

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
MESTRADO EM FILOSOFIA**

FRANCIS JULIANA FONTANA

**HÁ ALGO DE NOVO NAS PSICOSES: UMA PERSPECTIVA FREUDIANO-
LACANIANA**

CURITIBA

2013

FRANCIS JULIANA FONTANA

**HÁ ALGO DE NOVO NAS PSICOSES: UMA PERSPECTIVA FREUDIANO-
LACANIANA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Filosofia, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Filosofia.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Omar Perez

CURITIBA

2013

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

F679h 2013	Fontana, Francis Juliana Há algo de novo nas psicoses : uma perspectiva freudiano-laciana / Francis Juliana Fontana ; orientador, Daniel Omar Perez. – 2013. 125 f. ; 30 cm
	Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2013 Bibliografia: f. 120-125
	1. Psicose. 2. Psicanálise. 3. Psiquiatria. 4. Freud, Sigmund, 1896-1939. 5. Lacan, Jacques, 1901-1981. I. Perez, Daniel Omar. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Filosofia. III. Título.
	CDD 20. ed. – 616.895

ATA Nº. 105/PPGF – DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos dois dias do mês de julho de dois mil e treze, às dez horas na sala de defesa de dissertações da Escola de Educação e Humanidades desta Universidade realizou-se a sessão pública de defesa da dissertação da mestranda **Francis Juliana Fontana** intitulada: **HÁ ALGO DE NOVO NAS PSICOSES: UMA PERSPECTIVA FREUDIANO-LACANIANA**. A Banca Examinadora foi composta pelos professores: Dr. Daniel Omar Perez, Dr. Vinícius Berlendis de Figueiredo e Dr. Vladimir Pinheiro Safatle. Após a instalação dos trabalhos pelo presidente da banca, professor Daniel Omar Perez, a candidata fez uma exposição sumária da dissertação, em seguida procedeu-se à arguição pelos membros da banca e à defesa da candidata. Encerrada essa fase, os examinadores, em reunião reservada, apresentaram suas avaliações, tendo considerado a candidata aprovada em sua defesa de dissertação conforme as notas e o conceito registrados abaixo. Após a proclamação dos resultados, o presidente da banca outorga a candidata o título de Mestre em Filosofia. Encerrados os trabalhos às ____h____min. lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA	NOTA
Prof. Dr. Daniel Omar Perez		9,0
Prof. Dr. Vinícius Berlendis de Figueiredo		9,0
Prof. Dr. Vladimir Pinheiro Safatle		9,0
MÉDIA FINAL	9,0	CONCEITO A

CIENTE


Prof. Dr. Nelson Roberto de Oliveira
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Filosofia - *Stricto Sensu*

Aos pacientes...

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por permitirem que mais uma etapa fosse concluída...

Aos meus irmãos por me mostrarem um mundo das palavras... e trabalho...

Aos Enzo e Bianca por existirem...

Aos colegas de trabalho da Clínica Porto Seguro pela convivência nestes anos...

As minhas amigas pelo carinho e acolhimento...

Ao meu orientador Dr. Daniel Omar Perez, por ter aceitado prontamente a minha convocação, e por me conduzir ao caminho apaixonante da pesquisa...

E, principalmente, a Célia Aparecida Ferreira Carta Winter, por me mostrar que existe um percurso sendo construído...

RESUMO

A proposta deste trabalho é retomar o contexto histórico do nascimento da psiquiatria visto que o conceito de psicose está intrinsecamente ligado a esse momento histórico. Após os estudos freudianos a respeito da psicose, o delírio psicótico é tomado como uma tentativa de cura, e não mais como um sintoma a ser eliminado, ou como déficit como propõe a psiquiatria. As contribuições relativas ao tratamento na perspectiva clínica surgem com Lacan pela formalização da teoria da forclusão do Nome-do-Pai, entre 1955 e 1956, e pela distinção que propôs dos três registros, a saber: *o real*, *o simbólico* e *o imaginário*. Analisar a formação dos fenômenos de linguagem na psicose permite repensar a clínica e a possibilidade de propor um tratamento psicanalítico a estes quadros. O processo será realizado pela análise teórica dos textos freudianos e lacanianos, destacando-se a divergência entre os dois autores no que diz respeito à indicação da técnica psicanalítica a psicóticos. Nesse ponto o conceito de transferência marca o paradigma fundamental do processo. A impossibilidade que o psicótico estabeleça uma relação transferencial foi denunciada por Freud. Em Lacan existem evidências que anunciam o fenômeno transferencial como sustentáculo da ação da fala. É justamente pelo delírio ter fracassado, na tentativa que o psicótico efetua em organizar o mundo, que ele pode endereçar a sua fala a um psicanalista e demandar uma análise, mesmo que o processo não ocorra, a relação é efetiva. O psicótico não está fora da linguagem, apenas se relaciona com ela de modo particular, pois esta lhe é exterior. São perceptíveis as dificuldades que a teoria psicanalítica parece apresentar em relação a um tratamento aos psicóticos, entretanto, também são claras as possibilidades clínicas que se estabeleça um laço transferencial. Renovar não se trata de inventar, pois entre as várias perspectivas possíveis de tratamento, a principal corresponde ao fundamento freudiano que compreende o trabalho com o delírio como uma “reconstrução”, uma “tentativa de cura”. O trabalho com o delírio consiste na escuta da produção delirante, pois o delírio é uma expressão subjetiva. Nesse sentido, esta escuta poderá proporcionar ao psicótico a possibilidade de construir um novo lugar no mundo além do enclausuramento psiquiátrico.

Palavras-chave: Psiquiatria. Psicanálise. Psicose.

ABSTRACT

The proposal of this work is to resume the historical context of the birth of psychiatry since the concept of psychosis is intrinsically linked to this historic moment. With Freudian studies about the psychosis, psychotic delirium is taken as an attempt of cure, rather than as a symptom to be eliminated or as a deficit, as the one proposed by the psychiatry. The relative contributions to the treatment in clinical perspective arise with Lacan's theory by formalizing the foreclosure of the Name of the Father, between 1955 and 1956, and proposed the distinction of the three records, namely: the real, the symbolic and the imaginary. Analyzing the formation of language phenomena in psychosis allows rethinking the clinic and the possibility of proposing a psychoanalytic treatment to these frames. The process will be done by theoretical analysis of Freudian's and Lacanian's texts, highlighting the deviation between the two authors regarding the appointment of psychoanalytic technique to the psychotics. At this point the concept of relocating, outcomes the basic paradigm procedure. The inability to establish a psychotic transference relationship was terminated by Freud. There's an evidence about Lacan that advertises the singularity of transference as the mainstay of the action of speech. It is precisely the delusion of having failed in an attempt to organize the psychotic effects in the world, he can address his speech to a psychoanalyst and request an analysis, even if the process does not occur, the relationship is effective. The psychotic is not outside the language, but only relates to it, in a particular way, since it happens externally. There are clear difficulties that the psychoanalytic theory seems to have a relationship with the psychotic treatment, however, there are also clear clinic opportunities to establish a bond transference. Renewing is not creating, because of several possible perspectives of treatment, the primary matches freudian foundation, which includes the work with delirium as a "reconstruction", an "attempt to a cure." The working with the delusion consists in listening to the delusional production because delirium is a subjective expression. Therefore, this listening can provide to the psychotic the possibility of building a new place in the world besides psychiatric confinement.

Keywords: Psychiatry. Psychoanalysis. Psychosis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	DOS CLÁSSICOS DA PSIQUIATRIA A FREUD	14
2.1	O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA	14
2.2	O CONCEITO DE PSICOSE NA PSIQUIATRIA	18
2.3	DE KRAEPELIN À CLÉRAMBAULT	23
2.3.1	O Automatismo Mental de Clérambault	27
2.4	A FORMAÇÃO DA TEORIA DA PSICOSE EM FREUD	30
2.5	O CONCEITO DE NARCISISMO	35
2.6	A ANÁLISE DO CASO SCHREBER EM FREUD	46
3	DA ESTRUTURA AO FENÔMENO ELEMENTAR EM LACAN.....	50
3.1	A ESTRUTURA	52
3.2	A FORMALIZAÇÃO DOS CONCEITOS	60
3.3	O DESENCADEAMENTO DA PSICOSE.....	64
3.4	A FORMAÇÃO DO FENÔMENO ELEMENTAR	69
3.5	A CONSTITUIÇÃO DO DELÍRIO	74
3.6	A ANÁLISE DO CASO SCHREBER POR LACAN.....	75
4	A CLÍNICA NAS PSICOSES.....	78
4.1	A RETOMADA FREUDIANA	80
4.2	O CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA EM LACAN	86
4.3	A DEMANDA NA PSICOSE	90
4.4	POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO	96
4.5	A ESTABILIZAÇÃO NA PSICOSE	106
4.6	A CONSTRUÇÃO DA METÁFORA DELIRANTE	109
4.6.1	Da metáfora ao sujeito	112
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
	REFERÊNCIAS	120

1 INTRODUÇÃO

Desde Descartes o problema da realidade e da verdade, seus fundamentos e sua justificação têm como ponto central a pergunta pelo sujeito. Descartes não só elaborou uma justificação lógica, como também fez uma teoria das paixões, do corpo, do funcionamento fisiológico desse, e sua relação com as representações. Essa elaboração resulta na teoria dos sentimentos, em uma metodologia de trabalho e uma teoria da verdade. Em Hobbes, a reflexão filosófica parte de uma concepção do homem como sujeito de desejo, a partir daí se teve como resultado toda a teoria social. Locke apresentará uma teoria da natureza humana essencial para um possível questionamento a propósito da verdade e da realidade. O resultado do seu trabalho derivou, entre outras coisas, em uma teoria de governo e em uma teoria política. Em Kant uma teoria do juízo se articula com uma antropologia. Os percursos filosóficos de Freud e Lacan abordam problemática semelhante: a relação entre o sujeito e a verdade. Portanto, o presente trabalho ressalta aspectos de preocupação da psicanálise que se articula com um problema conceitual da filosofia, a constituição do sujeito.

A obra lacaniana permeia um debate constante a respeito da constituição do sujeito. Contudo, tal debate não foi algo ingênuo, exigiu um retorno à obra freudiana, esforço de formalização e permanente crítica. Nesse retorno, Lacan irá destacar a tese primordial freudiana, que sustenta que a psicanálise é uma técnica voltada ao reconhecimento do inconsciente e a subjetivação do Eu. Nesse contexto, a noção de sujeito será formalizada, como efeito de uma operação psíquica inconsciente, atravessado pela linguagem. De tal modo, não há um sujeito definido, o que existe é uma construção. O sujeito aparece como suposição, efeito e posição.

Configura-se o pressuposto que o inconsciente é estruturado pela linguagem. Trata-se então de uma topologia, cuja finalidade é dar conta da constituição do sujeito. A problemática da constituição do sujeito, no presente trabalho, se constitui em relação ao desejo, á lei e primordialmente, como o fenômeno da transferência se configura na estrutura psicótica. A abordagem desse problema filosófico pode nos dar como resultado uma possível teoria para o tratamento das psicoses.

Diante disso, o presente trabalho objetiva rever os conceitos freudianos e lacanianos para demonstrar que existe uma diferença fundamental na forma como a psiquiatria e psicanálise abordam o fenômeno delirante. Como problemática teórica, tomaremos o delírio, ele é um fenômeno de linguagem da estrutura psicótica, demonstra que o sujeito é habitado pela linguagem, mas nem sempre ele fala. Se entendermos que linguagem é o

enunciado coletivo que define uma sociedade e a fala uma enunciação particular do sujeito, então como poderia ser formalizada a questão da fala na psicose, senão pela análise da formação delirante?

Na tentativa de responder a essa questão da pesquisa, o presente trabalho refaz o percurso teórico que envolve a teoria e a clínica das psicoses. É fundamental, para tal, contextualizar o surgimento do conceito de psicose primeiramente na psiquiatria e na psicanálise. Nessa perspectiva, a proposta é retomar os pressupostos freudianos a propósito da formação da teoria das psicoses e avançar com os conceitos lacanianos, à luz das possibilidades de tratamento nestes quadros.

A primeira parte aborda o contexto histórico do nascimento da psiquiatria, visto que o conceito de psicose está intrinsecamente ligado a esse momento; a retomada da história da loucura e sua ligação com psiquiatria permitem uma análise das mudanças epistêmicas sofridas nessa área no decorrer do século XVIII e XIX. A psiquiatria nasce da clínica médica e toma dessa ciência suas bases epistêmicas, temos aí a inclusão da anatomopatologia, esse método localizará a lesão a um órgão específico. Neste contexto torna-se possível identificar e classificar sintomas, surgindo assim o método clínico; desenvolvido por Philippe Pinel permitirá caracterizar as doenças por meio de signos. Essa foi a roupagem que envolveu a psiquiatria clássica, e que possivelmente influenciou a proliferação dos manuais diagnósticos e estatísticos de psiquiatria, os DSMs até os dias atuais.

Diante desse cenário surge a psicanálise, com Sigmund Freud, e a loucura passa a ser denominada teoricamente psicose. A retomada dos textos freudianos *Neurose e Psicose* de 1924 e *A perda da realidade na neurose e na psicose* do mesmo ano, nos permitirá introduzir o conceito que inaugura a diferença fundamental entre os quadros de neurose e psicose. Inclusive, por esta feita o pai da psicanálise irá formalizar no artigo *Introdução ao Narcisismo* de 1914, que pacientes psicóticos não “se furtam à influência” da psicanálise.

Freud deixou um enorme legado teórico a respeito das psicoses, no entanto, pouca foi a sua contribuição clínica. Seu estudo mais avançado da psicose foi realizado em 1911, com *Observações psicanalíticas de um caso de Paranoia*, o caso Schreber, construído a partir da leitura do livro *Memórias de um doente dos nervos*, escrito por Daniel Paul Schreber em 1909.

A retomada do caso Schreber torna-se essencial no percurso do estudo das psicoses, pois é a partir dessa análise que o autor formaliza o enunciado que o delírio psicótico é uma tentativa de reconstrução, após a catástrofe psíquica. A partir da formalização dos estudos freudianos a respeito da psicose, o fenômeno delirante será

abarcado como tentativa de reconstrução, e não mais como um sintoma a ser eliminado, como sugere a psiquiatria. Porém, mesmo diante desse cenário, o inventor da psicanálise orientava aos analistas da época que evitassem atender psicóticos em seus consultórios. Freud anunciou a impossibilidade que o paciente psicótico apresenta para estabelecer uma relação libidinal com pessoas e coisas, justamente por não estar marcado pela lógica fundamental da castração, que permite que o desejo e a lei se instalem no sujeito. Sendo assim, a relação transferencial, fenômeno fundamental no emprego de técnica psicanalítica estaria comprometida. Em 1938, em um de seus últimos escritos, *A técnica da psicanálise* o autor evidencia a necessidade de renunciar um plano de cura, e formaliza a possibilidade de “um outro plano” (FREUD, 1975, v. XXIII, p. 200) para seguir com a indicação de um tratamento psicanalítico para o psicótico.

A segunda parte do trabalho visa à retomada dos conceitos lacanianos para avançar no impasse apresentado por Freud em relação ao fenômeno da transferência. As contribuições relativas ao tratamento na perspectiva clínica surgem com Lacan pela formalização da teoria da forclusão do *Nome-do-Pai*, entre 1955 e 1956, e pela distinção que propôs dos três registros, a saber: *o real*, *o simbólico* e *o imaginário*. A retomada dos conceitos abordados no *Seminário III*, intitulado *As Psicoses* possibilitará a formalização da noção dos fenômenos de linguagem, essencial à clínica das psicoses. No ensino laciano o conceito de psicose será definido a partir da estrutura, um funcionamento particular e único marcado pela ausência do *Nome-do-Pai* no registro simbólico. O ensino laciano reflete um diálogo constante com Freud a respeito do complexo de Édipo. A interrogação freudiana se resume na questão: o que é ser pai. Em Lacan, a teoria da psicose sustenta-se em torno da teorização do *Nome-do-Pai*. Lacan no artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* elabora a teoria do desencadeamento da psicose, a forclusão do *Nome-do-Pai* é a causa fundamental, mas não a única envolvida no desencadeamento do surto psicótico. A proposta é percorrer um caminho que permita traduzir o enunciado laciano que contraria o enunciado freudiano, isto é, que o psicanalista não recue no tratamento de um quadro de psicose. A estrutura psicótica está constituída pela falta fundamental do *Nome-do-Pai*, diante dessa ausência o psicótico não ascende à castração e ao desejo. Assim, o sujeito psicótico apresenta um modo particular de fenômenos de linguagem, marcado pela lógica delirante. Sendo essa a marca constituinte, como Lacan visualizou a possibilidade de uma escuta destes quadros?

O terceiro momento do trabalho retomará o conceito da transferência para avançar no impasse clínico, visto que tanto a posição laciana quanto a freudiana situam a

transferência como mola mestra do tratamento psicanalítico. Freud, em 1910, no texto *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* introduz o tema da transferência, porém somente no artigo redigido em 1912 *A dinâmica da transferência* formaliza de forma precisa esse conceito, articulando que possivelmente parte do investimento libidinal de uma pessoa insatisfeita “também se voltem para a pessoa do médico” (FREUD, 2010, p. 136). De tal modo, no momento inicial de um processo analítico o paciente transfere uma carga de energia libidinal para a figura do analista, processo nomeado pelo autor de transferência. Freud afirma não ser possível ao psicótico estabelecer essa relação transferencial, justamente pelo psicótico não ser capaz de realizar investimento libidinal, que não seja meramente narcísico. No entanto, Lacan no artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* apresenta a possibilidade de manejo da transferência na psicose, esse enunciado sugere a possibilidade de uma transferência.

Ao retomar as formulações lacanianas realizadas no *Seminário VIII-A transferência* nos anos de 1960 a 1961, relativas ao fenômeno de transferência, veremos que o autor anuncia que a transferência é o “sustentáculo da ação da fala” (LACAN, 1992, p. 175). A partir da fala a transferência pode ser sustentada, essa é a nota de abertura deixada por Lacan.

A proposta no capítulo final intitulado *A clínica nas psicoses*, é retomar os conceitos teóricos freudianos, delimitar os pressupostos lacanianos, e seus comentadores, para avançamos no impasse referente à possibilidade de propor um tratamento psicanalítico ao psicótico. Os conceitos formalizados por Freud viabilizaram que a construção delirante fosse compreendida como uma reconstrução, porém também anunciam o limite da psicanálise no que se refere à cura nos quadros de psicóticos. Os conceitos lacanianos abrangem certo avanço em torno da construção delirante, e anunciam uma possibilidade de tratamento pela via psicanalítica, no entanto, configuram também certo impasse quanto aos dispositivos que envolvem o processo.

Assim, a proposta *Há algo de novo nas psicoses: uma perspectiva freudiano-laciana* espera anunciar uma condição de tratamento psicanalítico ao psicótico, a partir do laço transferencial possível em uma análise. A possibilidade é que um tratamento psicanalítico se estabeleça a partir da construção do laço transferencial, pois esse dispositivo inclui o sujeito e seu sintoma. De tal maneira, que uma vez desencadeada uma psicose, o trabalho a ser desenvolvido gira em torno da possibilidade de estabilização.

Portanto, a direção de cura na psicose não será balizada pela suspensão do sintoma, mas, sobretudo, na perspectiva de uma clínica voltada para a estabilização pela via das suplências.

2 DOS CLÁSSICOS DA PSIQUIATRIA A FREUD

2.1 O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA

O objetivo deste capítulo é refazer o percurso do nascimento da clínica médica para localizar a construção da definição teórica do termo “psicose”. Será necessário primeiramente um retorno ao nascimento da psiquiatria, visto que o aparecimento do conceito de psicose encontra-se intrinsecamente ligado ao surgimento da clínica psiquiátrica. O estudo percorre os textos que abordam o nascimento da clínica médica, e da psiquiatria, passando por Foucault e demais comentadores.

No segundo momento, da primeira parte, realiza-se a retomada freudiana da formação da teoria psicanalítica das psicoses, esse processo se desenrolará pelo estudo do artigo *Neurose e Psicose*, redigido no ano de 1924, que trata da formalização do conceito que difere a neurose da psicose. Ainda no mesmo ano Freud redigira outro artigo *A Perda da realidade na Neurose e na Psicose* com a finalidade de reformular algumas considerações que ficaram pendentes do primeiro artigo. A retomada do artigo *Introdução ao Narcisismo* de 1914 permite acompanhar o desenvolvimento do pensamento freudiano que anuncia a dificuldade que algumas afecções narcísicas apresentam à psicanálise, e que possivelmente não sofram influência alguma sob a aplicação de tal método. A proposta de retomada dos clássicos da psiquiatria a Freud mostra-se adequada ao promover um retorno à clínica, justamente nos tempos atuais, quando grande parte da psiquiatria encontra-se voltada à neurociência e aos manuais diagnósticos.

A psiquiatria nasce após reformas realizadas em instituições sociais na França revolucionária, diante desse contexto passa a ser “motivo de críticas e objeto de outras reformas” (AMARANTE, 1996, p. 37). As críticas recaem justamente por tal prática ser desprovidas de bases tóricas concretas e particulares, visto que a psiquiatria nasce da medicina geral. Sendo assim, essa última não observa com bons olhos a “medicina mental”, justamente pela carência de “bases concretas e positivas” que justifiquem estarem em um mesmo campo científico. Diante desse cenário, o campo epistêmico que permeará a psiquiatria será justamente o campo médico. Paulo Amante confere a esse período um acontecimento particular, e constata que a loucura que na Grécia antiga foi de domínio humano, isto é, resultado do possível desentendimento entre humanos e deuses, passa ao domínio médico. Sendo assim, “a loucura é apropriada conceitualmente pelo

discurso médico”, tornando-se, “única e exclusivamente, doença mental” (AMARANTE, 1996, p. 37). Essa perspectiva exclui o sujeito e acolhe o sintoma. No entanto, um retorno ao nascimento da clínica médica permite averiguarmos que essa ideia foi contrária à noção de saúde desenvolvida pelo pai da medicina. Hipócrates considerava o homem um ser capaz criar um estilo de vida que permitisse o desenvolvimento da saúde livre de doenças.

A clínica médica surge com Hipócrates (460-377 a.C.), que aplicará “especulações dos filósofos à medicina e combinou-as com observações feitas á beira da cama do doente” (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 58). Por tal feita, Hipócrates será chamado *Pai da Medicina*. É também Hipócrates o primeiro médico a tentar explicar as doenças com base nas causas naturais¹, e, para ele, a natureza encontra-se envolvida no processo que recobre a sintomatologia da doença. A concepção naturalista surge na Grécia antiga para distinguir a prática de Hipócrates dos demais médicos, pois havia profissionais da área médica identificando sua prática com a prática religiosa. O esforço de Hipócrates foi justamente delimitar e distinguir a campo médico do campo religioso. Nesse sentido, “Hipócrates escreveu que em sua opinião aqueles que inicialmente consideravam ‘divina’ a epilepsia chamavam-na de ‘doença sagrada’ para esconder sua ignorância sobre a natureza dela” (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 58). A concepção hipocrática de doença envolve um conceito que abrange uma dinâmica mais totalizante, e menos localizada. As circunstâncias externas são as causas. Georges Canguilhem em *O normal e o patológico* afirma que a “natureza (physis), tanto no homem como fora dele é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia é a doença”. A doença não apresenta uma localização, ela envolve o sujeito e nesse “caso a doença não está em parte alguma no homem” (CANGUILHEM, 2012, p. 10), mas envolve todo sujeito.

Em uma tentativa de dar ao humano o que é dele e retirar do divino a justificativa da doença, surgirá a ideia de estar o mais próximo possível do leito do necessitado. Assim, médicos influenciados por Hipócrates fundam a medicina científica. Essa prática tinha como base a observação sintomatológica e a correlação de evidências clínicas, em prol das explicações religiosas ou filosóficas.

¹O estudante de medicina moderno aprende, em seu primeiro dia na escola de medicina, o princípio hipocrático de que *vis medicatrix naturae* (é a natureza que cura o paciente), e que o médico é meramente aquele assistente da natureza (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 59).

Para fugir da noção espiritual que envolvia o conceito de doença, a medicina fundamentará seu objeto de estudo no fenômeno observável. Assim sendo, a marca inicial da clínica médica será o fenômeno observável, e conseqüentemente a diferenciação entre sintoma² e sinal. O sinal seria um dado suscetível à observação, e sintoma compreenderia a correlação entre os sinais. Os médicos hipocráticos davam ênfase nas observações realizadas no paciente para posteriormente estudar as causas da enfermidade. Dessa forma, a clínica médica configura-se em torno da observação, fenômeno que marcará também o conceito de diagnóstico. Nesse sentido, o “médico moderno tem constante consciência do prognóstico” (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 59). É pela observação que o médico justifica o diagnóstico e confere o prognóstico. Tal prática, da clínica médica, deixará herdeiros à psiquiatria clássica.

Passando do período Medieval até o Iluminismo, teremos um contínuo desenvolvimento das ideias científicas, porém não é possível dividi-las precisamente. Segundo Alexander e Selesnick (1980, p. 152), esse século é chamado de época do “Iluminismo”, justamente por marcar um período de grandes progressos, ou seja, o “Século Iluminado”. Iluminado por novas descobertas, tendências velhas e novas fundiam-se e misturavam-se. É diante desse cenário e nesse século que médicos tentarão dividir os sintomas mentais em categorias, porém sem sucesso. É também nesse século que a psiquiatria encontra um dos principais nomes ligado à história da doença mental, Philippe Pinel (1745-1826).

No que faz menção à clínica médica, o século XVIII é marcado pela herança do racional e do observacional, sendo sustentado pelo método da observação. Nesse sentido, Michel Foucault comenta em *O Nascimento da Clínica* que “O olhar não é mais redutor, mas fundador do indivíduo em sua qualidade irreduzível” (FOUCAULT, 1998, p. XIII). Assim, pelo fenômeno do olhar será possível observar e fundamentar a clínica médica. Segundo Foucault, o olhar abrange “uma linguagem racional”, do que se observa. Essas condições históricas tornam o surgimento da clínica médica possível, e também seu método se fortalece a partir da observação. Sendo a clínica psiquiátrica herdeira da clínica médica, assim o psiquiatra observa sinais, identifica sintomas e os ordena com a finalidade de nomear um funcionamento padrão que define a doença. O sintoma é um significante que acaba sendo colocado à doença, sendo essa última seu significado.

²Há várias etimologias da palavra sintoma, a mais adequada me parece referir-se à sua significação pensada a partir do prefixo grego *sin*, que quer dizer “ao mesmo tempo”, e do sufixo *ptoma*, que viria a ser “cair”. Sintoma significaria então “o que cai do mesmo tempo” (LEITE, 2010, p. 126).

A concepção de “saúde” e de “normalidade” na clínica médica também é relevante, pois ambas encontram-se intrinsecamente ligadas a noções positivistas e de bem-estar. Já a concepção de doença será vinculada à noção de desvio do normal. Foucault argumenta que “a medicina do século XIX regula-se mais em comparação, pela normalidade do que pela saúde; é em relação a um tipo de funcionamento ou estrutura orgânica que ela forma seus conceitos e prescreve suas intervenções” (FOUCAULT, 1998, p. 39). O tratável da psicose, pela psiquiatria, configura-se pela ausência do delírio. Isto é, a proposta de um tratamento que organize a ordem do pensamento. Trata-se aí de um fator puramente orgânico. O problema, no entanto, recaía no fato de a noção do normal não ser de forma alguma um conceito estático, e sim um “conceito dinâmico e polêmico”, o que torna impossível delimitar o normal. A esse respeito, Canguilhem destaca:

[...] normatizar, é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como um indeterminado hostil, mais ainda que estranho. Conceito polêmico, realmente, esse conceito que qualifica negativamente o setor do dado que não cabe na sua extensão, embora dependa da sua compreensão (CANGUILHEM, 2012, p. 189).

Essa afirmava denuncia uma impossibilidade de delimitar o que é normal, senão a partir de um par opositor, o anormal. É a negação da lógica do normal, nesse contexto surge a noção de doença como algo patológico. Diante desse cenário irá brotar a noção de estrutura orgânica, um corpo anormal no qual o médico prescreve suas intervenções. Foucault descreve em *O Nascimento da Clínica* “o conhecimento fisiológico, outrora saber marginal para o médico, e puramente teórico, vai se instalar no âmago de toda reflexão médica” (FOUCAULT, 1998, p. 39-40). Essa concepção em torno do fisiológico e do terreno puramente teórico da clínica médica marca o nascimento da psiquiatria.

Surge Philippe Pinel, considerado efetivamente o fundador da clínica psiquiátrica, primordialmente no que se refere à fundamentação das bases metodológicas. O teórico, professor, filósofo e matemático Pinel tem fundamental importância no campo psiquiátrico, pois, em 1793, ao assumir a direção do Asilo Bicêtre (hospital psiquiátrico localizado em Paris), ordena a remoção das algemas dos pacientes internados. Tal feito marca a história da psiquiatria até os dias atuais, este “ato é amplamente encarado como o começo simbólico da Psiquiatria moderna” (SALOMON; PATCH, 1975, p. 169). Este

ato foi um marco histórico pela dimensão que operou no saber da época, e ainda hoje é considerado por muitos um ato heróico, pois, ao desacorrentar os pacientes, Pinel faz emergir uma ideia, até o momento pouca disseminada, ou seja, a possibilidade de propor um tratamento para as doenças mentais. No entanto, esse ato marca também o surgimento do primeiro espaço rigorosamente médico para o estudo da loucura. Da possibilidade de aglutinar loucos em um mesmo local nasce o hospital psiquiátrico. Com a finalidade de conhecê-los, e tratar as manifestações mentais, nasce a psiquiatria. Ao estudar a doença mental e suas manifestações físicas na clínica, a psiquiatria marcará a inclusão da doença mental na concepção da loucura. A loucura passa a ser chamada de doença mental.

O nascimento da clínica médica é marcado pela observação da sintomatologia, ou seja, a observação dos sinais constitui uma categoria de sintomas. Os sintomas por sua vez serão definidos por uma noção que envolve o conceito de normal ou patológico, sendo que o patológico englobará inevitavelmente as condutas tidas como anormais. A discussão em torno do conceito de normal gera uma dificuldade na precisão do diagnóstico, pois é um conceito pouco preciso. É perante esse cenário que a psiquiatria, vai construir suas bases teóricas; herdeira da clínica do olhar, segue o mesmo eixo constitutivo.

Porém o surgimento da psicanálise no século XIX provocará uma ruptura fundamental na concepção da doença mental no saber da época, pois marca uma mudança significativa e sem precedentes, a saber: do eixo do olhar ao registro da escuta. Diante desse novo cenário, o conceito de psicose vai sendo construído, tanto em psiquiatria como em psicanálise.

2.2 O CONCEITO DE PSICOSE NA PSIQUIATRIA

A nosografia psiquiátrica tem como base as noções que envolvem as categorias de neurose e psicose. O termo “neurose” surge em 1777 com Cullen na Inglaterra e significava etimologicamente “degeneração dos nervos” (LEITE, 2010, p. 127). A formalização desse conceito decorre do avanço da anatomopatologia, principalmente pela descoberta do microscópio no final do século XVIII.

O primeiro registro do uso do termo “psicose”, no meio médico como entidade clínica, confere ao ano de 1849, proferido por um psicólogo alemão chamado Feuthslerben, o termo psicose significava etimologicamente “degeneração da mente” (LEITE, 2010, p. 127) e aparece como um conceito forjado em oposição ao termo

neurose. A apropriação efetiva do termo “psicose” pela clínica médica ocorreu na França em 1869, entretanto, para contextualizar uso do termo, será imprescindível um retorno a Phillippe Pinel.

O livro *Traite sur la Manie*, de Phillippe Pinel é considerado a publicação número um da psiquiatria. Pinel filiou-se ao grupo conhecido como “Ideólogos”, grupo que buscava uma base científica para o conhecimento dos fenômenos e da realidade, e de grande importância para o pensamento francês no final do século XVIII. Para eles, conhecer era classificar, separar e agrupar os diferentes fenômenos em ordens aproximadas, surgindo aí a ideia de signos identificatórios entre as doenças. Pinel, ao elaborar o *Traite Medical-Perilisiplique sur L'alienation Mentall*, pode ser considerado o responsável pela primeira incursão especificamente médica sobre a loucura. A respeito dessa afirmativa Laura Silva comenta:

é essa ótica, Pinel inaugurou a exploração sistemática do campo da loucura e a ordenação dos fenômenos que o constituíam, elaborando sua Nosografia a partir da clínica médica como resultado de observação e análise dos fenômenos perceptíveis da doença (SILVA, 2001, p. 28).

A psiquiatria pinelineana preocupou-se em encontrar um correlato entre as doenças mentais e lesões, Pinel inclusive considerava a alienação mental uma doença no sentido das doenças orgânicas, um distúrbio das funções intelectuais, ou seja, das funções superiores do sistema nervoso.

Nas primeiras tentativas de isolar o conceito de doença mental, Pinel toma a alienação mental por doença cerebral, o que induziu a crença que o cérebro é que estava disfuncional. Resquícios dessa crença sustentam a psiquiatria ainda hoje, esse equívoco ocorre em função da aproximação das bases metodológicas da psiquiátrica com a medicina geral. A primeira encontra seu nascimento intrinsecamente vinculado à segunda, assim, é praticamente impossível dissociar o desenvolvimento da psiquiatria dos pressupostos teóricos da medicina. Surgem alguns impasses metodológicos. Para medicina, o fenômeno era definido por ser localizável; já na clínica psiquiátrica, tal pressuposto não era aplicável. Tal concepção confere à doença mental uma unidade distinta, pois a doença mental comporta “um grupo homogêneo de fenômenos, bem distinto das outras doenças” (SILVA, 2001, p. 29). Essa afirmativa denota o caráter enigmático que a doença mental porta, pois seus fenômenos eram obscuros e desarticulados. A nosografia define a doença a partir da sintomatologia, a doença mental seguirá o mesmo percurso, porém sempre marcada pelo caráter desorganizador que os

fenômenos apresentam. Essa concepção custará caro à psiquiatria e acompanhará o conceito de doença mental por longo período.

No que diz respeito à loucura, Pinel funda seu método baseado na tradição clínica. Segundo Paulo Amarante, esta tradição encontra-se fundamentada na clínica do olhar, onde “os atos hábitos bizarros, as atitudes estranhas, os gestos e olhares são registrados e comparados com o que está perto, com o que é semelhante ou diferente” (AMARANTE, 1996, p. 41), determinando o normal e o patológico. A clínica será definida basicamente pelo registro do comportamento, e o diagnóstico é fundamentado nos sintomas observáveis. Segundo esses conceitos, Pinel definirá loucura como desarranjo das faculdades cerebrais, propondo certo número de causas, tais como: “físicas, hereditárias e morais (sendo que entre estas últimas se incluíam as paixões intensas e os excessos de todos os tipos)” (SILVA, 2001, p. 29). Nessa perspectiva, o sujeito será excluído. De qualquer maneira, Pinel foi um clínico que conseguiu reunir vasto estudo teórico a respeito da loucura, operou transformações práticas tanto no meio social quanto no meio institucional. Sua contribuição proporcionará novas concepções conceituais à loucura. Paulo Amarante comenta que a contribuições de Pinel ao estudo das doenças mentais, foram inúmeras, primordialmente por sua abordagem envolver dois campos, Pinel foi “a um só tempo um construtor teórico e prático” (AMARANTE, 1996, p. 42).

A grandiosa contribuição de Pinel influenciará aquela geração de médicos, dentre eles Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840). Discípulo de Pinel dedicou seu estudo à produção de descrições clínicas mais completas e aprofundadas, sua obra não era dotada de grande originalidade, visto que ele desenvolveu a sua nosografia nos mesmos pressupostos metodológicos de Pinel. Entretanto, seu mérito foi dedicar-se exclusivamente ao estudo das doenças mentais, direcionando toda a sua obra ao tema. Esquirol desenvolve as mesmas coordenadas da clínica médica iniciadas por Pinel, ou seja, a existência de uma doença exclusivamente cerebral. Devido à pouca especificidade do uso do termo “melancolia”, o autor restringe seu uso, e toma o termo “monomanias” para classificar as afecções que afetam o espírito de forma parcial. A característica dessas afecções seria a recusa a falar, a movimentar-se e a alimentar-se. A vida intelectual do doente é marcada pelo caráter delirante, pelo medo, pela opressão, por ideias de ser envenenado, desonrado, perseguido e outras sintomatologias.

O século XIX será marcado por pesquisas, classificações e descrições, sendo assim a contribuição dos seguidores de Esquirol consiste “em lançar os alicerces de uma

nova disciplina clínica, introduzindo uma maneira erudita e metódica de classificar e descrever sintomas mentais” (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 192).

Nesse eixo classificatório, a psiquiatria vai criando suas bases epistêmicas. Porém, alguns dos pressupostos teóricos psiquiátricos começam a gerar certa desconfiança no meio médico daquele século, pois a hegemonia do saber médico determinava que, para haver doença, deveria existir lesão. Nesse contexto, serão constantes os debates e questionamentos gerados a partir da ausência de pressupostos teóricos da psiquiatria. E assim, essa última sofrerá um golpe. Pela ausência de localização da lesão, passa ser improvável que a psiquiatria ocupe o mesmo campo epistemológico da medicina. Faltava à psiquiatria o objeto que identificasse a etiologia da doença mental.

O grupo dos funcionalistas sustentava as posições de Pinel e Esquirol, enquanto o segundo grupo se propunha a descobrir a anatomia da doença mental. Étienne Georget (1795-1828) é um dos seguidores de Pinel que desenvolverá a tese de uma posição intermediária. Silva observa que Georget “concebe as afecções mentais de maneira dualista”, separando “distúrbios mentais sintomáticos decorrentes de uma causa orgânica”, de um lado, e os “distúrbios idiopáticos que resultavam de perturbações puramente funcionais” de outro, sendo que ambos constituiriam a loucura (SILVA, 2001, p. 30). Essa tese delimita o fator dual do conceito de doença mental, a saber: distúrbios mentais orgânicos e distúrbios funcionais³.

Posteriormente, uma descoberta provocaria um grande golpe ao psicologismo que estava brotando. Em 1822, A. L. J. Bayle (1799-1858) publica sua tese sobre a paralisia geral em que procura demonstrar que a meningite crônica seria a causa da doença. Essa descoberta defende a hipótese que havia uma lesão cerebral na origem das doenças mentais. Bayle irá propor fases para o desenvolvimento e percurso da doença, descrevendo pela primeira vez na história da psiquiatria um quadro mórbido com processo sequencial. A descoberta de uma etimologia e de uma evolução para a paralisia geral fez ruir as bases nosológicas de Esquirol. Novos desafios se impunham à psiquiatria. No âmbito da concepção da reestruturação da clínica psiquiátrica, despontam os estudiosos Morel e Kraepelin.

Em 1860 Benedict Augustin Morel (1809-1873) se ocupa em dar uma resposta à questão, propõe que, para as loucuras simples ou essenciais, existiria uma causa

³A tese de Georget, iniciada com Pinel e Esquirol irá influenciar o desenvolvimento da nosologia do final do século XIX. Essa tese “viria influenciar posteriormente toda a Nosologia do final do século XIX e permitir, posteriormente, a implantação do movimento psicodinâmico em Psiquiatria” (SILVA, 2001, p. 30).

determinante: a degenerescência hereditária. Essa teoria defendia que a loucura seria ocasionada por um germe patológico, com carga genética, transmissível, era determinante nos degraus da decadência física e moral, podendo até chegar a uma espécie de eliminação natural por extinção. Essa construção teórica foi usada, posteriormente, como base para a medicina higienista.

A teoria da “degenerescência acarretou uma desestabilização de todo quadro conceitual da alienação mental” (SILVA, 2010, p. 31), pois essa teoria acaba instituindo a loucura em um eixo classificatório e criou a ideia da existência de um processo evolutivo.

No entendimento dos teóricos que defendem a teoria da degenerescência, a herança patológica deixa marcas no corpo por gerações, sendo essa a causa fundamental da doença mental, diferentemente dos defensores da teoria pinelineana, que acreditavam que a herança patológica era apenas um dos vários elementos envolvidos na rede explicativa da doença mental. Essa teoria custará caro à concepção de doença mental, pois institui paulatinamente a ideia de prognóstico.

Seguindo esse percurso histórico, a psiquiatria tentará assumir uma linha conceitual: localizar as causas da doença mental no corpo. O conceito de doença mental ficará ligado à concepção de um distúrbio cerebral, sendo, assim, uma disfunção do corpo. As doenças originavam “em perturbações localizadas dos órgãos corporais” (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 202).

A psiquiatria vigente na época forjará suas bases epistêmicas seguindo o mesmo modelo e percurso da neurologia, e tentará localizar a perturbação mental em um órgão específico do corpo. Essa concepção terá grande repercussão em toda Europa no século XIX:

este conceito foi incentivado nos primeiros anos do século XIX, quando médicos franceses propuseram que o foco da doença estava nos tecidos dos órgãos e, finalmente, em meados do século XIX, quando pesquisadores alemães localizam doença nos elementos básicos finitos dos tecidos, as células (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 202).

Essas ideias representaram um risco para a psiquiatria, pois ao localizar o tecido doente novamente o caráter psicodinâmico da doença mental foi posto em xeque, e conseqüentemente a noção de um sujeito. Isso porque, a noção de sujeito portador de um transtorno se destitui pela possibilidade de localizar a lesão no corpo.

Esse cenário irá se modificar em 1883, quando é publicado na Alemanha o “*Compêndio de Psiquiatria*” de Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin (1856-1925). A elaboração desse compêndio é um marco da psiquiatria, pois descreverá a doença ligando sua sintomatologia a determinado curso. Inúmeros autores contemporâneos consideram Kraepelin o verdadeiro criador da psiquiatria moderna.

2.3 DE KRAEPELIN À CLÉRAMBAULT

Em seu primeiro compêndio Kraepelin adota uma classificação essencialmente sincrônica, influenciado por teorias estruturadas em bases psicológicas. Kraepelin foi aluno de Wilhelm Max Wundt (1832-1920), considerando o pai da psicologia. Fortemente influenciado pelos pressupostos pinelineanos, estrutura o seu compêndio fundamentado na análise psicológica e em 1799, 16 anos após a publicação da primeira edição, Kraepelin publica a sexta edição de seu tratado. Essa publicação apresenta uma elaborada classificação baseada na adoção simultânea dos recursos disponibilizados pela anatomia patológica, pela etimologia e pela clínica, visto que, até o momento, nenhum desses autores havia avançado o suficiente para conseguir fornecer elementos seguros à classificação dos distúrbios mentais. Sendo assim, a principal contribuição deste autor à psiquiatria foi criar o princípio nosológico-clínico. Esse método “extraiu um sistema de psiquiatria descritiva que ainda é empregado para classificar pacientes com base no comportamento manifesto” (ALEXANDER; SELESNICK, 1980, p. 222). O mérito de Kraepelin foi criar uma forma descritiva para classificar os sintomas; neste novo processo classificatório algumas síndromes foram revisadas, permitindo a distinção entre alienações exógenas e endógenas. A partir desse método também foi possível rever o caráter evolutivo da doença mental. Nas palavras de Paulo Amarante:

o mérito de Kraepelin está, primeiro, em fundar uma sistemática nosológica (em substituição à nosografia dos alienistas anteriores); segundo, porque, embora por meio de termos distintos, distingue as alienações endógenas das exógenas, inclusive, com a adoção do conceito de ‘demência precoce’ (que Bleuler vai, posteriormente denominar de esquizofrenia); terceiro, porque adota uma classificação que vai da sintomatologia ao curso e à terminação; e quarto porque o conceito, aponta para o caminho definitivo das investigações quanto à hereditariedade, da qual, até os dias atuais, se ocupa a psiquiatria (AMARANTE, 1996, p. 57).

O método introduzido por Kraepelin contribui para marcar a diferença estrutural do objeto de estudo da psiquiatria pinelineana, visto que introduz a noção descritiva da

doença mental, principalmente no que diz respeito à sintomatologia e ao curso da doença, anteriormente negligenciados. Diante disso, os pressupostos teóricos em torno da doença mental assumem um novo estatuto, Paulo Amarante afere:

o princípio nosológico-clínico opera um novo arranjo interno no conjunto de aspectos relativos a uma doença, no qual são combinadas as perspectivas diversas, tais como a etiologia, as condições de aparecimento da doença, a tendência à predisposição, o curso da moléstia, a sintomatologia, a perspectiva prognóstica, a idade, o sexo, os hábitos etc (AMARANTE, 1996, p. 57).

Nesse novo sistema o comportamento pode ser definido, monitorado e decodificado. Dessa ideia surge uma possibilidade de pensar a doença como um conjunto de aspectos não acidentais, mas resultantes da natureza de cada uma das unidades envolvidas. Kraepelin pelo uso do princípio nosológico clínico vai diferenciar as doenças por grupos, os grupos variam de acordo com a etiologia, o curso e anatomopatologia de cada enfermidade. O princípio nosológico fundado na noção de unidade foi importante para o desenvolvimento da psiquiatria, no entanto, esse processo classificatório subverte a questão moral da doença mental, formulada *a priori*, pelos alienistas. A doença mental será definida por um sistema classificatório, onde ordenar sintomas subverterá a questão do olhar. Todavia as duas concepções excluem a concepção de sujeito. Foi com o nascimento da psicanálise e o trabalho de Freud que o panorama se modifica.

Kraepelin teve grande contribuição à clínica das psicoses. Desde 1896, ele vinha desenvolvendo seu *Manual de Psiquiatria*, criando e aperfeiçoando os pressupostos teóricos das entidades clínicas, e vai fazer uso do termo “psicose” para classificar uma forma de loucura circular, ou loucura maníaco-depressiva. A classificação de Kraepelin incluía as alterações mentais nos traumatismos cerebrais, nas encefalopatias orgânicas, nas enfermidades infecciosas e, ainda, quando as alterações mentais ocorressem nas:

[...] esquizofrenias (demência precoce, parafrenias); a psicose maníaco-depressiva; as psicopatias (personalidades psicopáticas); as reações psicógenas; a paranóia e, finalmente, as oligafrenias (debilidade mental, imbecilidade, idiotia) (AMARANTE, 1996, p. 58).

Essa descrição denota a abrangência do sistema classificatório kraepelineano, além de marcar o momento em que o conceito de psicose é introduzido na psiquiatria clássica.

Kraepelin formaliza um verdadeiro sistema classificatório no *Compêndio de Psiquiatria*. E assim, o pai da psiquiatria clássica cria uma delimitação clínica rigorosa

do quadro da demência precoce⁴, da psicose-maníaco-depressiva, e da paranoia. Inclusive, no âmbito psiquiátrico, as contribuições desse autor foram essenciais para formalização de uma teoria das psicoses não orgânicas.

O marco fundamental do século XIX será justamente a inscrição da loucura no campo da psiquiatria, fundamentada no par médico-doente.

Esse deslocamento conceitual irá constituir um novo panorama da doença mental, uma vez que comportamentos e condutas do cotidiano serão decodificados como patologias psiquiátricas, justamente pela relação médico/paciente estar permeada pelo poder excessivo do médico sobre o doente.

No início do século XX o conceito de psicose será formalizado em um processo paralelo na psicanálise e na psiquiatria. Esse processo histórico definirá a diferença entre as duas áreas do saber, revelando, ao mesmo tempo, diferença e ruptura.

O século XIX inaugura as ideias da psicologia dinâmica e da fenomenologia dentro das concepções clássicas da psiquiatria. Essa corrente tem início na França com uma série de autores que passam por Salpêtrière, antigo reduto pineliano. No começo do século XIX, o eminente neurologista Jean-Martin Charcot (1825-1893) inicia seu estudo da “grande neurose”, descrevendo o tipo clínico da histeria. O trabalho de Charcot a respeito da histeria, e também da hipnose provocou grande reação em seus contemporâneos. O primeiro movimento desse período ocorre na Alemanha na década de 1900, com o movimento psicodinamicista. O segundo movimento ocorre em Zurich, em torno de Eugen Bleuler (1857-1939) e Carl Gustav Jung (1875-1961). Esse movimento tem sua origem datada pela introdução das ideias de Freud no meio psiquiátrico.

A esse respeito, Foucault observa que Freud acolheu a realidade vigente na época e ocupou-se da relação médico/paciente, de tal forma que efetivou aí seu objeto de estudo. Segundo Foucault, o momento é propício e conceitualmente fecundo para o nascimento do método psicanalítico:

e é essa medida que toda psiquiatria do século XIX converge realmente para Freud, o primeiro a aceitar em sua seriedade a realidade do par médico-doente, que consentiu em não separar do par nem olhares, nem sua procura, que não procurou ocultá-la numa teoria psiquiátrica bem ou mal harmonizada com o resto do conhecimento médico (FOUCAULT, 1972, p. 502).

⁴Na quarta edição do *Compêndio de Psiquiatria* a demência precoce aparece como resultado da descrição de um quadro clínico. O autor fornece uma descrição fenomenológica precisa dos sintomas, enfatizando o critério prognóstico. Não é por acaso que a demência precoce é encontrada no grupo dos processos demências na famosa sexta edição do *Compêndio* de 1899. Essa publicação é considerada clássica, em razão da sistematização do saber acumulado até o momento.

A contribuição freudiana realmente ultrapassou os limites de sua época, marcando a inscrição do sujeito na ordem da loucura, pois esse autor, ao formalizar a relação médico-doente, instituiu a marca fundamental, a escuta, criando assim a teoria psicanalítica.

Por volta de 1900, os autores da época passaram a utilizar as concepções freudianas para o estudo das psicoses. Uma corrente se formou em Zurich, tendo os nomes de Bleuler e Jung, essa corrente teve sua origem após a introdução das ideias freudianas no meio psiquiátrico. Silva comenta que esse cenário se constitui “por volta de 1904, quando estes autores se empenham em utilizar algumas das contribuições de Freud na compreensão das psicoses” (SILVA, 2001, p. 34). Os resultados da introdução da perspectiva psicanalítica datam de 1906, quando foram “publicados os livros de Jung sobre a demência precoce e o de Bleuler sobre a paranóia” (SILVA, 2001, p.35). O terreno estava fértil a proliferação do método psicanalítico.

A psiquiatria teve seus pressupostos teóricos formulados pela classificação, desde Kraepelin os manuais foram desenvolvidos fundamentalmente na clínica do olhar e no registro da sintomatologia. Ao longo do século XIX foram introduzidas ao estudo do comportamento a descrição, sistematização e classificação das doenças mentais. Assim, a psiquiatria ocupou-se em codificar, classificar, aglutinar e registrar as doenças mentais, transformando saber psiquiátrico em um sistema classificatório. Exatamente o que permitiu que a psiquiatria se constituísse como especialidade médica foi o responsável por excluir a noção de sujeito. A psiquiatria clássica durou mais de um século, e foi marcada por uma medicina que norteava seus pressupostos teóricos no funcionamento da mente. Por mais que o objetivo da psiquiatria fosse fundamentar as suas bases teóricas, como a medicina, infelizmente essa ideia não se concretizou, pois Marie François Xavier Bichat (1771-1802) propôs uma teoria que desestabilizou o cenário. Seu método permitia identificar no corpo uma causalidade lesional que justificasse a doença. O diagnóstico final era determinado por um laudo realizado após a necropsia indicando a causa da morte. Com esse método, a clínica médica encontra sua verdade na anatomia patológica. Contudo, o método anátomo-clínico de Bichat não era aplicado à psiquiatria. Enquanto a clínica médica cria raízes nos fundamentos biológicos, a clínica psiquiátrica se afasta deles, pois encontrará sua base no reino da palavra. A psiquiatra clássica foi obrigada a distanciar-se da clínica médica, deparando-se com a necessidade de formalizar novos pressupostos teóricos.

A psiquiatria contemporânea efetuou um aumento na descrição psicopatológica dos quadros. Porém, o impasse se manteve, mesmo contando que número maior de sintomas, o problema persistiu, pois a questão diagnóstica ainda não estava clara, sendo praticamente impossível a apreensão de um diagnóstico preciso. Diante desse impasse, a psiquiatria moderna passa a aumentar os manuais de diagnóstico tentando, por meio da classificação, dar conta do que falta, a precisão diagnóstica. Assim no que se refere à natureza dos distúrbios psicopatológicos, o impasse torna-se conceitual e praticamente indissolúvel entre psiquiatria e psicanálise, pois são dois campos distintos. Estava instituída a diferença entre psiquiatria e psicanálise.

2.3.1 O Automatismo Mental de Clérambault

Gaëtan Gatian de Clérambault estudou a clínica dos delírios crônicos no período de 1920 a 1926. Clérambault foi professor de psiquiatria de Lacan, e único ao qual Lacan referia-se como seu mestre. No *Seminário III* ele cita: “Numa palavra, na ordem das psicoses Clérambault continua absolutamente indispensável” (LACAN, 2008, p. 14).

Clérambault foi responsável por isolar uma síndrome básica nomeada por ele como “automatismo mental”, esta síndrome precede as manifestações delirantes ou alucinatorias. Na descrição de Clérambault percebe-se a presença do *Pequeno Automatismo Mental* e do *Grande Automatismo* ou *Automatismo Tríplice*. As definições descritas por Clérambault sobre a forma de automatismo mental serviram de base para a formalização do conceito de fenômeno elementar, usado por Lacan no estudo a respeito das psicoses. Esses fenômenos de interferência podem ser:

a) Positivos, de intrusão: que se dividem em contínuos, como os fenômenos psitacísticos (não-senso, jogos verbais silábicos, refrões verbais, absurdos, repetição de palavras em ladainhas, entonações bizarras, palavras jaculatórias fortuitas); ou as diversas variedades do mentismo (ideorréia, fluxo irreprimível de representações visuais, fenômenos hipermnésicos, desfiladeiros, uso de recordações); ou episódicos - neste caso podendo ser: intelectuais (falsos reconhecimentos, percepções perpétuas de semelhanças, intuições e veleidades abstratas, sentimentos de estranheza, de *déjà vu*, de revelação iminente) ou afetivos (emoções sem objetos, veleidades obscuras). **b)** Negativos, de inibição: detenção dos pensamentos, esquecimentos, vazios do pensamento, perplexidade sem objeto, aprosexia, fadiga. **c)** Mistos, simultaneamente negativos e positivos: substituição de pensamentos, esquecimentos e aportes; emergências parasitárias contínuas, passagem de pensamentos invisíveis, não reconhecidos; impressões de adivinhações do pensamento (BERCHERIE, 1989 apud BARRETO, 2010, p. 82).

Essa afirmativa evidencia a forma pela qual a mente do psicótico torna-se objeto de uso do seu próprio pensamento. Ele é invadido por esses pensamentos, por vozes de comando, enfim nada lhe pertence, tudo pode tomar a dimensão de interno e externo. A invasão é gerada pela impossibilidade de separar o objeto perceptível (a voz, por exemplo) do campo que estrutura a realidade do sujeito. Nesse sentido, sobressalta a ideia de que existiria a angústia na psicose. Os fenômenos acima descritos deflagram a angústia na forma mais aterrorizante, pois é como se o cérebro virasse objeto de alguma manobra externa.

Clérambault refere que a evolução desses pensamentos pode progredir, evoluir; então, o *Pequeno Automatismo Mental* passa também a representar os fenômenos ideoverbais. Ocorre, nos quadros psicóticos, a sensação de que o pensamento é precedido ou repetido como eco do pensamento. Ou ainda, o sujeito recebe uma comunicação prévia de tudo o que fará em forma de enunciação dos seus atos, podendo produzir verdadeiros diálogos interiores:

essa divisão dentro do seu eu tem um caráter de indiscrição que o surpreende e irrita; há momentos em que se lhe faz falar ou trabalhar contra a sua vontade, ou então se lhe impede de pensar ou agir. Também é possível que se desenvolva em seu cérebro verdadeira galimatias, que se manifestará em palavras ou escritos: dissecção silábica, jogo de palavras por assonância, litania de palavras, etc (BARRETO, 2010, p. 82).

Esses elementos podem cessar no estágio inicial da doença ou evoluir, gradativamente, tornando o pensamento auditivo ou verborreico, caracterizado por vozes que podem ser verbais, objetivas, individualizadas e temáticas.

Para Clérambault, as alucinações auditivas podem associar-se a outros fenômenos alucinatórios; entretanto, ele pontua a importância do caráter verbal do fenômeno alucinatório. Verbal e não auditivo, dessa ideia é que surge a incidência da linguagem sobre o psiquismo, articulação extremamente relevante na teoria lacaniana. Sendo assim, é uma questão que desenrola na fala e na linguagem.

Na descrição realizada pelo médico, cada fenômeno assume um caráter autônomo e primitivo na síndrome. Essa é a diferença fundamental da descrição de Clérambault daquela realizada pela psiquiatria clássica. No seu entender, a base da organização delirante não tem caráter secundário, explicativo ou interpretativo. Clérambault insiste na ideia do caráter neutro. O sujeito da síndrome assiste como testemunha passiva a tudo o que lhe afeta. A esse respeito Angelina Harari comentará que “Lacan retoma de

Clérambault a ideia de dimensão constituinte – radicalmente mecânica, inclusive rítmica, e desprovida de sentido emocional – no universo e na sintomatologia psicóticos, algo que é digno do interesse dos psicanalistas”, apresentado pelos quadros delirantes (HARARI, 2006, p. 14). Parece ser essa a ideia que Lacan seguirá desenvolvendo, a partir do seu mestre Clérambault: que o sujeito é acometido por algo sem ter qualquer controle sobre o que o aflige, e estas sensações surgem aleatoriamente sem nenhuma sequência lógica. Lacan dá início, assim, ao rompimento com a filogênese, para introduzir a questão do funcionamento de uma estrutura.

No *Seminário III*, Lacan incluirá o seguinte comentário:

a noção de automatismo mental está aparentemente polarizada na obra e no ensino de Clérambault pelo cuidado de demonstrar o caráter fundamentalmente **anidéico**, como ele se exprime, dos fenômenos que se manifesta na evolução da psicose, o que quer dizer **não conforme a uma seqüência de idéias** (LACAN, 2008, p. 14, grifo do autor).

A definição lacaniana mostra a importância da sistematização realizada por Clérambault. Tal definição retira a ideia de caráter evolutivo do quadro. E recoloca termos como, eco do pensamento e casos típicos de alucinação envolvidos no processo do *Automatismo Mental*.

Lacan retoma o postulado clerambaultiano para apresentar a novidade, e contrariando a tradição psiquiátrica propõe que na psicose não há, necessariamente uma história pré-mórbida. Inclusive no final do seu ensino, ele aposta na psicose como uma estrutura marcada pela incidência dos fenômenos de linguagem. Nesse sentido, com Lacan teremos uma teoria psicanalítica voltada ao campo das psicoses, pois no *Seminário III* ele se ocupará da análise dos fenômenos de linguagem.

Justamente por tal possibilidade a psicanálise concentra sua técnica fundamentalmente, voltada à clínica. E de tal modo, a psicanálise surgirá como um diferencial, marcando o deslocamento do conceito de sintoma do eixo do olhar para a escuta. Portanto, são perceptíveis a mudança e a ruptura, “a história da psicanálise pode ser considerada, epistemologicamente, uma ruptura com a neurologia, a psiquiatria e a psicologia do século XIX, pelo deslocamento do eixo do olhar para o eixo da escuta” (WINTER, 2006, p. 91). O sintoma que antes era observado, nomeado e classificado segundo uma ordem, com a psicanálise passa a portar o enigma do inconsciente articulado com a fala e nos fenômenos de linguagem. Nesse contexto, o delírio será tomado como objeto de estudo pela psicanálise, por ser exclusivamente um fenômeno de

linguagem. É justamente por essa via que o estudo das psicoses pela psicanálise tomará grande distância do saber psiquiátrico, pois para a psiquiatria a sintomatologia deve ser eliminada. As medicações, os chamados antipsicóticos produzem esse efeito, eliminam o delírio, e também excluem o sujeito. Freud foi o responsável por introduzir a noção de sujeito⁵ na ordem da loucura, como podemos acompanhar no que produziu.

2.4 A FORMAÇÃO DA TEORIA DA PSICOSE EM FREUD

O objetivo deste tópico será o de retomar dos escritos freudianos da formulação da teoria da psicose, por ser este o autor que inaugura a diferença clínica entre psicose e neurose. O termo “psicose”, cuja definição varia inclusive na psiquiatria descritiva, e assume várias formas clínicas, com Freud encontrará sua calma, pois o pai da psicanálise não se deteve nas múltiplas querelas nosológicas que envolveram a psicose durante todo século XIX e o começo do século XX.

Em 1911, Freud publica *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia*, artigo considerado um marco histórico ao estudo das psicoses. A partir dele Bleuler fará uma revisão no conceito que desenvolveu a respeito da esquizofrenia⁶, agora à luz dos mecanismos freudianos. Em 1911, ano em que Freud publica o famoso caso Schreber, “Bleuler publica sua monografia *Demência precoce* ou *O grupo das esquizofrenias*, escrita em 1908” (QUINET, 2009, p. 63). Esse momento marca o movimento que Bleuler efetuou rumo ao abandono definitivo do termo “demência precoce” (QUINET, 2009, p. 63). Ele é levado, então ao encontro dos conceitos freudianos, segundo Quinet “a esquizofrenia de Bleuler é freudiana”, pois busca outro sentido além do orgânico, “ele busca um sentido para os sintomas”, sempre “levando em conta o sujeito do inconsciente” (QUINET, 2009, p. 63). Com a apropriação dos conceitos psicanalíticos, a descrição do conceito de esquizofrenia vai adquirindo novos contornos. Inclusive, Quinet afirma que Freud considerava o emprego do termo esquizofrenia pouco adequado:

Freud considerava a esquizofrenia um “mau termo nosográfico” e a paranóia um “bom tipo clínico”, porém conservou a esquizofrenia para designar os casos

⁵A palavra “sujeito” não fez parte do léxico freudiano. Freud escolhe definições mais compatíveis a filosofia de seu tempo, como “eu”, de um “si - mesmo”, ou ainda “o indivíduo”. O autor empregou a palavra sujeito poucas vezes, a primeira delas ocorre quando ele aborda o estudo das pulsões, no artigo da Metapsicologia em 1915.

⁶O termo esquizofrenia foi definido por Eugen Bleuler. Contudo, o quadro já havia sido descrito por Kraepelin “como demência precoce (*dementia praecox*)” (QUINET, 2009, p. 62). O termo demência precoce surgiu com Morel em 1856. A definição que Kraepelin realizou de demência precoce será usada pela psiquiatria como um sinônimo a esquizofrenia.

em que havia retirada da libido do mundo externo e o retorno ao auto-erotismo. Ele chegou a rejeitar o termo e propor outro - a parafrenia -, que não foi convincente entre seus colegas. Mas ele próprio voltou a utilizar o termo esquizofrenia, como o demonstra, entre outros, seu artigo metapsicológico “O inconsciente” (1915) (QUINET, 2009, p. 64).

No período inaugural da psicanálise, os termos neurose e psicose já serão empregados nos textos freudianos, porém o termo “psicose” será usado pelo autor sem a pretensão de ser um tipo clínico. O termo neuropsicose será mais frequentemente usado por Freud para nomear o quadro psicótico.

Freud orientava que a fase inicial do tratamento psicanalítico deveria ser cautelosa, e com a devida precaução quanto ao diagnóstico. No artigo de 1926, *A questão da análise leiga*, ele orienta que os analistas cuidem do momento inicial dos atendimentos, pois é nessa fase que o diagnóstico diferencial entre psicose e neurose deve ser devidamente formulado. Mesmo tendo contraindicado o tratamento psicanalítico das psicoses, o inventor da psicanálise realizará um estudo rigoroso dessa clínica já no início de sua produção teórica.

No período anterior a 1900, Freud desenvolve a teoria da defesa, devesas significativa à psicanálise, pois sob esta teoria foi constituída a primeira distinção nosográfica freudiana. Essa distinção segue a ideia de pares opostos, psicose versus neurose. Em janeiro de 1894 Freud escreve o artigo *As neuropsicoses de defesa* e anuncia a teoria psicológica da defesa. O autor refere que o mecanismo de defesa é a base do desenvolvimento das histerias, de muitas obsessões e fobias, bem como de certas psicoses alucinatórias. No artigo *As psiconeuroses de defesa* os termos “fuga para a psicose”, “defesa” e “conversão” (FREUD, 1996, v. III, p. 52) serão citados pela primeira vez nos textos freudianos. Tais termos serão retomados no decorrer do desenvolvimento da teoria freudiana.

Nesse artigo Freud definirá duas neuroses: a neurose de angústia e a neurastenia, denominadas neuroses atuais. As neuroses de defesa estariam marcadas, como denota o próprio nome, pela possibilidade do uso do mecanismo de defesa para diminuir a sensação conflitiva. As principais neuroses de defesa abarcariam: a histeria, a neurose obsessiva e a paranoia. Freud demonstra a formação do mecanismo de defesa nas neuroses, e constrói um percurso que admite a existência de uma divisão da consciência. Em determinado momento da vida psíquica do sujeito “houve uma ocorrência de incompatibilidade em sua vida representativa” (FREUD, 1996, v. III, p. 55), diante de “uma experiência, uma representação ou um sentimento” (FREUD, 1996, v. III, p. 55),

que geram um “afeto aflitivo” a consciência se divide, separando a representação incompatível de seu afeto, mas o mantendo ainda na consciência. Assim, a base de formação de um quadro de neurose é sempre a defesa de um conflito psíquico.

A respeito da psicose, Freud refere existir uma forma de defesa mais poderosa que leva o sujeito a produzir uma negação, assim o “eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais tivesse ocorrido” (FREUD, 1996, v. III, p. 64); dessa forma, também nas psicoses se trata de uma forma de defesa. Nesse sentido, Freud formula: “Portanto, é justificável dizer que o eu rechaçou a representação incompatível através de uma fuga para a psicose” (FREUD, 1996, v. III, p. 65). O mecanismo de defesa é à base da formação também das psicoses. Juan David Nasio complementa:

o estado psicótico é, para Freud, uma doença da defesa; é a expressão mórbida da tentativa desesperada que o eu faz para se preservar, para se livrar de uma representação inassimilável, que, à maneira de um corpo estranho, ameaça sua integridade (NASIO, 2001, p. 36).

Portanto, na fase inicial da formalização de teoria freudiana, a psicose é uma forma de defesa do Eu diante de uma ameaça da integridade desse Eu. Contudo, esse conceito sofrerá nuances no decorrer do percurso teórico do autor.

Fundamentalmente, a diferença entre as duas categorias classificatórias acima citadas é que as neuroses estariam marcadas pelo mecanismo de defesa; entretanto, é plausível afirmar que se definem também como resultado da inadequação da vida sexual do sujeito: “todos os casos que analisei, era a vida sexual do sujeito que havia despertado um afeto aflitivo” (FREUD, 1996, v. III, p. 59).

Nos estudos relativos às neuroses de defesa Freud não se ocupa em delimitar a distinção entre neurose e psicose, essa preocupação se desenhará *a posteriori* na sua teoria. Em seus primeiros escritos Freud descreve a paranoia como um modo patológico de defesa. No *Rascunho H* redigido por Freud em 1895 e intitulado a *Paranóia*, e no *Rascunho K As neuroses de defesa* escrito em 1896, ele apresenta a paranoia como um resultado mal-sucedido da defesa inconsciente. Nesse sentido, postula: “sucede que a paranoia, na sua forma clássica, é um **modo patológico de defesa**” (FREUD, 1988, v. I, p. 254, grifo do autor). Ele complementa essa formulação admitindo que pessoas “tornam-se pananóicas diante de coisas que não conseguem tolerar”. Essa concepção vai marcando o nascimento do conceito freudiano de psicose.

Ao apresentar a teoria de defesa, Freud formaliza que a paranoia seria o resultado mal-sucedido do processo desta defesa e anunciará a diferença entre a defesa na paranoia e a defesa na neurose. Nesse sentido, Simanke afirma “o conceito de *defesa* é, com certeza, o ponto de apoio mais eficiente para interpretar os primeiros desenvolvimentos freudianos no campo da psicopatologia” (SIMANKE, 2009, p. 82). Esse conceito de defesa é inaugural na psicanálise e marcará o construto teórico do ensino freudiano.

A defesa do recalcado na paranoia se expressa de maneira tão particular que o sujeito não pode reconhecer que a “censura” lhe é própria. Assim sendo, o sujeito afetado por uma forma de defesa paranoica irá: “ouvir essa mesma censura, agora proveniente de fora” (FREUD, 1988, v. I, p. 255). Já em seus primeiros rascunhos Freud marcará a diferença e complementar, denotando sua posição futura em relação à formação da psicose. Ele afirma: “uma autocensura interna” passará então a outra localização “uma recriminação vinda de fora”. O trabalho de defesa é extremamente eficaz, pois localiza uma representação interna inoperante em algo vindo de fora, como algo que o sujeito diria dele mesmo. Confirmando que “o propósito da paranóia é rechaçar uma idéia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo” (FREUD, 1988, v. I, p. 256). Assim, o mecanismo da paranoia é constituído pelo fracasso do mecanismo de defesa.

Esse ponto norteia a construção da teoria da psicose em Freud, e ele iria seguir nesse percurso, caso não tivesse se deparado com o *Caso Schreber*. Nesse momento Freud revela a tese fundamental da paranoia de Schreber, em torno de uma defesa contra a homossexualidade. Inclusive em algumas anotações que Freud enviou a Jung foram encontradas de maneira detalhada o mecanismo da paranoia. Contudo, nas anotações não foram encontrados indícios compatíveis com um funcionamento homossexual.

No *Rascunho K* Freud complementa sua formulação teórica admitindo que na paranoia a defesa é prejudicial quando usada para evitar as lembranças encobridoras. Esse processo libera um “novo desprazer”, pois o reprimido encobre justamente lembranças de cunho sexual. Na paranoia existe um recalçamento das ideias sexuais, e conseqüentemente “um retorno das ideias recalçadas” (FREUD, 1988, v. I, p. 273). Em relação a isso, diz:

nesse ponto, com o retorno do recalcado sob forma distorcida, a defesa fracassa de vez; e os delírios assimilatórios não podem ser interpretados como sintomas de defesa secundária, mas como o início de uma **modificação do ego**, expressão do fato de ter sido ele subjugado (FREUD, 1988, v. I, p. 274, grifo do autor).

Já em *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*, de 1896 Freud anunciava ter realizado uma breve divisão em torno das neuroses agrupando-as em: “a histeria, as obsessões e certos casos de confusão alucinatória aguda”, que serão nomeadas “neuropsicoses de defesa”, tais “afecções”, estão marcadas por um aspecto comum, que seria o mecanismo “psíquico de defesa” (FREUD, 1994, v. III, p. 163). Essas afecções serão marcadas pelo funcionamento do mecanismo de defesa. Freud efetiva que a paranoia também seria uma psicose de defesa, contudo, a “paranóia deve ter um método ou mecanismo especial de recalçamento”, diferentemente da histeria. Nessa última, o mecanismo característico é a “conversão” no corpo, já as neuroses obsessivas usam o mecanismo de “substituição”.

Nesse processo classificatório Freud diferenciará as neuroses de defesas das neuroses narcísicas, deixando a psicose ao lado desta última, e defende que, na psicose diferentemente da neurose, a defesa é tão eficaz, que nega a realidade da percepção ligada à representação conflitiva, recalçando seu conteúdo. Nesse momento, o pai da psicanálise ainda não fez alusão ao rompimento do Eu com a realidade, mas referirá que existe na paranoia uma “distorção” da realidade, como nas neuroses obsessivas. Para Richard Simanke Freud, “ênfatisa a ideia de que é o fracasso da defesa, isto é, o malogro em obter o esquecimento desejado, que instaura o conflito patológico” (SIMANKE, 2009, p. 86). Na neurose, em um primeiro momento, ocorreria um recalque das exigências pulsionais, já na psicose ocorreria uma rejeição de um acontecimento desagradável da realidade. Este conceito será retomando ao longo do percurso sempre respeitando a construção teórica do conceito de psicose na teoria freudiana.

Em 1911, ao publicar *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relato em autobiografia, “O caso Schreber”*, Freud se ocupará em marcar a diferença entre a enfermidade e as tentativas de restabelecimento do quadro. No entanto, é somente no ano de 1914 que Freud realizará a leitura do caso Schreber à luz das reflexões metapsicológicas sobre o narcisismo. A partir daí o autor formaliza um novo conceito, que marca em definitivo a diferença das duas estruturas clínicas. Para Simanke, “a formulação da segunda tópica que dará a Freud condições de distinguir ou, ao menos, ensaiar uma distinção nosográfica para neurose e psicose” (SIMANKE, 2009, p. 123). Essa distinção seguirá para sempre os pressupostos teóricos freudianos.

É também por consequência da formalização do conceito de narcisismo que Freud irá anunciar que a psicanálise não é um método de tratamento destinado a psicóticos e por isso tal artigo merece uma apreciação detalhada.

2.5 O CONCEITO DE NARCISISMO

O artigo *Introdução ao Narcisismo*, escrito por Freud em 1914, traz certa contribuição à clínica das psicoses. Esse conceito, inclusive, dará origem à criação de uma nova categoria nosográfica, de neurose narcísica que, posteriormente, será redefinida pelo termo psicose. Sendo assim, “o narcisismo é não só um conceito crucial na evolução da metapsicologia freudiana, mas talvez o que está mais intimamente ligado à formação da teoria das psicoses” (SIMANKE, 2009, p. 123). Nesse texto Freud se dedica a formalizar e definir o lugar e a função do narcisismo na clínica.

Logo ao início do artigo, Freud refere que o termo narcisismo foi usado pela primeira vez em 1899 por Paul Näcke. O termo é utilizado “para designar a conduta em que o indivíduo trata o próprio corpo como se este fosse o de um objeto sexual, isto é, olha-o, toca nele e o acaricia com prazer sexual, até atingir plena satisfação mediante estes atos” (FREUD, 2010b, p. 14). Uma conduta particular que dispensa a presença do outro semelhante.

A conduta narcísica pode ser leigamente comparada a uma perversão, ou se não, ao menos, diz Freud, pode comprometer toda a vida libidinal da pessoa. Isso porque pessoas com tais condutas mostram pouco interesse pelo mundo a sua volta, visto que se satisfazem consigo mesmas. Freud constata que independentemente da estrutura clínica, o exercício da psicanálise nesses casos torna-se difícil, e argumenta: “era como se tal comportamento narcísico fosse um dos limites de sua suscetibilidade à influência” (FREUD, 2010b, p. 14), da técnica psicanalítica. Desse modo, quando o paciente demonstra fortes características narcísicas, observa-se certa impossibilidade de exercer sob ele uma influência. Nesse artigo, há um esforço de Freud para formalizar a teoria do narcisismo. Trata-se de um texto árduo, pois ele está delimitando a questão de libido sexual e respondendo a Jung. Assim sendo, o artigo é uma constante construção de conceitos. Nesse sentido, Freud formalizará que a conduta narcísica é um processo necessário à vida evolutiva do ser e análogo ao processo do instinto de autoconservação.

Na continuidade do artigo, o autor retoma o aspecto negativo do narcisismo e afirma categoricamente aquela que será sua principal recomendação quanto ao tratamento das psicoses:

um motivo premente para nos ocuparmos com a idéia de um narcisismo primário apareceu quando se fez a tentativa de incluir o que sabemos da *dementia praecox* (Kraepelin) ou esquizofrenia (Bleuler) sob a hipótese da teoria da libido. Esses doentes, que eu sugeri designar como parafrênicos, mostram duas características fundamentais: a megalomania e o abandono do interesse pelo mundo externo (pessoas e coisas). Devido a esta última mudança, eles se furtam à influência da psicanálise, não podendo ser curados por nossos esforços (FREUD, 2010b, p. 15).

Freud apresenta a principal característica do parafrênico⁷, o desinvestimento libidinal em coisa do mundo e conseqüentemente seu afastamento da realidade. É justamente neste ponto que Freud irá afirmar categoricamente que os quadros narcísicos são marcados por uma incapacidade do doente para efetuar investimento libidinal no mundo. O parafrênico, “este parece mesmo retirar das pessoas e coisas do mundo externo a sua libido, sem substituí-las por outras na fantasia” (FREUD, 2010b, p. 15). Diante dessa hipótese o autor irá propor que esses estados sejam mais bem estudados e, conseqüentemente, melhor caracterizados.

Freud descreve que no aparelho psíquico a representação do objeto está ligada diretamente à constituição da fala e à expressão dessa fala na linguagem. A partir desse conceito, Freud vai constatar que na esquizofrenia, um tipo clínico das psicoses, as palavras podem ser tomadas por coisas. Ou seja, por um investimento excessivo na representação das palavras, como uma forma de suprir sua falta de inscrição no inconsciente. Ocorre que o Eu rejeita uma representação incompatível juntamente com o afeto, e se comporta como se a representação das palavras nunca tivesse ocorrido, então, as palavras são reais. Assim o processo que envolve a fala é conseqüentemente, o uso da palavra é facilmente ameaçado no processo analítico, pois, segundo a lógica freudiana, o psicótico naturalmente toma palavras por coisas. Sendo assim, o investimento libidinal fica comprometido nos quadros de esquizofrenia.

A partir do artigo *Introdução ao Narcisismo* Freud passará a ocupar-se da formalização do conceito de libido em decorrência da clínica das psicoses. Nesse texto ele faz um questionamento: “qual o destino da libido retirada dos objetos na

⁷No artigo em questão, Freud usava parafrênico para designar os quadros de psicose, mas que na época chamava de *dementia praecox* (Kraepelin) ou esquizofrenia (Bleuler).

esquizofrenia?” (FREUD, 2010b, p. 16). Ele recorre ao modelo da megalomania para responder que a libido retirada do mundo externo é dirigida ao Eu⁸ de modo a surgir, nesses quadros, uma atitude predominantemente narcisista. Essa formalização conceitual irá balizar a diferença entre neurose e psicose na teoria freudiana.

Desde o início de seus estudos Freud dedicará seus esforços teóricos voltados à formalização de uma teoria das neuroses, porém no artigo *Introdução ao Narcisismo* ele reconhece a necessidade de dar a devida “atenção” às psicoses e menciona que irá penetrar no mundo da parafrenia: “resumirei as concepções que já atualmente me parecem dignas de atenção” (FREUD, 2010b, p. 30). Reconhece o tempo de ocupar-se das psiconeuroses e explica:

a diferença entre tais afecções e as neuroses de transferência eu atribuo à circunstância de que a libido liberada pelo fracasso não fica em objetos na fantasia, mas retorna ao Eu; a megalomania corresponde, então, ao domínio psíquico sobre esse montante de libido, ou seja, à introversão para as fantasias encontrada nas neuroses de transferência; do fracasso desta realização psíquica nasce a hipocondria da parafrenia, análoga à angústia das neuroses de transferência (FREUD, 2010b, p. 30).

Freud ao tratar da diferença nosográfica entre as parafrenias e as neuroses de transferência, observa que nas parafrenias não existiria um novo investimento libidinal nos objetos, mas sim um retorno de investimento no próprio Eu - tese que Freud manterá ao longo de sua obra, e que define a impossibilidade de ocorrer transferência libidinal nesses quadros.

Por breve momento em seu percurso teórico, Freud irá utilizar a expressão “neurose narcísica”, introduzido no início do desenvolvimento do texto à respeito do narcisismo, o que permitirá pensar as patologias em termos de pares opostos. Nesse sentido, Richard Simanke afirma:

de fato, trata-se da primeira categoria genuinamente freudiana fundamentada num conceito recém-forjado por Freud, que abarca mais ou menos completamente aquilo que em breve virá a incluir sob o rótulo de psicose. Com sua formulação, dá-se mais um passo na constituição de uma nosografia que permitirá atribuir às noções de neurose e psicose seu sentido estritamente psicanalítico (SIMANKE, 2009, p. 142).

Freud definirá que as neuroses de defesa são marcadas pelo mecanismo de defesa, sendo este um fenômeno preponderante das neuroses, e as chamará de psiconeuroses. As

⁸Na tradução realizada por Paulo César de Souza encontraremos uma afinação dos termos, o “ego” será traduzido por “Eu”. Seguiremos com essa nomenclatura no do texto.

psiconeuroses de defesa ainda irão se subdividir por um novo critério, e serão encontradas na teoria freudiana assinaladas pelo par opositor, neurose narcísica e neuroses de transferências. As neuroses de transferência correspondem à histeria de angústia, à histeria de conversão e à neurose obsessiva, e serão marcadas pela capacidade que a pessoa apresenta em manter o investimento libidinal nos objetos.

A noção de investimento libidinal é o que baliza o conceito de transferência na teoria freudiana. Assim, as neuroses narcísicas estariam marcadas pela impossibilidade de investimento libidinal nos objetos, pois esse investimento retorna ao próprio Eu, constituindo o estado narcísico, que dificulta o contato do Eu com o mundo exterior. Justamente por esses quadros estarem definidos pela impossibilidade de investimento libidinal, Freud irá concluir que não seria possível essas afecções submeter-se ao método analítico.

As neuroses narcísicas estão divididas em três modalidades clínicas na teoria freudiana, e são elas: “a) paranoia; b) esquizofrenia; e c) melancolia” (SIMANKE, 2009, p. 173-174). Esses quadros clínicos serão redefinidos por Freud, após a formulação de segunda tópica, e abarcarão o que o autor definirá como psicose. O termo “psicose” era usado por Freud apenas de forma descritiva, pois remetia, inicialmente, à definição psiquiátrica do termo. Psicose por definição parece englobar a mesma definição de “loucura”.

No artigo *o EU e o ID* de 1923, Freud refere que a consciência é a superfície do aparelho psíquico é um sistema espacial definido a partir do mundo externo. A consciência inicia pelas percepções vindas de fora e de dentro do aparelho psíquico, as sensações e os sentimentos. A percepção está ligada às camadas profundas da mente, assim, em 1923, Freud cita: “A percepção interna traz sensações de processos vindos das camadas mais diversas, e certamente mais profundas, do aparelho psíquico” (FREUD, 2011, p. 26). Essa afirmação demonstra que a sensação tem origem interna. Com essa afirmativa encontramos a resposta a uma questão fundamental na psicose, a origem da sensação. E por essa afirmativa entende-se que o registro da sensação pode ser modificado; um exemplo disso pode ser verificado em algumas situações em que ao ter seu corpo tocado o psicótico poderá sentir uma sensação de invasão.

Freud define que a superfície do aparelho mental encontra-se dividida em: Id, um local que retém uma parte do material reprimido da consciência. O Eu que é parte modificada do Id, e ainda comporta a “organização dos processos psíquicos na pessoa” (FREUD, 2011, p. 20), sendo assim o Eu é a instância psíquica que controla os processos.

Segundo Freud, o Eu “se esforça em fazer valer a influência do mundo externo sobre o Id e seus propósitos, empenha-se em colocar o princípio de realidade no lugar do princípio de prazer, que vigora irrestritamente no Id” (FREUD, 2011, p. 31). Assim sendo, o Eu exercerá uma função de extrema importância no funcionamento do aparelho psíquico. E existe ainda uma da terceira instância, o mundo externo, que carrega a censura.

Contudo, é a instância do Eu que sofre esforço, pois engloba uma parte do que é inconsciente mediante as influências do mundo externo; sobre a influência da percepção. Freud formula que o “Eu é parte do Id modificada pela influência direta do mundo externo, sob mediação da Pcp-Cs, como que um prosseguimento da diferenciação da superfície” (FREUD, 2011, p. 31). Nota-se, então, que a função primordial do Eu é mediar o princípio de prazer. Pode-se dizer que, segundo esse vértice da teoria freudiana, o Eu é controlador do Id.

Freud usa a metáfora de um cavaleiro e seu cavalo, para demonstrar a importante função do Eu controlador, assim “como o cavaleiro, a fim de não se separar do cavalo, muitas vezes tem de conduzi-lo aonde ele quer ir, também o Eu costuma transformar em ato a vontade do Id, como se ele fosse a sua própria” (FREUD, 2011, p. 31). Portanto, é possível definir que o Eu pela função organizadora que ele exercerá no aparelho mental. O Eu é uma instância que faz laço, justamente por ocupar uma posição intermediária entre o mundo exterior e o Id. Entender o trabalho que o Eu exerce no psiquismo permite contextualizar esse trabalho e sua função possibilita avançar no estudo das psicoses, pois, em relação à clínica da psicose, é correto assegurar que o Eu não consegue exercer sua função com eficácia.

No início do texto *Neurose e Psicose* de 1924, Freud refere que a origem e função do Super-Eu no aparelho mental ainda são temas obscuros, mesmo após a formulação dos estudos do Eu e o Id. Com base nesse artigo, e com as amarras, agora na função das instâncias psíquicas no aparelho mental, Freud fará o percurso que baliza seu estudo sobre as psicoses.

Nesse artigo Freud assegura que a diferença entre as duas manifestações inclusive é genética, com essa afirmativa o pai da psicanálise anuncia a impossibilidade de pensar uma transposição de uma estrutura a outra. Em 1924 formula e sustenta:

ocorreu-me uma fórmula simples, que trata da diferença genética mais importante, talvez, que há entre neurose e psicose: a neurose seria o resultado de um conflito entre o Eu e seu Id, enquanto a psicose seria o análogo desfecho de uma tal perturbação nos laços entre o Eu e o mundo exterior (FREUD, 2011, p. 177).

Na continuidade do texto, o autor assinala que a fórmula parece “simples”, porém não o é, pois está marcada por uma diferença estrutural. Na neurose o conflito ocorre entre o Eu e o Id. O Eu não aceita o impulso instintual poderoso do Id, então, o Eu se defende, usa o mecanismo da repressão; o material reprimido luta contra seu destino e cria ao longo deste caminho uma representação substitutiva - o sintoma, “que se impõe ao Eu pela via do compromisso, o sintoma; o Eu vê ameaçada e prejudicada por esse intruso a sua unidade, dá prosseguimento à luta contra o sintoma” (FREUD, 2011, p. 178). A referência se dá ao Eu que, ao perceber sua unidade ameaçada, luta. Constatase que o Eu mesmo diante do sofrimento psíquico mantém a realidade preservada. Nos termos de Freud:

permanece o fato de que o Eu se pôs ao lado desses poderes, que nele as suas exigências têm mais forçado que as reivindicações instintuais do Id, e que o Eu é o poder que coloca em andamento a repressão a essa parte do Id e fortalece a repressão mediante o contrainvestimento da resistência (FREUD, 2011, p. 179).

Freud indica o mecanismo gerador das neuroses, e complementa “o Eu entrou em conflito com o Id, e assim ocorre em todas as neuroses de transferência” (FREUD, 2011, p. 179). É do fracasso do recalque e do retorno do que foi anteriormente recalque que surge a neurose como tal, resultante do processo de afrouxamento das relações com a realidade.

Em contrapartida, ocorre na psicose “um distúrbio na relação entre o Eu e o mundo exterior” (FREUD, 2011, p. 179). No momento dá ruptura dos elos do Eu com a realidade, o mundo exterior deixa de ser percebido, ou fica sem efeito. O mundo externo é negado. Então, não é do recalque que se trata, mas do que retorna desse no real, do que foi posto para fora. O que foi abolido retorna no real. Como já anunciava Freud em 1895, no *Rascunho H*⁹ “Antes, tratara-se de uma autocensura interna; agora, era uma recriminação vinda de fora” (FREUD, v. I, 1988, p. 255).

No artigo *Neurose e Psicose*, o autor define que o mundo exterior domina o Eu por duas vias, “primeiro, pelas percepções atuais que sempre podem se renovar; depois, pelo acervo mnemônico de percepções anteriores, que, como “mundo interior”, constituem patrimônio e elemento do Eu” (FREUD, 2011, p. 179). Assim na psicose encontramos um processo de ação dupla: uma, no momento em que as percepções podem

⁹Esse artigo foi redigido por Freud em 24 de janeiro de 1895. E já nas primeiras discussões realizadas por Freud sobre a paranoia, esse conceito mostra-se vinculado à ideia de que algo retorna no mundo exterior.

se renovar ou se excluir; outra, no momento em que o Eu retira seu investimento do mundo interior. O Eu, não conseguindo acolher novas percepções, retira posteriormente “o significado (investimento) do mundo interior, que até então representava o mundo exterior, como sua cópia” (FREUD, 2011, p. 180). É justamente em função da relação equivocada do Eu com seu mundo interior que se dá o rompimento do sujeito com a realidade. Diante do conflito o Eu rompe com a realidade, demandando algo que compense ou substitua essa perda. Como saída, o Eu cria automaticamente um novo mundo tanto interior quanto exterior, momento em que surge a construção delirante. Nesse sentido, podemos articular que o delírio constrói uma metáfora de substituição para compensar ou substituir a realidade. E esse processo é uma articulação que se desenrola na fala do sujeito.

No que diz respeito ao processo delirante, Freud refere que não há dúvida quanto a dois fatos: “de que esse novo mundo é edificado conforme os impulsos do desejo do Id, e que o motivo dessa ruptura com o mundo exterior é uma difícil, aparentemente, intolerável frustração do desejo por parte da realidade” (FREUD, 2011, p. 180). No tocante à etiologia da psicose, é plausível afirmar que, para Freud, a irrupção da psicose “é sempre a frustração”, que advém do externo e tem origem na não realização de um daqueles desejos obscuros da infância. É o fato de o Eu não suportar um aspecto do real, ou seja, uma frustração torna-se insuportável ao Eu; não lhe restando outra saída, o Eu rompe com o mundo exterior na tentativa de barrar o insuportável.

Quanto à gênese das formações delirantes, o autor aponta “o delírio é como um remendo colocado onde originalmente surgira uma fissura na relação do Eu com o mundo exterior” (FREUD, 2011, p. 180). Justamente por se tratar da fissura entre entidades psíquicas, Eu e mundo externo, que o inventor da psicanálise afirmará que a formação do delírio, nada mais é que uma tentativa de reconstrução do que sofreu fissura.

Ainda, no artigo *Neurose e Psicose*, Freud afirma que as neuroses e psicoses “nascem dos conflitos do Eu com suas diferentes instâncias dominantes, isto é, correspondem a um fracasso da função do Eu” (FREUD, 2011, p. 182). Nessa articulação conceitual Freud anuncia uma tentativa de aproximar as duas clínicas, usando o método de comparativo ao mesmo tempo opositor. Porém essa metodologia custará caro ao desenvolvimento do conceito e da clínica das psicoses, pois essa é distinta da neurose, trata-se aí de opostos e não pares de oposição. Muitas vezes também a definição dos conceitos segue esse enunciado, tentando uma comparação, um exemplo evidente se dá no registro da transferência.

O processo que envolve o fenômeno transferencial é distinto nas duas clínicas, pois são clínicas distintas. Na psicanálise freudiana a transferência na clínica da neurose tem seu fundamento no conceito de transferência libidinal para a figura do médico, sendo esse o processo que funda o conceito. Já na clínica das psicoses, Freud anuncia no artigo *Introdução ao Narcisismo*, que a libido do sujeito se volta ao seu Eu, inviabilizando o processo transferencial. Contudo, independente do resultado dessa tentativa de aproximação, a diferença fundamental permanece: na psicose, a perda da realidade ocorre em um tempo primeiro, anterior ao desencadeamento da crise, deixando ali um furo. Esse furo justifica o esforço que o Eu realiza, trata-se aí de preencher o vazio criado diante da frustração.

Percebe-se então, que o funcionamento do psiquismo é resultado da possibilidade de o Eu exercer sua função. Isto é, ele é responsável por suportar a frustração e manter o elo com a realidade. Nesse sentido, tem-se que o resultado do fracasso na relação do Eu com a realidade resulta no desencadeamento da psicose.

Freud anunciou que a neurose é marcada pelo efeito do retorno do recalcado para a realidade sempre preservada. Essa formulação exigiu de Freud um novo artigo, pois ele percebe, *a posteriori*, que a realidade na neurose nem sempre é preservada. Ele retoma a questão em um novo escrito, ainda no ano de 1924, intitulado *A perda da realidade na Neurose e na Psicose*. Nesse artigo Freud fornece uma descrição em dois tempos da neurose e da psicose, e reformula o tema da perda da realidade nos quadros:

recentemente apontei, como um dos traços que distinguem a neurose da psicose, que na primeira o Eu, em sua dependência da realidade, reprime uma parte do Id (vida instintual), enquanto na psicose o mesmo Eu, a serviço do Id, retira-se de uma parte da realidade. Para a neurose, então, o fator decisivo seria a influência preponderante da realidade, para a psicose, a influência do Id. A perda da realidade já estaria na psicose desde o início; na neurose, parece, ela estaria evitada (FREUD, 2011, p. 215).

Freud é categórico ao fazer uso da palavra “parece”, pois não quer dizer de forma alguma que a perda da realidade na neurose é evitada, o autor segue o artigo argumentando que “toda neurose perturba de algum modo à relação do doente com a realidade” (FREUD, 2011, p. 215). Com essa preposição ele resolve a questão anterior, pois também as neuroses serão marcadas pela tentativa de resolução de um conflito psíquico, mesmo que para isso algo da relação com a realidade se comprometa. Também na clínica das neuroses há um rompimento com a realidade, com uma diferença fundamental, nas psicoses o Eu é arrancado da realidade. Nesse sentido, Freud refere que

a psicose será marcada por dois estágios: “o primeiro arrancaria o Eu da realidade, dessa vez, enquanto o segundo tenderia a corrigir o dano e restabeleceria a relação com a realidade à custa do Eu” (FREUD, 2011, p. 217). Constata-se que o primeiro estágio dá o caráter do rompimento, enquanto o segundo comporta a reparação e visa, também, compensar a perda da realidade. Todavia, a diferença é que a compensação se dá não à custa de uma restrição, como na neurose, mas por uma via que parece mais autônoma ao Eu: a criação de uma nova realidade. O Eu cria uma nova realidade, o delírio, pois lhe é mais eficaz.

Assim, que tanto nas neuroses quanto nas psicoses, é das rebeldias do Id contra o mundo externo que se trata; o que as distingue, no entanto, é a tentativa de reparação que o Eu faz diante da realidade. Essa diferença é fundamental no processo final de cada quadro, pois na neurose a realidade é evitada, enquanto na psicose ela é remodelada. Sendo assim, a diferença fundamental entre as duas clínicas engloba a relação do Eu com a realidade. Ou seja, segundo Freud, “a neurose não nega a realidade, apenas não quer saber dela; a psicose a nega e busca substituí-la” (FREUD, 2011, p. 218). É justamente no processo de substituição da realidade que o delírio vai ser constituído. Como uma tentativa de reconstrução o psiquismo cria o delírio.

O mecanismo constituinte da psicose é primeiramente a negação da realidade e, conseqüentemente, logo a seguir substituição desta. A substituição é uma tentativa de se manter um laço com a realidade, por isso, o conteúdo que se presta à substituição não é aleatório. Freud afirma que a permuta não é aleatória, ela é permeada por construções psíquicas do próprio sujeito:

na psicose, a remodelação da realidade acontece nos precipitados psíquicos das relações até então mantidas com ele, ou seja, nos traços mnemônicos, idéias e juízos que dela foram adquiridas até então, e pelos quais ela era representada na vida psíquica. Mas essa nunca foi uma relação fechada, sempre foi continuamente enriquecida e transformada por novas percepções. Assim, também a psicose depara com a tarefa de obter percepções tais que correspondam à nova realidade; o que é feito, de modo mais radical pela via da alucinação (FREUD, 2011, p. 218).

Essa afirmativa comporta a novidade no artigo freudiano marcando a diferença entre a descrição psiquiátrica da psicose e a formulação psicanalítica. O delírio nunca é aleatório, pois ele comporta as relações do Eu, as ideias e os juízos estabelecidos com o mundo externo. Assim, a manifestação delirante tem a função de manter o sujeito em contato com a nova realidade.

Para a psicanálise freudiana o delírio é uma tentativa que o psicótico fará para manter sua relação com a realidade, mesmo após o rompimento. A psicanálise lacaniana, apoiada nessa formulação conceitual, tentará criar, mostrar alguns dispositivos teóricos que apontem um tratamento para a psicose. Em paralelo a isso, e completamente distinto a isso, a psiquiatria irá tomar a reconstrução da realidade como uma disfunção cerebral, um mau funcionamento das vias dopaminérgicas. Todos os antipsicóticos conhecidos agem restritamente sobre um neurotransmissor chamado dopamina. Existem, até o momento, quatro vias dopaminérgicas no cérebro, a saber: “a mesolímbica, a mesocortical, a nigroestriatal e a tuberoinfundibular” (BARRETO, 2010, p. 108). A primeira via dopaminérgica, a mesolímbica tem um papel fundamental na vida emocional. Tem-se que todos os antipsicóticos são capazes de tratar os sintomas psicóticos, pois eles produzem um bloqueio dopaminérgico. E conseqüentemente esse bloqueio elimina o sintoma. Compreende-se que na psiquiatria a supressão do sintoma é correlata à normalidade social. Então, que o método utilizado pela psiquiatria é completamente distinto do método psicanalítico. São conceitos teóricos distintos, e não fazem parte do mesmo campo científico, pois em psicanálise a doença mental é definida, sobretudo, por parâmetros sociais e não biológicos.

É justamente nessa perspectiva que a formalização do conceito clínico inseridos por Freud será responsável por marcar a diferença entre os quadros de psicose e neurose. Porém, mais do que isso, a mais notável contribuição freudiana foi incluir a psicose na clínica do sujeito, não sendo mais possível pensar a loucura como déficit. Lacan no artigo *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos*, publicado em 1966, nos *Outros Escritos* homenageia Freud por ele ter introduzido o sujeito na consideração da loucura, ao invés de considerar a constituição da loucura um déficit ou uma dissociação de funções.

Para além da diferença estrutural entre as duas clínicas, Freud também foi responsável por outra concepção; sua teoria das psicoses determina dois tipos clínicos fundamentais: a paranoia e a esquizofrenia. Trata-se nesses dois quadros de uma semelhança, a retirada libidinal, ou seja, a retração da libido sem o investimento no mundo dos objetos, porém estes dois quadros também se distinguem. E essa diferença será fundamental no que diz respeito ao manejo na clínica, pois na esquizofrenia o mecanismo da transferência estaria comprometido, justamente porque a libido retorna ao Eu; já nas paranóias a libido é transferida ao outro perseguidor.

Segundo Freud, na psicose independentemente de sua forma de apresentação clínica, ocorre uma impossibilidade de transferência libidinal. Sendo o psicótico incapaz de estabelecer um laço transferencial, pois a libido se retrai no Eu, ele só poderia sustentar a relação de transferência a partir do exterior? Nesse sentido, para Freud, seria possível supor uma impossibilidade de transferência libidinal nas psicoses, pois a libido se volta ao Eu. A transferência estaria comprometida nesses quadros, ou não? Esse é o desafio, pensar o tratamento psicanalítico ao psicótico a partir da dificuldade anunciada por Freud quanto ao fenômeno da transferência. Esse impasse suscita uma questão. Freud propôs a inclusão do sujeito na loucura, como não repensar o uso de seu método. Para tentar resolvermos esse impasse teórico e clínico, retomaremos primeiramente o conceito de transferência em Freud e *a posteriori* em Lacan no capítulo final.

Freud deixa um legado teórico a respeito das psicoses, contudo, pouca foi sua contribuição clínica. Seu estudo mais avançado da psicose ocorre pela análise do caso Schreber. Freud orientava aos analistas da época que evitassem atender a psicóticos. Em seus últimos escritos de 1938, o autor alerta:

assim, descobrimos que temos de renunciar à idéia de experimentar nosso plano de cura com psicóticos - renunciar a ele talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que lhes adapte melhor (FREUD, v. XXIII, 1975, p. 200).

O autor deixa clara a necessidade de renunciar uma possibilidade de cura, pois, como Freud sugere, o plano à cura seria inviável, mas um tratamento psicanalítico das psicoses poderá ser anunciado por “um outro plano”. Esse é o paradigma em questão.

É pela via lacaniana que a questão das psicoses ganha outro enfoque, a proposta do capítulo seguinte é analisar os pressupostos teóricos lacanianos que permitem a incidência na clínica. A psiquiatria aborda a formação delirante como principal sintomatologia da psicose e, de tal forma, tal sintoma deve ser tratado, ou seja eliminado. Freud ao introduzir o sujeito nessa dimensão ouve o delírio a partir de outro estatuto, e o toma como tentativa de reconstrução. Com Lacan, o sujeito se apresenta pela relação com a linguagem, a psicose se define como uma estrutura, o delírio é sua marca constituinte. Lacan irá se debruçar sob os mecanismos que constituem o delírio, sua relação com a fala e com a linguagem, para propor um possível tratamento.

2.6 A ANÁLISE DO CASO SCHREBER EM FREUD

Freud inicia o texto *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranóia relatado em autobiografia – “O caso Schreber”* de 1911 comentando que o interesse pelos processos delirantes por parte da psiquiatria é limitado. Contudo, resta ao psicanalista o árduo trabalho de estudar os motivos e as formações delirantes. E ele o fará a partir do caso Schreber. O caso trata do percurso da doença de Dr. Daniel Paul Schreber, ex-presidente da Corte de Apelação da Saxônia. Ele escreve o livro *Memórias de um doente dos nervos* lançado em 1903, mas ao qual Freud teve acesso apenas em 1909. Após o estudo desse relato em 1911, Freud publicará um comentário. O relato freudiano é uma tentativa de interpretação do texto, realizada *a posteriori*, que envolve a análise de um caso de *Dementia Paranoides*.

Para Freud, o doente psicótico retira dos objetos libidinais e do mundo em geral parte de seus investimentos, às voltas com essa teoria ele decide estudar o caso Schreber. O fará para embasar a teoria das pulsões e elaborar a teoria do narcisismo, já em processo de construção. Assim sendo, *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia* será o primeiro grande texto freudiano dedicado à psicose, embora a unidade conceitual das psicoses já estivesse presente em seus escritos.

Daniel Paul Schreber nasce em 1842, seu pai foi um ilustre médico Alemão, responsável por introduzir em seu país um método de ginástica médica. Segundo relatos, os aparelhos de correção ortopédica foram frequentemente testados em Schreber. O irmão mais velho de Schreber sofria de psicose evolutiva e suicidou-se aos 38 anos com um tiro. Já sua irmã mais nova morreu portando uma doença mental.

O dito presidente foi hospitalizado pela primeira vez aos 42 anos. Ele relata que esteve doente dos nervos por duas vezes; uma por ocasião da candidatura ao Reichstag e a segunda, oito anos depois, quando assume o cargo de presidente da Corte de Apelação de Chemnitz. A crise inicial ocorre após um ataque severo de hipocondria. Schreber é, então, hospitalizado na clínica do Dr. Flechsig, seu médico, saindo em seis meses, segundo ele, completamente restabelecido. No entanto, esse episódio marca o início da doença progressiva. Schreber relata em suas *Memórias*: “Depois da cura de minha doença, vivi oito anos, no geral bem felizes, ricos também de honrarias exteriores e apenas passageiramente turvados pelas numerosas frustrações da esperança de ter filhos” (SCHREBER, 1995, p. 54). O fato da não realização da paternidade terá um peso fundamental no desencadeamento da crise de Schreber. Quando foi nomeado presidente

da Corte de Apelação, Schreber estava então com 51 anos, antes de assumir suas funções sonhou diversas vezes que estava enfermo novamente. Uma ideia lhe ocorreu em uma manhã quando ainda estava em semivigília: “Era a ideia de que deveria ser realmente bom ser uma mulher se submetendo ao coito” (SCHREBER, 1995, p. 54). Esse pensamento será prontamente reprimido. Alguns meses após a nomeação será acompanhado por frequentes episódios de insônia, e terá uma sensação de amolecimento cerebral, seguidos de ideais de perseguição e morte. Surgem as alucinações auditivas e visuais. Schreber fez várias tentativas de suicídio, porém aos poucos as ideias delirantes assumem seu caráter místico, e ele passa a entender que possuía relações diretas com Deus.

Deus persegue Schreber. Ele sente sua integridade ameaçada, e os nervos do homem encontram-se em um estado de excitação tão grande que ameaçam a própria existência de Deus. Deus opera o que ele chama de milagres: “depois de ter ouvido ruídos semelhantes inúmeras outras vezes- e os ouço ainda hoje dia e noite-, ruídos que já reconheci indubitavelmente como milagres divinos” (SCHREBER, 1995, p. 55). Tudo que acontece em sua vida remete a intervenções divinas, seja pela ação direta de Deus, seja por intermédio do Dr. Flechsig. Schreber sente sua mente ameaçada, um dos castigos divinos que ele causa maior sofrimento. As vozes o insultam sem parar e anunciam o final do mundo por meio do deslocamento do sol. Não só sua mente, mas também seu corpo é ameaçado, nenhuma parte é poupada. Retiraram seu intestino, seu esôfago é picado, as costelas quebradas e introduziram verme em seus pulmões. Ele sofreu tortura, e colocaram um torno em seu crânio e após isso uma manivela foi girada.

Após sucessivos relatos, chegamos ao segundo eixo temático do delírio. Schreber por fim, pelo bem da humanidade aceita sua transformação em mulher. Ele dará detalhes precisos dessa metamorfose. Em um primeiro momento da formação delirante, ele acredita que Deus queria humilhá-lo ao impor a transformação. Contudo, ele aceita a emasculação, permitindo a solução do conflito: “em certas circunstâncias é preciso chegar a uma ‘emasculação’(transformação em mulher) de um homem (vidente) que entrou em uma relação ininterrupta com os nervos divinos (raios)” (SCHREBER, 1995, p. 60). Ele torna-se consagrado a criar uma nova raça de homens nascidos do espírito de Schreber. Dessa forma, encontra a estabilização. Tem alta da clínica de Leipzig após oito anos de internação, e obtém o direito de publicar suas memórias.

O texto de Schreber impressiona pela clareza nos detalhes, ou seja, a forma como ele mesmo conduziu a investigação de sua doença. Freud abordou a apresentação dos

sintomas estabelecendo a função destes com a doença. Ele segue um fio condutor que estabelece três objetivos correlatos da doença: dar sentido a uma experiência de desmantelamento, descobrir o vínculo com o outro e, por fim, restabelecer uma temporalidade.

A experiência de desmantelamento ocorre no início da crise quando Schreber é pego pela surpresa dos pensamentos e uma representação se impõe a ele. Nesse momento, iniciasse a necessidade de resolver o conflito. A doença é uma tentativa de ligação com um elemento inassimilável, ou seja, a própria identidade de Schreber. As alucinações auditivas iniciam e Schreber parece ter perdido a ligação com o meio externo. Acontece a segunda internação, e junto a ela a necessidade de “restituir um sentido a essas experiências desconhecidas e restabelecer uma temporalidade” (CORIAT; PISANI, 2001, p. 54). Isso não ocorre; então, o sistema delirante se instala. O tempo da escrita já é um distanciamento e uma tentativa de ligação com o outro. Freud observa que a formação delirante é uma “tentativa de cura” e complementa que “após a catástrofe, a reconstrução tem sucesso maior ou menor, nunca total, nas palavras de Schreber” (FREUD, 2010a, p. 94). Assim, a estabilização do delírio ocorre mediante a reconciliação com Deus pela aceitação da transformação em mulher e pela aceitação dessa posição. A análise do caso Schreber anuncia a principal contribuição freudiana à clínica das psicoses, ou seja, do delírio como tentativa de cura.

Neste capítulo abordaram-se os conceitos teóricos que envolveram o nascimento da teoria da “psicose” e permitiram repensar a questão da formalização dos pressupostos clínicos. A psiquiatria é herdeira da clínica médica, e conseqüentemente da concepção clínica do olhar, do signo, mecanismos próprios da clínica médica.

O conceito de psicose brota em um momento histórico marcado por uma necessidade de encontrar as causas orgânicas de um transtorno mental, seguindo o modelo médico. A psiquiatria converge todo seu fundamento teórico para a possibilidade de isolar a doença mental. A crença pairava sob o pressuposto que, ao individualizar a doença mental, seria possível estabelecer um vínculo entre lesão e diagnóstico, e posteriormente classificar cada sintoma. Nessa concepção, a noção de sujeito fica ausente, e resta a questão: como discutir a questão do diagnóstico psiquiátrico se essa última não inclui a noção de um corpo subjetivado? Esse período marca uma ruptura, o diagnóstico e a localização da lesão deixam em segundo plano o sintoma apresentado pela fala. Isto é, para a medicina o sintoma é um signo transparente à doença, sua realidade se liga ao sintoma, a causa é orgânica e alheia ao sujeito. Já em psicanálise o

sintoma surge como um signo de um conflito psíquico que indica a divisão subjetiva do sujeito. A estrutura do sintoma leva em conta o sujeito do inconsciente, portanto, é submetido às leis da linguagem. Assim sendo, no capítulo a seguir, tratará da formação dos fenômenos de linguagem na psicose.

3 DA ESTRUTURA AO FENÔMENO ELEMENTAR EM LACAN

O objetivo deste capítulo é retomar o estudo realizado por Lacan a respeito da psicose, mais especificamente no *Seminário III* e nos *Escritos*, com a finalidade de demonstrar a contribuição lacaniana ao tema das psicoses, pois a pontuação que Lacan fará dos textos freudianos diz respeito a um afinamento da teoria e permitirá uma influência indubitável na clínica. O debate lacaniano a cerca da psicose inaugurou o retorno a Freud e o afastou da concepção psiquiátrica.

O interesse de Jacques Lacan pela clínica da psicose inicia em 1932 com a formalização do seu estudo em sua tese de doutorado intitulada *Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade*. Formalizar o conceito “da psicose”, ao invés de “as psicoses”, como propôs Lacan, permite tomar o quadro por uma estrutura clínica: a psicose. Sendo assim, a estrutura é revelada por um modo particular de articulação que o sujeito fará diante do encontro com a linguagem, e é justamente dos efeitos que surgem desse encontro que iremos tratar.

A obra lacaniana é marcada por diferentes formalizações da noção de sujeito. O psicanalista faz uma tentativa de isolar a noção de sujeito ao longo de sua obra, isso faz com que o conceito assumira diferentes formas no percurso do seu ensino. Ao formular seu projeto, de retorno aos fundamentos freudianos, Lacan destaca a tese primordial de Freud: a psicanálise é uma técnica voltada ao reconhecimento do inconsciente e à subjetivação do Eu. Lacan encontra e passa a usar a palavra que faltava: o sujeito.

O sujeito está atravessado e marcado pela linguagem. É efeito de uma operação psíquica entre o outro semelhante e o inconsciente. O sujeito surge da sedimentação de imagens, ideias derivadas da imagem da criança, refletida em espelho pelo outro. Tais imagens derivam de como o outro parental, a mãe, pai e outros que desempenham determinada função, ou seja, pela possibilidade de ver, o olhar que se volta a criança, e o que se fala a seu respeito. Quando a criança escuta o que foi dito sobre ser, começa a ser estruturada. O ser então é estruturado pela linguagem, sendo que a linguagem sempre vem do outro parental. Para Lacan, o sujeito é sempre uma questão, não é um indivíduo, é um ser em construção, pois é marcado pela linguagem que vem do outro. Bruce Fink, em 1956, ao estudar o sujeito lacaniano, aponta que: “Tais ‘imagens’ derivam de como o Outro parental ‘vê’ a criança e são, portanto, estruturados linguisticamente” (FINK, 1998, p. 57).

No *Seminário XI* que debate os conceitos fundamentais da psicanálise, Lacan formaliza: “se a Psicanálise deve se construir como uma ciência do inconsciente convém

partir de que o inconsciente é estruturado como linguagem. Daí deduz-se uma topologia cuja finalidade é dar conta da constituição do sujeito” (LACAN, 1964, p. 193). O autor explica que o sujeito surge dessa relação do Eu com o Outro, do inconsciente, como resultado de um mal entendido das palavras que o marcam, é no “campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer”. Nesse momento, Lacan retoma Freud e afirma que o sujeito é essencialmente pulsional, e resultado de uma operação inconsciente. O sujeito é um ser em construção, sem definição. O sujeito lacaniano não é o ser do sujeito cartesiano, Lacan inclusive subverte a estrutura do sujeito cartesiano “eu penso, logo existo!”. Em Freud e em Lacan, o pensamento gira em torno do inconsciente. Na formulação cartesiana o “eu” é fixo. Na dialética “eu” e linguagem – “eu penso, logo existo” – o inconsciente fica rejeitado. Com Lacan, o sujeito encontra-se dividido entre o “eu” e o inconsciente. O sujeito é a própria divisão.

O sujeito é marcado pela divisão que se constrói pela internalização da lei, ou seja, o universal da castração, marcado pela entrada no mundo da fala e da linguagem.

Sendo assim, o incurável na clínica da neurose é a própria falta, ou seja, esse encontro faltoso entre sujeito e linguagem, e que representa a própria divisão do sujeito. Mas, na clínica das psicoses, como articular a existência do sujeito, visto que essa não se configura por uma falta, mas sim por uma forclusão? Seguiremos Lacan para construir mecanismos que permitam uma resposta.

O interesse de Lacan pela a clínica da psicose permeará toda a sua obra. Em 1932, com sua tese de doutorado, ele procura estabelecer um vasto registro acerca das concepções psiquiátricas da paranoia. Em 1955 ele inicia um seminário sobre as psicoses que nomeia o livro *Seminário III- As Psicoses*; nesse momento ele retoma os estudos freudianos acerca das memórias do presidente Schreber. Posteriormente, em 1975, com o *Seminário* sobre Joyce e seus escritos, Lacan vai formalizar novos conceitos referentes à estrutura psicótica, porém esses conceitos não serão abordados no âmbito deste trabalho. Incluem-se no percurso lacaniano as apresentações de pacientes que fez no hospital de Saint-Anne.

Sob a responsabilidade de Gaëtan Gatian de Clérambault, Lacan ouviu e observou Aimée, tornou-se conhecida, por constituí-la no eixo de sua tese. Durante os anos de sua tese Lacan quis “compreender” a psicose no aspecto da sua significação, no entanto, o que se percebe após 1953 é o inverso, não mais a necessidade de compreender, mas sim, de explicar o funcionamento da estrutura. Ele inicia o *Seminário III* assinalando que irá tratar da “questão” implicada no funcionamento das psicoses, justamente por não considerar possível um tratamento da psicose, nos seguintes termos:

digo a questão, porque não se pode sem mais nem menos falar do tratamento das psicoses, como havia sido inicialmente comunicado por uma primeira nota, e menos ainda do tratamento da psicose em Freud, pois ele jamais falou disso, salvo de maneira totalmente alusiva (LACAN, 2008, p. 11).

Essa afirmativa apresentada no início do seminário realizado entre os anos de 1955 e 1956 apontará a dificuldade em torno da questão do tratamento, e no qual Lacan não se autoriza a ultrapassar Freud. No entanto, neste *Seminário*, Lacan fará um percurso teórico minucioso acerca do funcionamento do quadro psicótico. Descreve as situações envolvidas no desencadeamento do surto e as consequências na clínica. Lacan reformula a questão do tratamento, em 1956 nos *Escritos*, com o artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. Nesse artigo ele articula as contribuições relativas ao tratamento na perspectiva clínica, pela formalização da teoria da forclusão do *Nome-do-Pai*, e pela distinção que propôs dos três registros, a saber: *o real*, *o simbólico* e *o imaginário*.

É pela formalização desses conceitos acima citados que Lacan afirmará categoricamente que não há psicogênese na psicose, assim tudo “parece mostrar que a psicose não tem pré-história” (LACAN, 2008, p. 104). O dito psicótico não pode ser reconhecido a partir de uma pré-história, não existe uma psicogênese da patologia. Trata-se aí de uma estrutura e de seu funcionamento. O autor no *Seminário III* demonstrará a relevância do estudo da linguagem e da fala do psicótico, é no registro da fala que se cria toda a riqueza da fenomenologia da psicose. É sob esta temática que se pretende refletir a seguir.

3.1 A ESTRUTURA

Lacan, a partir de 1960, se apropria do termo “estrutura”, em substituição ao termo “psicopatologia”, usado anteriormente por Freud. Toma este termo emprestado do estruturalismo vigente naquele momento histórico. Lacan irá construir um sistema que compreende a psicose como uma estrutura, justamente para desviar o estatuto do quadro da ideia de compreensão e de causalidade. Lacan formaliza que a estrutura é a causa; inclusive, ele sustenta que “o grande segredo da psicanálise é que não há psicogênese” (LACAN, 2008, p. 16).

Claude Lévi-Strauss (1908-2009) tem um papel especialmente importante no que diz respeito à formalização do conceito de estrutura. Ferdinand de Saussure (1857-1913) foi um importante colaborador da linguística moderna e precursor do estruturalismo. Embora

não tenha usado a palavra “estrutura” explicitamente, Saussure elaborou toda uma essência da concepção estrutural, mediante a noção de “sistema”. Segundo Lévi-Strauss, a “estrutura” não existe na realidade concreta, mas ela definirá o sistema de relações e transformações possíveis da realidade. Contudo, para definir o real é preciso afastar o vivido. A estrutura é um sistema de relação, uma sintaxe. As estruturas são exclusivas, cada uma delas só pode integrar certos elementos entre aqueles oferecidos. Assim para Lévi-Strauss:

[...] uma estrutura se constrói tendo como base oposições binárias pertinentes. A pertinência ou oposição por sua vez é definida por ele como uma operação que pressupõe: a) que cada unidade da estrutura é uma simples relação, insignificante em si mesma; b) que a descrição das unidades relativas deve cobrir a totalidade dos fenômenos de um campo assim estruturado; c) que os elementos não pertinentes devem ser eliminados; d) que a estrutura deve ser construída a partir das menores unidades significativas do domínio estudado (LÉVI-STRAUSS, 1980, p. X).

A estrutura acolhe elementos específicos de um mesmo funcionamento. Constatase, então, que a “estrutura” é um sistema de relações definidos pela analogia que faz com cada sistema que a representa. Por exemplo, um sistema de comunicação, um sistema de parentesco, sempre apresenta o funcionamento particular, próprio de sua estrutura.

Na teoria psicanalítica a estrutura define o conceito que acolhe a experiência do sujeito. Portanto, Lacan definirá que a estrutura é psicótica, é “irredutível a outra coisa que não ela mesma” (LACAN, 2008, p. 30). A estrutura psicótica é definida segundo um funcionamento particular resultante da negação da castração, após o terceiro tempo edípico¹⁰. O terceiro momento do Édipo é o momento em que a castração deve ocorrer. Quando a entrada do pai na relação mãe/filho deve se efetivar, pois se trata aí da entrada do pai simbólico, da Lei.

Assim, as estruturas clínicas estariam definidas na psicanálise lacaniana, à partir da releitura dos textos freudianos, como três formas ao qual o sujeito irá responder à castração. As teorias do Complexo de Édipo, tanto em Freud como em Lacan, apresentam a concepção de um sujeito marcado pelo universal da castração. É a partir da castração que a sexualidade infantil encontra um ponto de ordenação, essa ordenação que oferece a condição para a construção da identidade sexual.

Lacan define a castração como uma operação simbólica que a criança constrói sobre um objeto imaginário, ser o falo materno. Essa operação é efetuada a partir de um agente o pai; “através de nada menos que um pai real, não forçosamente, em absoluto, o

¹⁰Existem autores que identificam o Complexo de Castração no segundo tempo do Édipo.

pai do sujeito, mas Um-pai” (LACAN, 1998, p. 584). Assim, o encontro com o pai real, ou o representante da figura paterna, quem efetua essa função, será responsável por retirar a criança da fase especular, do mundo onde só existem ela e a mãe. Cabe ressaltar que essa definição lacaniana é estritamente freudiana. Quanto ao falo, Freud não o diferencia do pênis real, entretanto Lacan procurou definir mais apuradamente o conceito tirando as consequências do dito freudiano. Lacan corrobora essa afirmativa, sustentando que a: “função imaginária do falo, portanto, Freud a desvelou como pivô do processo simbólico que arremata, **em ambos os sexos**, o questionamento do sexo pelo complexo de castração” (LACAN, 1998, p. 561, grifo do autor). Ou seja, Freud diz que a criança começa acreditando que todos os seres humanos têm um pênis e que a descoberta da ausência de pênis na mãe, lhe fará imaginar que ela foi castrada pelo pai.

No dizer de Philippe Julien, “O pai real instaura assim a diferença entre as gerações, diferença que é a última palavra do interdito do incesto” (JULIEN, 2003, p. 70). É justamente esse pai que marca a diferença entre o mundo da mãe, e o mundo da criança. Esse processo baliza a separação da criança da mãe; a negação se inscreve aí, a negação é a anulação do ser da mãe na criança.

O processo de anulação assumido com certa receptividade permitirá que se tenha um ser no futuro. É justamente essa operação que inscreve a criança no mundo da linguagem e instala a lei. Nesse sentido, Philippe Julien comenta que “ao pai que proíbe o desejo sucede aquele que unifica o desejo e a lei” (JULIEN, 2003, p. 69). A instalação dessa separação efetuada pelo pai faz com que a criança se separe da mãe, marcando seu corpo como unidade própria, o corpo é seu e não mais da mãe, nesse processo a lei que a organiza será internalizada. É justamente essa operação que está inacessível ao psicótico.

A partir da internalização da lei, e o destino que dá a essa formalização, a maneira como articula, negando ou não, a castração, definirá a forma que como sujeito marca sua entrada no mundo da linguagem. Assim, na década de 1950, Lacan articulará que o mecanismo fundante da psicose; é uma operação que ocorre no nível da linguagem. Tomemos por “linguagem o enunciado coletivo numa sociedade e a fala é a enunciação de um sujeito” (JULIEN, 2003, p. 28). Dessa forma, a linguagem coloca o ser no mundo das palavras e das coisas – a linguagem localiza o ser no mundo. O sujeito pode se defender da entrada no mundo da linguagem pelo processo do recalque, que Freud chamou “*Verdrängung*” – desse processo psíquico surgirão às neuroses. A “*Verwerfung*” – traduzida por rejeição, é o processo que envolve a estrutura da psicose, já a “*Verleugnung*”, recusa, é o processo que marca a estrutura perversa.

Lacan nos *Escritos* retoma o artigo *A negação* que Freud escreve em 1925, com o intuito de exemplificar como será constituído o processo que envolve o mecanismo de negação. O artigo freudiano teve uma carreira triunfante no meio psicanalítico, justamente por abordar de maneira sucinta um tema crucial para a metapsicologia.

Primeiramente, o autor propõe que a “*Bejahung*” seja traduzida por afirmação. A negação tal como Freud descreve é sempre transitiva, sendo assim, é negação de alguma coisa que pressupõe uma afirmativa prévia. Isso porque, para que o conteúdo possa ser negado, ele necessita antes passar pelo processo de afirmação (*Bejahung*), ou seja, é necessária uma afirmação prévia para que se instale no inconsciente a representação do que foi negado. O autor sublinha que a negação ou afirmação fazem parte de um processo de emitir juízos. “Julgar é a ação intelectual que decide a escolha da ação motora” (FREUD, 2011, p. 280). Assim sendo, um conteúdo pode ser julgado porque está no campo das possibilidades de uma afirmação. O que não passou pela afirmação (*Bejahung*) não pode ser julgado.

No que se refere à psicose, a negação produz um alcance mais efetivo, pois exige uma anulação, ou a não ocorrência da afirmação inicial. Segundo Freud, julgar “é uma continuação coerente da inclusão no Eu, ou expulsão do Eu, que originalmente se dava conforme o princípio do prazer” (FREUD, 2011, p. 281). Assim, o processo de expulsar tudo o que lhe é, respectivamente, agradável ou insuportável, faz com que o Eu integre coisas que aliviem a tensão, e aquelas que o incomoda, ele expulsa para fora do psiquismo, como coisas estranhas ou más. Parece plausível afirmar que é justamente esse processo que ocorre na psicose – a rejeição de um significante primordial, o significante que marca a internalização da lei. O artigo reconhece explicitamente que o processo de negação ocorre, pois o Eu necessita expulsar o desagradável. O desagradável em se tratando da psicose, será justamente o processo de castração, o qual o psicótico negará veementemente. Ele o faz como afirma Freud, a partir de movimentos ligados aos impulsos instintuais primários do humano, assim a “afirmação – como substituto da união – pertence ao Eros, a negação – sucessora da expulsão – ao instinto de destruição” (FREUD, 2011, p. 281). Freud demonstra que a negação é sucessora do processo de expulsão. Inclusive encontra-se ligada ao instinto de destruição. A negação na psicose ocorre quando o Eu expulsa para fora sensações desagradáveis, a saber, o mais desagradável ao *infans*, é a castração.

Lacan irá propor uma afinação dos termos freudianos. Tomemos, então, a “*Verdrängung*” por recalque, a “*Verneinung*”, por negação, e a “*Verwerfung*”, por

supressão. Nesse ponto, Lacan recorre ao “*Comentário falado sobre a Verneinung de Freud*”, descrito por Jean Hyppolite,¹¹ para pontuar a diferença entre uma “*Verneinung*” e “*Verwerfung*”. Nesse artigo Jean Hyppolite faz uma retomada do artigo freudiano *A negação*, trazendo contribuições profícuas. Nessa análise minuciosa, Hyppolite aponta alguns elementos importantes que não ficaram evidentes na leitura do texto freudiano. Ora, isso ocorre por se tratar, como comenta Hyppolite, de um “texto difícil”. Seu artigo articula o conceito que envolve a função do juízo, a saber: o juízo de atribuição e o juízo de existência. Hyppolite afirma:

Freud então mostra o que há por trás do juízo de atribuição e por trás do juízo de existência. Parece-me que, para compreender seu artigo, é preciso considerar a negação do juízo atributivo e a negação do juízo de existência como estando para-aquém da negação no momento em que ela aparece em sua função simbólica (HYPPOLITE, 1998, p. 895).

O processo de negação envolve os dois juízos. O juízo de atribuição, que deve, de determinada coisa, dizer ou desdizer sua propriedade. Na teoria freudiana o que está em jogo aqui é o ato de expulsar ou introjetar algo. Em contrapartida, o juízo de existência deve a partir de uma representação declarar ou contestar sua existência na realidade. Trata-se de atribuir ao Eu uma representação.

Nota-se que a função do juízo de existência é validar uma representação advinda do juízo de atribuição, e que essa possa ser encontrada no registro da percepção, isto é, na realidade. Assim sendo, a função principal do juízo de existência é a relação percepção e representação. Na origem da afirmação, temos a introjeção, ao passo que o que está implicado na origem da negação é a expulsão.

Desse modo, essa equação deve ser aceita mediante uma incapacidade: o psicótico ao negar a existência do juízo, expulsa a afirmação por uma negação, nesse sentido o “gosto de negar, o negativismo de alguns psicóticos, deve provavelmente, ser entendido como sinal de disjunção de instintos” (FREUD, 2011, p. 281). O histérico nega a castração por afastamento, ou seja, reprime a afirmação. Já o psicótico nega a existência do juízo, ou seja, a existência da afirmação. Nesse processo de negação, de como funciona o circuito pulsional, ocorre uma disjunção das pulsões. Ou seja, uma disjunção entre os instintos. E assim conseqüentemente se dá a retirada da libido dos objetos.

¹¹No artigo intitulado “*Comentário falado sobre a Verneinung de Freud*”, Hyppolite traduz o termo *Verneinung*, por “denegação”, em oposição à “negação”.

Depreende-se, então, que a negação na psicose trata-se de uma expulsão. No momento inicial da constituição do sujeito, existe no psiquismo registro do dentro e do fora. Segundo Hyppolite, “ainda não há juízo no momento dessa emergência, há um primeiro mito do fora e do dentro” (HYPPOLITE, 1998, p. 898). Assim, o Eu expulsa o que causa desprazer. Isto é, o complexo de castração. Isso explica que possa haver um certo prazer em negar, “um negativismo que resulta simplesmente da supressão dos componentes libidinais, ou seja, que o que desaparece nesse prazer de negar, são os componentes libidinais” (HYPPOLITE, 1998, p. 900). É a negação desses componentes libidinais que opera na psicose. O psicótico nada quer saber da diferença sexual, ou melhor, da sexualidade que rege o mundo dos homens.

Retomando Lacan veremos que ele cita Freud, e refere que o último descreve uma distinção precisa entre o fenômeno de exclusão, e fenômeno de negação. Assim, na teoria freudiana, a rejeição de um elemento primordial, *Verwerfung*, é diferente do processo da *Verneinung*. Neste último, o Eu nega algo que guardou anteriormente como um símbolo, sendo esse reprimido, característica pontual dos quadros neuróticos. Já no que se refere à exclusão, ou denegação, como proferiu Hyppolite, Lacan aponta que Freud “admite um fenômeno de exclusão para o qual o termo *Verwerfung* parece válido, e que se distingue da *Verneinung*, a qual se produz em uma etapa muito ulterior” (LACAN, 2008, p. 21). Constatamos que a *Verneinung* se constitui em uma etapa posterior à negação. Então, o psicótico primeiro nega uma afirmação, afirmação da castração, e conseqüentemente, a seguir, expulsa a entrada do significante primordial. Assim sendo, a característica primordial da negação na psicose é a expulsão.

Ao rejeitar o significante primordial da castração, pelo processo de negação, esse elemento é abolido do registro simbólico. O psicótico não inscreve simbolicamente qual é sua função no mundo, pois o significante primordial organizador foi excluído. As distintas conseqüências deste fenômeno serão formuladas, de modo mais preciso, a partir do que Lacan nomeou como forclusão¹² do *Nome-do-Pai*. Desse modo, o recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung* reaparece no real.

¹²O termo *forclusion* será traduzido no Brasil por forclusão, ou por preclusão. De inspiração jurídica, o termo francês pertence diz respeito a um procedimento processual. Refere a uma sequência de ações, ou decisões, cuja conduta ulterior se dá sem que se haja realizado antes os passos que deveriam precedê-la. Em um processo jurídico *forclus* equivale a dizer que não se pode apelar, por ter perdido um prazo legal. É um processo legal, acabado legalmente e, ao mesmo tempo, inexistente. Equivale, em português, a dizer juridicamente que prescreveu. Prescrição é a exclusão de um direito ou de uma faculdade que não foi utilizada em tempo hábil (SAFOUAN, 1991, p. 215-16).

A *Verwerfung* primordial é efeito de uma negação da castração, que resulta na forclusão do significante do *Nome-do-Pai*, assim “a *Verwerfung* será tida por nós, portanto, como *forclusão* do significante” (LACAN, 1998, p. 564). É justamente na forclusão do significante que a psicose se deflagra.

Termo de origem jurídica que indica o uso de um direito não exercido no momento oportuno, ou que se perdeu por decurso de prazo, e é usado para nomear a estrutura psicótica: o não uso do *Nome-do-Pai*. Assim, o *Nome-do-Pai* é uma imposição simbólica que articula uma linhagem familiar, ordena uma série nas gerações, bem como organiza a narrativa de uma história. Segundo Sérgio Laia, “trata-se do Nome que antecipa, ordena e perpetua a existência de alguém” (LAIA, 2001, p. 25). Não se trata aí, necessariamente, do “pai natural”, mas do que assume essa função de “impedir a colisão e o rebentar da situação no conjunto está fundada na existência desse nome do pai” (LACAN, 2008, p. 118). É justamente essa função que formaliza a distância e a separação entre sujeito e mãe. O outro parental é separado pela inscrição da função paterna no sujeito.

Essa ação é vital à constituição do sujeito, pois a relação entre pares é sempre conflituosa, o sujeito não consegue distinguir o que é dele e o que é do outro, caracterizando aí uma relação de saída paranoide. Somente pela inscrição do complexo de castração é que o complexo de Édipo será finalizado, permitindo que o sujeito se separe do outro. O complexo de Édipo antes de tudo exprime uma “relação imaginária, conflituosa, incestuosa nela mesma” (LACAN, 2008, p. 117). Assim, articula Lacan “é preciso aí uma lei, uma cadeia, uma ordem simbólica, a intervenção da ordem da palavra, isto é, do pai”, que articule e possibilite a separação. Porém o sujeito, fazendo uma modesta analogia, nada quer saber no sentido da separação. A criança sente um desprazer, e nega o que lhe aflige, perde, portanto, a possibilidade de usar desse recurso. Assim, a forclusão não é forclusão de qualquer coisa, mas do *Nome-do-Pai*. O que leva à retomada lacaniana do dito freudiano, o que foi abolido no interior retorna no exterior. Daí sua celebre frase “O que é recusado na ordem simbólica, ressurge no real” (LACAN, 2008, p. 22). Em 1955 Lacan reformula a questão do Édipo e a recoloca sob a teoria da forclusão do *Nome-do-Pai*. Essa tese será responsável por reaproximar o estudo das psicoses da questão Edípica. Isso porque a psicose estava sendo tomada por autores como um problema no mecanismo de defesa; do narcisismo e os fenômenos imaginários recorrentes destes, como propôs Freud, porém, no ano de 1895 com o *Rascunho H* e *Rascunho K*.

Podemos construir uma hipótese que é somente a partir da teoria da forclusão do *Nome-do-Pai* e, posteriormente, na articulação dos três registros, que Lacan sustentará a recomendação que o analista não recue diante da psicose. O desenvolvimento desse enunciado permite repensar o que seria não recuar? Trata-se a cima de tudo de reconhecer as saídas que o psicótico encontra para lidar com a falta do *Nome-do-Pai*.

No percurso deste trabalho foi possível constatar que existe uma clínica sustentada em torno desse enunciado. Lacan, na Abertura da Seção Clínica de 05 de janeiro de 1977, comenta “La psychose, c’est ce devant quoi un analyste, ne doit reculer en aucun cās”¹³ (isto quer dizer, na psicose, o analista não deve recuar diante de nenhum caso). Porém, no desenvolvimento do estudo lacaniano sobre a psicose, esse enunciado não será retomado.

Adverte, porém que não recuar diante dos desdobramentos da psicose permitirá acompanhar este sujeito, respeitar seu sofrimento, acolhendo seu delírio até o ponto que possa alcançar, ou não, uma estabilização¹⁴. A formalização desse conceito permite articular que o uso da palavra estabilização no quadro psicótico será restrito ao ato de fixar o significado ao significante. É que a metáfora cria um ponto de estabilização no deslizamento do significado sob o significante, sendo possível “reter” uma significação. Desse modo, não é da estabilização do quadro que se trata. Contudo, essa recomendação só tem efeito na retomada lacaniana do Édipo freudiano. É o Édipo que permite a entrada do sujeito no mundo do simbólico; faz o corte e instala a lei.

O diferencial lacaniano ocorre pela retomada da teoria freudiana do Édipo, e sua ressignificação em termos do *Nome-do-Pai*, momento no qual ele propõe analisar a psicose a partir do fenômeno elementar.

Lacan inicia o estudo do funcionamento psicótico pela produção delirante, sua proposta será definir qual a função e finalidade do delírio. Nesse sentido, Sérgio Laia comenta que “Lacan [...] prefere questionar por que um louco teria de professar um tal reconhecimento e o que ele teria de reconhecer de si nessas produções sem, no entanto, reconhecer-se nelas” (LAIA, 2001, p. 26). O psicótico faz uma tentativa de reconhecer-se no mundo por meio do delírio, pois, como Freud anunciava, os temas deliriosos não são aleatórios, são produções do sujeito, mesmo que ele não se reconheça nelas. (FREUD, 2010a, p. 94). É pelo delírio apresentar-se na fala que ele pode ser acolhido pela escuta do analista. Nesse sentido, Freud refere que “após a catástrofe” a tentativa

¹³Tal enunciado foi proferido na à Seção Clínica de 1977, e encontra-se publicada na revista de psicanálise *Ornicar?* número 09, p. 9.

¹⁴Segundo dicionário Aurélio, estabilização deriva da palavra estabilizar, que significa “ato ou efeito de tornar estável”. Dentre alguns de seus sinônimos temos “alicerçar, assentar e fixar”.

que Schreber fará, para reconstruir o mundo, será por meio das “palavras”. Lacan no *Seminário VIII* anuncia que a transferência é o sustentáculo da ação da fala. Esse tema será retomado no próximo capítulo.

3.2 A FORMALIZAÇÃO DOS CONCEITOS

Retomando, tem-se que o estudo da psicose em Lacan pode ser localizado em dois tempos, o inicial – aquele que permeou a sua tese de doutorado, marcado pelo caráter médico de suas construções, ainda ligadas à psiquiatria, e um segundo momento, marcado pelo estudo da paranoia, após 1953, tendo como principal temática a invenção dos três registros. Essa invenção permitirá uma aproximação do funcionamento da estrutura. Lacan retoma a análise freudiana do escrito schreberiano, para formalizar os conceitos relativos aos três registros.

No que diz respeito à análise realizada por Freud do caso Schreber, Lacan afirmará que “há da parte de Freud um verdadeiro lance de gênio que não deve nada a nenhuma penetração intuitiva” (LACAN, 2008, p. 20). Lacan faz um elogio a Freud e reforça a magnitude desse último ao encontrar no discurso delirante uma lógica particular, própria da língua do falante, é um lance de “gênio do lingüista que vê surgir, várias vezes num texto, o mesmo signo, parte da idéia de que isso deve querer dizer alguma coisa e chega a reconstruir o uso de todos os signos dessa língua” (LACAN, 2008, p. 20), é uma análise que somente Freud poderia ter realizado, pois não se trata de interpretar o delírio - é justamente o oposto.

É relevante ressaltar que a interpretação realizada por Freud é uma análise simbólica do texto escrito por Schreber, para não declinarmos na invariável fragilidade de fazermos uma análise clínica. Schreber um paranoico que escreve sob essa estranha experiência que é o delírio. Esse escrito possibilitou a análise freudiana e a formalização de uma teoria da paranoia. Lacan toma a interpretação freudiana e formaliza a função do Outro na paranoia. Nessa retomada Lacan irá propor a formalização dos registros.

O marco do *Seminário III* é a invenção dos três registros, fundamentada na retomada que Lacan realiza da teoria freudiana do inconsciente. Considerando o inconsciente estruturado como linguagem Lacan desenvolverá a tripla nomeação. Philippe Julien comenta “a linguagem é a condição do inconsciente, então Lacan retomando o inconsciente segundo Freud, vai poder abordar a psicose graças à invenção de uma tripla nomeação. É esta a chave de seu seminário sobre as psicoses” (JULIEN,

2003, p. 42). A invenção dos três registros permite pensar a psicose como um acontecimento no trato com a linguagem. Pensá-la nessa perspectiva, exigirá uma breve reconstrução sob os três registros no ensino lacaniano. Lacan sustenta: “Eis os três registros distinguidos, e distinguidos também os três planos nos quais pode ser introduzida nossa suposta compreensão do fenômeno elementar” (LACAN, 2008, p. 19). O autor é enfático e ressalta: somente a partir da releitura dos registros, e por meio dessa, será possível uma “suposta” compreensão, em torno do fenômeno elementar. É necessário certo zelo no que diz respeito à expressão “suposta”, pois é somente este o processo possível: “supor” que podemos compreendê-lo. Lacan menciona ao iniciar o *Seminário R S I* em dezembro de 1974, que irá apresentar três palavras, *Real*, *Simbólico* e *Imaginário*, cada qual com seu sentido configura um determinado registro.

O conceito do registro *Imaginário* será sustentado em torno da noção de imagem. A relevância do registro do imaginário é concernente a Freud que, no artigo *Introdução ao Narcisismo*, introduz a teoria do Eu, e das relações com os objetos. É uma teoria proeminente, apresentada por Lacan em 1936, no Congresso de Marienbad, com o texto *O Estádio do Espelho*¹⁵. Nesse artigo Lacan formaliza de maneira precisa a constituição do Eu, dando a devida importância do outro especular da relação. A ordem imaginária é construída a partir da relação com o outro semelhante. O ser da criança, será fundado nessa relação com o duplo especular e nela se sustentará. Em um determinado momento da constituição do sujeito, a pequena criança é colocada em frente ao espelho e não se reconhece. Em outro momento a criança começa a se relacionar com a imagem de outra pessoa. Essa relação, após o reconhecimento que vem do outro, possibilita que a criança reconheça seu próprio corpo. A relação imaginária é responsável por dar consistência à imagem.

No que refere à psicose sabe-se que o desastre no registro imaginário é fator preponderante do desencadeamento surto. É justamente quando o psicótico registra que o Eu está fora, sem possibilidade de simbolização, é o momento crucial no qual o delírio se constitui.

A partir da constituição do Estádio do Espelho é que os registros vão se estruturar: assim, juntos e ao mesmo tempo “o Imaginário, o Simbólico e o Real,” se “organizam nesse momento do desenvolvimento humano” (LEITE, 2010, p. 46).

¹⁵Na época, o subtítulo desse texto era “Teoria do momento estruturante genético da constituição da realidade conhecida em relação à experiência analítica”. Em 1949, ao ser apresentado como nós o conhecemos, “O Estádio do Espelho” recebeu o título de “O Estádio do Espelho como formador da função do Eu tal como nos é revelado na experiência analítica” (LEITE, 2010, p. 35-36).

Na dimensão dos registros lacanianos, o *Simbólico* pode ser considerado para além da compreensão; ou melhor, no interior da qual toda compreensão é inserida. Compreende-se por *Simbólico* a zona de encontro, onde se realiza para o ser falante o que é restrito à ordem do possível, o factível. Lacan destacou a importância da cena edípica, bem como os elementos que se organizam em torno do complexo, pois o complexo de castração será responsável por instaurar o registro simbólico. O homem é constituído, com efeito, pela entrada da lei simbólica. A marca primordial que define a estrutura psicótica é justamente a não inscrição do *Nome-do-Pai*, na ordem simbólica.

O *Real*, como realidade, se confunde com o *Imaginário*; porém, ele é completamente distinto. Uma das dimensões do espaço habitado pelo falante, o real pode ser tomado como o que está posto, e imposto com força de verdade. O *Real* pode ser formalizado como o impensável. O Real não pode ser simbolizado, portanto “é o que é, além de qualquer interferência, independente dos outros registros” (CESAROTTO; LEITE, 2010, p. 96). É justamente no encontro com o real que o surto poderá ser desencadeado. Momento em que a verdade, a negação do complexo de castração ficará desvendada. Um lugar insuportável, presentificado pela questão *o que sou?* O encontro com o real da falta de significação só pode ser sustentado pelo do delírio. Nesse sentido o conceito de *Real* é fundamental para deciframos o que leva ao desencadeamento do surto. Nessa perspectiva, o novo conceito fecha a incógnita, dando a chave mestra: o encontro com o *Real* é insuportável na psicose.

Mas então qual a marca fundamental do *Real*? Philippe Julien comenta que a “dimensão do real é propriamente o que define a *novidade* do trilhamento de Lacan” (JULIEN, 2003, p. 69). Lacan vinculou conceitos que cita como “coisas que chamamos de freudianas” (LACAN, 2007, p. 128). Contudo, no que diz respeito ao real, afirma: “o que chamo de real, eu o inventei, porque se impôs a mim (LACAN, 2007, p. 128). O que concerne o *Real* é não ter sentido ou definição, ele é desprovido de qualquer sentido lógico. A esse respeito, Lacan afirma “o real não tenha sentido é o que é figurado com isso, que o sentido está aqui e o real, lá” (LACAN, 2007, p. 130). Então, diante de uma convocação vinda do *Real*, o psicótico se defronta com uma ausência de significação no registro simbólica. Não existe uma resposta à imposição vinda do Real, apenas um vazio que denuncia que existe uma falta. A falta do *Nome-do-Pai*, foracluído pelo sujeito.

O registro do *Real* é norteado pela função de ligação. Nesse sentido, Lacan confere que o “máximo que podemos figurar ao dizer que, ao imaginário e ao simbólico, isto é, às coisas que são muito estranhas uma para a outra, o real traz o elemento que

pode mantê-las juntas” (LACAN, 2007, p. 128). Portanto, o real é responsável por manter os três registros entrelaçados, ao passo que ao ocorrer o desenlaçamento o furo aparece.

Para avançarmos nas formulações lacanianas sobre a psicose será necessário retomar a reconstrução do conceito teórico do signo e a sua função na clínica. Lacan se apropria dos conceitos de Ferdinand de Saussure¹⁶ (1857-1913) para formalizar conceitualmente a teoria do significante. Para o linguista moderno, o signo linguístico é composto por significado, conceito de algo; e pelo significante, a imagem acústica de uma palavra; assim a imagem acústica é o fragmento de uma cadeia sonora, e não seu significado. O significante, ou fragmento de cadeia sonora, só adquire um sentido, um valor de signo, no momento em que evoca algo. As ideias ou conceitos evocados são chamados por Saussure de “significados” em oposição à cadeia sonora de significantes. Para Saussure: “O signo linguístico une não uma coisa e uma palavra, mas um conceito e uma imagem acústica” (SAUSSURE, 2006, p. 80). Assim a natureza do signo é justamente juntar o significante ao significado.

Lacan inverte a relação significado-significante, colocando o significante como antecessor do significado, dando primazia ao significante. Ele não só inverterá, como dará proeminência ao significante e coloca uma barra entre ambos. Aliás, existe aí uma separação crucial entre significante e significado, uma barra. Essa barreira resiste à significação, o ponto onde não há significado.¹⁷

O registro *Simbólico* será responsável por articular internamente a percepção interna de um signo; com algo interno, seu significado. E assim o simbólico faz referência ao que no sujeito pode ser ordenado e simbolizado. Quando um símbolo aparece, surge, conseqüentemente, um lugar para ele no universo simbólico.

Contudo, constata-se que na psicose tudo pode se tornar signo. Lacan aborda a clínica da psicose pela via da relação do sujeito com seu inconsciente. “É clássico dizer que, na psicose, o inconsciente está à superfície, é consciente” (LACAN, 2008, p. 21).

¹⁶Segundo Saussure, a língua pode ser classificada como uma forma de nomear coisas, uma nomenclatura. Esse processo está aberto a críticas e sofre influências, pois um processo de nomeação nunca é imparcial. Nesse aspecto uma palavra poderá ser nomeada a partir de uma “natureza vocal” ou “psíquica” (SAUSSURE, 2006, p. 79). No que se refere ao signo linguístico, eles estão unidos no cérebro sempre por um vínculo de associações. Isto é, o signo linguístico une não uma palavra, mas um conceito e uma imagem acústica. O signo é a impressão psíquica do som, porém esse processo envolve questões psíquicas, além do sonoro ou físico. “Conservar o termo signo para designar o total, e a substituir conceito e imagem acústica respectivamente por significante e significado, estes dois termos tem a vantagem de assinalar a oposição que os separa, quer entre si, quer do total de que fazem parte” (SAUSSURE, 2006, p. 81).

¹⁷A experiência analítica mostra que o sujeito atribui novos significados aos significantes que marcaram sua história de vida, pois, o significante não está colado a um significado. Para que o sujeito ascenda ao mundo dos significantes, deve anteriormente ter sido marcado simbolicamente pela linguagem, fazendo emergir daí a sua existência.

Essa afirmação é de uso habitual, repetido enfaticamente por vários autores. Porém é de domínio de poucos, pois referir que o inconsciente está a céu aberto na psicose não se trata de forma alguma que o psicótico saiba disso; ele, definitivamente, não se apropria do que fala, pois o Outro fala nele. O sujeito é espiado, observado, vigiado: falam dele, julgam-no, indicam-no. Tudo tem significado. E, ainda algo fala por intermédio dele, o inconsciente. Ocorre que na psicose o sujeito fala e é falado.

Freud, pela análise do texto *Memórias de um doente dos nervos*, constata que Schreber cria hieróglifos, cria signos, que constituem a sua língua fundamental. Lacan comenta que Freud quer “compreender, não só o material significante de que se trata, mas, ainda mais, reconstruir a própria língua, essa língua fundamental de que nos fala Schreber” (LACAN, 2008, p. 20). Assim, o signo nada mais é que a maneira que o psicótico encontra para falar de sua estranha experiência, sem perceber como o signo o invade. Perpetua-se que “o material é o corpo próprio” (LACAN, 2008, p. 20), do sujeito. O que vem do real invade não só os pensamentos do psicótico, mas também o corpo do psicótico termina por ser refém do Outro¹⁸ invasor.

3.3 O DESENCADEAMENTO DA PSICOSE

Na história e nas memórias dos psicóticos encontraremos sempre o relato de fatores tidos como desencadeantes. Encontraremos na história da psicanálise a presença de um acontecimento de fator desencadeante. Esse processo assumiu diferentes nomenclaturas e nuances ao longo do período. Inicialmente foi denominado por Charcot como “cena traumática”. Freud, discípulo de Charcot, elabora a noção de trauma como um acontecimento “impactante ou não (TRAUM significa, em alemão, impacto ou sonho)” (GRECA, 2005, p. 13). Esse acontecimento pode gerar um desdobramento que desencadeia um processo no sujeito. Responsável por fazer “surgir formações substitutivas (sintomas) que apenas encontrarão o seu sentido na história pessoal do sujeito (experiência edipiana)” (GRECA, 2005, p. 13).

¹⁸O conceito de Outro com “o” maiúsculo tem distintas definições na obra lacaniana. “Tal conceito teve longo percurso de construção na sua obra, tomou grandes proporções, atravessou alguns postulados e adquiriu vários aspectos e metáforas. O desenvolvimento desse conceito vai do pequeno ao grande Outro. De um pequeno outro que, primeiramente, aparece no “*O estádio do espelho*”, como semelhante e como imagem, mas também e ao mesmo tempo, como miragem e âncora do grande Outro, passa por postulados como “O Outro como lugar da linguagem”, “O tesouro dos significantes”, “O Outro do inconsciente”, “O Outro é Lei”, até o *dictum*: “Outro não existe” (ALVES, 2012, p. 16). Entretanto nas nuances desse trabalho será tomado como o mundo dos significantes, privilegiando nas psicoses o registro do “O Outro do inconsciente”.

Lacan já falava de desencadeamento quando estudou o caso do *Homem dos Lobos*, nos anos de 1951 e 1952. No entanto, o termo só será elevado à categoria de conceito em 1955 e 1956, a partir da análise do caso Schreber. No *Seminário III*, e no artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, Lacan formaliza a teoria do desencadeamento da psicose. Nesse momento ele faz a releitura do Édipo freudiano e o ressignifica nos termos de *Nome-do-Pai*. O autor observa que no surto psicótico algo estanca o processo de significação; um significado não remete mais a outro:

para que a psicose desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado dá início a cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante (LACAN, 1998, p. 584).

Essa afirmativa aponta o momento no qual ocorre o desencadeamento e *a posteriori* a possibilidade de estabilização. O sujeito convocado a responder a um lugar fundamental que concerne a uma posição subjetiva, e que configura uma verdade a respeito da sua existência, se depara com um vazio de significado que evidencia a falta do *Nome-do-Pai*. A psicose se desencadeia por um acontecimento, uma felicidade ou infelicidade que faz um ímpar na cadeia, e abre um furo.

Philippe Julien explana que esse acontecimento pode ser, por um lado, “um encontro amoroso, uma paternidade em breve, uma descoberta científica ou artística, uma causa política ou militar, uma revelação religiosa” ou, ainda, por outro vértice, “uma traição conjugal inesperado, uma falência profissional, uma derrota política ou militar, uma desoladora noite mística” (JULIEN, 2003, p. 46). Trata-se aí do encontro com o real, insuportável ao sujeito.

Então, por esse acontecimento as amarras imaginárias que mantinham o sujeito atrelado à realidade serão aos poucos destituídas, e a psicose “desencadeia, por ser abalada, a dissolução do tripé imaginário” (LACAN, 1998, p. 572), após o encontro com algo do real, e a falta do registro do *Nome-do-Pai*, na ordem simbólica. Por essa via, Lacan reunirá as condições clínicas que permitem analisar as condições que levam ao desencadeamento. Essa construção teórica leva Lacan afirmar que na psicose não há psicogênese. Nesse particular ele segue Freud e se afasta ainda mais da psiquiatria.

Nesse sentido Andréa Guerra articula três condições relevantes para o desencadeamento da psicose: “a) condição estrutural - foraclusão do *Nome-do-Pai*; b)

quebra da identificação imaginária; c) condição específica-encontro com Um-pai” (GUERRA, 2010, p. 39). A primeira condição se dá por um acidente na fala e na linguagem do sujeito, e porta a forclusão do significante que marca a lei, o *Nome-do-Pai* no registro simbólico. É uma condição própria da estrutura, ou seja, a forclusão do *Nome-do-Pai*. Não existe no registro simbólico a inscrição dessa função.

A segunda condição, diz respeito à quebra da identificação imaginária. Essa condição é central no processo de desencadeamento e configura a quebra de uma identificação que mantinha o estabilizado, pois, sabe-se que a constituição do sujeito é centralizada na relação imaginária central, e tal relação porta certa ambiguidade. Contudo, a relação com o outro especular é responsável pela constituição do sujeito. Esse processo instaura uma dualidade no interior do sujeito, “ele, que nele há um eu que sempre é em parte estranho a ele” (LACAN, 2008, p. 114). A partir da dualidade, eu e o outro, é que o ser sujeito se constitui como único. Pela identificação imaginária¹⁹ ao outro semelhante o psicótico poderá manter o seu Eu. Na dissolução imaginária o Eu perde a consistência, a identificação imaginária com o outro semelhante se dissolve, e ao acompanhar este movimento, o Eu é arrastado para longe da realidade²⁰.

A terceira condição ocorre mediante a dissolução do imaginário, a convocação do *Nome-do-Pai* foracluído no simbólico após o encontro com um real insuportável. O encontro com Um-pai cerne a questão que envolve o encontro com a função fálica. O *Nome-do-Pai* faz a função de lei, dando ao sujeito a noção de existência. O sujeito aclama por sentido, algo que explique a invasão que vive, esse é o momento no qual o sujeito é tomado de perplexidade. A perplexidade faz parte da interrogação: o que essa fala quer dizer? A explicação não vem, pois o *Nome-Pai* foracluído limita a significação no registro simbólico. Então se constitui um cenário onde tudo é possível, coisas entram e saem como substância líquida, são vozes, coisas, pensamentos. A perplexidade permanece. Todavia, tal sensação é insuportável ao sujeito, que constrói então a convicção. Assim, o delírio irrompe, uma tentativa de resposta ao enigma. Momento no qual o delírio torna-se convicção delirante.

¹⁹Lacan inclusive comenta “*Louco é aquele que adere ao seu imaginário*”. A adesão ao imaginário que permite em muitos quadros o sujeito, mesmo apresentando uma estrutura psicótica, possa manter um convívio social. O sujeito trabalha, estuda, mantém suas atividades e transita no social. Em determinado momento a imagem do se quebra, configurando a dissolução imaginária.

²⁰No caso do presidente Schreber há uma fragmentação da identidade, a qual ele “*só pode dar testemunho*”, o sujeito é fragmentado em quarenta e sessenta pequenas almas, que o habitam, e o dividem. Nesse processo, o outro é desdobrável, reduzível, violado. “Essa fragmentação da identidade marca com seu próprio selo toda a relação de Schreber com os seus semelhantes no plano imaginário” (LACAN, 2008, p. 119).

Diante do desastre e do conflito gerado no simbólico, o que resta é um lugar vazio, e que será preenchido com uma construção delirante, o delírio como uma possível encenação de subjetividade, pois o sujeito entra aí, concomitante com seu delírio. Lacan afirma: “é no lugar do conflito que aparece uma reação, uma construção, uma encenação de subjetividade” (LACAN, 2008, p. 42). Assim, o sistema delirante dá os elementos do seu funcionamento, pois o “dizer psicótico” é construído a partir de signos plenos de significação.

Diante desse cenário Lacan refere que o psicanalista deve rastrear os mecanismos participantes no desencadeamento do surto, e reconhecer o trabalho que o sujeito fará para reconstruir seu contato com a realidade. Isso porque, não se trata de compreender o incompreensível, mesmo que em um primeiro momento este fenômeno pareça completamente compreensível ao sujeito, é sob essa óptica que ele comunica seu delírio ao outro, conta um fato a ele verdadeiro. No entanto, de ponta a ponta, no *Seminário III* Lacan reforça a impossibilidade de deciframos o que nos é contado:

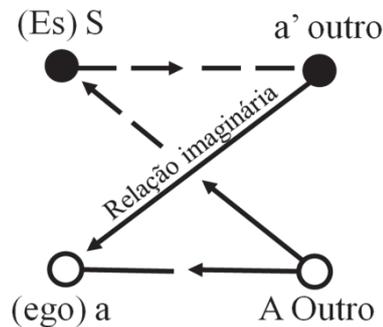
que diz o sujeito afinal de contas, sobretudo num certo período de seu delírio? Que há significação. Qual, ele não sabe, mas ela vem no primeiro plano, ela se impõe, e para ele é perfeitamente compreensível. E justamente porque ela se situa no plano da compreensão como fenômeno incompreensível, se assim posso dizer, é que a paranóia é para nós tão difícil de discernir (LACAN, 2008, p. 32).

O delírio não se decifra; aliás, ele é sim, uma cifra, pois torna-se uma marca que acompanha o sujeito, e que registra sua estrutura. Sendo essa sua marca da estrutura psicótica, surge a questão: de que se trata o fenômeno alucinatório?

Para responder a essa questão apresentaremos o esquema L²¹. Lacan se vale do esquema de ponta a ponta na transmissão do seu ensino para formular a relação do sujeito com seu semelhante, com o Outro, e com os objetos. Na relação desses elementos, banhados pelo registro simbólico e imaginário, é que a alucinação verbal se constitui. Lacan refere que a alucinação verbal “figura a interrupção da palavra plena entre sujeito e o Outro e seu desvio pelos dois eu, a e a’, e suas relações imaginárias” (LACAN, 2008, p.23). Assim, o esquema:

²¹No esquema, a letra L vem do nome Lacan.

Figura 1 – Esquema L



Fonte: Lacan, 2008

Lacan propõe ao “S” sujeito, é o sujeito como ser, que comparece aí com sua existência. Essa relação no campo simbólico é caracterizada pela relação do sujeito “S” com Outro²². O gráfico está vetorizado, caracterizando assim a constituição do sujeito pelo Outro²³. O Outro é definido pelo campo da linguagem, inscrito na mais tenra infância, e que introduz os significantes que constituem o sujeito. Isto é, um local sem localização, mas que localiza o inconsciente. O Outro se articula na forma de significantes particulares, pois foram registrados a partir do outro materno. Esses significantes constroem uma cadeia de significantes, a partir do encontro com a linguagem. Em relação ao esquema L, Márcio Peter de Souza Leite comenta:

nesse esquema Lacan relaciona o imaginário, caracterizado pelo eixo a-a', que corresponde à relação do Eu (ego) ao semelhante (a'), representando a constituição do Eu no Estádio do Espelho, o qual cruza com eixo Simbólico, caracterizado pela relação do Sujeito (S) ao Outro (A) (LEITE, 2010, p. 30).

Existe uma alienação fundadora na constituição do sujeito(S), essa alienação ocorre no campo relacional com o Outro (A). No eixo opositor, na relação do Eu, –“a” com “a” que marca o momento que o Eu, até então, si mesmo passa a investir em objetos do exterior. O investimento libidinal até então voltado ao Eu, se volta ao objeto. Esse momento marca a saída do júbilo. No artigo *Introdução ao Narcisismo*, Freud afirma que o psicótico é incapaz de investir libidinalmente no outro.

A relação entre “a” e “a” é imaginária e completamente especular marcada pela dualidade entre ou Eu existo, ou ele. O sujeito se apoia na relação com o outro para existir, se aliena. Trata-se aí de uma relação de alienação e separação. Alienação, pois, para que o sujeito exista, ele precisa alienar-se na imagem do outro semelhante e assim

²²O outro, em francês, quer dizer, “*autre*”, assim será tomado pela letra “A”.

²³O Outro nos *Escritos* foi definido por Lacan “como lugar do significante” (LACAN, 1998, p. 827).

garantir a existência, visto que o enunciado “Eu sou isso”, garante o ser, “sou o filho”. No entanto, é preciso também separar-se para ser, ou melhor, para existir como sujeito, diferente do outro. É justamente nesse momento que se constitui a relação simbólica do sujeito e A, marcada pela entrada do significante. Todo esse jogo da existência só pode ocorrer pelo atravessamento do Édipo, pois a entrada do terceiro na relação mãe e filho marca a separação, e a inscrição no simbólico do registro da lei.

Assim, é pela constituição do sujeito ser pautada pelo Outro²⁴, que podemos articular: só há alucinação no seio da relação com o outro²⁵.

3.4 A FORMAÇÃO DO FENÔMENO ELEMENTAR

Nomearemos fenômeno elementar às formações alucinatórias e às delirantes, e examinaremos a formação destes fenômenos a partir do estudo do esquema L.

Lacan confere que o sistema delirante não é insidioso. No *Seminário III* ele retorna aos conceitos kraepelineanos, a respeito da construção delirante fazendo uma crítica a esse psiquiatra. Kraepelin afirmava que o delírio era um sistema durável e não abalável. Lacan comenta haver sempre uma “ruptura no que Kraepelin mais adiante chama de a evolução contínua de um delírio na dependência de causas internas” (LACAN, 2008, p. 27-28). Vale apontar que o delírio não apresenta um caráter evolutivo, como propôs a psiquiatria.

O psicanalista francês faz alusão a seu mestre Clérambault, esclarece que tomou emprestado deste o termo “fenômenos elementares”²⁶ e comenta: “os fenômenos elementares não são mais elementares que o que está subjacente ao conjunto da construção do delírio” (LACAN, 2008, p. 29). Assim, o delírio se efetiva em torno de certos elementos. Segundo Clérambault, existe um arranjo antecipatório marcado que configura a formação delirante, que ele nomeou de *Automatismo Mental*.

Diferentemente do que Clérambault propôs para o fenômeno elementar, Lacan refere que o delírio se constituiu por si mesmo e não apresenta um “núcleo inicial”, com um caráter evolutivo, ele é sim um fenômeno da estrutura. Nesse sentido, é correto afirmar: “o delírio não é deduzido, ele reproduz a sua própria força constituinte, é ele

²⁴O Outro com letra “O” maiúscula, referência o registro simbólico.

²⁵O outro com letra “o” minúscula, referência o registro imaginário, e corresponde à dimensão do narcisismo nos textos freudianos.

²⁶Inclusive o autor infere a presença destes fenômenos na construção do delírio, para marcar a distinção entre delírio e “dedução idéica”, isto é, como o próprio nome demonstra, como uma ideia, e assim da ordem da compreensão (LACAN, 2008, p. 29).

também, um fenômeno elementar” (LACAN, 2008, p. 30). Com esta afirmação, o psicanalista encerra qualquer dúvida em relação à marca, pois o delírio reproduz a marca que constitui a estrutura psicótica.

O psicótico não duvida da origem do delírio, ele é real e faz parte da realidade externa. É a certeza do caráter realista do delírio que marca a diferença da estrutura neurótica para estrutura psicótica. Ambas as estruturas poderão apresentar um fenômeno alucinatorio. Freud já constatara esse fato em seus casos clínicos e no estudo sobre as histéricas. No entanto, na clínica das neuroses o fenômeno se apresenta como mensagem, pois há dialética entre Eu e sujeito. Já na clínica das psicoses, não há dúvida, o fenômeno existe, o Outro que vem de fora é consistente, encontramos aí a certeza psicótica: “o que constitui o que se chama, com razão, o fenômeno elementar, ou ainda, o fenômeno mais desenvolvido, a crença delirante” (LACAN, 2008, p. 93).

Examinaremos a formação da alucinação. Essa formação marca o momento em que ocorre uma interrupção da palavra. Na relação sujeito e Outro, o processo para, a fala é interrompida. Ocorre um desvio na relação imaginária, “uma triplicidade está aqui indicada no sujeito, que abrange o fato de que é o eu do sujeito que fala normalmente a um outro, e do sujeito, do sujeito S, em terceira pessoa” (LACAN, 2008, p. 23). A alucinação é a percepção pelo sujeito de uma imagem ou lembrança, que tendo sido rejeitada para fora pelo Eu que agora volta bruscamente sob a forma de uma imagem visual, ou acústica de grande vivacidade.

Existe um outro que pensa no sujeito. Essa configuração é baseada na relação especular, pois o sujeito se constitui à partir do outro. Na neurose, o sujeito fala o que é ao passo que na psicose ocorre um processo semelhante, contudo, de forma completamente distinta. Na psicose, é como se um terceiro falasse para ele em alguns quadros de esquizofrenia, ou ainda, falasse dele como nos quadros persecutórios. O psicótico não reconhece a dialética. Ou seja, que fala dele, com ele mesmo. O registro que o psicótico tem, é de que a voz que ele escuta vem de fora. Lacan sustenta que:

no sujeito psicótico, ao contrário, certos fenômenos elementares, e especialmente a alucinação que é a sua forma mais característica, mostram-nos o sujeito completamente identificado ao seu eu com o qual ele fala, ou o eu totalmente assumido através de modo instrumental (LACAN, 2008, p. 23).

Na psicose o sujeito não reconhece a relação dual, e só pode recebê-la de forma “instrumental”. Esse fenômeno faz com que o sujeito acredite estar falando ao seu Eu,

mas como alteridade. O psicótico sabe que fala com seu Eu, mas para ele a fala é real. Sobre tal questão, Lacan formula que o que acompanha o “sentimento de realidade que é a característica fundamental do fenômeno elementar, o sujeito fala literalmente com seu eu, e é como se um terceiro, seu substituto de reserva, falasse e comentasse sua atividade” (LACAN, 2008, p. 24).

Essa formulação lacaniana é a chave mestra para a compreensão da formação do fenômeno elementar, a saber, do delírio e da alucinação. Pela impossibilidade de reconhecer que existe uma dualidade interna, permeada pela questão *Quem sou?* O psicótico dá a um terceiro em forma de alucinação e delírio a possibilidade de responder à pergunta. No exemplo clássico do presidente Schreber percebe-se que ele estabiliza o quadro a partir da encenação de uma resposta “*sou a mulher de Deus*”.

O Eu é uma construção imaginária. Nesses termos, pouco importa a dedução delirante, uma explicação, ou, ainda, a possibilidade de que se dialogue com isso, pois o mais relevante é, justamente, que o fenômeno elementar é incompreensível.

O que intrigou Lacan foi justamente localizar quem é o interlocutor, quem fala na alucinação verbal. É fundamental distinguir que na fala humana o emissor é ao mesmo tempo o receptor; ouve-se o som das próprias palavras. No entanto, na alucinação verbal, o conteúdo é diverso; esse é o caráter central da alucinação verbal, quando o “sujeito articula o que ele diz ouvir” (LACAN, 2008, p. 34). As vozes que o sujeito escuta serão sempre vozes do seu próprio pensamento, a articulação verbal das suas palavras. Essas palavras e conversas internas retornam do exterior em forma de vozes, mas a formação do fenômeno elementar é no interior do psiquismo.

No *Seminário III*, Lacan retoma a análise feita por Freud do texto Schreberiano, como tentativa de desvendar o funcionamento delirante.

Lacan faz uma análise detalhada e fundamentada da manifestação da linguagem no psicótico, pois a palavra tem em si mesmo certo peso. Há dois tipos de fenômenos nos quais se projeta o neologismo: a intuição e a fórmula. A intuição delirante comporta a palavra plena e a palavra vazia, sendo a plena, uma palavra carregada de um significado, ou de significação que só remete a ela mesma, e permanece irreduzível. E a palavra vazia, tem como marca o *ritornelo*, o refrão, a frase repetitiva. Segundo a articulação lacaniana, as duas formas envolvidas, ou seja, a “mais plena e a mais vazia, para a significação, é uma espécie de chumbo na malha, na rede do discurso do sujeito. Característica estrutural a que, já na abordagem clínica, reconhecemos a assinatura do delírio” (LACAN, 2008, p. 45).

A forma como o psicótico faz o uso da palavra paralisa o significado; não há uma construção que articule a fala a um novo significante. Não há um sentido que se acomode no seu significado. E assim o psicótico possivelmente confunde o significante com seu efeito de sentido. Esse processo deixa em evidência o fracasso da relação simbólica.

Com efeito, no delírio, o significante se apresenta em discordância com a linguagem, pois, no nível da significação, existe sempre uma nova significação. Essa é a problemática, o delírio se caracteriza por um deslize de significação, não parando no nível do significado. Trata-se aí de um enxerto de palavras. Nesse sentido, Lacan afirma que a “significação remete sempre a outra significação, e sendo assim, “a significação dessas palavras não se esgota no remeter a uma significação”, ela só remete a si própria. É justamente aí que o delírio se configura como irreduzível. Assim, pondera-se que à fala delirante concerne um discurso econômico. Essa carência no “ordenamento comum do discurso, que nos permite distinguir que se trata do delírio” (LACAN, 2008, p. 45).

É fundamental ao estudo das psicoses que se interrogue a fala do psicótico. O psicótico fala? Essa questão concerne justamente ao que a psicanálise anunciou como novidade, acolher o fenômeno elementar no registro que ele aparece, isto é, na fala. É a fala que dá lugar ao dizer psicótico, relançando a questão do sujeito, e recolocando a loucura para além da abordagem psiquiátrica. Em relação a isso, diz Lacan:

o único modo de abordar conforme à descoberta freudiana é o de pôr a questão no próprio registro em que o fenômeno nos aparece, isto é, no da fala. É o registro da fala que cria toda a riqueza da fenomenologia da psicose, é aí que vemos todos os seus aspectos, as suas decomposições, as suas refrações (LACAN, 2008, p. 48).

A fala do psicótico suscita grande interesse à psicanálise, pois é justamente no processo da fala que se desenrolará a questão da transferência. Lacan é enfático ao anunciar que, sempre que há fala, o interlocutor o faz a um outro, alguém que receba a mensagem, ele afirma “falar é antes de mais nada, falar a outros” (LACAN, 2008, p. 48). E confere ainda, que é “o registro da fala que cria toda fenomenologia da psicose” (LACAN, 2008, p. 48). Assim sendo, a questão que se impõe é de que fala²⁷ se trata na psicose?

²⁷Existem duas unidades para a fala. A fala fundadora, que seria a unidade da palavra falada. A fala fundadora se refere à posição dos dois sujeitos, apresenta a relação de sujeito a sujeito. A outra unidade seria a fala mentirosa ou enganadora, o que o sujeito me diz, está sempre numa relação fundamental de um fingimento, ele fala e o “eu” recebe a mensagem sob uma forma invertida.

Lacan irá construir um percurso interessante ao recorrer a um exemplo clínico²⁸, para responder à questão. E refere que quando a paciente fala “você sabem que ela é um sujeito que tenta engrupi-los” (LACAN, 2008, p. 50). Tenta engrupir, pois nada de delirante é percebido quando a paciente fala, ela se apresenta de forma organizada. Estaríamos lidando com o que é chamado na clínica delírio parcial, pois o psicótico não se apresenta delirante durante todo o tempo; isso seria a morte em vida. Ao dedicar um espaço de tempo à escuta do psicótico, será possível perceber que ele mantém um limite, no que pode ser percebido clinicamente como delírio. Sobre o mencionado, Lacan sustenta: “O que vocês chamam, em nosso jargão, a parte sã da personalidade, se deve ao fato que ela fala ao outro, que é capaz de zombar dele” (LACAN, 2008, p. 50). O psicótico fala a quem escuta. Assim, na clínica trata-se justamente de o analista oferecer uma escuta. Em algum nível psíquico algo se passa, Lacan nos ensina com seu comentário: “É precisamente na medida em que pus naquele dia uma hora e meia”, ouvindo, ela parecia sã, mas algo escapou, e o delírio apareceu. Nesse processo, entre a sanidade e loucura, existe sim um momento em que o sujeito faz um laço com um significante, e pode, então, articular a fala. Inclusive, Lacan enfatiza: “É por essa razão que ela existe como sujeito” (LACAN, 2008, p. 50). Com essa afirmativa Lacan recoloca a questão da existência do sujeito na psicose.

A fala marca o processo que envolve a constituição do sujeito e seu sintoma: o delírio. Porém, esse processo de reconhecimento ocorre paralelo a outro, segundo Lacan, “há um outro nível”. Esse outro nível denuncia que o psicótico fala dele com um interlocutor. Todavia, nesse processo, o psicótico acaba por falar mais com esse interlocutor, que é Outro absoluto. Contudo, ainda é uma fala. O psicótico fala para além do que ele vê. É uma fala em que o sujeito está pouco implicado, trata-se aí muito mais de um testemunho. Lacan adverte quanto à paciente, ela “testemunha” (LACAN, 2008, p. 51) o que lhe ocorre.

Testemunho refere-se ao ato ou efeito de testemunhar. Essa narração apresenta um valor de declaração. A ação engloba também uma “ação de certas faculdades que nos conduzem ao conhecimento da verdade” (TESTEMUNHO, 2009). Confere-se ao testemunho o que se conhece e se comunica ao outro.

O testemunho consiste certamente em incluir a fala do psicótico para além de uma simples comunicação desinteressada. O testemunho engloba tudo aquilo ao qual damos

²⁸No *Seminário III* Lacan relata uma apresentação de caso, ao ouvir uma paranoica, ela emprega o termo, *galopiner*. (LACAN, 2008, p. 50). Ela fala ao outro, mas na posição de objeto.

um valor de comunicação. A partir dessa construção teórica, Lacan formaliza que o tratamento possível à psicose envolve uma posição de testemunho: o psicótico dá o testemunho e o psicanalista escuta. Essa questão será retomada no próximo capítulo, pois se refere ao conceito formalizado por Lacan no *Seminário III* para fazer referência à questão do tratamento psicanalítico do psicótico.

3.5 A CONSTITUIÇÃO DO DELÍRIO

O delírio surge em um espaço opaco entre as relações, do sujeito e do Outro do inconsciente. Segundo Lacan, exatamente “no ângulo aberto dessas duas relações” (LACAN, 2008, p. 53). Nesse lugar opaco, onde o sujeito acredita conversar com um terceiro, o aberto acaba recheado pela produção delirante.

É correto afirmar que algo fala no sujeito em se tratando de uma esquizofrenia, e algo fala do sujeito, em se tratando de uma paranoia. Porém, paranóico duvida do caráter fantasmático e ambíguo da fonte das palavras que lhe são endereçadas; e é justamente a respeito dessas falas que ele vem contar ao analista. Não há dúvida a respeito de que alguém lhe fala, essa é marca fundamental da psicose: a certeza.

Ao contar o que lhe aflige o psicótico demonstra certa inquietação, pois o delírio é o retorno do real de algo que não foi simbolizado, o psicótico registra a partir do exterior. É da estrutura dessa fala que o sujeito traz seu testemunho. Desse modo, ao testemunhar o sujeito fala do que fala nele. Essa relação é marcada pela constituição sujeito e Outro do inconsciente, não fosse assim, os psicóticos seriam apenas máquinas de fala. Portanto, o psicótico testemunha ao analista a relação com seu inconsciente e a “análise diz - é o inconsciente” (LACAN, 2008, p. 54), é isso que o psicótico vem testemunhar.

Lacan no *Seminário III* tentará delimitar qual é a estrutura do discurso paranóico e recorre aos conceitos freudianos:

a primeira maneira de negar isso é a de dizer - *não sou eu que o ama, é ela, meu cônjuge*, meu duplo. A segunda é dizer - *não é ele que eu amo, é ela*. Nesse nível a defesa não é suficiente para o sujeito paranóico, o disfarce não é suficiente, ele pode ser atingido, é preciso que a projeção entre em jogo. Terceira possibilidade - *eu não o amo, eu o odeio*. Aí tampouco a inversão não é suficiente, é ao menos o que diz Freud, e é preciso também que o mecanismo de projeção, a saber - *ele me odeia*. E aí estamos no delírio de perseguição (LACAN, 2008, p. 54).

Existe na neurose um enunciado, a saber: *eu o amo, e você me ama*. Freud anuncia que há nas psicoses três maneiras de negar esse enunciado. Essas definem três funções e três tipos clínicos.

A saber, no primeiro tipo clínico *não sou eu que o ama, é ela*, o sujeito leva a mensagem ao outro. Quem ama *não sou eu*, mas meu cônjuge. Sendo assim, na paranoia, não é o sujeito que ama, mas seu duplo que, conseqüentemente, subverte-se no sexo oposto.

No segundo *não é ele que eu amo, é ela*. Ocorre uma ligação mística no outro. Contudo, o outro ao qual se endereça o amor não existe. Há uma alienação; a mensagem é endereçada a algo, mas não necessariamente a alguém, ocorre a despersonalização do outro. Lacan entende que se trata aí de uma “alienação invertida da mensagem” (LACAN, 2008, p. 56). É no não encontro com o objeto de amor que se funda o *delírio erotomaniaco*.

O terceiro tipo clínico “*eu não o amo, eu o odeio*”, consiste em uma forma muito mais próxima da denegação. O mecanismo vigente é a inversão, em que amor virá ódio. Ocorre neste terceiro tipo a mais profunda perturbação do sistema, visto que as interpretações sobre o mundo estão alteradas. Há uma perturbação propriamente imaginária que é levada ao seu máximo. É neste terceiro tipo clínico que o *delírio de perseguição* ficará evidenciado.

A formalização desses conceitos permite repensar na questão da transferência na psicose. A experiência do esquizofrênico se desenrola em relação a um corpo despedaçado. Confere-se que nesse tipo clínico o mecanismo da transferência é inoperante. Todavia, na paranoia a transferência é “essencialmente negativa” (FREUD, 2010a, p. 145). Esse enunciado é claro a partir da negação do verbo na frase. Primeiramente *eu não amo* logo a seguir, a denegação *eu o odeio*. Que se configura no delírio propriamente dito, com a afirmação *ele me odeia*. Essa configuração marca o processo transferencial na paranoia. Nesse sentido, possivelmente a relação do analista com o paranóico irá se configurar a partir desse enunciado.

3.6 A ANÁLISE DO CASO SCHREBER POR LACAN

A proposta é construir um percurso, e avançar, e Lacan o faz no *Seminário III*. Ao se debruçar sobre a análise freudiana do texto schreberiano, ele apresentará uma novidade, concentrando o estudo da paranoia pela via do Outro. Essa diferença é

importante visto que Freud fundamentou a constituição da paranoia de Schreber pela problemática da homossexualidade. Lacan afirma que a psicanálise, de um modo geral, seguiu a tendência freudiana, “explica o caso do presidente Schreber, e a paranóia, em geral, por um esquema segundo o qual a pulsão inconsciente do sujeito é tão-somente uma tendência homossexual” (LACAN, 2008, p. 41).

Na contramão desse cenário, Lacan propôs a análise dos fenômenos elementares pela via da linguagem. Ele pontuará diversas fases da vida do presidente Schreber sempre buscando certa compreensão do desencadeamento do surto. A suposição lacaniana aponta para a promoção de Schreber à presidência do Tribunal de Apelação de Leipzig, como o fator desencadeante. Tal fato ocorre quando o sujeito é chamado a responder a um lugar, ou uma função, para a qual não encontra uma referência simbólica. Nesse momento, o sujeito é convocado a ocupar um lugar, esse vazio de significação deflagra um puro e simples furo. Assim, “é no lugar vazio do conflito que aparece uma reação, uma construção” (LACAN, 2008, p. 42). Uma construção delirante.

Também a impossibilidade de Schreber em exercer a paternidade contribui para a crise. Possivelmente, essa função preencheria o furo, dando-lhe um significado. Nessa via, Lacan comenta que o dito presidente Schreber, não teve um “filho para consignar um papel fundamental à noção de paternidade”. A paternidade seria, sobretudo, uma função. Segundo o construto lacaniano, justamente por não exercer essa função, Schreber revive uma “apetência homossexual correlativa” (LACAN, 2008, p. 42).

O que fascinou Lacan foi justamente o interesse de Schreber pela palavra. As palavras não param, invadem-no, chegam de todas as partes e são direcionadas a ele. Sendo assim, o fio condutor será justamente a problemática da fala, uma vez que a fala invade Schreber, e nunca o deixa em paz. As palavras não cessam. Contudo, é importante que perdurem, por mais perturbadora que seja a fala, é a possibilidade de que o sujeito possa dizer algo a respeito da experiência que o atravessa. E é assim que se passa nas psicoses.

No livro *Os grandes casos de psicose*, no artigo *Um caso de S. Freud Schreber ou a paranoia*, os autores A. Criat e C. Pisani observam que “foi ao comentar muito de perto o texto de Schreber e o de Freud que Lacan elaborou verdadeiramente sua concepção da psicose” (CORIAT; PISANI, 2001, p. 59). É, sobretudo, a partir da análise que Lacan realiza do caso Schreber, que os conceitos fundamentais à clínica das psicoses serão devidamente articulados. O procedimento que envolveu esse percurso foi idêntico ao de Freud, ou seja, dar o devido crédito e valor às palavras.

Confere-se, de certo modo que, por mais intrigante que pareça, é justamente “a fala que liga Schreber a uma forma de realidade, por mais perturbada que seja” (CORIAT; PISANI, 2001, p. 60). De tal modo, percebe-se que as primeiras fases da psicose de Schreber estão preservadas no escrito. Ele conta que teve uma fantasia e a exprime com o dito: *como seria uma coisa bela ser a mulher sendo copulada*. Esse “é um fenômeno pré-consciente” (LACAN, 2008, p. 78), que se torna formação delirante. Vai assumindo força e chega à produção: *a mulher permanente de Deus*. Para analisar essa passagem, Lacan articula no interior do fenômeno da fala psicótica, os registros: “simbólico, representado pelo significante, o do imaginário, representado pela significação, e o do real, que é o discurso de fato efetuado realmente em sua dimensão diacrônica” (LACAN, 2008, p. 80). A fala psicótica segue uma construção que envolve os três registros.

Assim, o psicótico dá testemunho dessa língua particular, materna ou não, serve-se dela para tentar passar ao real da significação. Sem a fala Schreber não existe, justamente aí, o delírio assume caráter fecundo. O delírio configura-se, antes de tudo, como uma fala necessária que faz sofrer. Basta uma breve leitura no livro de Schreber para constatar que, realmente a linguagem é objeto de tratamento particular.

Conforme afirma Lacan “a aparição primeira deste pensamento que atravessou o espírito de Schreber, então aparentemente são” (LACAN, 2008, p. 79), evolui na ideia *como seria uma coisa bela ser uma mulher sendo copulada* adquire um caráter de certeza significativa. Torna-se mais elaborada à medida que o delírio avança até se estabilizar na ideia: *como seria bom copular com Deus e ser uma mulher para gerar uma nova raça de homens*. Essa ideia estabelece o processo inicial da estabilização, pois é, nas palavras de Lacan “o estado terminal do delírio, que, perante uma personagem onipotente com a qual ele tem relações eróticas permanentes, situa ele mesmo como um ser completamente feminizado, uma mulher” (LACAN, 2008, p. 79).

A novidade lacaniana na análise do caso trata justamente da riqueza da análise do desencadeamento do surto a partir da irrupção no real e do encontro com a falta do elemento regulador, o *Nome-do-Pai*. De tal maneira, também a definição conceitual do Outro invasor na psicose, fortemente reformulada por Lacan sob o vértice dos fenômenos de linguagem, assenta a psicose do dito presidente, para além do paradigma da homossexualidade como propôs Freud.

4 A CLÍNICA NAS PSICOSES

A retomada do artigo lacaniano *De uma questão preliminar possível a todo tratamento da psicose* nos auxiliará quanto à questão do tratamento nas psicoses. Neste, a nota de abertura trata justamente do manejo da transferência nos quadros psicóticos. Serão abordados os textos freudianos e lacanianos que formalizam o conceito de transferência e que marcam o paradigma fundamental a respeito da técnica psicanalítica. Essa retomada conceitual permitirá vasculharmos algumas possibilidades de tratamento propostos por Freud, Lacan e seus comentadores, bem como as saídas encontradas pela estrutura psicótica para uma possível estabilização do quadro.

No *Seminário III* Lacan relata no tocante ao tratamento das psicoses: “Será preciso tentar achar alguns pontos de referência, antes de falar da técnica, e mesmo da receita psicoterapêutica” (LACAN, 2008, p. 191). De tal modo, essa afirmativa denota certo movimento em relação à dinâmica que envolve o tratamento psicanalítico da psicose. Os pontos de referência aos quais Lacan se refere incluem a novidade ao tratamento da psicose. Isto é, essencialmente, o que ele articula o “caráter fascinante que os fenômenos de linguagem apresentam na psicose” (LACAN, 2008, p. 191). Assim sendo, a ação lacaniana será justamente reconstruir os pontos fundamentais a partir do retorno à leitura freudiana do caso Schreber.

A psicose está instituída no mundo da linguagem quando a fala é aceita como uma tentativa que o psicótico arranja para reconhecer sua própria língua no mundo da linguagem. A linguagem é um meio de comunicação. Pode ser definida como um código de signos e símbolos que organiza a comunicação e a informação. Contudo, a linguagem nada exprime da verdade subjetiva do sujeito. O discurso, diferentemente da linguagem, expressa palavras, estas revelam a verdade subjetiva do sujeito do inconsciente. Assim, na psicanálise lacaniana o discurso confere a verdade subjetiva de cada sujeito.

Afere-se, então, que psicótico está fora do discurso, pois o que ele fala é sua língua própria, e essa não passa por um código marcado pelo universal da castração. Contudo, por mais particular que essa fala pareça, ela estabelece uma forma de comunicação, uma tentativa de estar no discurso. Desse modo, Lacan formaliza que o delírio “não é forçosamente sem relação com um discurso normal, e o sujeito é bem capaz de nos participar, e de se satisfazer com isso, no interior de um mundo em que toda comunicação não foi rompida” (LACAN, 2008, p. 108). Na psicose não existe uma relação entre sujeito e fala. O psicótico fala sem fazer relação com sua verdade subjetiva.

Porém, essa fala não é uma fala qualquer, pois é uma tentativa de comunicação com o outro. Uma possibilidade de fazer laço com o semelhante. Nesse sentido, a contribuição lacaniana ao tema das psicoses abarca a possibilidade da análise do fenômeno elementar, Lacan admite que a análise permite que “avançamos no domínio das psicoses” (LACAN, 2008, p. 117). Escutá-lo para apreender sobre as peripécias que a estrutura encontra para lidar com a falta fundamental do *Nome-do-Pai*.

Formalizada que a estrutura psicótica é definida a partir de um funcionamento e marcada da falta do *Nome-do-Pai* na ordem simbólica, tem-se que, após desencadeamento do surto, a única possibilidade será oferecer um espaço que propicie a escuta dessa fala.

Para avançarmos nessa formalização, será fundamental um ponto de partida, o reconhecimento que existe inconsciente na psicose, todavia, sua característica primordial é a ausência da barreira do recalque: desse modo, o inconsciente na psicose está consciente, e se expressa na fala do sujeito.

A fenomenologia das psicoses indica que o eu fala, é uma fantasia, oposto da neurose, na psicose a fantasia fala, ou melhor, “é uma fantasia falada” (LACAN, 2008, p. 172). O Eu mais é falado do que fala, pois a fala vem do Outro ao sujeito. A construção do mundo subjetivo do psicótico é extremamente problemática, situada na relação dialética com Outro, como na neurose, contudo, sem marca da castração. A relação é dialética, sujeito e inconsciente, de tal modo que segue o mesmo enunciado da pergunta feita na clínica das neuroses: *Quem sou eu?* Ao qual o neurótico responde com sua estrutura de linguagem, e que só adquire sentido quando articulada ao complexo de castração. Lacan destaca no artigo *A significação do falo* que “o complexo de castração tem uma função de nó” (LACAN, 1998, p. 692), e é responsável por estruturar a dinâmica do sintoma nas três estruturas clínicas. Na psicose, a pergunta segue sem resposta e sem valor de verdade. O inconsciente responderá, sem consistência de sujeito. A problemática surge, pois o Outro, nessa dialética inconsistente, faz o Eu escravo.

A análise dos fenômenos de linguagem permite que o psicótico construa uma ancoragem, pois é somente a pela fala que o psicótico poderá responder à pergunta. Assim sendo, a fantasia falada é capaz de responder com a afirmativa *Tu és isso*, existe aí um lugar.

É possível pensar que na psicose há uma oportunidade e uma possibilidade de estabilização, porém, esse processo ocorre por outra via, não pela dialética Eu e o Outro, pois, na psicose há exclusão do Eu na dialética do inconsciente. A via de acesso à

estabilização será justamente o reconhecimento da exclusão do Eu, permeada pela possibilidade de reconhecimento da invasão do Outro absoluto.

Uma das formas possíveis, dentre outras, para a instalação desse processo de reconhecimento do Outro invasivo, se desenrola pela fala. Nesse sentido, Lacan formaliza “o ser se realiza na confissão da fala” (LACAN, 2008, p. 190). É pelo processo da fala que o Eu pode brotar. O sujeito no processo analítico é sustentado pela ação da fala, sendo assim, podemos afirmar que, no encontro com um analista, o psicótico poderá ter acesso ao seu Eu. Isso porque o método psicanalítico apresenta seus efeitos sustentados em uma teoria em torno da fala, do inconsciente e dos mecanismos de linguagem. Assim, ao testemunhar o delírio ao outro semelhante, o Eu pode advir. Contudo, o Eu referido aqui é o Eu imaginário. Que dá a consistência imaginária, e barra o gozo mortífero do Outro invasor.

Segue-se, então, que existe uma possibilidade de formalizar uma teoria lacaniana para o tratamento psicanalítico das psicoses. Inclusive, Lacan afirmou: a “estruturação dinâmica dos sintomas”, em psicanálise, diz respeito ao que “é analisável nas neuroses, nas perversões e nas psicoses” (LACAN, 1998, p. 692). Assim, a estruturação do sintoma é passível de ser analisada. No entanto, a última clínica merece certa apreciação, justamente por estar em jogo a análise do fenômeno transferencial.

4.1 A RETOMADA FREUDIANA

A direção neste momento é identificar a passagem dos pressupostos teóricos freudianos, que desaconselhavam o uso da técnica psicanalítica, ao enunciado lacaniano, que orienta aos analistas que não recuem diante da psicose.

Freud ressalta a importância do diagnóstico diferencial em *A questão da análise leiga* publicado em 1926. Nesse artigo o autor defende que um tratamento analítico somente deve ter início após a definição do diagnóstico de neurose. O autor define que na neurose existe a possibilidade de um tratamento e cita: “se pode ajudá-lo por esse método” (FREUD, vol. XX, 1969, p. 272). No que se refere às neuroses Freud foi otimista; no entanto, no que se refere às psicoses ele afirma o analista não pode sustentar a promessa de um tratamento, e, menos ainda, uma possibilidade de cura. Freud é cético quanto ao emprego da técnica.

A função do diagnóstico diferencial foi tema do artigo *A questão da análise leiga*, nele Freud discorre sob o tema e lhe confere sua importância. Desse modo, no começo do

tratamento analítico, sintomas apresentados compatíveis com uma neurose, podem posteriormente deflagrar quadros mais complicados, como uma doença mental, ou mesmo um processo degenerativo no cérebro. O autor adverte a respeito da relevância do diagnóstico diferencial, inclusive deixa evidente que o método analítico como tratamento só deverá ser proposto a neuróticos. Em 1938, em um dos seus últimos escritos a respeito da técnica, Freud refere à necessidade de “um outro” plano para seguir com o mesmo tratamento ao psicótico. Por esse enunciado será possível repensar a possibilidade de tratamento, pois o impasse freudiano parece estar ligado ao fenômeno da transferência.

Freud em 1910, no texto *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, comenta em relação ao fenômeno transferencial, fazendo a primeira aposta no método analítico, isto é, uma aposta na fala: “No início, o tratamento analítico era inexorável e exaustivo. O doente tinha de dizer tudo de si e a atividade do médico consistia em pressioná-lo, incessantemente” (FREUD, 1970, p. 127). O trabalho era ascender às portas do inconsciente por meio da fala, para fazer falar o que o sintoma não pode dizer. O sintoma neurótico para Freud era resultando de um conflito mental. A consciência se divide diante de uma representação insuportável, e a descarga psíquica dessa situação forma o sintoma. É dessa questão que o analisante nos vem falar, do sintoma. Sendo assim, o sintoma é também uma via de acesso ao insuportável. No início de seu ensino, Freud descreve que a função do analista era essencialmente descobrir o material inconsciente, para assim, em momento oportuno, comunicá-lo ao paciente. A psicanálise era interpretativa, não havia ainda um conceito formalizado a respeito do fenômeno transferência. Ao lado disso, no artigo *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica*, ele faz alusão à importância ao emprego da técnica da transferência; mas o conceito ainda não estava integralmente formalizado. Em relação a isso Freud esclarece: “Como sabem, nossa técnica passou por uma transformação fundamental. À época do tratamento catártico, o que almejávamos era a elucidação dos sintomas”. A técnica sofre modificações, pois Freud afasta-se do método catártico e devota-se “em vez disso, a desvendar os complexos” (FREUD, 1970, v. XI, p. 130).

Com o método catártico o sintoma era desvendado, mas Freud almejava também descobrir os fatores envolvidos nos “complexos”. Esse processo envolvia uma abordagem interpretativa, na qual o trabalho consistia no “trabalho de encontrar e sobrepujar as resistências”. Para que tal fim seja obtido, o autor voltará seu olhar ao emprego da transferência, localizando esse fenômeno como precursor do trabalho analítico, e consequentemente uma mola mestra do tratamento.

A *Übertragung*²⁹, termo alemão, significa transferência, e pode também englobar o sentido de transmissão. Como conceito psicanalítico, o termo será estabelecido, *a posteriori*, para formalizar o conceito de um laço afetivo referente à figura do médico.

No momento inicial do nascimento da psicanálise, o fenômeno transferencial deveria ser meramente observado, e assim registrado. O trabalho psicanalítico consistia basicamente em comunicar ao sujeito os traumas ligados a conteúdos e imagens parentais formados no passado. Contudo, Freud percebe que a interpretação e posterior comunicação desse material ao paciente não solucionava a questão, pois os sintomas reapareciam. Do mesmo modo, como também não funcionou na hipnose, a breve comunicação também falhou no seu propósito de solucionar o conflito.

A genialidade de Freud foi justamente descobrir rapidamente que as resistências do paciente estavam envolvidas nesse processo. Assim, o inventor da psicanálise não recua, e recoloca o tema da resistência na dimensão da discussão teórica. A resistência será recuperada aí como via de trabalho, e um processo fundamental na transferência.

No artigo escrito por Freud em 1912, *A dinâmica da transferência*, o autor formaliza precisamente o conceito de transferência articulando este ao processo psíquico da energia libidinal. No momento inicial do processo analítico, o paciente transfere uma carga de energia libidinal para a figura do analista é: “perfeitamente normal e compreensível, portanto, que o investimento libidinal de uma pessoa em parte insatisfeita, mantido esperançosamente em prontidão também se volte para a pessoa do médico” (FREUD, 2010a, p. 136). Tal evento é característico do trabalho analítico, pois o paciente, por tal feita, colocará o analista em uma das “séries” de figuras que envolveram seu passado, e “combina com os laços reais com o médico o fato de nessa inclusão ser decisiva a imago paterna [...] pode também suceder conforme a imago da mãe, do irmão etc” (FREUD, 2010a, 136). O paciente transfere ao analista um investimento libidinal de situações do passado. Essa repetição reproduz “laços reais”, assim o deciframento do sintoma ocorre pela transferência de libido do sintoma à figura do analista.

A partir desse enunciado, Freud, atento à impossibilidade que o psicótico apresentava em investir libidinalmente, contraindica o método psicanalítico aos quadros.

²⁹Segundo Denise Maurano, a *Übertragung*, termo alemão que além de transferência significa também transmissão, contágio, tradução, versão, e até audição, ganhará, como conceito psicanalítico, o sentido de estabelecimento de um laço afetivo intenso, que se instaura de forma quase automática e independente da realidade, na relação com o médico, revelando o pivô em torno do qual gira a organização subjetiva do paciente (MAURANO, 2006, p. 15).

No entanto, Freud comenta que essa não é a única maneira, “a transferência não se acha presa a esse modelo” (FREUD, 2010a, p. 136).

Freud identificará duas problemáticas ligadas ao fenômeno da transferência, a saber: a *regressão* e a *introversão* da libido. Na *introversão*, parte da libido capaz de consciência diminui, e aumenta o afastamento da realidade. A libido se volta ao Eu, mas permanece no inconsciente. Já na regressão, parte da libido inconsciente é dirigida a realidade, nesse movimento a libido tomará a via da regressão e reanimará complexos infantis, assim o trabalho analítico visa identificar a libido e torná-la consciente. Nesse sentido, Freud argumentará que a “terapia analítica segue-a então, procurando achá-la, torná-la novamente acessível à consciência, pô-la a serviço da realidade” (FREUD, 2011, p. 138-139). O processo de rastrear a libido “em seu esconderijo” se desenrola a partir do mecanismo da transferência. A regressão nada mais é que a tentativa de retorno às imagens infantis, e acolhedoras.

Sincronicamente ao movimento regressivo, o psiquismo luta, e irrompe, e “todas as forças que causaram a regressão da libido se levantarão como resistências ao trabalho” (FREUD, 2011, p. 139). É justamente em função da afirmativa que Freud confere a transferência um papel fundamental. Inclusive, ele questiona: “Por que a transferência se presta assim admiravelmente a servir como meio de resistência?” Todo acesso a um esconderijo é extremamente difícil, gerando assim uma resistência. Desse modo, Freud argumenta que a “transferência na análise nos aparece, de imediato, apenas como a mais poderosa arma da resistência, e podemos concluir que a intensidade e a duração da transferência são efeito e expressão da resistência” (FREUD, 2010a, p. 141).

O enunciado freudiano admite que a resistência ocorra concomitantemente ao processo da transferência. No decurso do tratamento analítico, o paciente resiste para, em seguida, transferir à figura do analista algo do material do complexo, construindo forçosamente uma relação libidinal. Então, a arte da transferência consiste na possibilidade de rastrear as resistências. Nesse sentido, Francisco Verardi Bocca afirmará que a “resistência se manifesta na medida em que o percurso da libido é identificado pelo analista possibilitado pelo mecanismo da transferência” (BOCCA, 2009, p. 28). O tratamento somente poderá continuar, se o analista prosseguir diante da resistência, permitindo que os traumas infantis surjam como nota de abertura ao trabalho. Assim sendo, Freud delimita que o emprego da transferência será um fator fundamental ao tratamento psicanalítico, sem o qual o processo estaria comprometido.

Surge, então, a questão primordial, como se desenrola o processo transferencial nas psicoses? Visto que Freud anunciou no artigo *Introdução ao Narcisismo*, a impossibilidade de transferência libidinal nas psicoses, pois a libido se volta ao Eu do psicótico. Essa afirmativa tornou-se um problema árduo a ser resolvido, pois Freud escreve o artigo justamente pela necessidade de distinguir a libido narcísica da libido sexual. Elas serão definidas em termos rigorosamente distintos, porém, conservam a mesma equivalência energética. Assim, o investimento libidinal nas psicoses não pode ser definido de maneira simplificada, ou seja, delimitando a libido a um núcleo central, um desinvestimento libidinal do Eu no mundo externo.

Retomando o tema da transferência, no artigo *A dinâmica da transferência* Freud afirma: “quando a capacidade de transferência torna-se essencialmente negativa, como nos paranoicos, acaba a possibilidade de influência e de cura” (FREUD, 2010a, p. 145). O autor considera que pela inversão narcisista da libido, o psicótico só ama a si mesmo. Possivelmente, ao deparar-se com essa dinâmica de funcionamento, no início da formalização da técnica psicanalítica, fez com que o pai da psicanálise contraindicasse o método analítico a psicóticos. Todavia, o tema da transferência na psicose era obscuro, até mesmo a Freud.

Somente a partir da leitura do texto do presidente Schreber que Freud perceberá a dificuldade levantada pelo problema do investimento libidinal na psicose. Não existe apenas uma energia central que envolve todo processo de desinvestimento libidinal, Freud é levado, então, a conceber o narcisismo também como um processo secundário. Sendo assim, quando o psicótico reconstrói seu mundo, inicialmente existe um investimento libidinal também nas palavras. Freud, no artigo *Introdução ao Narcisismo*, alude que Schreber pode ter elevado seu interesse por coisas divinais, sem ter apresentado necessariamente um “retorno dela ao seu Eu” (FREUD, 2010b, p. 24).

Relatos clínicos demonstram que Freud recebeu poucos pacientes psicóticos em seu consultório, apesar disso, poderemos encontrar dois momentos nas referências freudianas que trazem um alento, inclusive, dando indícios do reconhecimento da possibilidade que o fenômeno de transferência aconteça. O primeiro momento decorre do reconhecimento freudiano da relação transferencial que Schreber estabeleceu com seu médico, Dr. Fleischig. Vejamos como Freud proferiu a questão no capítulo II do caso, as *Tentativas de interpretação*:

o sentimento de simpatia para com o médico pode muito bem se originar de um ‘processo de transferência’, pelo qual um investimento afetivo do doente foi transposto, de alguém que lhe é importante, para a pessoa – indiferente na realidade – do médico; de modo que este aparece escolhido como substituto (FREUD, 2010a, p. 62-63).

Freud coloca o tema da transferência nessa interpretação de modo semelhante ao desenvolvido no artigo *A dinâmica da transferência*. A transferência é marcada por um investimento libidinal na figura do médico. Essa transposição, segundo ele, é resultante de um “processo de transferência”. O paciente transfere à pessoa do médico uma carga afetiva. O autor argumenta que existe sempre uma série de figuras ligadas ao passado do doente:

falando de modo mais concreto, o doente foi lembrado, pelo médico, da pessoa do irmão ou do pai; reencontrou nele o irmão ou o pai, e então já não surpreende que, em determinadas circunstâncias, o anseio por esse substituto reapareça nele e opere com uma veemência que pode ser entendida apenas por sua ambivalência (FREUD, 2010a, p. 63).

Somente na sequência da leitura do livro do presidente Schreber será possível perceber que a transferência tornou-se negativa, o médico torna-se o perseguidor do dito presidente. Todavia, Freud reconhece que o sentimento de simpatia pelo médico é o sustentáculo de um processo de transferência. Lacan afirmou que Schreber desenvolveu relação transferencial paranoide com seu médico Dr. Fleischig, e em seguida, com a figura dos médicos que o atenderam.

Lacan assegura em relação à transferência, no caso Schreber, que ela é: “resumindo, uma transferência- não se deve, sem dúvida, ser tomada inteiramente no sentido em que a entendemos, mas é alguma coisa dessa ordem” (LACAN, 2008, p. 42). Essa afirmativa permite articular que existe uma possibilidade de transferência na psicose. Não se trata aí de forma alguma de tomá-la no sentido literal do conceito freudiano, a um investimento libidinal na figura do médico. Trata-se de reconhecer que existe na clínica das psicoses um movimento que envolve o cerne do processo da fala, pois é nas palavras que o psicótico investe inicialmente. Ele fala e é falado, é dessa relação que ele dá seu testemunho.

Encontramos ainda na teoria freudiana um segundo momento em que ele faz alusão ao fenômeno transferencial na psicose. Em 1922 no artigo *Sobre alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranoia e na homossexualidade*, ele admite ter se deparado com algo novo. Ao analisar dois casos de paranoia, traz que, em um dos casos,

seu paciente irá reproduzir um sonho paranoico de transferência muito característico. E declara em relação a essa cena: “Certa vez, relatou-me um sonho de transferência paranoico bem característico. Via-me fazendo a barba em sua presença, e notava, pelo odor, que eu utilizava o mesmo sabão que seu pai” (FREUD, 2011, p. 219). O relato permite refletir a respeito da possibilidade transferencial, pois o paciente transfere ao médico sentimentos ligados à figura paterna. Freud comenta que o paciente relata um o sonho que denuncia “à transferência do pai para minha pessoa” (FREUD, 2011, p. 219). O paciente transfere à figura do analista sentimentos antes vividos em relação ao seu pai, e o faz pelo relato de um sonho na sessão analítica.

Os pontos ressaltados na teoria freudiana permitem repensar certas nuances em torno no conceito de transferência. Freud nos deixa uma nota de abertura, a possibilidade de “um outro” plano para seguir com o trabalho. Com a teoria lacaniana, tentaremos repensar o paradigma fundamental, o impasse diante do mecanismo de transferência.

4.2 O CONCEITO DE TRANSFERÊNCIA EM LACAN

Lacan no *Seminário III* informa que a psicose pode ser desencadeada nas primeiras sessões de uma análise, nesse sentido, as entrevistas preliminares são fundamentais no início do tratamento. Ele inclusive sugere cautela³⁰ com esses quadros pré-psicóticos, no princípio do tratamento, pois possivelmente eles se encaminharão para uma psicose.

Posteriormente em 1976, Lacan afirmará que o “analista não deve recuar diante da psicose” (LACAN, 1977, p. 12). Temos aí uma das recomendações lacanianas que norteiam a direção de tratamento na clínica da psicose. A segunda recomendação foi aceita no meio psicanalítico, quase como uma convocação. A frase teve grande efeito, seu uso é corriqueiro tanto no campo teórico como no meio clínico. Não se opera, nestes dois campos, uma possibilidade de falar em tratamento sem que antecipadamente se recorra a esse enunciado. Porém, o que significa dizer que o analista não deve recuar diante da psicose? Não recuar significa acolher a manifestação do quadro e sua sintomatologia, a formação delirante. E, diante desse cenário, propor um tratamento terapêutico que viabilize uma diminuição no sofrimento do sujeito, visto que a melhora

³⁰Cautela ao receber um paciente com psicótica permite articular a sentença: se um analista deve ter cautela no momento das entrevistas, então, o analista poderá receber em análise um psicótico.

sintomática é a terapêutica possível na psicose, e não a cura, pois não existe possibilidade alguma de pensar em cura da estrutura.

A recomendação lacaniana torna-se uma possibilidade de oferecer um lugar de escuta ao psicótico. Porém, ao escutar o delírio, será responsabilidade do analista não convocar o paciente ao esgotamento pela via da palavra ou da associação livre. Recomendações feitas apenas aos quadros de neurose.

Pretende-se articular quais os dispositivos teóricos que sustentam a recomendação lacaniana a partir da teoria. Nos *Escritos* encontraremos o artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, o título supõe uma possibilidade, ou pelo menos, encontra-se neste artigo o registro de uma possibilidade de tratamento pela via da transferência. Nesse artigo, Lacan introduz o conceito acerca do manejo da transferência. Esse conceito necessita ser formalizado, visto que nem mesmo Lacan o fez, pois encerra o artigo mencionando que não vai ultrapassar Freud, “dizer o que podemos fazer nesse terreno seria prematuro porque seria ir, agora, **para-além de Freud**” (LACAN, 1998, p. 590, grifo do autor). Não se trata de “ultrapassar”, mas possivelmente avançar um pouco nos conceitos.

Tomando o ensino lacaniano a partir do *Seminário XI-Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, sob o tema da transferência, o autor afirma: “este conceito é determinado pela função que tem numa práxis. Este conceito dirige o modo de tratar os pacientes. Inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito” (LACAN, 1988, p. 120). Essa formalização abrange aspectos que envolvem o movimento de uma prática, momento no qual o processo analítico se desenrola.

Lacan, ao definir o conceito de transferência, não localizará o mecanismo em uma estrutura específica, neurose ou psicose. O autor afirma que o modo de tratar comanda o conceito. Essa afirmativa anuncia que o conceito de transferência encontra-se ligado à maneira pela qual a prática se desenrola. O analista exerce um papel fundamental na práxis, oferecendo a escuta.

O sintoma na psicanálise é o signo de um conflito psíquico que indica, sobretudo, a divisão do sujeito e sua relação com o inconsciente. O sintoma é alcançado pela via da fala e pelos fenômenos de linguagem, assim é correto afirmar que a escuta dá um lugar ao sintoma, portanto, pelo endereçamento do sintoma ao analista a escuta se estabelece. Esse processo formaliza uma “práxis”. Lacan assevera: a prática de um psicanalista se define por seu ato. E faz menção ao tema no artigo *O engano do sujeito suposto saber*, em que

assegura “uma resposta suficiente, se limitamos seu alcance a isso que tenho de psicanalista: a prática” (LACAN, 2003, p. 338), pela prática o analista define seu ato.

Lacan comenta o tema da transferência entre 1960-1961, no *Seminário VIII-A transferência*. Nesse seminário, o autor recorre ao texto o *Banquete* escrito pelo filósofo Platão para demonstrar o processo que envolve a transferência e sua relação com a demanda de análise.

Ele antecipa a questão introduzindo o tema do amor com base no *Banquete*, e discorre que no percurso analítico o sujeito sempre endereça ao outro uma demanda, associando esta última ao sentimento amoroso. É um amor a mãe, que significou a completude na infância, e que agora se transfere a outros. Lacan faz um gigantesco recorte teórico ao recorrer ao *Banquete* na tentativa de reconstruir o conceito de transferência. Em determinado ponto do *Seminário*, ele admite a dificuldade que engloba a formalização do conceito de transferência e explica: “tudo aquilo que foi escrito sobre a transferência”, é tão “exemplar quanto às dificuldades e escamoteamentos que se produzem à falta de uma abordagem suficientemente metódica, demarca, esclarecida, do fenômeno da transferência” (LACAN, 1992, p. 174). O autor faz alusão à falta de abordagem metodológica em relação ao conceito de transferência. No que diz respeito à transferência na psicose, então, às construções teóricas são ainda mais ínfimas.

No *Seminário VIII*, Lacan formalizará que o Outro é a referência da nossa organização subjetiva, é na relação do Eu com o Outro que o sujeito surge, nesse efeito de divisão. É, justamente, pelo sujeito ter acesso ao mundo da linguagem que a relação com o Outro se estabelece. Existe um lugar de saber inconsciente que se estabelece a partir do Outro, esse lugar é também um lugar evanescente. O sintoma em psicanálise está submetido às leis da linguagem, pois refere-se em tal contexto, dos significantes que constituíram o sujeito. Assim sendo, o sintoma tem valor de mensagem cifrada no Outro.

É a partir da concepção do lugar do saber, que Lacan localizará o pivô do mecanismo da transferência, a saber, o *sujeito suposto saber*. Quando um sujeito procura um analista ele o faz, pois supõe que exista um Outro que atua ali e sabe dele, ou seja, sobre seu sintoma. Assim, a transferência pode ser traduzida como a aposta que o sujeito faz na existência de um saber, também no Outro, sobre o seu sintoma. O convite que o psicanalista fará, será justamente, que fale sobre seu sintoma, o sujeito, portanto, fala ao outro do Outro dele.

Na fala que o sujeito endereça ao analista é que a transferência surge. Precisamente, como propôs Freud, que ao sustentar esse lugar o analista acolhe o conflito

psíquico e conseqüentemente, o sintoma. A posição do analista corresponde, então, à possibilidade de interpretar e viabilizar o acesso ao inconsciente. Segundo Antonio Quinet, a promessa de “cura é imputada ao analista devido ao estabelecimento do sujeito suposto saber que este é convocado a encarnar por ser suposto saber decifrar” (QUINET, 2011, p. 100), a verdade que o sintoma porta. Contudo, por essa via, a transferência fica restrita a uma demanda de solução, gerando o automatismo da repetição, pois, uma vez solucionado o conflito, a demanda ressurge. Exatamente por isso, Lacan admite que a característica fundamental da transferência seja a repetição, “chamei atenção de vocês que se deve partir do fato de que a transferência, em última instância, é o automatismo de repetição” (LACAN, 1992, p. 173). Todavia, a proposta lacaniana será justamente rever o estatuto da repetição.

Lacan adverte que não seria correto reduzir transferência à repetição, pois, a propósito, do mecanismo de repetição, na transferência temos também um encontro faltoso. Na aposta analítica que envolve o mecanismo de transferência, a demanda é endereçada ao analista, esse último, ao não corresponder à demanda opera o encontro com a falta. Assim, a falta de resposta gera a possibilidade que a busca continue. Esse jogo psíquico é facilitado pelo mecanismo transferencial. É pela possibilidade de encontrar o deciframento do sintoma que a relação amorosa imaginária se configura, e, de tal modo, a transferência se estabelece. O endereçamento de uma demanda ao analista configura a transferência. Portanto, na psicanálise lacaniana a transferência não se reduz à mera repetição.

Lacan afirma que “o problema consiste em perceber a relação que liga o Outro ao qual se dirige a demanda de amor à aparição do desejo” (LACAN, 1992, p. 172). É justamente por não corresponder à demanda de amor, o analista possibilita que o desejo se constitua e o processo de análise se estabeleça. Ele comenta ao introduzir a temática: “não faço outra coisa se não fazê-los prosseguir nos detalhes do movimento do *Banquete* de Platão, onde só se trata de amor, é, bem evidente”, para agora, “introduzi-los à transferência por um outro lado” (LACAN, 1992, p. 173-174). Ele anuncia a transferência pela via do desejo do analista. Assim, o psicanalista confere que o mecanismo da transferência é regido pelo automatismo da repetição, e, ao mesmo tempo, pela demanda de amor. Nesse sentido, o autor refere que a “função do desejo não apenas no analisando, mas essencialmente no analista”, (LACAN, 1992, p. 174) estarão articulados no processo transferencial.

De ponta a ponta no *Seminário VIII* será destacada a relevância da posição do analista no trabalho analítico. O desejo do analista em analisar define uma “práxis”, e essa práxis não se define pela estrutura; então podemos inferir que é do desejo do analista que se trata, tanto nas neuroses quanto nas psicoses. É por essa via que um analista pode aceitar escutar um psicótico, por um desejo que se transforma em aposta de trabalho. Cria-se assim, a possibilidade de que uma relação se estabeleça, configurando a prática analítica. Essa é aposta lacaniana. O trabalho analítico é, sobretudo, uma aposta que o analista faz no seu trabalho pela via transferencial. Nesse sentido, Lacan afirma: “O fenômeno de transferência é ele próprio colocado em posição de sustentáculo da ação da fala” (LACAN, 1992, p. 175). Esse postulado lacaniano confirma o ponto de encontro, do endereçamento da fala e da transferência.

O encontro entre um analista e um paciente se desenrola mediante a ação da fala; uma fala e uma escuta, e é nesta via que se estabelece uma relação transferencial. Lacan enfatiza, com efeito: “ao mesmo tempo em que se descobre a transferência, descobre-se que se a fala se mantém, como se manteve até que percebessem isso, é porque existe a transferência” (LACAN, 1992, p. 175). A transferência será formalizada pela ação da fala.

Retomando o dito lacaniano no *Seminário III*, no qual ele enfatiza que o psicótico fala, compete-nos agora analisar as consequências desse encontro, e o que surge dessa fala. A fala psicótica não é de forma alguma uma fala qualquer, pois o psicótico fala do que fala nele, por meio do delírio que a fala psicótica se configura.

4.3 A DEMANDA NA PSICOSE

No artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, Lacan usa um título altamente sugestivo, no entanto, no desenvolvimento, percebemos que Lacan não propôs efetivamente um dispositivo teórico para o tratamento dos quadros psicóticos. O autor deixa em aberto uma possibilidade ao usar a palavra “possível”; no entanto, ao efetuamos a leitura do artigo, verifica-se que as possibilidades são ínfimas. Contudo, a contribuição do texto lacaniano se dá justamente quanto à precaução na utilização da técnica e da manobra da transferência.

No artigo em questão Lacan formaliza a teoria do desencadeamento da psicose e a ressignifica nos termos da teoria do *Nome-do-Pai*. E no âmbito do tratamento ele argumenta: “Deixaremos neste ponto, por ora, essa questão preliminar a todo tratamento

possível das psicoses, que introduz como vemos a concepção a ser formada do manejo, nesse tratamento, da transferência” (LACAN, 1998, p. 590). Lacan “introduz” uma nova concepção a respeito da transferência na psicose, ele afirma que o “manejo” da transferência no tratamento das psicoses é apenas uma, se não a única, das possibilidades.

Retomando os conceitos freudianos anteriormente descritos, a transferência é o fenômeno pelo qual o analisando transfere ao analista a energia libidinal do sintoma, para Freud o psicótico estaria impossibilitado de fazer uso de tal fenômeno, pois a libido volta ao Eu do paciente. Lacan fará um extenso comentário do artigo *Introdução ao Narcisismo*, no *Seminário I- Os Escritos técnicos de Freud*. Nesse comentário ele expõe a dificuldade que Freud enfrentou com relação ao tema do investimento libidinal nas psicoses.

Para Lacan, “na esquizofrenia, algo se passa que perturba completamente as relações do sujeito ao real, e embaralha o fundo e a forma” (LACAN, 1975, p. 134), sendo assim, a energia libidinal não deve ser definida como “núcleo organizador”. Existem duas categorias libidinais, as narcísicas e as sexuais. Estas duas categorias se voltam ao Eu igualmente? É a partir desse impasse, e para solucioná-lo, que Freud confere a existência do narcisismo secundário.

É nesse ponto que Lacan argumentará, trazendo uma nota de abertura: “quando o psicótico reconstrói o seu mundo, o que é que é inicialmente investido?” (LACAN, 1975, p. 138). Inicialmente ele investe “são nas palavras”. Então, para além do Eu, existem também as palavras. O presidente Schreber é um forte exemplo desse enunciado. As palavras constituem o delírio, e o processo delirante é desencadeado pela ação que envolve a fala.

No que concerne à relação transferencial, Lacan postula que o fenômeno ocorre no momento em que se estabelece uma fala; no entanto, na psicose a fala é atravessada pelo conteúdo delirante. Isso gera um impasse na relação analista/alisante, pois a relação é banhada pelo Outro invasor. Assim sendo, a relação paciente e analista encontra-se comprometida nos quadros de psicose, porém mesmo diante desse embaraço transferencial, possibilidades existem.

Iordan Gurgel no ensaio *Transferência e Delírio na Clínica das Psicoses* retoma o dito lacaniano e reafirma: “não se deve recusar uma demanda de análise porque o sujeito é psicótico” (GURGEL, 2010, p. 172). Isso implica reconhecer que existe uma demanda de análise no psicótico. Essa demanda pode ocorrer, pois o delírio fracassou na tentativa que o psicótico fez para organizar seu mundo. Quando o delírio fracassa, o psicótico

recorre e procura saída, podendo assim ascender a sua estabilização. Seguindo essa construção teórica o autor argumenta:

há uma demanda do psicótico de significação porque o delírio falha na tentativa de organizar seu mundo, o que organiza a transferência e possibilita em um segundo momento, o arrefecimento do gozo invasivo ao qual o psicótico está submetido (GURGEL, 2010, p. 172).

Esse conceito permite articular que o psicótico faz uma demanda de análise, pois existe no fenômeno elementar uma carência de significação simbólica. É pela falha da função simbólica que o delírio aparece, como uma resposta. Por essa via o “psicótico pode demandar uma análise”. Cabe ao analista aceitar ou não essa demanda, advertido da direção que esse tratamento poderá tomar.

O analista deve estar advertido quanto ao funcionamento da estrutura psicótica, pois a relação analista/analisante se estabelece de forma distinta da mesma relação na neurose. A clínica das neuroses se configura pelo deciframento da mensagem do sintoma na transferência, e estabelece uma via de acesso ao inconsciente, já na clínica das psicoses, o inconsciente tem livre acesso, está “a céu aberto”. Isto é, o inconsciente livre, sem a barreira do recalque. Gurgel legitima essa afirmativa sustentando que a “condição da transferência com psicóticos não deve ser considerada como meio de acesso ao inconsciente; porque neles o inconsciente já está a céu aberto” (GURGEL, 2010, p.173). Assim sendo, o trabalho na psicose não ocorre de forma alguma pela via interpretativa. De tal modo, para que trabalho se estabeleça, é importante destacarmos os limites da transferência em um tratamento psicanalítico a psicóticos.

Nesse ponto, Freud no artigo *A dinâmica da transferência* havia postulado que a transferência pode torna-se “essencialmente negativa” nos paranoicos (FREUD, 2010a, p. 145). Esse enunciado permite repensar a questão transferencial no construto freudiano, pois existe aí uma referência à noção de transferência, mesmo que negativa. O paranoico estabelece uma relação negativa e persecutória com o outro, pois o saber está nele. No entanto, nesses casos, “acaba a possibilidade de influência e de cura” (FREUD, 2010a, p. 145), pois, ao endereçar ao analista, seu sintoma pela via transferencial, o analista ocupa um lugar de saber.

Em contrapartida, Freud no *capítulo III do caso Schreber* afirmará que o delírio é uma “tentativa de cura”, uma estratégia do paranoico para seguir vivendo, o autor comenta que o delírio “ao menos” gera a possibilidade do doente poder seguir vivendo. (FREUD, 2010a, p. 94).

Justamente por respeitar o enunciado freudiano é que o psicótico poderá ser aceito em análise. O trabalho é escutar a construção delirante, acolhendo sua particularidade como forma de cura da falta simbólica. “O que consideramos produto da doença, a formação delirante, é na realidade tentativa de cura, reconstrução” (FREUD, 2010a, p. 94). Seguindo a preposição freudiana, em que a formação delirante se caracteriza por ser uma tentativa de cura, o delírio deve ser acolhido como a demanda que o paciente endereça ao analista. E o trabalho delirante é posto na via da palavra como tentativa que o sujeito faz para seguir vivendo, pois, “se o sintoma neurótico e delírio diferem quanto ao tratamento a ser dado à sua dimensão de ciframento, ambos comportam o valor da verdade” (QUINET, 2011, p. 103). Encontramos no delírio uma verdade não escondida, como nas neuroses, mas bastante explícita e aterrorizante.

Todavia, a noção de cura em psicanálise é permeada por conceitos amplamente discutidos, até mesmo em Freud existem diferentes formulações a respeito do tema. Para a psicanálise a dor, ou um mal, pode ter vários significados. Isto é, a psicanálise leva em conta a relação do sujeito com seu sintoma. A implicação do sujeito na pergunta sob sua dor baliza os contornos do sintoma e sua causa. Diferentemente da medicina, a cura viabiliza a restituição de um estado anterior que era considerado normal e sadio; desse modo a cura se confere pela eliminação total ou parcial dos sintomas apresentados pelo sujeito.

A questão da cura em psicanálise é amplamente discutida por vários autores no livro *A Eficácia da Cura em psicanálise*³¹. No artigo *Cuidado com a Cura!!!*, Francisco Verardi Bocca discute os obstáculos e dificuldades relacionados ao que se chama de cura em psicanálise, alertando principalmente ao que se busca com a terapêutica, pois “a questão desde sempre é a de saber até onde se penetra e com que resultados” (BOCCA, 2009, p. 43). A questão da cura não está em jogo nos quadros de psicose, pois não existe possibilidade de interpretação, visto que o inconsciente já está a céu aberto. O conceito de cura na clínica das psicoses encontra-se alocado na falta do *Nome-do-Pai*. É impossível curar o psicótico dessa falta. Assim sendo, possibilidade de cura é inviável nos quadros de psicoses, como averiguamos, e nem ao menos em alguns quadros de neuroses.

Aliás, não se confere cura, trata-se, então, da possibilidade de propor um tratamento da psicose pela via psicanalítica. Nesse percurso, deparamo-nos com alguns

³¹Para uma maior delimitação do tema, consultar também o livro: PEREZ, Daniel Omar (Org.). **Filósofos e terapeutas**: em torno da questão da cura. São Paulo: Escuta, 2006.

impasses. Contudo, tentar-se-á formalizar os pressupostos teóricos que envolvem o tema da transferência e consequentemente sua aplicabilidade na clínica psicanalítica das psicoses.

Antonio Quinet, em seu livro *Teoria e Clínica da Psicose*, afirma que “falar de uma clínica da psicose implica falar na transferência”, esse é o ponto crucial do trabalho, o autor adverte “se existe transferência na psicose é porque existe relação com o saber” (QUINET, 2011, p. 133). Existe um saber no psicótico, pois ele sabe do Outro que o invade. A relação que o autor aponta não é de *sujeito suposto saber*, mas sim, de um saber absoluto, marcado pela certeza psicótica. O psicótico sabe, é um sujeito de certeza, pois não está marcado pela significação fálica.

Nesse sentido, Iordan Gurgel aponta que “o modo de abordagem da transferência nesses casos, passa pelo eixo imaginário a-a,” (GURGEL, 2010, p. 173), e assim a relação entre analista e paciente se forma mediante um duplo especular, pela relação semelhante-semelhante, e não por uma relação com um *suposto saber* como nas neuroses. O psicótico não supõe, ele tem uma certeza incontestável que sabem dele, e consequentemente o perseguem. Agora não se trata mais de uma suposição, mas certeza. Segundo Antonio Quinet, o “psicótico tem certeza do saber do Outro” (QUINET, 2011, p. 134), e não existe aí uma relação com um outro suposto, pois a relação não é com o outro do desejo. Na psicose, a relação é com um Outro absoluto, não faltante, que faz dele objeto. Objeto de gozo, o Outro usa e abusa dele, por maio das vozes de comando, de comentários a cumprir. É nesse cenário que a transferência na psicose se estabelece: o analista, analisante e seu Outro invasor. Como estabelecer a possibilidade de tratamento em um sujeito invadido por vozes e coisas a todo instante. Esse foi o avanço lacaniano. E, para tal, Lacan dará prioridade à maneira como a transferência se estabelece nesses quadros.

A relação transferencial se fundamenta em um eixo imaginário a-a'. Ou ele ou eu, por isso a relação com o analista será inundada pelo amor ou pelo ódio. Nessa concepção um laço pode se estabelecer em uma posição de “objeto de uma erotomania mortífera”. Após o desencadeamento do surto, Schreber estabelece com seu médico Dr. Flechsig uma relação transferencial de erotomania. Lacan coloca no *Escritos* que Freud “confere à transferência da relação com o pai na gênese da psicose” (LACAN, 1998, p. 586) do presidente Schreber. Schreber toma o pai por seu perseguidor, o após o surto o fará na figura do Dr. Flechsig. O médico assume a função de perseguidor, torna-se objeto de uma

erotomania mortífera. É justamente sobre o manejo dessa transferência que Lacan discorre.

O trabalho mais delicado resta ao analista que ao receber a carga libidinal de ódio, deve manejá-la, pois a análise permite “que o analista venha a ser objeto de uma espécie de erotomania mortífera da parte do sujeito”. E essa é uma “decorrência, portanto, lógica da análise do psicótico” (QUINET, 2011, p. 135). O lugar que o psicótico coloca o analista na relação será um espaço de erotomania, o apelo ao amor incondicional ou de perseguidor, o encontro com o ódio.³² Exatamente pela impossibilidade, como nos ensinou Freud, de investimento libidinal em objetos e coisas. O analista torna-se perseguidor, pois a libido está voltada ao Eu, o outro não existe. Ou a libido está retida nas palavras, como ensinou Lacan.

Entretanto, essa posição é insustentável para o processo, pois o lugar de perseguidor se configura pela força do super-Eu. Desse modo, o analista torna-se o perseguidor superegoico. Antonio Quinet segue a direção de tal enunciado, e, além disso, alerta: “aceitar essa posição em que o psicótico situa o analista implica aceitar ocupar o lugar do supereu terrível e gozador” (QUINET, 2007, p. 135). Aceitar o lugar para manejá-lo logo a seguir. Essa posição só pode ser sustentada pela via do desejo. O desejo do analista em assumir a posição que a “práxis” lhe confere. De tal modo, será possível ao analista manejar o lugar de perseguidor ou de objeto de erotomania, no qual é colocado. Esse lugar requer uma manobra. A manobra de tal lugar é fundamental diante da transferência maciça da psicose.

O termo manobra é empregado na linguagem militar e naval, e denota o sentido de movimento, de estratégia. Conceitualmente, o termo denota um movimento e implica uma direção, que é de responsabilidade do analista, um ato do analítico. Trata-se de manobrar a transferência e dirigi-la. Quem realiza tal manobra é o analista que pelo seu ato impossibilita que o psicótico o coloque no binário mortífero de erotomania ou da perseguição. Quinet desenvolve um vasto estudo teórico a respeito da clínica das psicoses. Em seu livro *Teoria e Clínica da psicose* escreve: “Manobrar a transferência é dirigi-la com o objetivo estratégico de barrar o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose” (QUINET, 2011, p. 136). Nesse processo, o trabalho mais árduo cabe ao analista, que deve estar atento ao lugar onde foi colocado, portanto:

³²Aqui o amor objetal acaba transformado em ódio pelo mecanismo da projeção, demonstrado por Freud, e estudado no capítulo anterior.

[...] é necessário que o analista apreenda sempre em que lugar o analisante o situa. Por intermédio de seu ato, o analista se contrapõe à manobra do analisante com uma outra manobra, para que este se instaure como sujeito e não como objeto do gozo do Outro (QUINET, 2011, p. 136).

O analista tem uma função fundamental no tratamento do psicótico, o cuidado com a manobra da transferência. Este trabalho é árduo, justamente pelo fato de o psicótico não dispor aí do significante *Nome-do-Pai* que enlace e faça barrar o gozo mortífero. Nesse sentido, Antonio Quinet (QUINET, 2011, p. 136) adverte que a “postura do analista diante de um psicótico deve ser a de dizer não ao gozo do Outro para que o significante possa advir”, possibilitando que o gozo invasivo das vozes, do delírio, do Outro gozador possa ser amenizado. Essa é a aposta que o analista fará ao aceitar um paciente psicótico em análise: que o sujeito possa advir para construir um novo lugar. Um lugar que o retire do mundo onde o Outro o invade e goza dele. Essa possibilidade é iniciada pela aposta na fala, pois, pela análise dos fenômenos de linguagem, as palavras podem emergir menos aterrorizantes. O analista participa do processo no qual será possível ao sujeito significantizar o real que o invade e barrar o Outro gozador. Pela fala, o Outro gozador vai perdendo sua consistência, promovendo um esvaziamento, passando de “Outro não barrado ao Outro barrado” (QUINET, 2011, p. 138). É pela fala que o esvaziamento pode acontecer.

4.4 POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO

Encontraremos na literatura vários autores que se dedicaram ao estudo do tema da transferência na psicose, neste item faremos o recorte de alguns destes.

Seguindo a abordagem teórica, temos os conceitos desenvolvidos por Jean Oury sobre o aspecto da Psicoterapia Institucional. Oury traz da experiência que teve em Saint-Alban em Lozeré, em 1952, sua base teórica, a saber: a Psicoterapia Institucional. O marco inicial dessa forma de tratamento da alienação mental é justamente uma crítica à ação sistemática da psiquiatria, tanto no plano prático quanto no plano teórico. Os profissionais em Saint-Alban, não concordando mais com método de tratamento empregado nas instituições tradicionais, se dedicam a tentar transformar coletivamente o serviço. Surge a partir de tal processo, uma ideia que se traduz em atitude, cuidar dos pacientes e da instituição. Essa forma de tratamento explora um campo teórico extremamente complexo, pois leva em conta não só sujeito, mas também o inclui no âmbito social, nas instituições e

organizações que o governam. A abordagem teórica explora o campo teórico do sujeito levando em consideração a instituição que o trata.

O aspecto teórico desenvolvido por Oury para essa modalidade de tratamento pressupõe um dispositivo, mais especificamente um local onde a transferência possa ser diluída. A esse local, Oury batizará de *Coletivo*. O local se constitui a partir de um processo central, todos os espaços e as pessoas são envolvidos no tratamento. A instituição se trata e trata. Tal modelo de trabalho será edificado no *Château de La Borde*.

O *Château de La Borde* foi fundado por Jean Oury em 1953, localizado na cidade de Cour-Cheverny, no Vale do Loire, região centro-sul da França. Os pressupostos teóricos do tratamento nessa instituição seguem a Psicoterapia Institucional. O método propõe ponderar o paciente em um campo teórico que envolve não apenas o sujeito e seu estado clínico, mas também esse sujeito emerso no social e na instituição. A proposta da Psicoterapia Institucional é tratar a alienação mental por dois vértices conceituais: primeiro pela via teórica formalizada por Freud e Lacan, que concerne à entrada do sujeito no mundo da linguagem e à problemática do desejo; e segundo, através da teoria desenvolvida por Marx, pela qual aborda a entrada do sujeito na ordem social. A primeira abordagem segue a mesma formalização teórica do presente trabalho. Quanto à segunda, Marx descreve nos *Manuscritos Econômicos e Filosóficos* de 1844, que o homem desenvolve um trabalho alienado ao longo da vida e transforma esse trabalho em meio de existência, assim ele se transforma no que produz. Nesse sentido, Oury argumenta a necessidade da análise dos conceitos de alienação. Configura-se aí de uma posição ética, não é possível tratar da alienação psicótica se, simultaneamente, analisarmos a contexto da alienação social.

A proposta desse dispositivo teórico é efetivar a diluição da transferência psicótica maciça e descolar o sujeito do eixo imaginário do amor ou ódio. Nesse sentido, Oury argumenta que na esquizofrenia há dissociação do ego é “justamente um ego dissociado. Por que ele é dissociado? Porque não há uma lei do sentido” (OURY, 2009, p. 63). O sujeito é a mais pura dissociação. Sendo fundamental aí um trabalho marcado por uma multiplicidade de pontos: pessoas, lugares, coisas. Que envolvam linguagens, hábitos, uma multiplicidade de pontos de transferência que marquem o sujeito.

Oury organiza um local de tratamento onde a multiplicidade de pontos permita a diluição da transferência maciça que ao psicótico coloca o analista³³. Um lugar novo, que

³³Os profissionais que trabalham na instituição não exercem um cargo específico, todos os profissionais que se ocupam do trabalho com os pacientes são chamados de monitores, inviabilizando assim a posição de mestria. As

envolva várias pessoas, múltiplos locais e atividades, poderá servir de barreira ao gozo mortífero que invade o sujeito. Oury aposta que o *Coletivo* possa equivaler “talvez, uma máquina a tratar a alienação, tomando todas as formas de alienação, tanto a alienação social, coisificante, produto da produção, como a alienação psicótica” (OURY, 2009, p. 39). O dispositivo apresentado a partir das formulações do médico sugere que a alienação mental possa ser tratada pela transferência, e a manifestação de tal fenômeno no *Coletivo*.

Essa perspectiva de tratamento orienta várias instituições de saúde mental não só no Brasil como também em outros países. Oury é responsável por colocar o tema da transferência em ampla discussão em seu livro *O Coletivo*, dando a essa temática um valor ético; ele observa que a transferência não pode ser articulada apenas ao conceito de repetição, a “transferência é antes de tudo criacionista, uma criação **ex-nihilo**. Senão, não é antes de tudo transferência” (OURY, 2009, p. 32, grifo do autor). O conceito que Oury nos apresenta, permite articular que a questão da transferência na psicose, trata-se além de tudo, da criação de um lugar.

A respeito dessa temática, Wellerson D. Alkmim em seu artigo *Entrelaçamentos transferências nas psicoses* irá propor uma discussão a respeito do fenômeno da transferencial nos serviços de saúde mental. No artigo citado, o autor formaliza o conceito em torno dos “laços transferências”, e sua construção na equipe de trabalho, dos serviços de saúde mental. Alkmim parte do pressuposto que os “laços transferências” são os possibilitadores do retorno do paciente ao atendimento institucional. Tal fato é observado no trabalho na instituição, após um único internamento, ao retornar é comum que o paciente solicite que o mesmo terapeuta o atenda, possivelmente por desenvolver com esse um laço transferencial.

A respeito do tratamento institucional Alkmim apresenta uma forma de trabalho banhado por três aspectos funcionais interessantes. O primeiro consiste em retirar dos profissionais a função de mestria, de terapeuta, ou seja, o chefe que organiza. Dessa forma os profissionais passam a “trabalhar como operadores técnicos”, nessa via tais “técnicos” não trabalham uma “perspectiva” puramente “clínica”. Eles assumem uma posição de agentes de trabalho, oferecendo um lugar de tratamento descolado do modelo institucional clínico. O segundo ponto do tratamento se dá pelo primeiro, e confere que não há um lugar único de suposição de saber. Essa estratégia particular redefine o

tarefas também são distribuídas aleatoriamente, e os monitores as executam em diferentes setores. O mais interessante é que todo trabalho funciona, inclusive com a ajuda fundamental de todos os pacientes. Em 2005 fiz um estágio de 6 meses no *Château de La Borde*.

conceito, pois, segundo Alkmim, trabalhar “com a transferência” é significativamente distinto, de trabalhar “sob transferência” (ALKMIM, 2000, p. 125). Na primeira possibilidade, trabalhar com a transferência permitir a construção do laço transferencial, já na segunda, sob transferência ocorre a impossibilidade, pois na última sentença temos a transferência na sua forma maciça. A transferência precisa acontecer como um mecanismo possibilitador de trabalho. No terceiro ponto Alkmim discute o tratamento pela via da dimensão clínica, a “práxis”, como Lacan formalizou. Trabalho determinado pela função que o psicanalista assume, é o ato analítico como causa da ação. A proposta é criar um dispositivo no qual o “psicanalista passa de uma posição de exterioridade a uma posição de *extimidade*” (ALKMIM, 2000, p. 125).

Extimidade, como alguém que pode ficar de fora da relação do sujeito com seu Outro. O analista assume a posição de extimo, fora da relação erotômata e mortífera. Em relação e esse enunciado, o autor entende que esse conceito é efetivado na dimensão clínica, ou seja, “especialmente a clínica analítica, tendo a transferência como eixo ordenador da direção de cura. Arrisco-me a chamá-las de profissionais de transferência” (ALKMIM, 2000, p. 125). Essa última possibilidade anunciada por Alkmim inclui efetivamente a transferência como um dispositivo de trabalho. Articular esse conceito diz respeito ao ato analítico, cabe ao psicanalista reconhecer o processo como uma via de tratamento. Nesse sentido, “ele interroga e deixa-se interrogar sem se subsumir no discurso do mestre” (ALKMIM, 2000, p. 125). Essa é uma posição ética do psicanalista com a clínica da psicose, não ocupar o lugar de mestria. Essa perspectiva foi tratada no tópico anterior, corresponde ao ato analítico, e no qual Alkmim é categórico ao sustentar que quando “demanda é endereçada, a transferência se apresenta. Seu destino dependerá de quem recolhe essa demanda e em que discurso se opera” (ALKMIM, 2000, p. 126). Nesse sentido, o conceito de manejo da transferência é de responsabilidade do analista³⁴.

³⁴Relato de um caso de paranoia atendido em uma instituição psiquiátrica. R. tem 34 anos, internado na instituição a 4 semanas. Após internamento manifesta agressividade, verbal e física, dorme quatro horas por dia, mesmo medicado. No convívio mostra-se hostil, provocativo, ofende pacientes e equipe terapêutica. É o gozo pela via da palavra. A posição de R. na instituição fica insustentável pela agressividade que seu comportamento despertava. Há 10 anos trabalhando na instituição, pela primeira que escutei que deveria ser realizado um “esquema terapêutico de sedação”. No dia anterior à mudança da medicação, o grupo inicia com 15 participantes. R. se levanta e para em frente a analista, impossibilitando a visualização dos demais pacientes, e a continuidade do grupo. A analista pede que ele saia. R. permanece imóvel. Os demais pacientes propõem chamar o G8 (técnica de contenção física) para retirá-lo a força. A analista recusa do G8 e fala: “*Você não vai sair... Mas, então você vai ficar e o grupo sai. Ele fica e a analista sai*”. R. rivaliza com a analista. No tratamento psicanalítico do psicótico, quando o analista se coloca, ele pode ser tomado como esse Outro do saber, fazendo emergir a transferência persecutória ou erotomaniaca. A manobra da transferência deve permitir ao psicótico outro lugar, um lugar de trabalho, de construção. Após a intervenção o grupo se dirige a outro local, e R. permanece só na sala. Ao final do grupo ele retira um quadro da parede e leva até a sala que a analista estava.

Em relação às possibilidades de tratamento, Alkmim estabelece dois dispositivos: “a prática de muitos”, e a “clínica do preliminar”. Este último conceito foi destacado por C. Viganò, e faz referência a uma clínica particular, que trabalhe com a delimitação do gozo invasivo na psicose. A proposta é um “trabalho de delimitação dos modos de gozo do sujeito”. Trata-se aí justamente da possibilidade de barrar o gozo que invade o sujeito:

uma ‘clínica do preliminar’ não se pode basear, pelo menos em primeira instância, na retificação subjetiva, na transferência clássica e na interpretação, mas deve estudar as condições para dar início à ordenação da realidade de tratamento que favoreça a gradual construção ou restauração dos fundamentos, dos pressupostos estruturais de subjetividade (VIGANÒ apud ALKMIM, 2000, p. 125-126).

Essa perspectiva abre possibilidades para repensar o tratamento pela via do particular, os dispositivos serão formalizados no caso a caso, no um a um, para cada psicótico.

Francisco Paes Barreto em seu artigo *Transferência e a Psicose* afirma que a transferência psicótica “é, sempre, um obstáculo intransponível para o trabalho analítico. E recomenda “deve ser evitada a qualquer custo” (BARRETO, 2010, p. 299), no entanto, ela pode ocorrer. Assim, o autor apresentará meios para lidar com tal fenômeno. Examiná-las é, também, tomá-las como uma possível direção a ser dada no tratamento pela via transferencial. As possibilidades oferecidas são: “a inversão da suposição de saber, a dispersão de saber, a manobra da transferência e a trivialização da transferência” (BARRETO, 2010, p. 300). O autor apresenta saídas empregadas, ou seja, maneiras de lidar com a posição de objeto de uma erotomania mortífera.

A primeira proposta é a *inversão de suposição de saber* tal conceito será formalizado precisamente, a partir do movimento chamado a segunda clínica lacaniana. Na primeira clínica lacaniana, o eixo de referência no estudo da psicose foi a clínica da neurose. Nesse sentido, Lacan segue Freud. O paradigma é o estudo da paranoia, o caso Schreber. Todavia, na chamada segunda clínica o paradigma se inverte, da neurose à psicose; o método se constitui a partir dos escritos de James Joyce, a escrita de Joyce o sustenta, sem que o desencadeamento aconteça. Na perspectiva da *inversão da suposição de saber*, o saber fica ao lado do psicótico. A posição do analista “em relação à clínica” é a “posição de um sujeito não saber” (BARRETO, 2010, p. 300). De acordo com Barreto, essa perspectiva acompanha muitos clínicos, justamente porque decorre da posição

Após tal situação, R. começa a participar dos grupos, conversa com os demais pacientes, não foi necessário o “esquema de sedação” e R. faz um laço com o grupo.

freudiana, na qual o psicótico saberá encontrar suas soluções, seu caminho é autoconstruído:

[...] se o saber está do lado do psicótico, não há lugar, no tratamento, do lado do analista, para nenhuma tentativa de envio a outro sentido, nenhum deciframento ou interpretação. A interpretação está do lado do psicótico, e a posição de aprendiz é que pode, no tratamento, permitir ao analista escutar as indicações que o psicótico traz para o seu caso (BARRETO, 2010, p. 300).

Essa afirmativa demonstra um conceito inverso à posição de *sujeito suposto saber*, característica da transferência da clínica da neurose. É o psicótico quem porta o saber e indica ao analista a direção para o seu caso.

A *dispersão da suposição de saber* é modalidade de tratamento realizado pelo *trabalho feito por muitos (pratique à plusieurs)*. Essa perspectiva de tratamento é usada em diversas instituições de saúde mental. O trabalho feito por muitos comporta uma possibilidade de dispersão da transferência maciça. Essa proposta nem sempre é recebida de forma tranquila em um ambiente institucional, pois exige “uma desierarquização do saber prévio” e conseqüentemente uma maior “divisão de responsabilidades” (BARRETO, 2010, p. 300).

A terceira possibilidade apresentada por Francisco Paes Barreto decorre do enunciado lacaniano apresentado no artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* e trata justamente do manejo da transferência. Barreto adverte que “é com dificuldade que se tenta formalizar algo a respeito”, já que nem mesmo Lacan o fez, e argumenta “a manobra” da transferência seria um modo no qual o analista maneja a transferência psicótica: “Consiste em sair do lugar persecutório ou erotomaníaco em que o psicótico o coloca, buscando um lugar de vazio de gozo” (BARRETO, 2010, p. 301). O autor complementa, na sequência do artigo que buscar lugar de vazio de gozo trata-se de manobrar, usar de uma estratégia para sair do lugar que o psicótico localiza o analista na transferência.

A última possibilidade de manejo da transferência psicótica apresentada pelo autor será a *trivialização da transferência*. Esse conceito foi usado por Jacques Alain Miller na conversação clínica realizada em Angra dos Reis, em 1999. O conceito consiste em “evitar deliberadamente os temas deliriosos e privilegiar os assuntos triviais ligados à realidade do dia a dia” (BARRETO, 2010, p. 302). Desse modo, o trabalho segue na contramão do delírio, fazendo com que o delírio perca sua força e sofra um esvaziamento de gozo. Conforme apresentado no artigo *A clínica das psicoses em instituições de saúde*

mental, “elegemos um outro modo de produção subjetiva, a via da “trivialização”, que vai na contramão do delírio, quando este é uma ameaça que pode provocar atuações ou até mesmo passagem ao ato” (MONTEIRO; QUEIROZ, 2006, p. 115). Tal modalidade é comumente usada em instituições de saúde mental.

Ainda no artigo *Transferência e Psicose*, Barreto comentará que um novo conceito de transferência na clínica da psicose foi relatado na *Conversação de Antibes*, realizada na França em 1998. A partir dessa abordagem o autor afirma: “o tratamento psicanalítico do psicótico, sim ele se faz sob transferência” (BARRETO, 2010, p. 302-303). Desse modo, a transferência que não deve ter lugar no tratamento é a transferência ligada ao saber, e assegura que existe outra via: “o que, a partir da *Conversação de Antibes* (1998), vem sendo chamado de *neotransferência*” (BARRETO, 2010, p. 302-303). Nessa conversação foram apresentados casos clínicos que permitiram contextualizar o conceito de *neotransferência*.

No trabalho clínico com a psicose é anunciado que o saber inconsciente fica ao lado do psicótico. Portanto, ele assumirá um lugar de disputa com o analista. O analista é colocado na posição de sujeito, o que dificulta o tratamento. Barreto argumenta que, nessa perspectiva, o analista participa do trabalho como agente:

além do analista como objeto, a neotransferência comporta uma outra possibilidade: o analista, ou mesmo a instituição, no lugar do ideal, ou como S1. S1 este que põe o psicótico a trabalho, visando a uma produção, que pode ter valor de suplência (BARRETO, 2010, p. 303).

O analista poderá ocupar o espaço de significante um, o S1 que convoca o psicótico ao trabalho: um movimento de produção, o delírio como suplência da falta do *Nome-do-Pai*. Essa produção admite um enlace do sujeito com o mundo que o cerca, pois somente pelo laço social, o psicótico pode retirar-se do gozo mortífero que o delírio porta. Esse lugar é oposto ao lado ocupado pelo analista na transferência na clínica das neuroses. Nessa última, o analista ocupa o lugar de “suposto saber”; na clínica das psicoses o saber está com o psicótico, então, trata-se justamente do lugar de sujeito suposto não saber. Não saber, pois, o saber é a certeza psicótica. Nessa disposição o analista participará da possível construção do S1, de saída, foracluído. Não se cura o sujeito da foraclusão do *Nome-do-Pai*, mas é possível criar um lugar de trabalho onde o psicótico encontre certo apaziguamento. O conceito de *neotransferência* permite articular esta possibilidade:

a neotransferência é um tear onde se procura tecer o laço social, a matriz de um discurso. Além disso, a clínica tem demonstrado que, frequentemente, o estabelecimento de um vínculo (neo) transferencial possui, por si só, alguma função estabilizadora (BARRETO, 2010, p. 304).

A *neotransferência* é mesmo um tear, uma possibilidade de construir no percurso analítico um vínculo entre analista/paciente. Esse movimento poderá permitir um laço social. Nem sempre possível, visto que o psicótico pode facilmente desencadear um delírio persecutório envolvendo a figura do analista.

Jacques Alain Miller apresenta o conceito de *neotransferência*, ao retomar a problemática da transferência nas psicoses em 1977. Contudo, somente a partir do encontro internacional de Buenos Aires em 1988, onde serão articulados pontos envolvendo os efeitos da transferência na prática clínica das psicoses. O tema é articulado por Fabienne Henry no artigo *Lalengua de la transferencia en las psicosis*³⁵, a partir da proposta desenvolvida na clínica continuista das psicoses. Essa abordagem assume o paradigma da transferência na psicose pelo movimento do analista. Ou seja, uma novidade seria a posição que o analista ocupa diante da demanda que o paciente endereça a ele.

Nos quadros de psicose, a demanda não é endereçada ao analista, pois o delírio é uma manifestação exterior ao sujeito, assim, acolher a manifestação delirante possibilita a montagem da *neotransferência*. “o vínculo transferencial não se firma mais de maneira consistente como na modalidade erotômana ou persecutória” (CAMPOS; CONÇALVES; AMARAL, 2008, p. 80). Isto é, um espaço onde o analista recolhe um significante particular da fala do psicótico. A partir da chamada *La língua*.

O conceito de *La língua*³⁶ foi desenvolvido por Lacan na década de 1970, e se configura pela fala fundamental do sujeito. No psicótico, trata-se justamente de um modo particular da fala que revela a relação do sujeito o Outro, segundo Andréa M. Guerra “Lacan denominou esse depósito de gozo- de onde se precipitam os significantes que serão posteriormente organizados segundo leis próprias - *de lalíngua*” (GUERRA, 2010, p. 47). Assim, a *lalíngua*³⁷ é a articulação da fala segundo leis próprias e que não

³⁵Tal artigo encontra-se publicado no livro *La Psicosis ordinaria: La convención de Antibes*, e compreende os estudos realizados entre 1983 e 1987, à respeito dos efeitos da prática clínica das psicoses. Após “El conciliábulo de Angers” e “La conversación de Arcahon”, conferências voltadas a abordagem na clínica das psicoses, e marcadas pela formalização do conceito de clínica continuista das psicoses, as *neopsicosis*. (MILLER, 2011, p. 131).

³⁶O conceito de *lalíngua* é novo no estudo lacaniano das psicoses, Lacan anuncia esse dispositivo apenas na década de 1970, com o estudo do sintoma de James Joyce.

³⁷La língua, no português traduzida por lalíngua.

circulam pelas regras do discurso. O endereçamento que o psicótico faz ao analista pela *lalíngua* estabelece a *neotransferência*. Compreende o momento que o analista toma a *lalíngua* como produção subjetiva do sujeito, dando um lugar a esse enunciado, no mundo dos homens. É o significante que faz laço social. Nesse sentido, Fabienne Henry comenta:

proponemos entonces examinar la pareja la pareja lalengua-transferencia, enunciando, a la manera de Lacan, que si lalengua motiva la neotransferencia, no sería más que aplicación particular, especificada, de la práctica con las psicosis, donde lalengua de la tranferencia aparece como nuevo telar para tejer el lozo social (MILLER, 2011, p. 132).

A *lalíngua* é a forma como o sujeito pode nomear o gozo invasivo. Uma nova forma de nomear um significante, um código endereçado ao analista, que o acolhe. Contudo, adverte-se que a aplicação desse mecanismo é observável na apresentação dos casos clínicos.³⁸ Ou seja, conforme assegura Henry:

en todos estos casos clínicos se ve bien que lo que motiva la neotransferencia no es el sujeto supuesto saber, sino lalengua, en tanto es la que permite que un significante pueda hacer señas. Y hacer señas de que? De algo que está fuera del sentido: onomtopeya, cifra, marca. Plantearemos, pues, que por el significante, em tanto puede hacer señas-y no por el sentido-, se juega la partida de la neotransferencia como vector de la cura (MILLER, 2011, p. 134).

Pela *lalíngua* um significante da fala do psicótico é recortado. Tal significante, anteriormente sem sentido, ou pleno de significações, poderá ser legitimado, fazendo um laço com o outro. É justamente esse o caráter inédito de algumas criações psicóticas estabilizadoras.

No entanto, a possibilidade de tratamento proposto a partir da clínica continuista das psicoses pela *neotransferência* parece delicada. O uso desse método exige cautela. Trata-se, aí, de acolher a construção o que psicótico efetivou rumo à construção de sua estabilização. E a maior dificuldade na aplicabilidade consiste justamente na sutileza em

³⁸Em certa ocasião um paciente com quadro psicótico internado em uma instituição de saúde mental relata a analista: “sou um sedutor de mulheres”, inclusive relatava inúmeras cenas da sua vida que às mulheres queriam ter relações sexuais com ele. E anunciava: “li às Memórias de Casa Nova, e sou ele”, “todas me querem, olhe como elas me olham”. No entanto, suas investidas amorosas eram negadas, pois ao falar com as mulheres, ele se portava de maneira grosseira, ríspida e obsena. Após estabilização do quadro paciente passa ao internamento em clínica-dia e comenta com a analista “quero ser um *atrator*, não um sedutor”, ao que prontamente a analista responde “é assim poderá atrair as mulheres”, e o paciente comenta: “é isso”. *Atrator* é o significante que faz laço no social.

diferenciar o que é da ordem da *lalíngua* e o que é da ordem do delírio propriamente dito. Fala e delírios se confundem facilmente.

No que se refere à possibilidade de tratamento pela via transferencial, tomaremos agora um exemplo apresentado por Miller, em uma aula comentada durante seu curso *Todo Mundo é Louco*, em maio de 2008. O autor relata a visita realizada a uma instituição de tratamento no Quebec, Canadá. Ele conta que essa instituição efetivamente se encarrega do “tratamento da psicose” (MILLER, 2008, p. 5), completamente inspirada no modelo lacaniano. A clínica se chamada 388. Ela se ocupa do tratamento das psicoses de maneira particular. Configura a direção do tratamento na construção da metáfora delirante. Desde sua fundação em 1982 foram tratados apenas 358 pacientes. O ponto fundamental é entender como o tratamento é viabilizado e os pressupostos teóricos que o regem. Para tal é necessário acompanhar a apresentação de Miller.

Os pacientes recebidos não devem fazer uso de medição psiquiátrica. Sobre eles deve haver uma rede de informações infinita, de maneira a recolher o maior número de informações possíveis para uso futuro. E assim estruturam o uso desses relatórios em três fases: “A primeira consiste em escutar o delírio, uma vez que em todos os casos há um delírio”, essa é a premissa básica. Logo após, sem fazer uso da interpretação, eles “isolaram um certo número de pontos de não sentido, digo as coisas forçosamente apenas em sua ordem”. E algum tempo mais tarde, não precisaram de quanto é esse tempo. Levam “o psicótico da 388 ao sonho e opõem, tendem a lhe mostrar que o que esses sonhos revelam está em condição com o seu delírio”. Segundo Miller, o tratamento é impressionante, “se servem do sonho e das associações que vêm com o sonho para contradizer o delírio e elucidá-lo, e assim se elucidam e se isolam pontos de contradição que teriam o efeito de apaziguamento sobre o delírio e sobre a própria psicose” (MILLER, 2008, p. 6). Desse modo, a proposta é fascinante, pois propõe a articular sonho e delírio. Fazer uma possível construção de significantes, onde existe apenas delírio. Um deixar delirar e uma análise dos sonhos. “Enfim a análise!”. Os profissionais envolvidos com o trabalho não fazem uso do método interpretativo, mas sim do relato recolhido dos sonhos, e os contrapõem com o delírio.

O processo envolve uma metodologia similar de uma análise, com sessões face a face, duas a três vezes por semana. O tratamento é longo, a média de duração é de aproximadamente 12 anos. Nesse tempo os pacientes obtêm uma melhora considerável, inclusive comenta Miller, com um retorno à vida cotidiana. O autor comenta que se obtêm uma grande satisfação nos resultados. Além de ser um critério de tratamento

inspirado no modelo lacaniano: “é um critério, é o critério lacaniano” (MILLER, 2008, p. 6). Com esse exemplo, Miller apresenta os dispositivos suficientes para repensar a viabilidade do tratamento psicanalítico a psicóticos.

Advertidos a respeito das possibilidades de tratamento pela via transferencial, passaremos à possibilidade de estabilização nos quadros psicóticos.

4.5 A ESTABILIZAÇÃO NA PSICOSE

Abordaremos a seguir algumas possibilidades de tratamento na clínica da psicose pela via da estabilização na metáfora. Reforça-se que o conceito de estabilização corresponde à estabilização da significação no seu significado, pois a metáfora assume o ponto de basta. Colette Soler, no artigo *Estabilização da Psicose*, aponta a respeito da metáfora: “A metáfora é um princípio de estabilização. Ela cria um ponto de parada no deslizamento do significado sob o significante” (SOLER, 2007, p. 196). É nesse ponto de basta que o delírio encontra um estofamento.

É pela construção da metáfora que acontece a estabilização “do significado sob o significante”. Então, é da estabilização do significado que se trata, justamente quando o psicótico encontra um ponto de basta, e a vivência de invasão de vários significantes, e seus múltiplos significados, para na estabilização pela metáfora delirante.

Na estabilização do quadro a psiquiatria já prestou seus serviços; com o uso da medicação o quadro fica estável e estabiliza, o delírio é eliminado; no entanto, esse enfoque de tratamento elimina o sujeito. São visivelmente conhecidos os efeitos colaterais³⁹ do uso da medicação nos quadros psicóticos. O psicótico medicado⁴⁰ e não delirante pouco fala, faz pouco contato visual e verbal. O sujeito não existe como efeito da cadeia de significantes, não detém uma verdade subjetiva, pois o delírio é a verdade.

O embasamento teórico lacaniano sempre foi freudiano, assim, o tratamento possível proposto no *Seminário III* (LACAN, 2008, p. 241) será o de adotarmos na

³⁹Durante o período que trabalhei no hospital psiquiátrico, foram inúmeros os relatos de pacientes que interrompem a medicação psiquiátrica em função dos efeitos colaterais. Como: dores de estômago, boca seca, tontura, cefaléia, sonolência, dores no corpo, aumento de peso, inchaço, falta ou aumento do apetite, em outros.

⁴⁰São inúmeros os efeitos colaterais recorrente do uso de medicações psiquiátricas. No filme *Uma mente brilhante* (A Beautiful Mind), 2001, EUA, direção: Ron Howard, o gênio da matemática John Nash ganha fama no mundo acadêmico ao formular um complexo teorema aos 21 anos de idade. Os problemas de Nash começam mesmo quando ele é diagnosticado com esquizofrenia. Após anos de luta contra a doença, o matemático consegue se reintegrar à sociedade e acaba sendo premiado com o Nobel. Em determinada cena do filme o matemático é tocado pela esposa, fica evidente, na cena a falta de libido do personagem.

clínica das psicoses a posição de “secretários do alienado”, acolhendo o sujeito na escuta e possível estabilização. O autor recomenda que levemos o enunciado ao pé da letra, ele enfatiza que o modelo a ser seguido é, justamente, da secretária, a saber: de ouvir e tomar nota. Com Lacan o trabalho passa da escuta, “não só nos passemos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta- o que até aqui foi considerado coisa a ser evitada” (LACAN, 2008, p. 241), ao recorte do significante. Essa afirmativa marca uma nova posição diante do tratamento das psicoses.

Tem-se o lugar da escuta, mas não uma escuta qualquer, trata-se aí de saber escutar aquilo que o psicótico manifesta na sua relação com o significante foracluído no simbólico. Registrar o funcionamento dessa estrutura no particular e saber “por que as coisas se passam assim”, permite a construção de um laço social. Lacan é enfático ao afirmar que “se soubermos escutar, o delírio das psicoses alucinatórias crônicas manifesta uma relação muito específica do sujeito em relação ao conjunto do sistema da linguagem em suas diferentes ordens” (LACAN, 2008, p. 243). Pela escuta, o analista é testemunho da relação que o sujeito estabelece com o Outro perseguir. De tal modo, a poder escutar analítica, certamente servirá ao propósito de recolher certo material que permita desenhar um percurso, de como o quadro se manteve estável, e também quais os dispositivos envolvidos no desencadeamento do surto.

Contudo, tal enunciado deve ser aceito com cautela, pois, escutar o psicótico, ser seu secretário, como propõe Lacan, é como ouvir o canto da sereia. Os delírios, as teorias conspiratórias, os conteúdos delirio-gênicos são fascinantes aos nossos ouvidos, embora aterrorizantes ao sujeito. Desse modo, a possibilidade que se apresenta é não recuar diante do canto e não cair ao mar. Nesse sentido, Quinet alerta: “Trata-se de secretariar, constituindo-se o analista como testemunha da relação do sujeito com o Outro. Todavia, entre a posição que “testemunha e a posição de perseguidor, entre ser seu secretário e ser o objeto de sua erotomania, não há efetivamente uma distancia muito grande” (QUINET, 2011, p. 136). Existe, ademais uma tensão entre essas duas posições.

Levando em conta o alerta que Quinet faz, passemos à pergunta de qual seria a possibilidade, visto que as duas posições encontram-se próximas na análise. Como propor um tratamento levando em conta o risco que a cada instante o paciente, pode colocar o analista na posição do Outro perseguidor? Esse é o trabalho, por isso é árduo, pois cabe ao analista recusar essa posição. Trabalho complicado, sair do lugar que o psicótico o coloca requer cautela e um movimento constante no dispositivo terapêutico. Isto é, no

contexto das sessões, como mudança nos dias e nos horários de atendimento. Isto implica estar alerta aos movimentos que envolvem o tratamento.

Ao recuar da posição de objeto perseguidor ou de erotomania, o analista mantém o laço com a paciente, e permite que o psicótico produza um esvaziamento de gozo do Outro. A análise é o campo fértil para que o analista ocupe o lugar do Outro, porém, é também o trabalho da análise permitir o esvaziamento do Outro absoluto. Em relação a isso, Quinet acrescenta:

se há “vantagens” em que o psicótico situe, ou tenda a situar, seu analista como seu Outro, ela consiste no fato de que o Outro aí está sendo presentificado pelo analista e possibilitando a este esvaziar o gozo do Outro que o paciente lhe atribui. A “vantagem” é a própria transferência (QUINET, 2011, p. 138).

Assim, é no laço transferencial construído na sessão analítica que o psicótico encontra algo que barre Outro invasivo e perseguidor.

Já colocadas algumas possibilidades de tratamento, será necessário formalizar conceitos que envolvem a clínica diferencial das psicoses.

As psicoses em psicanálise englobam os quadros de esquizofrenias, as paranoias e as melancolias. Para Lacan, a paranoia é a psicose fundamental; inclusive, ele dedica a estes quadros grande parte da sua teoria. Freud no início de seus estudos faz uma tentativa de diferenciar esquizofrenia e paranoia. Nesse sentido Barreto comenta:

[...] para Freud, enquanto que na esquizofrenia o recalque é bem sucedido (autoerotismo = autismo), na paranoia o recalque é mal sucedido, havendo reinvestimento libidinal. Para Lacan, tais colocações continuam válidas – embora não mais como determinantes e sim como conseqüentes (BARRETO, 1999, p. 145).

A diferença entre os dois quadros é significativa e fundamental para o estabelecimento dos dispositivos que envolvem a direção de tratamento. Na paranoia, a relação com o Outro é constituída por uma alteridade, pois existe o Outro já subjetivado que faz do sujeito um objeto. A “personalidade é considerada como momento paranóico do sujeito” (BARRETO, 1999, p. 145), justamente por isso o Outro faz o sujeito de objeto e goza, usa e abusa dele. No que diz respeito à fase especular, a relevância se dá no próprio corpo. Na paranoia existe um corpo, diferentemente da esquizofrenia em que o corpo é despedaçado. Na paranoia, há prevalência de pensamento, e tal característica é fundamental na clínica. Já nos quadros de esquizofrenia, segundo Freud, a primeira e principal diferença que impossibilitaria o tratamento seria justamente a ausência de

investimento libidinal. Nesses quadros, o Outro é o próprio corpo, então o retorno no gozo é sobre o corpo. O corpo do esquizofrênico é um corpo fragmentado, despedaçado pela invasão. No que diz respeito aos registros, Barreto refere que na esquizofrenia ocorre uma dissolução do registro imaginário, já na paranoia ocorre uma hipertrofia do imaginário.⁴¹ Por esse postulado podemos constatar que existe uma possibilidade de tratamento particular na paranoia. Que encontra seu estofo no registro imaginário. Desse modo, é correto assegurar que o tratamento nos quadros de paranoia será mais efetivo do que nos quadros de esquizofrenia.

Finaliza-se que a estabilização é uma, se não a única direção a ser tomada no tratamento psicanalítica das psicoses. A estabilização visa o ponto de basta do significado sob o significante. O sujeito pode seguir com menor sofrimento, pois a análise visa produção da metáfora delirante, que conseqüentemente barra a invasão mortífera de gozo. As possibilidades de tratamento se constroem pelas vias das estabilizações: na metáfora delirante, pela identificação imaginária, pela passagem ao ato, pela obra de arte, evidentemente podem haver outras possibilidades, no entanto no âmbito do presente trabalho só estas últimas serão estudadas.

4.6 A CONSTRUÇÃO DA METÁFORA DELIRANTE

O surto é a vivência da perplexidade enlouquecedora que só cessa quando “significante e significado se estabilizam na metáfora delirante” (LACAN, 1998, p. 584). É justamente a metáfora delirante que faz suplência ao *Nome-do-Pai*, foracluído do registro simbólico, pois a metáfora tem função de ponto de basta. Dar um basta na invasão de gozo.

A construção da metáfora delirante só é atingida após um longo percurso de crises, surtos e muito sofrimento. Ao longo da história clínica do presidente Schreber esse sofrimento fica evidente, principalmente, no que se refere ao dilaceramento que ele vive no corpo. Segundo relato do próprio doente: “quero recordar ainda apenas o *esôfago* e os intestinos, que muitas vezes foram dilacerados ou desapareceram, *a laringe*, que mais de uma vez degluti junto com o alimento” (SCHREBER, 1995, p. 130).

⁴¹No tocante ao acontecimento no registro imaginário, autores estudados no âmbito dessa pesquisa não diferem os quadros de paranoias e esquizofrenia. Lacan, inclusive comentará no artigo *De uma questão preliminar* que o “desastre do imaginário” é o mecanismo fundamental no desencadeamento do surto.

Schreber relata a forma como conseguiu sobreviver sem estômago, ou mesmo com o esôfago e os intestinos dilacerados; e também com a laringe, deglutida. Após longos períodos vivendo invasões aterrorizantes do Outro, o psicótico pode seguir vivendo com o mínimo de apaziguamento, a metáfora delirante, tal qual o *Nome-do-Pai*, tem função organizadora, dá consistência e lugar ao sujeito. Nesse sentido, Barreto sustenta que a metáfora delirante faz limite ao gozo avassalador “permitindo nova ordem simbólica onde não estava havendo nenhuma e possibilitando a reconstrução do imaginário” (BARRETO, 1998, p. 144). Essa nova ordem simbólica é à resposta que o sujeito inventa como suplência ao *Nome-do-Pai*.

Retomando o clássico caso Schreber, é interessante recortar a passagem na qual o dito presidente faz a suplência do *Nome-do-Pai*, inventando um significante feminino que não existia anteriormente. E resolve pela via do delírio o problema da procriação, construindo a metáfora delirante *A Mulher*. Entre Schreber e o Outro existia somente mistura e invasão. Ele, então:

[...] inventa e sustenta uma “Ordem do Mundo” curativa das desordens do gozo das quais padece em sua experiência; constrói uma versão do par original, distinta da versão paterna, e na qual a fantasia de procriação de uma humanidade futura dá um sentido e uma legitimação ao excesso de gozo. Pois, ao ser a mulher de Deus, o gozo, agora consentido, localiza-se sobre a imagem do corpo (BARRETO, 1998, p. 144).

A função primordial da metáfora delirante, como significante, é retirar do imaginário parte de sua eficácia simbólica. Não existe registro no simbólico, assim o sujeito o faz pelo imaginário. Schreber por meio de alucinação se vê com corpo de mulher, ele “volta imaginariamente ao real do corpo”, em que a “castração não ocorreu em nível simbólico” (BARRETO, 1998, p. 144).

A referência ao registro imaginário é relevante ao estudo psicanalítico das psicoses, pois nesse registro o psicótico pode sustentar sua existência por grande parte da vida sem desencadear o surto, assim “o imaginário que servia de suporte e de ponto de referência na pré-psicose falha um dia” (JULIEN, 2003, p. 51). A identificação ao outro semelhante serve de modelo, assim o sujeito segue; mas um dia para de funcionar “a identificação conforme a imagem deixa o sujeito na incerteza e na perturbação” (JULIEN, 2003, p. 51). É correto afirmar que o registro imaginário sustenta o pré-psicótico.

Pelo fortalecimento do imaginário o psicótico pode manter-se na vida, sem necessariamente desencadear o surto, sustentado apenas pelas identificações imaginárias.

A introdução desse conceito traz consigo também a novidade ao tratamento. Lacan formaliza no *Seminário III* que uma das possibilidades que permite ao sujeito a estabilização é o lugar na série da cadeia identificatória. Esse processo configura-se por “uma série de identificações puramente conformistas a personagens que lhe darão o sentimento do que é preciso fazer para ser um homem” (LACAN, 2008, p. 239). Ou uma mulher. A relação em espelho, a partir do outro semelhante, pode manter o sujeito estabilizado por um tempo⁴².

Todavia, Lacan sinaliza que em algum momento esse cenário pode ser alterado, e certifica: “a situação pode se sustentar muito tempo, que certos psicóticos vivem compensados” (LACAN, 2008, p. 240). E seguem com comportamentos considerados corriqueiros, contudo, comenta Lacan: “e de uma só vez, misteriosamente, Deus sabe por quê, se descompensam” (LACAN, 2008, p. 240). O sistema se mantém funcionando pelo registro imaginário, pois a identificação imaginária compensa a ausência do significante. Esse fenômeno se sustenta até o momento em que as “muletas imaginárias” falham. Nesse aspecto a proposta é justamente trilhar, pela via da análise, o que manteve esse sujeito compensado, para repensar a estratégia da estabilização pela identificação. A escuta do analista permitirá que se reconstrua o motor sob a qual a estrutura se manteve compensada.

Pela investigação é possível encontrar o que manteve o sujeito estável, usando do recurso da identificação com o outro, como um modelo. Essa reconstrução é possível por uma passagem: “isso só é possível passando do outro ao Outro”, esse processo denota uma mudança fundamental de localização “do apoio do especular ao apoio da fala” (JULIEN, 2003, p. 48). O outro semelhante funciona aí como um agente que antes, de tudo, mostra um lugar de localização ao psicótico, por identificação ele assumirá essa posição. Passa assim, ao que Julien chama “significações estabelecidas aos significantes puros como fundadores de novas significações” (JULIEN, 2003, p. 48). Esse processo permite articular novas possibilidades e seguir posicionado no mundo de acordo com o modelo: “Ele recebe uma constatação na terceira pessoa: tu és um zeloso, identificado à tua tarefa, conforme a teu papel, bom elemento de um sistema. E, portanto, ele responde: sim, é claro, sou isso!” (JULIEN, 2003, p. 52).

⁴²Filme *VIPs*, 2011, direção: de Toniko Mello o personagem Marcelo (Wagner Moura) não consegue assumir sua identidade, o que faz com que ele assuma a de outros. Passe a ter diversos nomes, nos mais variados meios. Sonhando em ser um piloto de avião como o pai, aplica seguidos golpes e se envolve em inúmeras aventuras. Inspirado na história real de Marcelo Nascimento da Rocha.

Essa forma de estabilização é confirmada nas instituições de saúde mental. Nesses locais é frequente o uso desse dispositivo. O sujeito assume a função de cuidar da portaria de uma unidade, ou de representante de grupo; por identificação com um nome, ele encontra um lugar. Esse lugar o localiza e barra o gozo invasivo do Outro, e permite a construção da metáfora delirante. A metáfora pode “reter a significação” e assim faz surgir o que dá sentido ao “ser do sujeito”, por exemplo: “Mulher de Deus” ou ainda, “O chefe da portaria”.

4.6.1 Da metáfora ao sujeito

Nessa perspectiva elucidaremos algumas vias de acesso ao sujeito na psicose. E da direção no qual esse trabalho se situa, pois mais que uma impossibilidade, a direção desse tratamento é sim um bom motivo para prosseguirmos nesta pesquisa. Não será esse o momento para renovar o lugar da descoberta freudiana? Principalmente em se tratando de um postulado de existência secular no mundo?

Renovar pela retomada dos textos freudianos e lacanianos, pois, dentre as possibilidades apresentadas, percebe-se que todas tratam justamente do ensinamento freudiano. O trabalho com o delírio. Freud ensina que no caso Schreber, o delírio é um trabalho de “reconstrução” em uma “tentativa de cura” (FREUD, 2010a, p. 94). De tal modo, o trabalho com o delírio consiste fundamentalmente, em escutar a produção delirante, pois, o delírio é uma expressão subjetiva, usado na construção de uma metáfora delirante. Trata-se aí justamente de um lugar que possa provocar a falta no Outro absoluto, criando condições para advir o significante que barra o gozo invasivo no Outro. Em relação a essa questão, Antonio Quinet sustenta: “se a única maneira de cingir o real é por intermédio do simbólico, é pela fala que algo de esvaziamento do gozo pode vir a se produzir” (QUINET, 2011, p. 138). É pela via da fala que o gozo pode ser esvaziado. A estratégia que Antonio Quinet propôs será o tratamento direcionado pelo analista, pois:

trata-se para o analista de orientar a direção da cura do psicótico no sentido de passar do Outro não barrado ao Outro barrado: A-A/. Isto significa promover o esvaziamento do Outro, provocar a falta no Outro, criando condições para fazer advir o significante e barrar o gozo proibido àquele que fala (QUINET, 2011, p. 138).

A posição do analista consiste em dar um lugar ao sujeito psicótico onde ele possa criar uma via de acesso à metáfora delirante por meio da fala. Trata-se de possibilitar o

“despontar a transferência com a emergência de um Outro que é diferente do Outro materno realizado em seu corpo” (QUINET, 2011, p. 139). Contudo, o autor adverte que ocupar esse lugar de Outro barrado também implica ocupar o lugar de Outro gozador. Um lugar leva ao outro, dois lugares em uma mesma posição. Porém, a manobra do analista consiste justamente em sair da posição do outro gozador, sem romper o vínculo com o paciente. Assim sendo, aceitar “essa posição é, por um lado uma maneira de o analista participar da construção de uma barreira ao gozo” (QUINET, 2011, p. 139). Isso porque, ao testemunhar o delírio ao analista, o psicótico barra a gozo invasivo do Outro⁴³.

Quinet adverte quanto ao lugar que o analista ocupará na relação com o paciente; não se trata de ocupar o lugar do Outro, mas de secretariar. Éric Laurent comenta que o analista participa “do esforço do sujeito para enfim chegar a designar algo de seu gozo-ele não acredita no pai e deve inventar alguma coisa diferente do índice fálico” (LAURENT, 1988 apud QUINET, 1988, p. 103). O psicótico recorre à invenção de outra amarração para dar conta da falta de referência fálica. A construção é árdua. Ao recorrermos à literatura, encontraremos facilmente na história caso em que psicóticos estabilizaram apenas após uma passagem ao ato; por exemplo, o crime das irmãs Papin. Em síntese as duas irmãs, certo dia, por um motivo fútil (falta de luz na casa), matam e esquartejam suas patroas. O sujeito sai de cena na passagem ao ato.

Também é possível localizar casos de estabilização pela obra de arte. Raros, pois, são poucos os sujeitos que conseguem uma extração real do objeto do campo do Outro. Encontraremos essa modalidade de estabilização em obras artísticas, como, por exemplo, nas obras de Bispo do Rosário (1909-1989), que permaneceu internado por mais de 50 anos na Colônia Juliano Moreira–RJ. Esse artista utilizava a palavra como elemento pulsante, ao recorrer a essa linguagem manipulava signos e brincava com a construção de discursos, fragmentando a comunicação de maneira subjetiva.

Destaca-se também o escritor épico James Joyce, irlandês do século XX, que sustará sua estabilização pela escrita. O romance *Ulisses* foi escrito entre 1914 a 1921 e conta a história adaptada da *Odisséia* de Homero. Sua escrita apresenta diversos trocadilhos, jogos de palavras, citações, neologismos, referências históricas e referências literárias. O escritor utiliza estilos variados transformando o texto em um quebra-cabeça

⁴³Paciente psicótico relata como o sogro o persegue, denigre sua imagem perante os filhos, após vários relatos ele refere: “acho que ele faz isso porque tá velho e tem medo de perder a filha para mim, você não acha”. Respondo “possivelmente”. Após 5 anos, articulando como iria matar o sogro, ele decide esperar, pois “ele logo vai morrer”.

literário. Nesse caso, ele inventa uma escrita para se haver com a demissão paterna. No entanto, sabemos quão particulares e a raros são esses casos.

A possibilidade anunciada no início do tópico foi o tratamento pela via psicanalítica. Retomando as construções teóricas realizadas por Freud, foi possível reformular que delírio, mais que um sintoma, é sim uma possibilidade de reconstrução. Freud proferiu em 1938: “experimentar nosso plano de cura com psicóticos”, não será possível, a não ser por um “outro plano”. Tomou-se, então, a via lacaniana, para repensar a questão do tratamento, visto que nenhum dos dois autores formalizou conceitos recentes a cura. Constatou-se que não se pode fazer alusão a qualquer tentativa de cura, pois não existe cura para a forclusão do *Nome-do-Pai*. Contudo, isso não quer dizer que não exista um tratamento psicanalítico da psicose. A indicação freudiana é que o delírio é uma tentativa de cura, as lacanianas recaem sobre esse mesmo enunciado. Lacan propõe justamente um construto que permita que o gozo invasivo e aterrorizante possa ser barrado. Essa intervenção na psicanálise lacaniana se dá pela posição de testemunho que o analista assume no tratamento. É justamente pelo sujeito psicótico falar e ser falado, ao mesmo tempo, que o laço transferencial se confira, permitindo assim a construção da estabilização da psicose.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomar as formulações freudianas a respeito da psicose e avançar com as considerações lacanianas permitiram uma breve interrogação a respeito da noção de transferência nos quadros psicóticos. As contribuições relativas ao tratamento na perspectiva clínica surgem com Lacan pela formalização da teoria da forclusão do Nome-do-Pai, entre 1955 e 1956, e pela distinção que propôs dos três registros. Ao propor uma análise formalizada da formação dos fenômenos de linguagem na psicose, Lacan possibilitou um repensar a respeito do dispositivo clínico que envolve o tratamento psicanalítico das psicoses.

Conceituar a psicose como uma estrutura que apresenta um funcionamento particular, marcada pela forclusão do significante, autoriza a formulação de conceitos que envolvem o possível tratamento, visto não ser oportuno conferir qualquer indicio cura a estes quadros.

A questão da cura em psicanálise ainda é obscura, mesmo nos quadros de neurose, contudo, tal pesquisa permitiu articular a viabilidade do tratamento psicanalítico à psicose aceitando o fenômeno transferencial. Isto é, a partir da posição de secretário, o analista é testemunho da fala psicótica, ou seja, de como o sujeito fala e, também é falado. Trata-se aí da análise dos fenômenos de linguagem na direção de cifrar o gozo e significantizar o real. De tal maneira a permitir à construção de uma metáfora delirante em substituição à falta primordial. Visto a impossibilidade de curar o sujeito da falta do *Nome-do-Pai*.

No percurso da pesquisa surgiram impasses no que cerne a questão da direção do tratamento na clínica das psicoses. Metodologias envolvendo a teórica e certos modelos clínicos surgiram no percurso do trabalho. Todavia, é fato que ainda faltam dispositivos teóricos definidos e claros. De certa maneira, esse é o impasse que envolve a teoria psicanalítica das psicoses, a impossibilidade para formalizar um conceito que envolva o tratamento e seus dispositivos, pois o trabalho psicanalítico com a psicose se estabelece no um a um da clínica. Segundo o pressuposto teórico laciano que afere que o psicótico encontra suas saídas.

Nesse sentido, Lacan anunciou uma nota de abertura que indica que o analista não deve recuar diante dos quadros de psicose. Esse enunciado mostrou-se deveras abrangente, de tal forma que delimitar os dispositivos clínicos que envolvem a clínica psicanalítica da psicose, gerou e ainda gera impasses.

No artigo *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* Lacan finaliza enfatizando que não deseja ultrapassar Freud, no que diz respeito à questão das

psicoses. Entretanto, o debate recai na seguinte interrogação: Por quê, então Lacan, se demora tanto para redigir tal artigo? Trata-se aí justamente de acompanhar o percurso de um clínico. No primeiro momento do artigo, intitulado *De uma questão preliminar*, o que está em jogo, é o tocante a fase inicial do tratamento, a saber, a transferência e a questão da paternidade. Lacan ressignifica a questão edípica sob a regência do *Nome-do-Pai* foracluído na ordem simbólica. Na segunda parte do artigo *a todo tratamento possível da psicose*, Lacan escamoteia a questão do tratamento para lançar a novidade. O enunciado *a todo tratamento possível* remete justamente à impossibilidade do todo. Não existe um todo possível, trata-se aí da lógica do não todo. A lógica do funcionamento psicótico é inapreensível. E qualquer tentativa de explicação da psicose é um excesso de razão.

De tal modo, o possível no tratamento confere-se a não retroceder diante da psicose, ou seja, do sem-razão, do sem sentido. A estrutura psicótica é definida a partir de um funcionamento particular marcada da falta do *Nome-do-Pai* na ordem simbólica, portanto, após desencadeamento do surto, a única possibilidade será oferecer o espaço de escuta. Nessa perspectiva, o trabalho psicanalítico permite que o psicótico ofereça ao analista o testemunho de seu delírio, como uma tentativa de organizar o mundo e barrar o gozo que o invade. Contudo, tal processo exige cutela, justamente no difícil equilíbrio entre a localização do gozo no campo do Outro e a possibilidade de localizá-lo no próprio analista.

Nesse sentido, afere-se que a construção da metáfora delirante mostra-se um dispositivo aplicável no tratamento das psicoses, pois essa construção faz suplência ao *Nome-do-Pai*, foracluído do registro simbólico. A metáfora delirante tem função de ponto de basta, dar um basta na invasão de gozo. A estabilização na metáfora delirante viabiliza o momento de sentido, o psicótico responde ao Outro invasor. De tal maneira, a possibilidade de tratamento parece convergir também para questão do gozo, pois não só a ausência da condição fálica, mas também os encontros com o gozo invasor podem resultar no desencadeamento.

A evolução da clínica faz surgir, no campo da psiquiatria e no campo psicanalítico, um fenômeno típico: uma clínica do sujeito entregue ao seu gozo. Depreende-se, então, que casos de psicose observados na clínica não se apresentam pela forma clássica, seguindo o diagnóstico estrutural do tipo esquizofrenia, paranoia e mania. Esses novos tipos clínicos foram denominados pela clínica lacaniana: as psicoses ordinárias. Tais quadros denotam uma modalidade de apresentação clínica, na qual os sintomas clássicos, delírios e ou alucinações estarão ausentes. Contudo, surgem novas

sintomatologias, e as formas de apresentação trazem tanto sofrimento quanto os sintomas delirantes. Dentre outros, há casos de transtornos alimentares graves ou toxicomanias refratárias, que no construto teórico lacaniano, serão tomados à luz da psicose ordinária. A partir da clínica borromeana, contemporânea ao *Seminário RSI*, a recomendação lacaniana recai na possibilidade de criar de um dispositivo no tratamento que permita o enlace dos registros. O funcionamento e a ligação de tais registros, articulados e devidamente envolvidos, serão aceitáveis, pelo que Lacan nomeou como o *Sinthoma*. Tal conceito abrange o que pode existir fora do significante, e fazendo laço no social, de tal maneira, que o psicótico possa seguir vivendo. É o analista na posição de secretário viabiliza a construção de uma escrita, de uma cifra inscrita no *Sinthoma*.

Com o advento da modernidade e o paradigma da cultura, e às voltas com o mais de gozar a inscrição do gozo fálico fica precária, e novos sintomas surgem. Nesse sentido, a clínica borromeana lacaniana apresenta uma nota de abertura ao tratamento do gozo. O *Sinthoma* inscrito para além da clínica estrutural, e na direção do tratamento da neurose e da psicose. Esse construto pode se instaurar independente da inscrição ou não do operador do *Nome-do-Pai* no registro simbólico.

Nesse sentido, Miller retoma os pressupostos teóricos que envolvem a concepção de tratamento, e apresenta o conceito de *neotransferência*. Com a *neotransferência*, algo novo no processo analítico pode se instalar; ou seja, “observamos as neotransferências, que são novas modalidades de o psicótico estabelecer o vínculo transferencial” (CAMPOS; CONÇALVES; AMARAL, 2008, p. 80). Configura-se, justamente pela possibilidade do psicótico recortar algo da linguagem que produza uma ancoragem, produzindo um ponto de basta. É uma criação formalizada pelo uso da *lalíngua*. A língua particular que o psicótico endereça ao analista, que a acolhe, validando a posição do sujeito na produção de uma ancoragem a linguagem.

Tal posição pode balizar o gozo invasivo do Outro, pois a língua é antes de tudo, uma forma de nomear as coisas, uma nomenclatura. Quando o psicótico se apropria de tal nomenclatura, o deslize cessa a invasão de significações anômalas. Todavia, no percurso inicial da análise a fala se apresenta na psicose como algo externo, é somente no percurso do processo analítico que a apropriação de tal fala poderá ocorrer. Dessa maneira, o tratamento analítico obtém efeitos pela fala; esta última pressupõe uma linguagem.

No tocante aos quadros psicóticos, Lacan adverte que é da análise dos fenômenos de linguagem que se trata. Tal possibilidade se institui pela formalização de um laço transferencial. Tal mecanismo permitirá que a *lalíngua* da psicose funcione com um

dispositivo para nomear o gozo invasivo. Portanto, o “curável na psicose equivale a tentar barrar, delimitar, temperar, apaziguar o gozo que invade o sujeito” (QUINET, 2011, p. 105). É o tratamento do gozo pela via da palavra, um discurso sem fala articulado ao outro.

O *Seminário XVI - de um Outro ao outro* é momento em que Lacan anuncia a questão do gozo e do discurso. Inclusive, ele articula que a essência da teoria psicanalítica é ser um discurso sem fala. Lacan propõe que o discurso é uma pura articulação significativa. Sendo assim, todas as palavras podem se manifestar nele. Esse enunciado dará indícios para articular e repensar o tratamento psicanalítico das psicoses, não só pela via transferencial, mas primordialmente pela delimitação do gozo. De tal forma que “ao balizar a direção do tratamento do psicótico, estamos abordando separadamente as vicissitudes do significante e as vicissitudes do gozo, separação esta apenas didática” (BARRETO, 1999, p. 151). Isto é, no que concerne ao significante o ponto fecundo é a forclusão, enquanto que a chegada, a saída possível, é a suplência.

Contudo, na questão que concerne ao gozo, o analista se depara com o paradoxo, barrar o gozo do Outro para que o significante possa advir justamente no lugar que não adveio. Nessa perspectiva, o analista deve se destituir do lugar que a transferência simbólica o coloca, dando lugar ao desejo, pois aí o sujeito não será confrontado com o seu ser, mas com o gozo. O analista é apenas um envoltório que deixa o mais real da transferência aparecer. Isto é, sua posição se opõe a todos os possíveis artifícios imaginários, significantes e principalmente do gozo, que o sujeito construiu no Outro da transferência.

A transferência na clínica das psicoses deve permitir um encontro de dois vazios: da analista e do sujeito, nessa perspectiva, a novidade, o tratamento psicanalítico da psicose pode acontecer. Ou seja, na psicose a função da castração é inoperante, de tal modo que o sujeito resiste à falta-de-ser, nesse sentido, existe apenas um sujeito-objeto, a- sujeitoado ao Outro. Assim sendo, o tratamento pela via do psicótico, configura-se por tal posição, e deve conduzir aos confins da transposição de objeto a sujeito. Todavia, em tais circunstâncias, ao analista só resta uma possibilidade, dizer *não* ao gozo do Outro. Deste modo, ao “suportar a transferência delirante, o analista constitui-se como o *outro Outro* para o psicótico (não confundir com Outro do Outro), constitui-se como alguém capaz de testemunhá-lo na construção de seus meios de suplência” (BARRETO, 1999, p. 158).

Confere-se, então que na clínica das psicoses o analista é testemunho e participa do esforço que o sujeito faz pela via do laço transferencial, para conseguir inscrever algo que designe seu gozo, evoluindo do vazio de significação à certeza de significação. O delírio se apresenta como tentativa de ciframento do gozo, o saber delirante aponta para uma resposta ao enigmático. De tal maneira, a produzir um lugar onde o gozo esteja barrado, para que o sujeito do significante possa advir.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. **História da psiquiatria**. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1980.

ALKMIM, W. D. Entrelaçamentos transferenciais nas psicoses. **Curinga**, Salvador, n. 14, p. 124-131, abr. 2000.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BARRETO, F. P. **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010.

_____. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.

BATISTA, M. do C. D.; LAIA, S. (Orgs). **Todo mundo delira**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010.

BERCHERIE, P. **Os fundamentos da clínica**. História e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1989.

BLEULER, E. **Demencia precoz**. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé, 1993.

BOCCA, F. V. Cuidado com a cura!!! In: PEREZ, Daniel Omar (Org.). **A eficácia da cura em psicanálise Freud-Winnicott-Lacan**. Curitiba: CRV, 2009. p. 23-44.

CABAS, A. G. **Curso e discurso na obra de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Centauro, 2005.

CAMPOS, S.; CONÇALVES, S.; AMARAL, T. Psicoses ordinárias. **Mental**, Barbacena, n. 11, p. 73-87, 2008.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CANDIOTTO, C.; BASTOS, C. L.; CANDIOTTO, K. B. B. **Fundamentos da pesquisa científica**: teoria e prática. Petrópolis: Vozes, 2011.

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CESAROTTO, O. (Org.). **Ideias de Lacan**. São Paulo: Iluminuras, 2010.

CESAROTTO, O.; LEITE, M. P. de S. **Jacques Lacan**: uma biografia intelectual. 2. ed. São Paulo: Iluminuras, 2010.

CHAIM, S. K. (Org.). **Psicose**: uma leitura psicanalítica. 2. ed. São Paulo: Escuta, 1991.

CLÉRAMBAULT, G. G. **Automatismo mental**: paranoia. 1. ed. Buenos Aires: Polemos, 2004.

COBRA, R. Q. **Philippe Pinel**. Pioneiro da Psiquiatria. 2003. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.nom.br/ecp-pinel.html>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

CORIAT, A.; PISANI, C. Um caso de S. Freud Schreber ou a paranoia. In: NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicoses**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001. p. 43-62.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FINK, B. **O sujeito lacaniano, entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

Freud, S. A dissolução do complexo de Édipo. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: o ego e o id e outros trabalhos (1923-1925). Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX. p. 193-199.

_____. A negação. 1925. In: _____. **Obras Completas volume 16**: o eu e o id; “autobiografia” e outros textos (1923-1925). Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 275-282.

_____. As neuropsicoses de defesa. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Primeiras Publicações Psicanalíticas (1893-1899)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. III. p. 51-77.

_____. Neurose e psicose. In: _____. **Obras Completas volume 16: o eu e o id; “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 176-183.

_____. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: _____. **Obras Completas v. 16: o eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 214-221.

_____. A questão da análise leiga. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade/ Análise Leiga e outros Trabalhos (1925-1926)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX. p. 205-284.

_____. A técnica da psicanálise. 1938. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros Trabalhos (1937-1939)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII. p. 199-211.

_____. Conferência 26: a teoria da Libido e do Narcisismo. In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III) (1915-1916)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI. p. 481-502.

_____. **Obras Completas volume 10: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

_____. **Obras Completas volume 12: introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b.

_____. **Obras Completas volume 16: o eu e o id; “autobiografia” e outros textos (1923-1925)**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

GUERRA, A. M. C. **A psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

GURGEL, I. Transferencial e delírio na clínica das psicoses. In: BATISTA, M. do C. D.; LAIA, S. (Orgs). **Todo mundo delira**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010. p. 169-175.

HARARI, A. **Clínica lacaniana da psicose**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2006.

HYPPOLITE, J. Apêndice I. In: LACAN, J. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. p. 879-902.

JULIEN, P. **Psicose, perversão, neurose**: a leitura de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

LACAN, J. Abertura da seção clínica. **Ornicar?**, n. 9, p. 7-14, 5 jan. 1977.

_____. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. **Escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998, p. 531-590.

_____. O engano do sujeito suposto saber. In: _____. **Outros Escritos**. Tradução Angelina Harari e Marcus A. Vieira. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2003, p. 329-340.

_____. **O seminário, livro 1**: os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.

_____. **O Seminário, livro 3**: as psicoses. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

_____. **O Seminário, livro 8**: a transferência. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1992.

_____. **O Seminário, livro 11**: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1988.

_____. **O Seminário, livro 16**: de um Outro ao outro. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008.

_____. **O Seminário, livro 23: o Sinthoma**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2007.

LAIA, S. **Os escritos fora de si**. Joyce, Lacan e a loucura. Belo Horizonte: Autentica/Fumec, 2001.

LAURENT, E. Há algo de novo nas psicoses. **Revista Curinga EBP – MG**, n. 14, p. 129-139, abr. 2000. Disponível em: <http://www.ebp.org.br/escola/secoes/ebp_minas/14/21%20%20confer%C3%A4ncias%20de%20%C3%A9ric%20laurent%20-%20h%C3%A1%20algo%20de%20novo%20nas%20psicoses.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

LEITE, M. P. de S. **Psicanálise lacaniana: cinco lições para analistas Kleinianos**. São Paulo: Iluminuras, 2010.

LEVI-STRAUSS, C. **Antropologia: estruturas elementares de parentesco**. 1967. Disponível em: <http://www.4shared.com/office/213WYNM2/Livro_Antropologia_-_As_Estrut.html>. Acesso em: 21 jan. 2012.

_____. **A noção de estrutura em etnologia**. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Os pensadores).

LOPES, J. L. A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. Conferência pronunciada na Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro. 24 out. 1988. Revisão do texto e notas por Paulo Dalgalarondo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462001000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 nov. 2011.

MILLER, J.-A. Aula comentada. In: _____. **Curso orientação lacaniana III**. 2008, p. 1-13. Aula inédita.

_____. **La psicosis ordinaria**. 1. ed. Buenos Aires: Paidós, 2011.

NASIO, J. D. **Os grandes casos de psicoses**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2010.

PACHECO, M. V. P. de C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund.**, v. VI, n. 2, p. 152-157, 2003. Disponível em:

<<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun3/classicos.introd.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

QUINET, A. **Psicose e laço social**. Esquizofrenia, paranóia e melancolia. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. **Teoria e clínica da psicose**. 5. ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 2011.

ROUDINESCO, E. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

SAUSSURE, F. de. **Curso de linguística geral**. 27. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

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

SILVA, L. B. de C. **Doença mental, psicose, loucura**: representações e práticas da equipe multiprofissional de um hospital-dia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SIMANKE, R. T. **A formação da teoria freudiana das psicoses**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto da psicose**. Trad. Vera Ribeiro; consultoria, Marco Antonio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2007.

SOLOMON, P. **Manual de psiquiatria**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

SOUZA, N. S. **A psicose**: um estudo lacaniano. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

TESTEMUNHO. In: MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=testemunho>>. Acesso em: 22 fev. 2013.

WINTER, C. A. F. C. **Confissão e cura**: uma interlocução entre Foucault e a psicanálise freudiano-lacaniano. Curitiba: Juruá, 2006.