

AS POSSIBILIDADES DE TRATAMENTO DO SUJEITO PSICÓTICO OPERADOS PELA PSICANÁLISE DE FREUD À LACAN¹

Camyla de Melo Caria Soares²
Regina Coeli Aguiar Castelo Prudente³

RESUMO:

O presente estudo dedicou-se à compreensão acerca da trajetória pela qual a clínica da psicose passou ao longo dos anos. Estando inicialmente vinculada ao conceito de loucura no século XVII e enfrentando mudanças paradigmáticas, a loucura adentrou no campo científico por meio da psiquiatria moderna. Diante disso, utilizou-se neste estudo formulações teóricas por parte de psiquiatras renomados como Pinel e Kraepelin para compreender os delineamentos desta instância. Posteriormente, diante do discurso psicanalítico iniciado por Sigmund Freud, uma nova possibilidade de se pensar este sujeito emergiu, sendo descrito pelo teórico como parafrenia. O presente estudo traçou as diferenças conceituais entre a neurose e psicose, a fim de apresentar o motivo pelo qual Freud dizia da impossibilidade de diálogo entre a teoria psicanalítica e a parafrenia. Adiante, utilizou-se as postulações de Jacques Lacan, o qual se apresentou no discurso psicanalítico elucidando sua releitura dos escritos freudianos e apresentando sua formulação acerca da psicose, conceituando-a e discorrendo a respeito de um tratamento possível para este sujeito que se apresenta de forma particular.

Palavras-chave: Loucura. Psicótico. Tratamento possível da psicose. Lacan.

ABSTRACT

The following study appropriated the understanding of the trajectory through which the clinic of psychosis has gone through over the years. Being charged to the concept of madness in the 17th century and facing paradigmatic changes, such concept entered the scientific field through modern psychiatry. Therefore, in this study, theoretical formulations by renowned psychiatrists such as Pinel and Kraepelin were used to understand the outlines of this instance. Later, in the face of the psychoanalytic discourse initiated by Sigmund Freud, a new possibility of comprehending this subject emerged, being described by the theorist as paraphrenia. This study traced the conceptual differences between neurosis and psychosis, in order to present the reason why Freud discoursed about the impossibility of dialogue between psychoanalytic theory and paraphrenia. Further on, Jacques Lacan's postulations were used, presenting himself in the psychoanalytic discourse, elucidating his reinterpretation of Freudian writings and his information about psychosis, conceptualizing it and discussing a possible treatment for such subject presented in a quite particular way.

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia, na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 25/10/2021 e aprovado, após reformulações, em 24/11/2021.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). Email: camylacaria@gmail.com

³ Mestre em Psicologia pelo Centro Universitário Academia (UNIACADEMIA). Email: reginaprudente@uniacademia.edu.br

Keywords: Madness. Psychotic. Possible treatment of psychosis. Lacan.

INTRODUÇÃO

A instância psicótica sofreu mudanças paradigmáticas ao longo do tempo, estando inicialmente vinculada à concepção de loucura em meados do século XVII. Posteriormente se tornou objeto de estudo da psiquiatria, passando a ser denominada como “doença mental”. Adentrando o discurso psicanalítico por meio de Sigmund Freud, a psicose passou a ser compreendida como parafrenias ou confusões alucinatórias.

Freud (2016a), em suas postulações no artigo **As Psiconeuroses de defesa**, apresentou o funcionamento do aparelho psíquico com o enfoque nos estudos sobre a neurose. Ao traçar pontos divergentes existentes entre a neurose e a paranoia, o teórico elucidou que nesta última o sujeito manifesta um mecanismo de defesa mais potente do que o existente na estrutura neurótica. Dessa forma, segundo o teórico, o eu rejeitaria a representação que lhe é incompatível e, juntamente com seu afeto, se comportaria de modo que a representação jamais lhe tivesse sido apresentada. Configurando-se, portanto, a psicose.

O marco dos estudos acerca da psicose se deu com o caso de Freud em **Caso Schreber** publicado em 1911, o qual anos mais tarde sofreu ponderações por parte de Jacques Lacan. Segundo Freud (2010a), a psicanálise nada teria a contribuir diante dos parafrênicos, tendo em vista a dificuldade que estes sujeitos teriam de estabelecer transferência com o analista. O teórico desempenhou um estudo imprescindível para a compreensão desta instância e anos mais tarde Lacan buscou compreender o existir do sujeito psicótico e as possibilidades de tratamento para esta clínica, expondo suas reformulações em relação à obra freudiana e, além disso, elaborando conceitos fundamentais para esta instância que se apresenta.

O presente estudo visa acessar a constituição do sujeito psicótico, bem como apresentar as possibilidades de tratamento para a clínica da psicose diante de um referencial teórico psicanalítico, partindo de Freud até Lacan.

A LOUCURA PARA A PSIQUIATRIA

Anterior à metade do século XVII, os fenômenos que ganhavam destaque ocidental eram a lepra e, posteriormente, as doenças venéreas. Segundo Michael Foucault (1972, p. 11), em relação à compreensão do dito louco naquele momento histórico: “[...] é para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca”.

Segundo Laia e Aguiar (2017), a loucura comportava um saber. Um saber enigmático, esotérico, trágico, mas um saber positivo que mantinha uma relação profunda com o mundo capaz de lhe revelar as verdades mais secretas. Foucault (1972), em **História da Loucura**, discorreu sobre o fato de que a partir da metade do século XVII, a loucura esteve ligada a internações e gestos que designavam a estes sujeitos uma única possibilidade de existência: a exclusão.

Na segunda metade do século XVIII, a loucura ganhava autonomia e individualidade com relação à desrazão, segundo as ideologias de Foucault. Diante disso, configurou-se a nova realidade institucional da loucura guiada pela lógica capitalista. Nesse sentido, “[...] o capitalismo que estava surgindo tinha como imperativo tornar a população uma força de trabalho produtiva [...]” (LAIA; AGUIAR, 2017, p.18). Havia duas instâncias possíveis: os pobres válidos e os pobres doentes, sendo estes segundos direcionados a hospitais gerais e instituições asilares ou prisionais. Os doentes, também denominados loucos, eram impossibilitados de trabalhar e eram vistos como uma ameaça social – dessa forma, eram fadados a grande internação, conforme nomeia Foucault.

As mudanças paradigmáticas que ocorreram até este momento não culminaram na libertação do louco, e sim na manutenção de lugares adequados para estes indivíduos, ao passo que surgia então o manicômio e com ele a psiquiatria, pela primeira vez utilizando um viés científico frente à loucura, tornando-a um objeto de estudo. O conceito de loucura, portanto, ganha uma nova definição, sendo ela: doença mental (LAIA; AGUIAR, 2017).

Referenciando Foucault, Laia e Aguiar (2017, p. 15) pontuam que:

O que **História da Loucura** (1972) veio revelar de maneira inédita foram as reais dimensões desse gesto libertador, mostrando o caminho histórico através do qual o louco, mesmo livre de grilhões que o confundiam com outras formas de desrazão e, assim, o “desumanizavam”, acabou aprisionado na categoria de doente mental.

Dessa forma, conforme afirma Madeira e Moschen (2016, p. 6), em relação a loucura enquanto objeto de estudo científico, “[...] clinicamente, busca-se reinventar duas noções que aqui nos são caras: a de cura e a de causa”. Logo, Pinel emerge com o “tratamento moral” demarcando a psiquiatria moderna que se inicia na passagem do século XVIII para o século XIX. Essa nova psiquiatria emergente é conceituada como uma forma de articular a medicina e a filosofia, expandindo as noções de corpo e moral, utilizando como parâmetro regras de funcionamento hospitalar consideradas “sãs”, em paralelo ao desatino relacionado ao desencadeamento do sintoma (MADEIRA; MOSCHEN, 2016).

O tratamento moral de Pinel se baseava na crença de que mudanças significativas seriam possíveis de ocorrer, nos indivíduos com comportamentos desviantes, por meio de comportamentos humanizados e, ainda sim, firmes direcionados a eles. Vale pontuar que o objetivo de Pinel não era voltado para uma preocupação humanitária no tratamento destes indivíduos, e sim o estudo do fenômeno da alienação (PEREIRA, 2004). Conforme descrito por Pereira (2004, p. 114) em destaque abaixo:

O que surge de efetivamente novo sob a influência do grande alienista francês é a associação dessa postura tolerante e humanista, bem ao gosto do espírito do tempo da Revolução Francesa, com o esforço de estudar racional e metodologicamente o fenômeno da alienação.

A obra de Pinel “[...] implica a concepção de que a loucura não é perda abstrata da razão, mas sim contradição no seio da razão sempre presente” (PEREIRA, 2004, p. 115). Assim sendo, o louco “[...] não estaria integralmente afastado do comércio afetivo e simbólico como os demais humanos, persistindo sempre uma margem de contato com o outro” (PEREIRA, 2004, p. 115). Neste tratamento moral proposto por Pinel, o que se supõe é a possibilidade de interação efetiva com o outro, o que já é, um avanço.

Constata-se que, segundo as ideologias de Pinel, a loucura não se reduziria à desrazão, ela estaria permeada por particularidades e cargas emocionais do indivíduo. Segundo Teixeira (2019), uma atividade clínica específica voltada para estes doentes foi desenvolvida, proporcionando uma série de avanços como: a semiologia psiquiátrica partindo do olhar do alienista; classificação; uma abordagem clínica enviesada pela sintomatologia avançando para os quadros clínicos; um **CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 189-204, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483**

arcabouço de intervenções terapêuticas. Pinel acreditava em uma abordagem clínica que partia, inicialmente, dos sintomas e avançaria em direção aos quadros clínicos. Dessa forma, seria possível realizar uma classificação e delinear um tratamento. Nesse sentido, Teixeira (2019, p. 553), afirma que:

[...] o princípio fundamental é o estudo preliminar e cuidadosos das diferentes lesões do intelecto e da vontade, manifestadas exteriormente como alterações do comportamento, nos gestos, no modo de falar e através de precisos distúrbios físicos [...].

Partindo para as ideologias do psiquiatra alemão Kraepelin, que ganharam destaque na década de 1970, elas se baseavam no fato de que as causas internas e externas teriam uma relação complementar. Os sintomas seriam provenientes a sintomas de uma doença subjacente: “[...] os sintomas e sinais que correspondem aos da doença subjacente são extraordinariamente variados. Isto implica que as condições antecedentes devem ter sido complexas” (BERRIOS; HAUSER, 2013).

Segundo Berrios e Hauser (2013, p. 130), em relação as metodologias iniciais de Kraepelin:

Ele anunciou sua intenção de combinar pesquisa e cuidados ao paciente psiquiátrico e definiu os objetivos para a primeira: no curto prazo, ele iria procurar por grupos válidos de doenças e, a longo prazo, procuraria as “leis” que ligam os dados anatômicos aos psicológicos.

Acerca da formação de grupos de doenças, Kraepelin acreditava que, na ausência de fatores neuropatológicos, seria necessário atentar-se às descrições clínicas. Além disso, o teórico buscou testar quais aspectos (sintomas) poderiam ser classificados como essência da doença. Podendo-se evidenciar no fragmento referenciado por Berrios e Hauser (2013, p. 131):

É verdade que, neste momento ainda não podemos encontrar uma saída do labirinto de que quadros clínicos. Nossa situação atual é que somos incapazes de escolher dentre um vasto número os elementos ou sinais que podem ser essenciais ou característicos no caso concreto (BERRIOS; HAUSER 2013, p. 131 apud KRAEPELIN, 1887, p. 20-21).

Em 1896, após dez anos, Kraepelin discorre sobre uma nova maneira de se pensar a doença mental, fazendo uso de termos como “sintomática” e “clínica”. Neste

ano, o teórico publicou a obra intitulada como **Lehbuch**, na qual constava a descrição de seu método para o registro de dados clínicos, como destacamos no registro abaixo:

O que me convenceu da superioridade do método clínico de diagnóstico (seguido aqui) sobre o tradicional, foi a certeza com que podíamos prever (em conjunto com nosso novo conceito de doença) o curso futuro dos eventos [grifo no original]. Graças a ele o aluno pode encontrar o seu caminho com mais facilidade na difícil disciplina de psiquiatria. (BERRIOS; HAUSER, 2013, p. 135 apud KAEPELIN, 1896b).

Kraepelin listou dois grupos de sintomas comuns em todas as psicoses, sendo eles: enganos sensoriais seguidos de alucinações e patologias afetivas. Além disso, listou também alguns sintomas que estariam presentes em apenas algumas psicoses, como: fuga de ideias, falhas de orientação, perturbações das percepções, excitação e inibição motora. (BERRIOS; HAUSER, 2013, p. 136 *apud* Kraepelin, 1897, p. 841). Compreende-se que, para o teórico, o fenômeno das psicoses pareceria de forma evolutiva e orgânica, se aproximando do conceito de demência precoce. Kraepelin, portanto, solidifica nosografias que permeiam e marcam o campo psiquiátrico pautadas pelo viés organicista.

Os sistemas classificatórios existentes atualmente, como o DSM (Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais) e o CID (Classificação Internacional de Doenças), apresentam o conceito de psicose como um dos termos utilizados a fim de realizar a classificação patológica de doenças mentais. Este termo sofreu fragmentações ao longo do tempo, estando agrupada na categoria de “esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”. O capítulo V da CID-10 apresenta a diferenciação entre os ditos “transtornos psicóticos agudos e transitórios” e a esquizofrenia, pontuando ainda que as esquizofrenias se diferenciam das ditas psicoses muito agudas com início abrupto – a qual ocorre em um período de poucos dias ou semanas.

Segundo Pontoes e Calazans (2017), o diagnóstico para esquizofrenia se dá a partir de, no mínimo, um mês da presença de sintomas como delírios ou alucinações. Quando os sintomas não têm a duração mínima necessária, é fundamental a realização do diagnóstico na categoria de transtornos psicóticos agudos e transitórios, porém, caso os sintomas persistam por um tempo mais longo, o diagnóstico deverá ser de esquizofrenia.

Compreende-se que a classificação em doença mental se dá, necessariamente, amparada em critérios anatomopatológicos, partindo da análise dos [CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 189-204, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#)

sinais e sintomas previamente observados. De acordo com Pontoes e Calazans (2017), o termo “transtorno” é usado por toda a classificação, de forma a evitar problemas ainda maiores, inerentes ao uso de termos como “doença” ou “enfermidade”.

Na atual edição do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-V, os delírios são tidos como crenças fixas não passíveis de mudança. Já as alucinações são percebidas em contextos sensoriais sem alterações provenientes de um estímulo externo. Mediante a diversos fatores que viabilizam o diagnóstico de transtorno mental, deve-se atentar-se para a singularidade e existência permeada por potência de cada indivíduo, considerando suas percepções e realidades psíquicas e mundanas.

O próximo capítulo, dedica-se a extensa trajetória da Psicanálise pelo estudo da psique humana. Por esta via, o psicótico ganha notoriedade de sujeito em seu tratamento possível.

O ESTUDO DA PSICOSE EM FREUD

Em 1895, durante trocas de correspondências com Fliess, Freud elucida que o objetivo da paranoia seria o de rejeitar uma representação incompatível com o eu, projetando, portanto, seu conteúdo no mundo exterior. A projeção seria um mecanismo comum presente não somente na instância paranoica, mas nesta se apresentaria como um mecanismo de defesa potente (QUINET, 2011).

A noção de defesa, ou a dita teoria do recalçamento, é evidenciada no artigo **História do Movimento Psicanalítico**, em que Freud (1997) expõe que esta teoria é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. Assim, Freud se volta para o estudo da paranoia, sendo ela considerada uma defesa.

Em 1910, no artigo em que constava a análise psicanalítica acerca do Presidente Schreber, as principais ideias de Freud (2010a) seguiam no percurso da paranoia. Segundo o teórico, o despertar da doença de Schreber teria se dado devido a manifestação da libido homossexual, cujas constantes lutas contra o impulso libidinal teriam dado origem aos sintomas. O complexo paterno foi um fator determinante na formação de delírios paranoicos de Schreber, mas no que diz respeito a formação sintomatológica paranoica, ela é melhor determinada pelo [CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 189-204, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#)

mecanismo de repressão (*Verdrängung*). De acordo com Freire (1998, p. 92), todos os casos descritos por Freud apresentavam uma defesa contra um desejo homossexual de plano de fundo, e, “[...] no caso Schreber a mesma era atribuída às suas tentativas infrutíferas de ter um filho e continuar na linhagem Schreber”.

Lacan em Seminário III (1985), dedicado às psicoses, afirma que o texto em que Freud se dedica à análise do diário do presidente Schreber, é um divisor de águas no sentido do entendimento entre a paranoia de um lado e do outro a parafrenia, correspondendo esta última às esquizofrenias.

Portanto, não seria o desejo homossexual propriamente dito o causador da paranoia, e sim, a incapacidade de sublimá-lo socialmente através de amizade e amor à humanidade. Tal desejo se constitui enquanto defesa e culmina na formação paranoica. A repressão seria resultante de um conflito de representações, as quais em um mesmo sistema podem ser prazerosas e desprazerosas.

Três anos após a publicação de sua análise a respeito do caso Schreber, Freud publica **Introdução ao Narcisismo**, em 1914. Este estudo consiste na compreensão das parafrenias (esquizofrenia e paranoia) enquanto doença orgânica. Nele, o teórico pontua que estes doentes ditos parafrênicos apresentam duas características fundamentais: a megalomania e o abandono pelo interesse direcionado ao mundo externo (FREUD, 2010b). Para Freud, “[...] devido a esta última mudança, eles se furtam à influência da psicanálise, não podendo ser curados por nossos esforços” (FREUD, 2010b, p. 29).

Freud (2010b) discorre sobre o fato de que nas instâncias histérica e obsessiva, os sujeitos também viriam a apresentar um abandono de sua relação com a realidade até certo modo, porém pontua que ambas não suspendem o erotismo direcionado a pessoas e coisas, havendo, portanto, a preservação de suas fantasias. Diferente do que ocorre no caso do parafrênico. Uma vez que este parece de fato se abster de vínculos com o mundo externo (para além de sua libido) e não realizar a substituição de suas fantasias, estabelecendo-as posteriormente no real.

É no eixo da libido do eu e da libido objetal que Freud (2010b) busca explicar as psicoses e neuroses de transferência. Ele ainda traça a distinção existente entre narcisismo e auto-erotismo. O conceito de narcisismo primário não deve ser confundido como algo originário ao sujeito, diferentemente do caso do auto-erotismo, tendo-se em vista que não é porque ele é primário que necessariamente é inato desde [CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 189-204, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#)

o momento do nascimento. Segundo Freire (1998), Freud busca esclarecer essa problemática afirmando que é necessária uma ação psíquica para que o narcisismo primário se estabeleça, e a formação deste é simultânea à formação do Eu.

Nesse sentido, a formação do Eu ocorre diante das primeiras identificações narcísicas e elas se estruturam, a princípio, de uma forma inconsistente por meio de um dilema psíquico de mão dupla que se estabelece: de um lado, os pais (permeado principalmente pelos cuidados maternos) e do outro a própria criança atravessada pelos desejos dos pais. Esta criança tende, portanto, a buscar nos pais as suas primeiras relações identificatórias e constata-se que o narcisismo primário seria a reprodução do narcisismo dos pais direcionados ao bebê. A partir da relação com o outro que a criança poderá se constituir enquanto objeto de amor (FREUD, 2010b).

Ainda no estudo a respeito do narcisismo citado anteriormente, Freud (2010b) apresenta ponderações em sua teoria de narcisismo primário. Nesse momento, segundo ele, o Eu narcísico e unipotente (Eu Ideal) sofreria modificações em relação à castração, culminando em uma outra instância psíquica, sendo ela o Ideal do Eu. Para ele, “[...] o que ele (o homem) projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era seu próprio ideal”. Portanto, o ideal do ego viria como forma de cumprir sua função em relação aos desejos, pensamentos e atitudes do homem, uma vez que ele é “[...] resultante da triangulação edípica e principalmente dos movimentos da castração, é ele que abre as portas para a mobilidade do desejo.” (FREIRE, 1998, p. 97).

Em 1924, em seu texto intitulado **Neurose e Psicose**, Freud (2016b) discorre sobre a diferença mais marcante entre uma neurose e uma psicose, tendo esta uma base genética. Freud pontua que as neuroses transferenciais se originam a partir do recuo do Eu frente a um impulso instintual do Isso com a finalidade de ajudá-lo a encontrar um escoador ou da proibição do Eu frente ao impulso objetual para o qual está voltado. Segundo o teórico, “[...] o Eu se defende contra o impulso instintual mediante o mecanismo de repressão. O material reprimido luta contra esse destino” (FREUD, 2016b, p. 14). Neste momento, têm-se então o sintoma.

A etiologia de uma psiconeurose ou psicose sempre será a mesma. A base seria uma frustração diante de uma não-realização de um desejo da infância, estando ele profundamente enraizado na organização psicótica. Segundo Freud (2016b, p. 18): “[...] essa frustração é, em última análise, sempre uma frustração externa, mas, no [CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 189-204, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483](#)

caso individual, ela pode proceder do agente interno (no SuperEu) que assumiu a representação das exigências da realidade”. A grande problemática aqui, que norteia o efeito patogênico, será a forma como o Eu irá se comportar, de modo que, se permanecer fiel à dependência com o mundo externo, tentará silenciar o Isso. Em contrapartida, se ele se permitir ser derrotado pelo Isso, será arrancado da realidade. Vale pontuar que a atitude do superego deveria ser levada em consideração, mas esta deixa a desejar. Em outras palavras, constata-se que tanto na psicose quanto na neurose, existem a perda da realidade, porém, o que as diferenciam é o fato de que na psicose não há a possibilidade de ela ser evitada e na neurose sim. O psicótico, portanto, busca reformular sua realidade por meio de delírios. Ao passo que o neurótico se agarra em suas fantasias e recalques, uma vez que ele não repudia a realidade e sim a ignora.

A fim de finalizar este capítulo, pontua-se novamente que Freud, a partir de seus estudos a respeito da instância psicótica, afirmava a impossibilidade da prática psicanalítica diante desta condição psíquica, devido a retirada da libido do mundo externo e retração da libido ao eu, fato que, impossibilitaria os laços transferenciais ao analista. O próximo capítulo que se segue, se dedicará a expor as possibilidades para a clínica deste sujeito particular, a partir de ponderações e formulações teóricas de Jacques Lacan, o qual se debruçou de fato a compreender as possibilidades de tratamento e amarração deste sujeito.

O TRATAMENTO POSSÍVEL PARA PSICOSE EM LACAN

Freud apresentou pontos essenciais a respeito da instância psicótica. Posteriormente Jacques Lacan realizou uma releitura dos textos freudianos e apresentou suas considerações, formulando conceitos fundamentais que fundaram a clínica da psicose. Em seu Seminário I, Lacan (1986) apresentou diferenciações a respeito dos termos *Verwerfung* (rejeição) e *Verdrangung* (recalque), fundados por Freud. Dois anos após, Lacan apresentou o termo *Verwerfung* como furaclusão, caracterizado pela inexistência do significante Nome-do-Pai na psicose, sendo ele marcado por uma falta do simbólico.

O Nome-do-Pai entra como uma forma de intervir na relação mãe-bebê. Lacan não se referia ao pai real, e sim à função simbólica desempenhada na constituição do

CADERNOS DE PSICOLOGIA, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 189-204, jul./dez. 2021 – ISSN 2674-9483

sujeito. Admitir a lei do pai significa admitir a castração simbólica, e, neste sentido, Lacan discorreu sobre o fato de que a psicose se instaura devido a forclusão deste significante. Ou seja, o significante Nome-do-Pai não é incluído na ordem simbólica e não exerce sua função de metáfora do desejo materno. Em contrapartida, na neurose a significação fálica seria resultante da metáfora paterna, que viabiliza ao sujeito um consenso, uma realidade compartilhável e a construção de sentido (LACAN, 1986).

Por não ter experienciado a castração, ou seja, não ter sido barrado pelo significante paterno, o Outro⁴ é apresentado para o sujeito psicótico como absoluto. Diante de sua impossibilidade de significação e simbolização, ele produz sua própria realidade. Segundo Silva e Castro (2018, p. 151), “[...] tal como Freud entendia o delírio como uma tentativa de cura, Lacan o entende ainda como uma alternativa de trabalho encontrado pelo sujeito psicótico para dar conta de sua realidade própria e fora do mundo comum, social”. De acordo com Quinet (2011), o fenômeno psicótico é o efeito da emergência, na realidade, do chamado de uma significação a qual o sujeito não pode atender, tendo em vista que esta jamais fez parte de sua estrutura.

Devido a falta do significante Nome-do-Pai, responsável pela apropriação da ordem simbólica e articulação da cadeia significante, o sujeito psicótico apresenta um arcabouço de linguagem diferente do sujeito neurótico. O sujeito psicótico, portanto, é permeado por distúrbios de linguagem e alucinações verbais – sendo estes um dos marcos da instância psicótica. Vale pontuar que, estas alucinações emergem como uma tentativa de reestruturação dos objetos e de cura (SILVA; CASTRO, 2018). Conforme aponta Miller (2013), o sujeito tem que saber-fazer com seu trauma. Assim, “[...] o outro não existe quer dizer que o sujeito está condicionado a se tornar inventor” (MILLER, 2013, p. 13). Este ponto conversa com a afirmativa de Lacan quando expôs que o psicótico não está fora da linguagem, mas se relaciona com ela de forma particular, uma vez que ela lhe é exterior.

Silva e Castro (2018) elucidam que Lacan discorreu, a partir de sua análise em relação ao caso Schreber, sobre a possibilidade de o psicótico desenvolver uma metáfora delirante, ou seja, uma construção de suplência frente a ausência da metáfora paterna. Segundo os autores, “[...] Para Lacan, a estabilização das crises se

⁴ O Outro é admitido ao sujeito a partir da entrada no simbólico, sendo viabilizado pelo cuidador da criança. Ou seja, quem exerce a função de Outro para aquele sujeito e possibilita sua inserção na significação fálica e partilha dos sexos.

torna possível quando há a construção de uma nova realidade a partir do delírio” (SILVA; CASTRO, 2018, p. 152). Portanto, o sujeito viria a tentar se estabilizar diante da construção de uma nova realidade viabilizada por um delírio.

Conforme expõe Quinet (2011, p. 30), a metáfora delirante é “[...] o significante que, tal como o Nome-do-Pai, tem função de ponto-de-basta, induzindo efeitos de significação [...]”. Ela seria a responsável, portanto, por introduzir o sujeito numa ordem de significante, viabilizando acesso de significação não fálica ao psicótico. A metáfora delirante não é capaz de abarcar substitutivamente a falta da metáfora paterna, conforme pode-se compreender no trecho abaixo escrito por Quinet (2011, p. 30):

A operação efetuada pela metáfora delirante não é equivalente à da metáfora paterna que desaloja o sujeito da posição de ser o objeto do Outro, e efetua, assim, a castração simbólica. Mas ela provoca um efeito de amenizar, de temperar o gozo que, de certa forma, fica mais localizado, apesar de não barrar completamente o Outro. Este é absoluto e consistente para o sujeito por não conter o significante da lei e a inscrição da falta.

Posto que submetido ao gozo do Outro não barrado pela castração simbólica, o sujeito psicótico não sabe nomear-se. O não inconsciente é o não significado pelo Pai como forma de interdição, e este é um ponto faltoso para o psicótico, uma vez que está fora da significação fálica, resultante da metáfora paterna que possibilita o sujeito se posicionar na partilha dos sexos. Diante disso, surge o questionamento sobre “que sou eu nisso?” referente a seu sexo. Lacan aponta que o sujeito não tem a compreensão acerca de ser homem ou mulher e ainda poderia ser nenhum deles, entrelaçando-se nos símbolos de procriação e morte (GUERRA, 2010).

De acordo com Guerra (2010), Lacan apresenta o esquema L para expor a relação de oposição existente entre o simbólico e o imaginário presente nas psicoses. Nele, o sujeito (S) aparece diretamente relacionado a A (grande Outro). Compreende-se que o sujeito permanece alienado ao Outro e é a partir dessa relação que ele se estabelece como eu (a') e passa a investir nos objetos (a). Nesse sentido, a relação a-a', que é imaginária e especular, se apoia e se opõe a relação simbólica S-A decorrente do atravessamento edípico e da incidência da lei do pai. Este momento é o marco da separação do sujeito com o campo do Outro. Na psicose, por não haver esvaziamento de gozo e perda de objeto, o objeto está sempre no eu no Outro,

justificando o aforismo lacaniano que o psicótico sempre irá carregar o objeto a no bolso.

Lacan (1958) em seu estudo **De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose**, disserta a respeito do desencadeamento da psicose, usando como base a teoria freudiana acerca da dissolução do Complexo de Édipo. Debruçando-se em suas postulações acerca da importância da linguagem na estruturação do sujeito, do simbólico, da ausência do significante Nome-do-Pai e da significação fálica, o teórico pontuou que tudo aquilo que fora anteriormente abolido simbolicamente, irá se manifestar no real.

Em **De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose**, Lacan (1958) reúne condições clínicas que caracterizam o desencadeamento das psicoses. Diante de vicissitudes da vida, frente a um chamado do simbólico, a convocação do Nome-do-Pai que fora foracluído desestabiliza o par imaginário ao qual o sujeito precariamente se mantinha, acarretando a dissolução imaginária e perda de suas identificações. Provocando, dessa forma, o desencadeamento da psicose e seus efeitos na eclosão do surto.

Apoiando em pontuações de Guerra (2010), pode-se dizer que uma vez desencadeada a psicose, frente o desancoramento das referências que davam sustentação para o sujeito e a perplexidade diante à vivência dos fenômenos advindos com a eclosão do surto, o sujeito começa a trabalhar na reconstrução de seu mundo. Diante dessa problemática, chega-se a uma outra questão: qual é a possibilidade de intervenção clínica para este sujeito?

Pensando em estruturar os possíveis caminhos frente a psicose, faz-se necessário retomar a Freud quando discorre sobre a impossibilidade do tratamento psicanalítico para as psicoses. Segundo o teórico, não seria possível o estabelecimento de transferência na psicose, devido ao fato de o sujeito estar imerso libidinalmente em seu próprio eu, inviabilizando, portanto, um direcionamento à figura do analista (GOMES, 2009). Conforme Kaufmanner (1999), foi no Édipo que Freud encontrou recurso para dar razão a significação da castração como única referência do sujeito. A única referência advinda do inconsciente seria a falta, e o que falta ao sujeito é um gozo. O objeto ao qual a libido se dirige é o Outro, que ocupará o lugar faltante. Esta seria a base da transferência na neurose.

O sujeito neurótico, supõe que o Outro tem o que lhe falta e, portanto, o demanda. Configurando-se o SSS (Sujeito-Suposto-Saber). Na psicose, a incorporação do simbólico se dá sem a castração, portanto, o Outro não é deserto de gozo. Kaufmanner (1999) referenciado por Gomes (2009, p. 7), pontua que:

[...] O gozo permanece no Outro e no corpo, não é localizável pelo significante fálico, bem como os objetos não estão separados do Outro, não foram extraídos. Portanto, se o Nome-do-Pai seria o que separaria desejo e gozo, ficando no campo do Outro e o gozo com a Coisa, com a forclusão o Outro goza (GOMES, A., 2009, p.7 *apud* KAUFMANNER, 1999).

O psicótico tem o objeto à sua disposição no real e por isso não o demanda. Ele é, portanto, seu próprio objeto. Se na neurose têm-se um sujeito diante do Outro (SSS), na psicose o Outro é julgado gozar. Porém, Lacan foi categórico ao dizer que não se deve recuar diante da psicose e propõe não o tratamento psicanalítico, mas um tratamento possível para esta instância. O analista, frente as particularidades da psicose, deve assumir a posição de testemunha e dar suporte às formulações delirantes do sujeito. Ou seja, o analista deve atuar realizando uma barreira ao gozo do Outro.

A clínica da psicose se apresenta de modo a desafiar constantemente a posição do analista frente ao sujeito que se apresenta, uma vez que ele (sujeito) se encontra imerso em uma certeza delirante. O analista é colocado na posição daquele que tudo sabe e goza, e, cabe a ele, portanto, não sustentar esse lugar de saber. Sua manobra deve ser voltada a sustentar o lugar de um não saber, um não compreender. Devolvendo, assim, ao sujeito este saber.

O analista, nesse sentido, deve assumir a posição de testemunha das significações delirantes do psicótico e de ser “secretário do alienado”, a fim de sustentar seus limites e acolhê-lo. Viabilizando, portanto, uma existência amenizadora, mesmo que fora da norma fálica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto em todo o estudo, conclui-se que a clínica da psicose se anuncia de forma particular, apresentando a singularidade do sujeito psicótico. O

presente artigo teve como objetivo acessar a constituição desta instância, traçando uma linha temporal das diferentes formas de se compreender este sujeito ao longo dos séculos, partindo inicialmente da sua associação com o conceito de loucura e se categorizando anos mais tarde na concepção de doença mental por parte dos manuais de classificação de transtornos mentais.

Através do discurso psicanalítico, foi possível acessar as formulações que fundaram a estruturação psicótica, desde Freud até Lacan. Sendo possível, portanto, compreender quais são as possibilidades de intervenção clínica frente a este existir. Faz-se necessário pontuar que, a partir do olhar psicanalítico, o psicótico ganhou notoriedade de sujeito e expandiu sua possibilidade de existência, sendo reconhecido diante de seu discurso individual e com possíveis delineamentos clínicos que respeitem sua singularidade. Dessa forma, elucida-se a necessidade de compreender, primeiramente, através de um diagnóstico diferencial bem estruturado, de qual lugar este sujeito está partindo como forma de arranjo de seu discurso. Mediante a este entendimento, é possível delinear as possíveis intervenções clínicas, tendo em vista a particularidade de cada sujeito. Assim como ocorre com o sujeito neurótico, deve-se dar ao sujeito psicótico o lugar de fala, além da exposição e elaboração de sua realidade e angústias. É necessário, porém, atentar-se à impossibilidade da teoria psicanalítica de inserir este sujeito na norma fálica. O analista, diante de seu desejo, faz possível uma direção de tratamento para a psicose, tornando-se borda a este sujeito que se encontra sem o véu do universal da significação fálica.

REFERÊNCIAS

BERRIOS, G., HAUSER, R. O desenvolvimento inicial das ideias de Kraepelin sobre classificação: uma história conceitual. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**. São Paulo, v. 16, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/cpGJF8GS4dPfGfj4nzmjgwc/?lang=pt> Acesso em agosto 2021

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972

FREIRE, J. Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, 1998. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlpf/a/bvkHbRHVdCFXgbyDQGFbWcv/?lang=pt>< Acesso em set. 2021.

FREUD, S. **A História do Movimento Psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

FREUD, S. **Estudos sobre a histeria**. São Paulo: Companhia das Letras, 2016.

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b.

FREUD, S. **Neurose, psicose, perversão**. São Paulo: Autêntica, 2016.

FREUD, S. **O Caso Schreber e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a.

GOMES, A. O lugar ocupado pela Psicanálise nas novas instituições de Saúde Mental. **Revista Mental**. Barbacena, v.7, n.13, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200003< Acesso em: out. 2021.

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

LACAN, J. **As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. *In*: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 537-590.

MADEIRA, M., MOSCHEN, S. O tripé das psicoses em Pinel, Esquirol, Falret, Kraepelin, Bleuer e Freud. **Revista Clínica e cultura**. v. 5. n.1. 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/5289>. Acesso em: setembro 2021.

MILLER, J. A invenção psicótica. **Revista Opção Lacaniana**, 2013. Disponível em: http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/03_casas_loucos/04-referencias/textos/textos%20psicanalise/invencao< Acesso em: set. 2021.

PEREIRA, M. Pinel: a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoam. Psicopatologia fund**, v.11, n. 3, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/rXNVvsX6rzFsX3wpVYdB4Lj/?format=pdf&lang=pt><. Acesso em: agosto 2021.

PONTES, S; CALAZANS, R. Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. **Revista Psicologia USP**. São João del Rei, v. 28. n. 1, 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pusp/a/xGHR6Rd94d8HnDXTMNF8swD/?lang=pt&format=pdf>< Acesso em nov. 2021.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

SILVA, B., CASTRO, J. A construção do conceito de psicose de Freud a Lacan e suas implicações na prática clínica. **Revista Analytica**: Revista de Psicanálise. São João del Rei, v.7, n.13, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972018000200002< Acesso em out. 2021.

TEIXEIRA, A; CALDAS, H. **Psicopatologia Lacaniana**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

TEIXEIRA, M. Pinel e o nascimento do alienismo. **Revista pesqui. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v19n2/v19n2a12.pdf>< Acesso em: agosto 2021.