da população que recorre à saúde mental padecem de condições para responder ao que se propõe. Não é por acaso que cada vez mais nos serviços públicos a demanda para tratamento compareça envelopada pela miséria. A inclusão social é também do que padece a pobreza. Dispensando ao louco o mesmo tipo de cuidados que se reserva aos pobres: comida, medicação, moradia... mantém-se como pano de fundo a ilusão de que a conquista de tais benefícios é suficiente como tratamento para a loucura.

A loucura da reforma é a reforma da loucura. O significante, nesse caso, padece de rigor. Não há associação possível entre psicose e reforma. Trata-se bem mais de um fora da forma. Fora do enformar. Se há alguma coisa para ser reformada é a concepção mesma que se tem de sujeito, confundido com a dignidade do cidadão.

De tal forma a adesão a esse discurso adaptativo se mantém atual que uma breve menção a ele é tomada como sinônimo de não reconhecimento dos avanços que se produziram. Como se houvesse uma coincidência entre os avanços no campo da saúde mental e o que, desde a Psicanálise, se considera, não como avanço, mas sim como questões e impasses que a subjetividade desejante produz.

- O terceiro problema se refere a uma questão a ser assumida como íntima aos interessados na aproximação com a psicose, desde a Psicanálise. Não somente é preciso resgatar os fundamentos que decidem pela possibilidade de diagnosticar um sujeito como psicótico, em sua diferença com a Psiquiatria. Trata-se, ainda, desde Freud, de realizar a teorização da clínica com tais sujeitos. Mesmo que, no caso de Freud, tenha sido avançado com uma biografia. Ele fez das

“Memórias...”(SCHREBER, 1903/1995) vida. Vida com voz para ser escutada e articulada.

Quando, hoje, se recolhe uma iniciativa insistente de discursos que visam manter cargos, é preciso investir na construção de alternativas que possam fazer retornar a presença dos impasses. Tão mais encobertos quanto mais a necessidade de divulgação de resultados se impõe como política.

Desde a Psicanálise, a separação dos significantes inclusão e cidadania se apresenta como uma questão ética, uma vez que são a posta em cena dos indivíduos e das alternativas que lhe são propostos politicamente, enquanto sujeitos da massa. Não se trata, portanto, de recusar o papel estruturante da massa, mas sim, lembrando Lacan, de poder trabalhar no sentido de “descolar a causa do desejo do ideal”.

Nominação e quarto elo

Se esses três pontos podem ser elencados como indicativos de uma retomada da psicose pela Psicanálise, desde a apresentação de pacientes. Isso significa que, tal como nessa experiência, o que está em jogo é considerar a introdução de um quarto elemento que permita enlaçá-los de uma Outra maneira. Que a consistência desse quarto termo condicione uma apreensão do inconsciente pelo real, adverte para o fato de que o laço social é justamente o elemento que, mais do que se efetivar, apresenta a impossibilidade como desafio a ser manejado e, se possível, aproximado pela reinvenção, com a psicose, pelo psicanalista.

Dá a relevância em retomar o quarto termo como uma nominação, tal como definida por Lacan, na lição do dia 13 de maio de 1975, no Seminário XXII-R.S.I.

nominação do imaginário como inibição, nominação do real como acontece de ela se passar de fato, quer dizer, angústia, ou nominação do Simbólico, quero dizer, implicado, fina flor do próprio Simbólico, ou seja, como se passa, efetivamente, na forma do Sintoma (p.70).

Uma vez que o quarto elo é uma nominação, e que essa nominação passa a ser apresentada posteriormente como Sinthoma, isso significa que o “quarto termo”, como nominação, é responsável por um enlaçamento inédito. Nominação que, enquanto Sinthome, é construída. Ela se atualiza no enlaçamento que se recolhe, à primeira vista, na obra de Lacan, pelas capas do Seminário 3 com a do Seminário 23. O engano é supor que são imagens. São nomes próprios, obras e atos.

Não se trata de um conserto, como ligação pelo Sinthome (conforme postulado no *Sem.* 23), para criar uma possibilidade de reparo das psicoses. Desde que estejamos advertidos para o fato de que a nominação não se realiza de uma única forma. O que decide pela condição de um conserto capenga ou, ainda, de um reparo que derrapa. No entanto, ao introduzir o quarto elemento pelo nó borromeano, como Sinthome, ele passa a ser apresentado como escrita, pelo nó. Implica poder reconhecer que há um suporte da clínica que é tecida pela montagem do nó borromeano. Essa montagem é montada com “os pés” e as “mãos”. O nó é o que se monta sem as ideias. Por isso mesmo esse – se monta – é caduco. Tanto não se monta de uma única vez, quanto introduz o erro na montagem. O que significa que o nó só existe quando montado, ou seja, depois de passado um tempo.

Tempos do nó

São necessários ao menos três tempos para a montagem do nó, desde a experiência da Psicanálise.

Num primeiro tempo, há o nó que se vê. O instante de ver o nó não é quando o sujeito o percebe pelos olhos e pelo entendimento. O nó borromeano não se apresenta, de saída, pelo conhecimento dele através do ensino dos conceitos. O nó se dá a ver pela condição de enlaçamento dos conceitos a partir de uma elaboração pelo real. Nesse sentido, a experiência de apresentação de pacientes ilustra o ensino pelo real, quando levada além de seu acontecimento como cena. O nó se monta pelo laço. Causado pelo discurso analítico. Desde sempre, portanto, teorização do nó, pela experiência do laço. Ao mesmo tempo, se a montagem do nó se dá pelo laço promovido pelo discurso analítico, isso significa que o laço analítico, enquanto aquele que vai permitir a construção de um Sinthome, é borromeano. O laço analítico é borromeano no que causa no sujeito o desejo inédito de enlaçar os significantes que lhe são constitutivos, numa Outra relação com a verdade. Desde o esvaziamento do sentido que acompanha tal experiência de constituição do laço é que se produzem as condições de enlaçar, de Outra maneira, o que antes se escrevia e se montava pela fantasia e pelos sintomas.

O tempo para compreender o nó tem a ver com a necessidade que se apresenta, pelo real, de enlaçar ao menos outros dois termos. Por que isso acontece? Porque é desde um corte e reviramento, produzido em suas identificações através da experiência de análise, que um psicanalista sustenta sua posição diferenciante, nos encontros com o real, enlaçando-o com o simbólico de sua presença e o imaginário da relação analítica. Ao menos três são necessários para enlaçar uma posição. Isso que significa que o tempo de compreender o nó é esse tempo que se impõe àquele que teoriza sua experiência, para se valer de elementos do

saber que permitam sustentartal condição. Desde a ternariedade própria à linguagem e à Psicanálise, podem-se reconhecer os fundamentos freudianos na ligação entre inibição, sintoma e angústia, para um psicanalista. Eles comparecem tão mais enlaçados, quanto mais se apresentam, a princípio, de dois a dois, com um terceiro que não é sempre esclarecido, mas presente.

O tempo para concluir o nó, como afirmado, não tem caráter definitivo. Isso porque o nó só é borromeano enquanto os três se mantêm ligados. O tempo para concluir o nó é o tempo de poder sustentar uma escrita, nesse caso, uma montagem. Tal montagem, por ser uma montagem relativa à posição de um sujeito sobre o qual se teoriza, desde uma experiência, implica que o quarto termo, aquele que enlaça os três, seja a nomeação de sua posição de gozo. O gozo se escreve no corpo e o nó escreve a montagem de gozo. Portanto, a montagem da clínica, pelo nó, permite transformar o gozo em escrita. Que essa escrita escreva, pelo erro na montagem, a impossibilidade da relação sexual, é o que leva a reconhecer a escrita da clínica pelo erro. Erro esse que faz avançar a insistência na montagem do laço como borromeano. A não inclusão do erro impede que a montagem se faça borromeana. Isso porque o erro é solidário da existência do buraco presente em cada um para se manter ligado. A escrita borromeana não se escreve de maneira espontânea. Trata-se de uma montagem, e não de uma forma já acabada.

Escrita e erro

Para apreender o sentido em jogo na montagem borromeana, é preciso tentar, insistir. Tanto para montar o nó, quanto para ler sua montagem, nos Sinthomas, pela transferência.

O estatuto da escrita, assim, condiciona para aquele que se aproxima dela a inclusão do erro na montagem como constitutivo, tal como nas montagens de gozo e do nó. Daí as diferentes experiências de Lacan com o nó nos Seminários e o fracasso correspondente da montagem dele, em muitas de suas tentativas. O erro se torna público, fazendo parte dessa escrita. O que não impede que o enlaçamento seja realizado.

Não se trata também de um tornar público o erro na montagem do laço, quando da apresentação de pacientes?

O tipo de abertura que se conduz na montagem do laço decide pela forma segundo a qual se mantém a aposta em sua continuação e efetividade, antes, durante e depois da apresentação.

Que uma política esteja implicada como efeito da inclusão do erro na montagem de uma posição permite insistir em redizer as soluções que vêm pelo discurso do mestre, tanto quanto de suas parcerias públicas e científicas.

Uma política pelo inconsciente, como tempo do erro, interroga os laços onde o erro não conta.

REFERÊNCIAS

AMERICAN Psychiatric Association (APA). Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole, 1989.

LACAN, J. (1975-76) **O Seminário: livro 23: o sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

_____. (1973-74) **O seminário 22 R.S.I., 13 de maio de 1975**. Disponível em: <https://clinicand.com/wp-content/uploads/2020/06/22-Jacques-Lacan-O-semin%C3%A1rio-Livro-22-RSI.pdf>

LACAN, J. (1973-74). **Os não-tolos vagueiam**. Lição de 9 de abril de 1974. Salvador: Editora Espaço Moebius, 2016.

_____. (1965-66). **O seminário 13: o objeto da psicanálise**. Edição não comercial destinada aos membros da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano Brasil, 2018.

_____. (1955-56) . **O seminário: livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Disponível em: <https://clinicand.com/wp-content/uploads/2020/06/03-LACAN-Jacques.-O-semin%C3%A1rio-livro-3.-As-psicoses-1955-56.pdf>

MALEVAL, J C. Sobretudo verborrágicos: os autistas (p.87-123). In: _____. **O autista e sua voz**. São Paulo: Bluche, 2007

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRAUD, A-M. Effects de présentation. **Essaim** n. 2. Ed Érès, 1998.

DIAS, M. Não haverá psiquiatria sem psicanálise. **Revista Literal** 13. Escola de Psicanálise de Campinas, 2010.

_____. A escola da psicose. **Revista Literal** 12. Escola de Psicanálise de Campinas, 2009a.

_____. Fundamentos da clínica do psicanalista, pelas psicoses, **Revista Literal** 12. Escola de Psicanálise de Campinas, 2009b.

FREUD, S. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: _____. **Obras completas ESB**, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago. 1996. <https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/13383.pdf>

_____. (1923). **O Ego e o Id**. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, vol. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

LACAN, J. (1977). **Abertura da Seção clínica – (Ornicar? , n.º 9, pp. 7-11, 1979); Opção lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, 30, abr. 2001, 06-09. São Paulo.

_____. (1975-76). **O seminário: livro 23: o Sintoma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007. Disponível em: <https://lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Jacques-Lacan-O-seminario-Livro-23-O-sinthoma.pdf>

_____. (1973-74). **Os não-tolos vagueiam**. Salvador: Espaço Moebius, 2016.

_____. (1966). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. **Escritos**. Ed Zahar, 1998.

_____. (1962-63). **O seminário: livro 10: a angústia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

_____. (1955-56). **O seminário: livro 3: as psicoses. As psicoses**. Riode Janeiro: Zahar, 1986.

MALEVAL, J.C. **O artista e sua voz**. São Paulo: Blucher, 2017.

PORGE E. **Transmitir la clinica psicanalítica**. BuenosAires: Nueva Vision, 2012.

_____. **Jacques Lacan, um psicanalista**. Brasília: UNB, 2006.

_____. **Os nomes do pai em Jacques Lacan**. Belo Horizonte: Ed Companhia de Freud, 1998.

_____. A apresentação de doentes. **Boletim de novidades pulsional**. Ano IX. n:87, julho de 1996.

SAMSON, F. Freud, traducteur de Charcot. **Essaim** n.2. Ed Érès, 1998.

SCHREBER, D.P. (1903). **Memórias de um doente dos nervos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.