UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI

ROSANI TEIXEIRA MAFFILI

O delírio: construções possíveis no contexto institucional

São João Del-Rei

2013

ROSANI TEIXEIRA MAFFILI

O delírio: construções possíveis no contexto institucional

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais e Clínica Psicanalítica: Articulações.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Pires Calazans Matos
Co-orientador: Prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto

São João del-Rei

2013

UFSJ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI

PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA

A Dissertação **O delírio: construções possíveis no contexto institucional**

elaborada por **Rosani Teixeira Maffili**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 28 de novembro de 2013

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Roberto Pires Calazans Matos - (UFSJ)
Orientador

Prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto - (UFSJ)
Co-orientador

Prof. Dr. João Luiz Paravidini - (UFU)

Prof. Dr. Wilson Camilo Chaves - (UFSJ)

A todos aqueles que confiaram suas análises a mim, possibilitando-me a compreensão do sofrimento psíquico.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, prof. Dr. Roberto Calazans pela mestria de suas intervenções.

Ao meu co-orientador, prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto, pelo acolhimento e orientações.

Ao curso de Pós graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei e seus professores.

Ao prof. Dr. Wilson Camilo Chaves, pelas orientações significativas, principalmente no exame de qualificação.

À profª. Drª. Andréa Máris Campos Guerra, pela leitura atenta de minha escrita e pelas valorosas contribuições teóricas.

Aos componentes da banca de Mestrado: Drª Andréa Máris Campos Guerra e Dr. Wilson Camilo Chaves pela disponibilidade.

Aos novos amigos que conheci neste percurso de Mestrado.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais, Nelson Maffili *(in memorian)* e Nézia Teixeira Maffili pelos ensinamentos fundamentais que me transmitiram: amor, dedicação, respeito, honestidade e trabalho.

Aos meus irmãos que sempre me apóiam e estão ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus queridos sobrinhos, que sempre torcem por mim.

Aos amigos de todas as horas, pela compreensão e torcida nesta importante conquista em meu percurso profissional.

Aos usuários do CAPS Santos Dumont/MG, por tudo o que me possibilitaram aprender.

RESUMO

Maffili, R. T. (2013). *O delírio: construções possíveis no contexto institucional*. Dissertação de Mestrado, Programa de pós graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João Del-Rei, MG.

A construção delirante constitui-se no que Freud denominou tentativa espontânea de cura da psicose. O interesse por esta pesquisa parte da vivência clínica com psicóticos desencadeados em um Centro de Atenção Psicossocial, objetivando-se ao entendimento das construções delirantes na clínica das psicoses, bem como sua função para a estabilização destes sujeitos. Iniciamos a dissertação através de relatos de casos clínicos, pois, o que nos instiga a pesquisar as psicoses e suas manifestações vêm dos sujeitos psicóticos que atendemos. Observamos que a escuta psicanalítica apresentou-se como meio eficaz na estabilização de pacientes psicóticos, viabilizando uma melhor circulação destes sujeitos no campo social. Em seguida, passamos ao estudo das psicoses e construções delirantes a partir do entendimento lacaniano e sua retomada à psicanálise freudiana, além de autores contemporâneos que se dedicaram ao estudo desta temática. Articulamos argumentações da psicopatologia clássica e da psicanálise, com o propósito de refletir sobre as divergências apresentadas nestas abordagens teóricas, visto que atuam conjuntamente na clínica psicanalítica institucional. Com a finalidade de identificar a gênese da atual conjuntura da Saúde Mental brasileira, dedicamo-nos ao contexto histórico da loucura, recorrendo à Foucault e, em seguida, percorremos brevemente a história da reforma psiquiátrica brasileira, as questões que influenciaram seu desencadeamento e a implementação das políticas públicas de saúde mental. Discorremos sobre as contribuições psicanalíticas à reforma psiquiátrica e a proposição de uma clínica psicanalítica das psicoses no contexto institucional. Ao finalizar esta pesquisa, concluímos que o analista, no exercício de sua clínica, deva considerar as vias que o sujeito lhe indica na direção de seu tratamento. Se esta via nos indica a construção de um delírio, cabe ao analista não recuar.

Palavras-chave:

Psicose, Construções delirantes, Psicanálise, Clínica psicanalítica, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental.

ABSTRACT

Maffili, R. T. (2013). *Delirium: possible constructions in the institutional context*. Dissertação de Mestrado, Programa de pós graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João Del-Rei, MG.

The delirious construction is what Freud specifies as a spontaneous attempt to heal the psychotic disorder. The interest for this research started from a previous experience with psychotics in a Psychosocial Health Care Center and it aims the understanding of delirious constructions in the psychosis clinic, as well as its function of stabilizing these patients. This dissertation started through the study of clinical case reports because our motivation to research the psychoses and its manifestations come directly from the psychotic individuals that we treat. We observed that psychoanalytical listening is as an effective way to stabilize psychotic patients, and it helps these people to have a better interaction in the society. After that we started studying psychosis and delirium constructions from the Lacanian point of view and his resumption of Freudian psychoanalysis, and other contemporary authors which studied this theme. We articulated debates of classical psychopathology and psychoanalysis in order to reflect on the differences between these theoretical approaches, as they work jointly in the institutional psychoanalytic clinic. As our aim was to identify the origin of the Brazilian mental health picture, we dedicated the studies to the historical context of madness, based on Foucault, and we briefly reviewed the history of Brazilian psychiatric restructuring that influenced the origins and the implementation of public mental health policies. We talked about the psychoanalytic contributions to psychiatric restructuring and the proposal to develop a psychosis psychoanalytic clinic in the institutional context. In conclusion, the analyst working in his clinic should consider possible treatments pointed by the patient himself. Even if this route indicates the construction of a delusion, the analyst must not retreat.

Keywords: Psychosis, delirious constructions, Psychoanalysis, Psychoanalytic Clinic, Psychiatric Reform, Mental Health

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 09

1. CONSTRUÇÕES DELIRANTES NA CLÍNICA PSICANALÍTICA INSTITUCIONAL 12

1.1. Eduardo e sua busca por um *Pai* 12

1.2. Fábio e sua relação com Deus 15

1.3. O Radialista da Rádio CAPS e seus novos caminhos 19

1.4. Uma breve interlocução teórico clínica 20

2. A PSICOSE NO ENSINO DE LACAN 24

2.1. A subversão lacaniana da psiquiatria 24

2.2. O processo de estruturação do sujeito 26

2.3. Representação da psicose no esquema *I* e Foraclusão do Nome-do-Pai 31

2.4. A relação do psicótico com a linguagem 34

2.5. Construções lacanianas a partir da *Apresentação das Memórias de um doente dos Nervos*.....38

2.6. A função terapêutica do Delírio 44

2.7. Delineamento dos termos delírio e alucinação: da Psicopatologia Clássica à Psicanálise.....45

2.8. Psicanálise e a construção da metáfora delirante 53

3. A PROPOSTA DA PSICANÁLISE PARA ASAÚDE MENTAL 58

3.1. Aspectos históricos relacionados à loucura 59

3.2. A reforma psiquiátrica brasileira 62

3.3. Proposições psicanalíticas no campo da atenção psicossocial 65

3.4. A Relação do psicótico com o Outro 71

3.5. A contribuição lacaniana dos discursos para o tratamento das psicoses 72

CONSIDERAÇÕES FINAIS 79

REFERÊNCIAS.....82

O DELÍRIO: CONSTRUÇÕES POSSÍVEIS NO CONTEXTO INSTITUCIONAL

INTRODUÇÃO

O tema de pesquisa desta dissertação delineou-se a partir de questionamentos surgidos da clínica psicanalítica em um serviço de saúde mental - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)- localizado no interior de Minas Gerais. O trabalho em saúde mental desperta a necessidade de retomar a formação acadêmica com a intenção de produzir uma articulação entre a prática e a teoria psicanalítica concernente à temática das psicoses.

A proposição de dedicarmo-nos às psicoses dá prosseguimento ao estudo realizado no curso de especialização em *Psicanálise, Subjetividade e Cultura* da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em que apresentamos ao final do curso, monografia intitulada *Clínica da psicanálise mediante a circulação dos discursos em instituição de Saúde Mental.*

Na ocasião, articulamos a teoria psicanalítica a um caso clínico que trazia impasses ao tratamento de um sujeito na instituição. Tais impasses relacionavam-se ao trabalho clínico e às dificuldades em conduzir um tratamento psicanaliticamente orientado em uma equipe multidisciplinar.

Neste momento, novamente retomamos a clínica psicanalítica articulada à Saúde Mental com o intuito de refletir sobre sua efetividade neste campo. Sabemos que a Saúde Mental em nosso país consolidou-se a partir de questões sociais e políticas relacionadas à assistência prestada ao portador de sofrimento psíquico. Portanto, ao utilizarmos o referencial teórico psicanalítico como direcionador da prática clínica institucional, deparamo-nos com campos de conhecimento que se entrelaçam e, muitas vezes, ocasionam impasses, questionamentos e discussões.

Nossa pesquisa ancora-se na vivência clínica através de transcrições de fragmentos de casos clínicos que apontam para possíveis construções de metáforas delirantes no contexto institucional. Tais casos nos remetem às proposições psicanalíticas que conduzem nossa clínica, levando-nos ao questionamento da aplicabilidade dos conceitos psicanalíticos concernentes às psicoses no campo da Saúde Mental brasileira. Buscamos os possíveis pontos de articulação entre Psicanálise e Saúde Mental e os impasses com os quais nos deparamos cotidianamente.

É importante salientar que o objetivo de pesquisar a temática delirante parte de nossa vivência clínica no CAPS, lugar em que a maioria dos sujeitos chega com suas psicoses desencadeadas. Portanto, estudar os mecanismos das psicoses faz-se primordial ao exercício desta clínica.

Destacamos que, ao privilegiarmos a escuta das psicoses favorecendo a emergência da fala, encontramos a via apontada pelo próprio sujeito para construção de algo acerca do sofrimento que lhe arrebata a partir do saber que o próprio sujeito nos indica.

Principalmente por isso, intencionamos ao aprofundamento nesse tema, visto que o assunto parece ser pouco preconizado atualmente na Atenção Psicossocial, onde observamos o privilégio às demais vias de estabilização ou às outras formas de suplência. Entendemos que as diversas formas de suplência ou estabilizações alcançadas pelos sujeitos psicóticos são de grande valia clínica. Certamente também são utilizadas em nossa experiência, porém, percebemos que nem todos os sujeitos se *inserem* nessas propostas. Inclusive, muitos acabam por se isolar, se recusar ao tratamento ou passam a tratar-se somente pela via medicamentosa.

No primeiro capítulo, apresentaremos os casos clínicos selecionados por indicarem uma escolha pela construção delirante e para a possibilidade de estabilização favorecida por essa via. Os casos clínicos representam singularidades que nos possibilitaram questionar a temática das construções delirantes na clínica institucional. Levaram-nos à conduta clínica de escutá-los, secretariá-los ou testemunhá-los, convocando-nos ao estudo dos delírios psicóticos.

Freud e Jacques Lacan serão os teóricos basilares desta pesquisa, além de contribuições de outros autores, entre eles: Jean Claude Maleval, Colette Soler e Antônio Quinet, que se interessaram e valorizaram essa via de construção característica dos sujeitos psicóticos.

O segundo capítulo será dedicado à teorização psicanalítica das psicoses: Observamos que Lacan, desvinculando a psicose da noção de doença, aponta para a existência de um modo específico que o sujeito psicótico empreende para se relacionar com o outro. Lacan alcança tal entendimento a partir de suas observações acerca dos fenômenos de linguagem, do estudo dos significantes e da noção de estruturação do sujeito.

Passaremos ao texto lacaniano *De uma Questão Preliminar a todo Tratamento Possível da Psicose*, no qual Lacan ([1957-1958]1998) subverte a lógica psiquiátrica que prevalecia no entendimento das psicoses e suas manifestações. Em seguida, nos

dedicaremos ao texto *Apresentação das Memórias de um doente dos Nervos,* escrito após dez anos. Nele, Lacan enfatiza a noção de gozo localizado a partir dos sintomas nas estruturas clínicas. Faremos um breve relato da articulação lacaniana referente aos três registros, a saber: real, simbólico e imaginário, a noção de nó borromeano e a formalização do Pai enquanto *sinthome*.

Com essa explanação, pretendemos alcançar a perspectiva lacaniana concernente às psicoses sob duas perspectivas. A primeira, em que prevalece a lógica estrutural e a segunda, baseada na noção de gozo. Assim, embasados para o estudo que visa tratar mais especificamente os delírios e as tentativas de construção de metáforas delirantes no contexto institucional, passaremos a este tema, percorrendo teorizações que enfatizam o delírio enquanto mecanismo próprio da psicose e viabilizador de estabilizações.

No terceiro capítulo abordaremos as contribuições psicanalíticas diante das proposições da reforma psiquiátrica brasileira. Para isso, iniciaremos com um breve percurso histórico, respaldados pelo pensamento de Foucault. Passaremos aos principais eventos que construíram e viabilizaram as mudanças necessárias à efetivação da reforma psiquiátrica em nosso país. E, finalmente, analisaremos a função e a especificidade das intervenções psicanalíticas diante das psicoses no ambiente institucional.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÕES DELIRANTES NA CLÍNICA PSCANALÍTICA INSTITUCIONAL

Iniciaremos nossa pesquisa pela experiência clínica que instiga nosso tema de estudo. Apresentaremos três fragmentos de casos clínicos que nos convocam a uma reflexão sobre a prática psicanalítica em Saúde Mental. Referimo-nos especificamente a estes usuários do CAPS que chamam nossa atenção por representarem três situações distintas com três possibilidades também distintas de intervenções.

Nos dois primeiros casos, nos atentamos para a dificuldade inicial em deixar revelar pensamentos de conteúdo delirante. Ambos demonstravam receio em falar daquilo que lhes vinha insistentemente à mente e também, em ambos os casos, constatou-se uma questão específica em relação ao uso das medicações: os dois burlavam o uso das prescrições psiquiátricas. Esse fato tornou-se uma espécie de segredo, um elo de confiança que favoreceu o surgimento de suas falas. Por vezes tivemos que mostrar o prontuário como garantia de que nossas conversas não eram anotadas.

Cada fragmento de caso clínico apresenta uma especificidade de direcionamento de tratamento. No primeiro caso, percebemos que o sujeito chega ao CAPS e, já no acolhimento, a abordagem realizada conduz à escuta de sua fala, apesar do oferecimento de outros dispositivos institucionais como a participação em oficinas terapêuticas. Tais ofertas são evitadas pelo paciente ao mesmo tempo em que nos convoca ao atendimento com a pergunta: "Quando você vai me atender?". Isso sugere uma escolha pela fala e pela construção delirante.

1.1. Eduardo[1] e sua busca por um *Pai:*

Eduardo trata-se no CAPS desde dezembro de 2003. Sua primeira frase é a seguinte: Você não vai contar nada do que a gente conversar? Relata morar com a avó, que mais tarde saberemos tratar-se de uma senhora a quem sua mãe o entrega devido a dificuldades financeiras quando tinha uns quatro anos de idade.

[1] Eduardo – Nome fictício para identificar um dos pacientes atendidos no CAPS de Santos Dumont - MG

A avó sempre foi boa para ele, mas os conflitos começaram quando ela o impediu de estudar alegando que seu futuro estaria garantido porque ela lhe havia dado duas casas. Eduardo diz: Não é isso que eu quero, quero ter a minha vida.

No primeiro atendimento, Eduardo relata que a avó está internada. O analista que realiza a entrevista relata dúvida diagnóstica, percebe certa desconfiança e um jeitão inadequado que não afasta a possibilidade de uma psicose.

Eduardo retorna ao CAPS quatro meses depois relatando o falecimento da avó e diz: Estou perdido, minha avó me deu tudo menos como aprender a viver. Eu preciso aprender a viver, tem como?

Iniciamos o atendimento de Eduardo em novembro de 2006 e, aos poucos, ele vem construindo uma história para si. Dentre seus relatos, tentarei sintetizar suas construções de acordo com dois temas principais: a questão do pai e a questão de uma dívida e um perseguidor.

Por volta dos nove anos de idade, começa a pensar que o pai biológico não é seu pai. É como se você tirasse uma foto e saísse tudo branco, era um vazio. O pé de chinelo não é meu pai, sempre senti um vazio quando olhava pra ele. Eu estava olhando para o meu pai e pensei como esse homem pode ser meu pai? Bebe cachaça, bate na minha mãe, vive à custa dela, vagabundo, judia de mim, nem meu nome sabe falar direito.

Aos quinze anos, surge-lhe a ideia de ter outro pai e este seria um homem respeitado pela sociedade. Pede a Deus: Se o meu pai for militar faça com que eu descubra em que organização ele trabalha. Aos dezessete anos, vai a Escola Preparatória de Cadetes da Aeronáutica (EPCAR) fazer uma prova de seleção. Lá protagoniza uma briga com um rapaz que o acusa de ter engravidado sua irmã. Com a briga, foi levado ao comandante com quem falou: Ai meu Deus, eu queria ter um pai pra me ajudar! O comandante lhe apontou outro militar dizendo: Ele é seu pai. Eduardo vai até este homem que lhe diz: Eduardo, eu sou seu pai. Essa frase é repetida inúmeras vezes em seus atendimentos, como uma voz que persiste em sua mente.

Provavelmente esses fatos dão início às ideações delirantes. O desencadeamento parece dar-se diante da possibilidade da paternidade, quando ele pede por um pai, ou seja, ele pede uma nomeação. Remete-nos a história de Schreber quando designado a ocupar um posicionamento diante de sua vida e se vê destituído de uma localização no mundo.

Eduardo relata ter ficado extremamente confuso e se afasta do homem, dizendo que ele não era seu pai. Desde então vive com a ideia de reencontrar esse homem, pede ajuda para algumas pessoas, envia cartas à EPCAR. Chega a pensar que o homem possa procurá-

lo no CAPS e me pede para explicar-lhe a seu respeito e para que eu promova o encontro dos dois.

A ideia de que esse pai pode procurá-lo a qualquer momento restabelecendo uma possível função paterna constitui o que Soler (2007) afirma ser a construção de uma ficção não edipiana da função paterna. Isso pode levar Eduardo a uma estabilização ou, nas palavras de Lacan, aquilo que constitui a construção de uma metáfora delirante.

A outra construção, paralela a esta temática, diz respeito a um corretor de imóveis que intermediou a compra de um apartamento e cobrou-lhe três mil reais que foram entregues em um banheiro, "às escondidas do dono da corretora." A construção é a seguinte: O dito corretor tem um "comparsa" e os dois conversam sobre a comissão e querem que Eduardo esqueça a extorsão sofrida. Diante disso, Eduardo faz tudo para não esquecer o episódio, pois, se esquecer, não vai dar nada pra eles. Então, não esquecer tornou-se sua esperança, pois se eles vierem ameaçá-lo, ele poderá chamar a polícia. Inclusive já foi à delegacia explicar o caso, também havendo ocasião em que tivemos que designar um funcionário do CAPS para ajudar-lhe caso precisasse, numa tentativa de apaziguamento.

O pensamento é o seguinte: "Se eu esquecer, quando ele vier, vai me fazer virar escravo dele, fazer as coisas de graça pra ele, ele vai cobrar o que fez pra mim – você compra o apartamento e me dá três mil reais." E prossegue: "Ele tem uma dívida comigo." Pergunto: Então por que ele te cobra? "Porque ele fica falando eu te ajudei! Eu te ajudei! Eu te ajudei! Porque ele quer mais, ele quer mais, ele quer mais! Eu não posso esquecer o apartamento, a porta é de madeira, sei o endereço, não posso esquecer o apartamento, porque o apartamento é a minha segurança."

Com relação a essa construção delirante de conteúdo persecutório, recorremos à referência freudiana de que o principal propósito do delírio de perseguição seria justificar a modificação que ocorre na atitude emocional do sujeito. (Freud, [1911] 2006)

Eduardo tem momentos de extrema angústia, durante seus atendimentos apresenta solilóquios; que, quando indagado, responde: "É o Carlos!" (referindo-se ao corretor), "ele não me deixa em paz!" Seus atendimentos sempre giram em torno dos dois temas, que ao mesmo tempo em que lhe angustiam, parece que lhe preenchem a vida com pensamentos constantes. Questiona sobre coisas de sua vida: se continua tentando o benefício do INSS ou a pensão da avó, pergunta sobre o suposto pai militar, questões financeiras, se deve voltar a estudar, sempre se sentindo angustiado com a sua vida dizendo que está parado no tempo.

Eduardo se recusa ao uso das medicações, dizendo que o impregnam ou o deixam bobo. Pergunta se as pessoas podem perceber o que se passa com ele por que na rua ou em atividades no CAPS, ele gesticula muito, ri e responde em solilóquios. “Será que as pessoas têm medo de mim?”

Além desses relatos principais de Eduardo, ele diz que desde nove anos de idade faz previsões. “Eu previ, quando eu tinha nove anos, que aquele homem não era o meu pai por que ele não parecia nada comigo, era vagabundo. E um dia apareceu um homem falando que era meu pai e minha avó confirmou, mas minha mãe não pode saber.” Relata ainda ter previsto o acidente no dia 11 de setembro (EUA) e a morte de um professor.

Transcrevemos algumas anotações da psiquiatria em prontuário. Nota-se que as impressões diagnósticas se alteram com o tempo e, a princípio, o profissional médico não percebe o quadro psicótico no paciente:

-Até inicio de 2006, as hipóteses diagnósticas são condizentes com quadro de transtorno obsessivo compulsivo.

-Em março de 2006 ocorre uma mudança de psiquiatra e encontramos os seguintes relatos: Começou a sentir-se muito angustiado após o falecimento da avó; diz que era muito apegado a ela... Diz que não se relaciona bem com as pessoas, em alguns momentos sente que as pessoas falam dele ou se referem a ele. Ideias delirantes: tais como dores relacionadas a uma agressão ocorrida tempos atrás. Referência ao pai biológico, a quem gostaria de encontrar. Diz viver em um mundo fechado, pois a avó queria que ele vivesse assim, não se relaciona com ninguém. Impressão: paciente com estrutura psicótica, podendo apresentar uma personalidade esquizotípica ou paranoide. - Relata pseudo-alucinações auditivas: “a voz do meu pai de Barbacena dentro da minha cabeça.” Também fala que tem a capacidade de perceber quando algo de ruim irá acometê-lo, caracterizando um juízo delirante.

-Relata episódios de vozes de comando: “Esse não é seu pai, vai embora. A voz sempre vinha quando eu estava em risco e dava tudo certo, anjo, sei lá.”

1.2. Fábio e sua relação com Deus:

Passemos ao segundo fragmento clínico. Nesse caso, o paciente chega ao CAPS em franco surto psicótico, sendo seu tratamento iniciado com a conduta medicamentosa, além

da oferta de oficinas terapêuticas. Fábio frequenta por determinado período a oficina de futebol e depois, ao sabermos de seu interesse por música, o encaminhamos à oficina de música. Por um tempo, observamos que ele aderiu às atividades, mas, de um período em diante, afastou-se delas, indo raramente ao CAPS. Quando ia, isolava-se dos demais pacientes, procurando por salas vazias e dedicando-se à leitura solitária da bíblia. Foi assim, que lhe foi oferecida a possibilidade de fala. A partir desse momento, iniciou-se a escuta de seus delírios, que certamente já existiam, o que podemos constatar pelas anotações em seu prontuário. Porém, a possibilidade de direcionamento para essas questões ainda não havia sido feita.

Esse caso foi escolhido para ser trabalhado neste estudo por apresentar a peculiaridade de um sujeito que opta pelo delírio e nunca se desvencilhou de seu tema delirante. Sempre questionou e se incomodou com o uso das medicações, apesar de usá-las. Também confidenciou que por várias vezes interrompeu o uso das mesmas e que também o retomou ao não conseguir suportar os sintomas que lhe eram tão intensos. Percebemos ainda que Fábio nunca perdeu totalmente o contato com a realidade que o circunda e por várias ocasiões relatou sentir-se envergonhado quando lhe nomeiam de louco.

Fábio inicia seu tratamento no CAPS em 2001, aos vinte anos de idade. Chega através de encaminhamento da clínica médica com relato de alucinações e delírios. Vem acompanhado pela avó que relata na primeira entrevista perceber alterações em seu comportamento há cerca de três meses após chegar de uma festa. Há relato de uso de drogas desde a adolescência (cola de sapateiro, maconha e cocaína).

Fábio foi abandonado pela mãe aos oito meses de idade. Foi criado pela avó paterna até os dezessete anos, quando foi morar com o pai em Belo Horizonte. Seu relacionamento com a companheira do pai era conflituoso.

No primeiro atendimento Fábio relata que tem um espírito dentro dele mandando pedir pão em troca da cura. Questiona o que está acontecendo com ele e diz que “tem um chifre crescendo dentro de mim, eu matei meu pai.” Diz que tem muita gente correndo atrás dele. Não sabe se são amigos ou se querem pegá-lo.

Primeiro relato da psiquiatria: paciente apresentando atitude perplexa, solilóquios, palavras incompreensíveis, lentidão psicomotora, afeto suspicaz, pensamento bloqueado, humor ansioso, quadro sugestivo de síndrome delirante alucinatória. É medicado.

Escreve uma letra de música em que relata vivências relacionadas a uso de drogas, brigas e amor. Diz se preocupar com o que as pessoas podem pensar a seu respeito.

“Podem pensar que eu sou um marginal”. Também começa a participar da oficina de futebol.

Passa dois meses sem ir ao CAPS e retorna dizendo que parou com os remédios e que pretende voltar a Belo Horizonte para morar com o pai. Fazemos orientações para que retome o tratamento lá.

Ele retorna ao CAPS três anos depois (2004) apresentando relato de alucinações auditivas (vozes de comando) e pensamento delirante (místico), com solilóquios e comportamento bizarro. Diz ser Jesus e que precisa salvar a Pátria. Fala que recebe mensagens divinas que lhe dão ordens.

Nessa ocasião fala de sua fé no evangelho e nas revelações que tem frequentemente e que tem contato direto com Deus. Apesar desses relatos, participa da oficina de futebol e mantém bom contato pessoal com a equipe e demais usuários do CAPS. Parece que os pensamentos delirantes não exercem uma influência sobre suas atitudes.

Passa cerca de um ano bem, até 2005, mas evita ir ao CAPS, dizendo preferir ficar em casa por que as pessoas o chamam de maluquinho do CAPS. Faz queixas com relação às medicações, dizendo que dorme demais.

Em outubro de 2005 apresenta fala e pensamentos acelerados, delírios místicos, alucinações auditivas, solilóquios, juízo crítico comprometido, comportamento inadequado. É medicado e nas semanas seguintes iniciam-se as queixas com relação às medicações: “Bambeza nas pernas, to andando arrastando, meu olho tá caído, pernas tremendo. Não consigo ficar parado.”

Em dezembro de 2005 mantêm-se os seguintes relatos da psiquiatria em prontuário: delírios místicos e de grandiosidade, interpretação delirante, vozes de comando, juízo crítico comprometido, hiperforia.

Em janeiro de 2006, apesar das queixas da família, Fábio tenta demonstrar tranquilidade, desvia o assunto quando começa a falar de Deus e de premonições dizendo não poder falar destas coisas “por que vocês vão pensar que eu to doido.”

Novamente há relatos em prontuário de sedação e, alguns meses depois (maio de 2006) a família vem queixar-se que Fábio não está dormindo e recusa-se ao uso das medicações. Mantêm-se relatos sempre sobre as medicações, ajustes, resistência ao uso das mesmas e negociações entre a psiquiatra e Fábio.

Fábio passa alguns meses em Belo Horizonte e retorna em outubro de 2006 dizendo que reduziu a medicação porque precisava trabalhar com seu pai e o remédio o deixa sedado. Apresenta-se delirante: “Sou delegado da Polícia Federal em missão especial, vou

atacar a Casa Branca, vou me casar com a Avril Lavigne.” Apesar destes relatos, demonstra certa consciência da crise. Diz que ficará no CAPS, parecendo sentir-se seguro ali. É avaliado e medicado pela psiquiatria e no dia seguinte não consegue ir ao CAPS por sedação. Nos dias que se seguem, mantêm-se os relatos de sedação, apesar de manter o pensamento delirante.

Em novembro de 2006, há relato de que o paciente se mantém resistente ao tratamento, apesar de vir constantemente ao CAPS, de falar de suas questões e delírios. Parece que a referência diz respeito às suas queixas com relação ao uso das medicações e suas reações a estas. Ele diz em nove de novembro de 2006: “Estou até bem melhor, só que com a perna meio bamba.”

Relato de 30 de novembro de 2006: “Tô preocupado com a violência do mundo, eu montei uma operação para prender traficantes pela policia federal do RJ. Antes de agir vão estar presos, vou encaminhar o projeto pro presidente Lula. Eu tenho raiva de traficante por que eles mataram meu primo.” Relata que esse fato ocorreu há sete anos, parece que seu adoecimento foi mais ou menos nessa época.

Em dezembro de 2006 volta a vestir-se com roupas camufladas, (já havia feito isso em outros momentos de descompensação). Ocorre um episódio em que pega uma moto de um vizinho com a intenção de fazer uma operação militar. O vizinho chama a polícia e, apesar de terem localizado Fábio e a moto ter sido devolvida, acontece um processo que o leva a ser internado em manicômio judiciário, o que lhe traz grande sofrimento.

Vários fatos lhe acontecem nos últimos anos: o pai falece, passa a frequentar uma igreja evangélica, começa a namorar, compra uma moto. Interessa-se por computadores, monta-os, estuda sobre consertos de aparelhos. Escreve letras de músicas religiosas, toca violão. Tentamos inseri-lo na oficina de música, mas ele continua indo pouco ao CAPS e mantém pouco contato com as pessoas.

Em julho de 2012 apresenta novamente alterações de comportamento com quadro de hipomania e perda de sono, relata que terminou o namoro e que perdeu a habilitação para dirigir. Inicia-se uma escuta mais regular, apesar de sua pouca frequência ao CAPS. E então, Fábio começa a falar sobre si próprio. Demonstra uma grande tristeza e isolamento, fala de pensamentos relacionados a Deus, diz que seu problema não é a religião, mas a forma como é tocado por Deus. Diz ser diferente e que tem uma relação direta com Deus. Fala muito da bíblia, lê vários trechos. No CAPS, está sempre sozinho com sua bíblia. Diz que sofre com as coisas do mundo. Aos poucos, fala de sua relação com os remédios, sua

dificuldade em tomá-los. Acredita que é visto como louco por sua relação com Deus e por isso se isola, não pode falar de si para que não lhe achem doido. Mostra um relato bíblico:

Coríntios, capítulo 1:
Vers. 20 – Onde está o sábio? Onde está o erudito? Onde está o questionador desta era? Acaso não tornou Deus, louca a sabedoria deste mundo?
Vers. 21 – Visto que, na sabedoria de Deus, o mundo não o conheceu por meio da sabedoria humana, agradou a Deus salvar aqueles que creem por meio da loucura da pregação.
Vers. 22 – Os judeus pedem sinais milagrosos e os gregos procuram sabedoria;
Vers. 23 – nós, porém, pregamos a Cristo crucificado, o qual de fato, é escândalo para os judeus e loucura para os gentios,
Vers. 24 – mas para os que foram chamados, tanto judeus como gregos, Cristo é o poder e a sabedoria de Deus;
Vers. 25 – por que a loucura de Deus é mais sábia que a sabedoria humana e a fraqueza de Deus é mais forte que a força do homem.
Vers. 27 – Mas Deus escolheu o que para o mundo é loucura para envergonhar os sábios, e escolheu o que para o mundo é fraqueza para envergonhar o que é forte.

Fábio explica os versículos bíblicos dizendo que Deus escolheu a loucura para confundir os sábios, sua fala é interessante e repleta de citações e ensinamentos bíblicos. Com o tempo, parece que suas crises se amenizam, mas percebemos que seu percurso, até então, era muito solitário. Pelos relatos em seu prontuário, observamos que os atendimentos eram pontuais às situações de crise, com grande ênfase à questão medicamentosa. Observamos também que existe pouca escuta do sujeito, que por sua vez isola-se.

Hoje, suas crises não se apresentam de forma tão intensa como no início do tratamento, mas o seu pensamento, este sim, parece evoluir sempre. Fábio não para de pensar, não para o ciclo de seu delírio.

1.3. O radialista da *Rádio CAPS* e seus novos caminhos:

O terceiro caso que trabalharemos trata-se de um sujeito que chamaremos de Antônio. O início de seu tratamento se deu há vários anos, Antônio era radialista e muito conhecido na cidade. Surtou depois dos trinta anos de idade após a notícia de que seria pai. Antônio veio ao CAPS já com um histórico de diversas internações psiquiátricas, com uso de muitas medicações e vários episódios de agressividade. Mora com uma irmã que é sua curadora e administra a casa.

Para Antônio, foi pensada e iniciada uma oficina de rádio que se realiza fora do CAPS, em uma rádio local que cedeu espaço em sua programação para a "Rádio CAPS".

Então, Antônio tornou-se o locutor da rádio do CAPS e por muito tempo esta atividade possibilitou-lhe a estabilização, além do uso concomitante de muitas medicações.

Em um determinado momento, surgi-lhe erupções na pele que ele atribui às medicações. Na mesma ocasião, sua irmã engravida, perde o bebê e ainda sofre uma intervenção cirúrgica que ela relata "ter mexido muito com ele. Ele ficou assustado quando eu voltei para casa da cirurgia. Acho que foi por isso que ele resolveu ficar só em casa, pra cuidar de mim."

O fato é que Antônio passou a se recusar a frequentar o CAPS e nunca mais voltou a Rádio. Também interrompeu o uso de todas as medicações e tornou-se agressivo e delirante. A irmã sempre nos chama quando a situação se agrava e muitas vezes precisamos de apoio policial para medicá-lo. Antônio passou a ser medicado com injeções de haloperidol decanoato[2].

Nesse caso, nos deparamos com um sujeito que se estabiliza por anos sendo o *radialista do CAPS*. Porém, em determinado momento, ocorre um novo desencadeamento psicótico e ele volta ao delírio.

Dessa maneira, observamos uma estabilização por longo período que falha em determinado momento e o sujeito passa a optar por outras formas de viver com sua loucura. Antônio, nesse momento, se recusa a ir ao CAPS e a questão que se apresenta se refere às questões estruturais do serviço que inviabilizam o deslocamento de um profissional regularmente à sua casa, possibilitando-lhe uma escuta mais continuada.

1.4. Uma breve interlocução teórico-clínica

Esses casos foram escolhidos para serem abordados nesta pesquisa por trazerem à baila as especificidades de um trabalho em Saúde Mental em que atuam profissionais de condutas distintas. Percebemos que as divergências entre psicanálise e psiquiatria causam alguns impasses, ocasionados, em primeiro lugar, pela divergência teórica e segundo, pela especificidade da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propõe à intervenção conjunta de diversos saberes em um mesmo campo de atuação.

Freud, na Conferência XVI, *Psicanálise e Psiquiatria* ([1917] 2006), afirma que a psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise. Ele faz menção a um caso

[2] O haloperidol é um neuroléptico utilizado para combater sintomas produtivos das psicoses, notadamente os delírios e as alucinações. O haloperidol exerce uma ação sedativa em condições de agitação psicomotora.

clínico e diz que a psiquiatria toca superficialmente o conteúdo do delírio, dando-nos "uma etiologia geral e remota, ao invés de indicar as causas mais especiais e próximas." (p.261)

Para Freud, não existiria uma oposição entre psiquiatria e psicanálise, mas uma seria suplementar à outra, devendo haver uma continuação entre estes saberes. Para ele, "o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras." Ele relaciona psicanálise e psiquiatria da forma "como a histologia se relaciona à anatomia: uma estuda formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células." (Freud, 1917/2006, p.262)

Quinet (2010) demonstra concordar com o pensamento freudiano ao afirmar que a psicanálise apreende as estruturas, enquanto a psiquiatria se propõe ao estudo dos fenômenos, não havendo, portanto, uma oposição entre elas. Para Quinet (2010), o psiquiatra, partindo de orientações psicanalíticas, tem outra atitude diante do sintoma apresentado pelo paciente e pode evitar:

> O furor sanandi de exigir a qualquer custo a suspensão do sintoma. Pois lá onde há sintoma, está o sujeito. Não atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva, significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo aí emergir um sujeito. (...) Tratar do sintoma não significa necessariamente barrar ao sujeito o acesso ao real que o sintoma denota e dissimula. (p.13)

Eduardo chama atenção por sua escolha em manter seus pensamentos delirantes em pleno vigor, ao optar pelo delírio, ele faz uso da medicação apenas quando está muito angustiado e também não toma todas, escolhendo as que não lhe fazem "mal". Um episódio de impregnação neuroléptica pode ter contribuído para sua recusa em ser medicado.

No caso de Fábio, constatamos a presença contínua do delírio e sua freqüência nas oficinas terapêuticas em determinados períodos, parece não possibilitar-lhe uma estabilização para sua psicose.

Antônio é um caso diferenciado, por ter passado pela experiência de uma estabilização de anos e, agora, encontra-se isolado do convívio social, vivendo com seu delírio.

A partir dos casos apresentados, percebemos que o sujeito nos fornece as diretrizes ao seu próprio tratamento. É através de sua fala, de seus sintomas e de sua singularidade que emerge um saber próprio que conduzirá a saídas possíveis para o sofrimento que o atinge.

Propomos uma inversão na lógica que determina que sejamos detentores de um saber sobre o outro, pois, entendemos que o saber capaz de viabilizar o tratamento das psicoses encontra-se do lado do sujeito. Cabe-nos, portanto, acompanhá-lo pelo caminho que ele nos indica.

Com relação à medicalização, podemos refletir sobre as conduções distanciadas entre psicanalistas e psiquiatras que acompanhavam os casos por vias paralelas. Nos dois primeiros casos, observamos que as condutas médicas não são seguidas, mas, o que viabiliza o trabalho psicanalítico é justamente manter um pacto com os sujeitos. Já no terceiro caso, o paciente se mantém estabilizado por longo período, porém, desencadeia novo quadro psicótico e, nesse momento, recusa-se às propostas de tratamento anteriores. Com isso, a equipe precisa redimensionar a clínica para este sujeito. Constatamos que, por questões estruturais do cotidiano do CAPS, o tratamento do paciente vem conduzindo-se basicamente pela psiquiatria (com as prescrições) e pela enfermagem (administrando as medicações).

Quinet (2010) alerta-nos que o tratamento farmacológico não deve competir com as tentativas de cura apresentadas pelo sujeito. “O sintoma na psicose, como o delírio e a alucinação, é uma tentativa de cura da foraclusão do Nome-do-Pai. O medicamento jamais é tentativa de cura.” (p. 49)

Em nossa realidade institucional, não evidenciamos a existência de uma situação de “competição” entre tratamento farmacológico e escuta psicanalítica, porém, percebemos que as intervenções (psiquiátricas e psicanalíticas), muitas vezes, ocorrem por vias paralelas. Podemos dizer que, na rotina diária de um CAPS, o tempo é escasso para discussões e trocas entre os profissionais, por isso, as anotações em prontuário podem se tornar um meio eficaz de interlocução.

Ao pensarmos em uma direção clínica para o tratamento de sujeitos psicóticos, podemos dizer que ela deva visar a historização dos fenômenos, possibilitando que o sujeito identifique em suas alucinações as palavras vindas do Outro. Assim, as construções delirantes surgem como uma possibilidade de circunscrever o gozo do sujeito. “O analista pode secretariar o esquizofrênico em suas tentativas de estabelecer pares de oposição significante e promover uma pontuação em sua fala para possibilitar a precipitação do sentido.” (Quinet, 2010, p. 54)

Maleval (1998) ressalta a importância de não nos precipitarmos para que o sujeito regresse à realidade e afirma que devemos consentir a escuta de seu delírio sem buscar reafirmá-lo. Ele acredita que o psicótico possa alcançar proveito em curas analíticas

conduzidas a partir da regulação do gozo do Outro, permitindo que o sujeito elabore uma solução original para suas dificuldades. Para Maleval, a estabilização pode se passar pela via da construção do delírio.

Retomando os casos clínicos apresentados, a possibilidade de elaboração pela via delirante surge, em princípio, pelos próprios sujeitos, que demonstraram uma escolha por seus sintomas, uma escolha pela construção de seus delírios. Por outro lado, existe a aposta em que o trabalho do analista deva priorizar a subjetividade e unicidade do sujeito, oferecendo-lhe sua escuta a partir de suas peculiaridades.

Assim, adentramos no estudo das psicoses e na reflexão sobre a especificidade do trabalho psicanalítico no campo da Saúde Mental. Cabe-nos o questionamento constante sobre o que nos dispomos a tratar nas psicoses, porque medicamos ou inserimos sujeitos psicóticos em oficinas terapêuticas. Neste instante, nos lembramos da orientação de Lacan de que não devemos recuar diante das psicoses.

Por isso, no próximo capítulo, dedicado ao tema das psicoses na teorização psicanalítica, nos atentaremos ao entendimento freudiano e lacaniano das psicoses e dos estudos relacionados às construções delirantes.

Estaremos diante de vários aspectos que se entrelaçam, entre eles, a teoria e prática psicanalíticas, a inserção desta prática no campo da saúde mental e a função do psicanalista na instituição.

CAPÍTULO 2

A PSICOSE NO ENSINO DE JACQUES LACAN

Para refletirmos a questão das psicoses, partiremos das concepções lacanianas e de seu entendimento da proposta freudiana com a pretensão de alcançar uma perspectiva histórica do desenrolar destas construções. Ao mesmo tempo em que também retomamos as descobertas já apontadas por Freud desde suas primeiras elaborações.

Freud ([1924-1925] 2006) inicia sua teorização pelo estudo das neuroses e observa que aquilo que se esconde nestas, encontra-se à mostra nas psicoses. Especificamente no âmbito das psicoses, Freud intenciona situá-la no campo das demais estruturas clínicas, estabelecendo seus mecanismos de defesa específicos.

Lacan, diferentemente de Freud, parte do campo das psicoses e, com uma abordagem estrutural, intenciona resgatar o pensamento freudiano que vinha sendo distorcido pelos psicanalistas da época. Ao abordar as psicoses a partir da linguagem, ele percebe o modo especifico pelo qual estes sujeitos se manifestam. Conclui então não se tratar de um déficit ou doença, o que provoca uma revolução no pensamento científico vigente.

2.1. A subversão lacaniana da psiquiatria

Lacan (1932) inicia seus estudos sobre as psicoses em sua tese de doutorado intitulada *Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade*. Nela, descreve os primeiros sintomas psicóticos, seus fenômenos elementares e a relação entre a psicose e a personalidade da paciente Aimeé. O tema também é tratado no *Seminário livro 3, As psicoses* ([1955-1956]1985) e retomado em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* ([1957-1958] 1992). Em ambos, Lacan trata o que considera fundamental em seu estudo referente às psicoses.

Neste momento, Lacan (1958) preocupa-se em resgatar o pensamento clínico de Freud, contrapondo-se ao discurso cientificista. Também explicita o equivoco teórico referente ao entendimento dos termos *perceptum* e *percipiens,* demonstrando que o *perceptum* surge primeiro e determina o *percipiens*. Com isso, ele demonstra “que o

perceptum é estruturado, é da ordem do significante, é uma estrutura ou uma cadeia significante, e o *percipiens* é um sujeito efeito do significante." (Miller, 2005, p. 256)

Para Quinet (2003) o pensamento lacaniano de que a percepção e o objeto percebido são estruturados pela linguagem deve-se ao atravessamento da língua, que torna o *percipiens* uma instância dividida devido ao recalque originário que instaura o inconsciente. Já o *perceptum* se refere a um equívoco ocasionado pela estruturação simbólica que o deixa à disposição da equivocidade do significante.

Este esclarecimento é fundamental para que se entenda a oposição lacaniana às distorções ao pensamento freudiano. Ao apontar e comprovar as insuficiências teóricas tanto de pós-freudianos quanto de cientificistas, Lacan afirma que não se avançou no estudo das psicoses desde as elaborações freudianas até então.

Chamamos a atenção para questão do fenômeno alucinatório, tido por muitos teóricos como um déficit perceptivo em relação a uma realidade que se impõe a todos sem uma mediação subjetiva. Lacan explicita os equívocos dessa teorização, tomando como ponto de partida a constituição do sujeito a partir da linguagem e da não existência de uma realidade prévia ao trabalho do significante.

Convém especificar que, para Saussure, o signo linguístico se divide em significado (que é o conceito) e significante (que representa a imagem acústica). O signo representará a relação de um significado com um significante. Sendo importante destacar que para Saussure, o significado está sempre em prevalência ao significante.

Lacan retoma o termo *significante* de Saussure para demonstrar o inconsciente estruturado como linguagem. Fazendo uma inversão da ordem pensada por ele de que o significado prevalece ao significante, ou seja, Lacan prioriza o significante ao significado. Desse modo, a referência à linguagem se torna primordial para se pensar o fenômeno subjetivo, seja ele neurótico, psicótico ou perverso.

Constatamos que o ponto chave da argumentação lacaniana referente à percepção refere-se à afirmação de que a percepção existe a partir de uma marca significante. Tal marca possibilitará ao sujeito o compartilhar esta percepção com o Outro, permitindo assim, o estabelecimento de laço com este Outro.

O Nome-do-Pai teorizado por Lacan refere-se exatamente a essa marca significante que fará com que o sujeito compareça enquanto sujeito faltoso. Isso lhe permite entrar num discurso, fazer demandas e sustentar um desejo, tratando-se da estruturação psíquica do sujeito neurótico.

Porém, alguns sujeitos recusam-se a esta marcação significante, arrumando sua relação com a realidade e com o Outro de um jeito diferente. Sem a marca significante do Nome-do-Pai, tem-se uma falha que Lacan localiza a partir da linguagem. O fenômeno alucinatório mostra uma das marcas dessa falha simbólica na mediação do sujeito psicótico com o Outro. O que não deve ser entendido como um déficit perceptivo em relação à realidade, conforme afirmam as argumentações organicistas. É por esse caminho que Lacan irá pensar suas elaborações sobre a psicose.

Temos então, que na neurose o significante estabelece a marca de uma ausência que demanda um Outro significante para dar uma significação ao desejo e estabelecer as condições de um laço social. Enquanto na psicose, o significante, deixando de estabelecer esta marca, passa a ser uma presença fragmentada do Outro. Surge daí a alucinação e com ela a existência de um Outro que fala ao sujeito, que lhe comanda e lhe impõe a cadeia significante em uma dimensão de voz. (Lacan, [1958]1998)

A alucinação se faz ouvir enquanto palavra por ocorrer no lugar em que o objeto indizível é rechaçado no real. Ela não pode acompanhar a intenção do sujeito sem dele se desligar por uma réplica depreciativa que surge no lugar do inominável. Acontece uma ruptura na cadeia discursiva com a intermediação do imaginário diante da falta de um significante que denomine o objeto. Retomaremos a questão das alucinações no próximo capítulo.

Ressaltamos a importância da teorização lacaniana no estudo das psicoses, pois ele diferencia-se fundamentalmente dos demais teóricos de sua época. Ao estabelecer uma clara subversão à lógica psiquiátrica vigente, pretendia transformar o sujeito psicótico num paciente sem trabalho subjetivo, relacionando-o à doença ou à deficiência.

Passaremos à argumentação de Lacan referente à estruturação psíquica do sujeito que primeiramente está submetido à mãe e, em um segundo momento, referencia-se ao pai. Ressaltamos que se trata de funções estruturais que podem ser ocupadas por diferentes elementos.

2.2. O processo de estruturação do Sujeito

Com o *esquema L*[3]*,* Lacan demonstra o processo de estruturação do sujeito a partir da relação primordial estabelecida entre a mãe e sua criança em que ele trabalha

[3] O esquema *L* foi introduzido por Jacques Lacan no Seminário 2 ([1954-1955]1987). Este esquema servirá de base para a topologia de estruturação psíquica. Lacan especifica a relação entre a criança e a mãe, representados no esquema respectivamente por a e a', representando o eixo das relações imaginárias. O eixo

especificamente o campo da neurose. É a partir de transformações nesse esquema que Lacan extrairá as noções que explicarão a relação do sujeito com o Outro no campo da psicose.

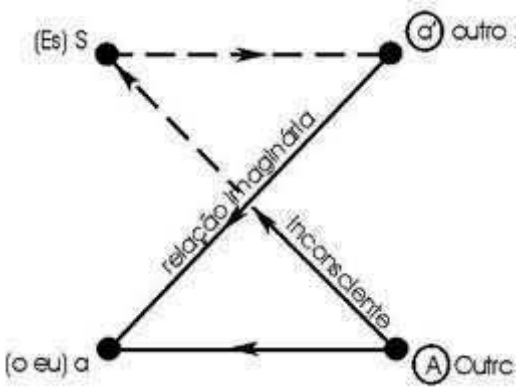

Figura 1 – Esquema *L.* (Lacan, [1955-1956] 1988, p.22)

Na explicação desse esquema faremos uma correlação aos *três tempos do Édipo* apresentados por Lacan ([1958]1999) no *o Seminário livro 5, As formações do inconsciente*. Em um primeiro momento ocorre uma relação dual entre a mãe e a criança, sendo a mãe quem decifra seu choro. Neste momento a criança é o falo da mãe ou seu objeto de desejo, enquanto a mãe também está em busca do seu próprio desejo. Trata-se então, nesse primeiro tempo, de uma relação especular, sendo esta a etapa fálica primitiva.

No segundo tempo do Édipo, o pai intervém no plano imaginário como aquele que priva a criança da mãe, desvinculando-a de seu objeto de identificação ao mesmo tempo em que representa o suporte da lei. A mãe instaura o pai como aquele que faz a lei e também é a mãe quem vem intermediar a relação do sujeito com essa lei. Esse fato fornece à criança a chave da relação edípica que se estabelece pela via da palavra do pai enquanto representação da lei para a mãe. (Lacan, [1958]1998)

No terceiro tempo do Édipo, temos a presença do significante fálico transmitido pelo pai que intervém como aquele que possui o falo e não aquele que é o falo. Isso produz uma báscula que coloca o falo como objeto de desejo da mãe e não como aquele objeto que o pai priva, tal como visto na fase anterior. A criança percebe-se enquanto sujeito separado da mãe, ela experimenta a própria castração e também a castração da mãe. O Nome do Pai é para Lacan uma metáfora que introduz o significante do Pai garantindo a paternidade e exercendo uma função de Lei.

S e A refere-se ao sujeito a partir da entrada do pai na relação anterior existente entre mãe e filho e constitui as relações simbólicas.

A partir do modelo de estruturação subjetiva da neurose, Lacan explica o que se passa na psicose, salientando a importância da linguagem na constituição do sujeito. Constitui ponto central de seu ensino acerca da psicose, neste primeiro momento, a noção de ausência da metáfora e seus efeitos sobre o sujeito. Por essa razão explicaremos o que é a metáfora para entendermos a importância de sua ausência no estudo das psicoses.

Para Tendlarz (2009) a metáfora paterna é a formalização lacaniana do Complexo de Édipo freudiano. Segundo Lacan ([1957-1958]1998), a metáfora do Nome-do-Pai constitui a metáfora que coloca esse Nome no lugar ocupado pela simbolização da operação de ausência da mãe. O conceito de Nome-do-Pai se refere à ação do significante do Nome-do-Pai sobre o sujeito, sendo que o pai simbólico é fundamentalmente o *pai morto* tratado por Freud no mito de *Totem e tabu* ([1913]2006).

Retomemos o mito do pai totêmico para nos situarmos nas origens do conceito lacaniano de pai simbólico. O mito retrata a violência do pai da horda primeva que expulsava os filhos adultos da tribo para que estes não ameaçassem seu domínio. Os filhos expulsos se reúnem, retornam, matam e devoram o pai. Com isso, pretendem ter acesso ao gozo interditado pelo pai, mas, ao comê-lo, os filhos se identificam a este pai primitivo com o intuito de alcançarem seu poder.

Ao matarem o pai pelo ódio, emerge o amor recalcado na forma de remorso que faz fracassar a nova organização. Para amenizar este sentimento de culpa e afeição recalcadas, a ambivalência amor/ódio com relação ao pai, os filhos passam a celebrar com o banquete totêmico.

O sentimento de culpa torna o pai morto mais forte do que enquanto estava vivo. Por isso, os filhos anulam o próprio ato proibindo a morte do totem (substituto do pai) e renunciam aos seus frutos (as mulheres). “Criaram assim, do sentimento de culpa filial, os dois tabus fundamentais do totemismo, que, por essa própria razão, corresponderam inevitavelmente aos dois desejos reprimidos do complexo de Édipo. O homicídio e o incesto.” (Freud, [1913] 2006, p. 147)

Freud demonstra através do mito como o pai devastador transforma-se em pai simbólico que impõe os códigos da lei moral. Ele nos conduz ao entendimento de que a operação paterna não opera enquanto presença do pai, mas sim, a partir do *pai morto*, ou seja, do pai enquanto um símbolo.

Para Freud, o aparecimento do significante do Pai relaciona-se à sua morte ou assassinato e origina a dívida que liga o sujeito à vida e à Lei. Constatamos que o pai do sujeito neurótico é o pai morto, é o pai falho, ou seja, ele é sempre descrito a partir de uma

queixa. Mas, quando esse pai, ao invés de portar a lei, está localizado num lugar de suficiência, encarnando essa lei, consideramos que não temos um pai, não temos o Nome-do-Pai e temos a psicose.

Lacan explica o trabalho metafórico a partir dos seguintes elementos: O Nome-do-Pai, o Desejo da Mãe, o significado desconhecido para o sujeito e a inscrição do falo no campo do Outro.

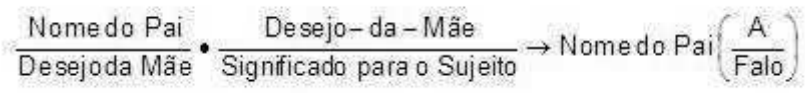

Figura 2 – Metáfora paterna (Lacan, [1958] 1998, p.563)

O significante Nome-do-Pai metaforiza a presença do pai e o desejo da mãe, produzindo um efeito de metáfora sobre o desejo dessa mãe, dando-lhe um contorno, um limite. O primeiro efeito da metáfora paterna é produzir uma significação de sentido desconhecido para o sujeito.

O Desejo da Mãe é um desejo enigmático que representa um vazio inaugural o qual gera perplexidade, tratando-se de "um enigma relacionado ao gozo do Outro que, ao passar pela resposta fálica, se transformará em uma questão acerca do desejo" (Tendlarz, 2009, p. 25). Destaca-se o lugar que a mãe concede à palavra do pai, pois isso se faz a partir de como essa mãe se situa frente à castração e a falta que ela consegue transmitir enquanto mãe.

Na segunda fase da construção da metáfora paterna, a ação do Nome-do-Pai inscreve o falo como significante do desejo do Outro. Ao mesmo tempo, fornece uma imagem identificatória imaginária que a criança localiza como objeto de desejo da mãe. Podemos dizer que o falo significa o desejável e dá lugar às identificações imaginárias. (Tendlarz, 2009)

A operação da metáfora paterna resulta na inscrição da castração simbólica, ou seja, resulta na inscrição da significação fálica que permite uma mediação do sujeito com o Outro em um discurso.

Concluímos que o pai simbólico instaura-se a partir do apontamento feito pela mãe para um terceiro lugar que lhe falta. O Nome-do-Pai se constitui, então, a partir do vazio indicado pela mãe que possibilita a entrada do sujeito na ordem simbólica. Isso sugere a inscrição de um nome no lugar vazio do Outro que possibilita a existência do significante.

Percebemos assim, a relação teórica existente entre a explicação do esquema *L* e o processo de construção da metáfora paterna, pois ambos referem-se à estruturação psíquica do sujeito no campo da neurose.

Lacan desdobra a questão da "interrupção da palavra plena entre o sujeito e o Outro" (Lacan, [1956]1988, p.23) percebida no esquema *L,* com a demonstração do esquema *R*. Finalmente, indica o que se passa na psicose, através do *esquema I*. Comecemos com o *esquema R*:

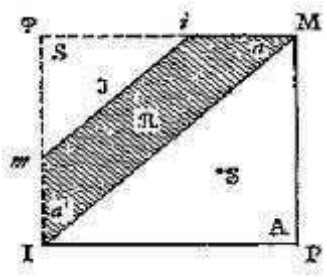

Figura 3 – Esquema *R* (Lacan, [1958] 1998, p. 559)

O esquema *R* é um desdobramento do esquema *L*. Definamos os elementos que compõem esse esquema: I representa o ideal do eu. M representa o significante do objeto primordial, ou seja, é a relação dual mãe/criança que tínhamos na relação especular *a-a'* do esquema *L*. P, por sua vez, representa a posição do Nome-do-Pai em A e se refere ao Outro da linguagem representado também no esquema *L*. A criança ascende à ordem simbólica a partir da entrada do Pai na relação simbiótica existente entre mãe/criança, demonstrado no esquema como o campo do Simbólico[4]. Assim, o A se constitui como campo do Outro e da alteridade discursiva.

No outro lado do esquema, temos o campo do imaginário[5] o qual representa a relação entre a criança e a mãe nos vértices *i* e *m* que são os termos imaginários da relação narcísica. No quadrilátero Mi*m*I delimita-se a significação do sujeito sob o significante do falo, repercutindo na sustentação do campo da realidade, espaço demonstrado no centro do esquema.

[4] O campo do simbólico é o lugar fundamental da linguagem, é a relação do sujeito com o grande Outro.
[5] O imaginário é o registro psíquico correspondente ao ego (eu) do indivíduo. O indivíduo busca no Outro uma sensação de completude. No entanto, o Outro não existe para desenvolver a imagem com que o ego (eu) quer ser sustentado.

O campo do Real[6] une e separa simultaneamente os registros do Imaginário e do Simbólico. Mas ele também é trabalhado por esses dois registros, constituindo assim, o campo da realidade que pode ser compartilhada pelos sujeitos enquanto laço social.

Em 1966, é acrescida uma nota de rodapé ao texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. Nela, Lacan afirma que o campo da realidade só se mantém pela extração do objeto *a* na medida em que, perdido o objeto *a*, o neurótico procura reencontrá-lo pelo viés da fantasia. A extração do objeto *a* é efeito da operação da castração e, na ausência de tal extração, o campo da realidade não se estabiliza.

Na referida nota de rodapé, Lacan ainda esclarece que a faixa MimI é uma banda de Moebius, de modo que "o que o esquema *R* expõe é um plano projetivo" (Lacan, [1957-1958]1998, p.560). A faixa tem uma estrutura mobiana desde que se junte m e M e i a I. Portanto, essa faixa separa e une os dois triângulos, conforme afirmamos acima.

2.3. Representação da psicose no esquema *I* e a Foraclusão do Nome-do-Pai

A partir do desdobramento do esquema *R* – o esquema *I* – fornece a explicação lacaniana das psicoses e sobre a não inscrição da metáfora paterna. Isso demonstra a estruturação do sujeito psicótico a partir de uma distorção dos pontos geométricos do esquema *R*. Vejamos como Lacan faz a anotação desse esquema:

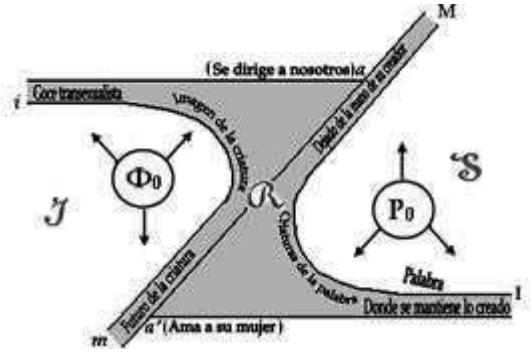

Figura 4 – Esquema *I* (Lacan, [1958] 1998, p. 578)

[6] O campo do real é aquilo que sobra como resto do imaginário e que o simbólico é incapaz de capturar. O real é o impossível, aquilo que não pode ser simbolizado, o lugar da lacuna, da não-existência, do irrepresentável.

Percebemos que P0 significa a falta da metáfora paterna ou da representatividade do Nome-do-Pai. Essa falta de metáfora está representada pela distorção no campo do simbólico. Ora, uma vez que falta a metáfora paterna, a significação fálica também não pode comparecer e isso é demonstrado pela escrita Φ0. Também não temos a triangulação do campo do imaginário, pois, neste campo, percebemos o falo zero ocasionado pela não efetivação da castração simbólica e o consequente não advento da norma fálica.

Lacan nomeia essa falta da metáfora paterna de foraclusão do Nome-do-Pai e, com isso, a consequente não inscrição da norma fálica. Vemos que o enquadramento do Real, transformado em realidade, não se efetua. É o que fica indicado pela torção de todo o esquema, que é anotado no esquema *I* pela "dupla curva da hipérbole." (Lacan, [1958]1998,p.578).

Com o esquema *I* podemos entender melhor por que se diz que o psicótico encontra-se no campo do Real, tratando-se de um real aplainado em que Sa – a'A coincidem (se comparado o esquema *L*), visto que o psicótico não circula no campo do imaginário representado pelo falo, nem pelo campo do simbólico representado pela função paterna.

Desse modo, a intrusão do sujeito psicótico em um discurso, em um laço social, fica prejudicada, pois se não temos o Nome-do-Pai, temos a psicose, não temos o enquadramento da realidade pelo simbólico e consequentemente, temos a construção de um laço social marcado pelas peculiaridades do funcionamento da estrutura psicótica.

Convém acrescentar que para Lacan, o esquema *I*, que representa a psicose, não significa um caos ou um transtorno, mas sim uma saída possível encontrada pelo sujeito a partir da foraclusão do Nome do Pai.

Para Lacan, a foraclusão é o mecanismo original da psicose, que consiste na rejeição do significante Nome-do-Pai ou da lei simbólica e de tudo aquilo que se estabelecerá a partir dessa rejeição. Assim, a foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro e o fracasso da metáfora paterna conferem à psicose sua "condição essencial" (Lacan, [1957-1958]1998, p. 582) com a estrutura que a distingue da neurose.

No seminário *As psicoses,* Lacan ([1956]1988) utiliza o termo freudiano *Verwerfung* para especificar que esta "rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível." Mais adiante, ele diz tratar-se "de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é o dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de significante" (p. 174).

Lacan especifica ainda que o mundo da realidade estrutura-se em termos de significantes que, por sua vez, constituem-se no interior deste "corpo primordial."

([1956]1988, p. 174) Sendo assim, a primeira apreensão da realidade feita pelo sujeito é o julgamento de sua própria existência, que consiste em dizer que *isso* não é sonho, não é alucinação, não é representação, mas que *isso* é o objeto.

Trata-se, então, de se colocar em prova o exterior a partir do interior, passando o sujeito a buscar continuamente o objeto perdido que jamais encontrará, esta constituição da realidade é essencial para a explicação dos mecanismos de repetição.

O termo *Verwerfung* freudiano é entendido por Lacan ([1957-1958]1998) como uma "foraclusão do significante". De acordo com ele, na medida em que o Nome-do-Pai é chamado, "pode responder no Outro um puro e simples furo, o qual, pela carência de efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica." (p. 564)

O termo *forclusion* foi escolhido por Lacan em sua procura para aproximar-se da designação da *Verwerfung* freudiana. No Brasil, foi traduzido por *forclusão* ou *foraclusão,* equivalente em português à *prescrição*. Tal expressão é utilizada no campo jurídico para indicar que algo está prescrito e não pode mais haver uma incidência da lei. Lacan toma esse termo para dizer que nas psicoses a lei simbólica, não podendo incidir sobre o sujeito, torna-o excluído do campo simbólico.

A escolha de Lacan por traduzir *Verwerfung* como foraclusão intenciona marcar a diferença que este termo assume em relação aos demais mecanismos de defesa (o recalcamento, a renegação e a denegação). Considerando que o mecanismo utilizado na neurose é o recalcamento (*Verdrängung*), cujo retorno se constitui nos sintomas. Isso porque a estratégia do sujeito da perversão é o desmentido, às vezes traduzido por recusa (*Verleugnung*), o qual tem o fetiche como retorno. Já a psicose, conforme visto, possui como mecanismo de defesa a foraclusão (*Verwerfung*) e tem a alucinação como aquilo que retorna.

É o que ocorre a Schreber, caso abordado por Freud em 1911, ao ser designado presidente da corte suprema. A partir da ausência de elaboração da metáfora paterna, ocorre-lhe uma carência do significante que lhe possibilitaria assumir a posição que lhe remete à lei e consequentemente, a uma posição subjetiva no campo do Outro.

Maleval (2002) indica-nos que a primeira acepção do termo *foraclusão* proferida por Lacan, que enfatizava a exclusão do significante tenderia ao desuso, sendo superada pela noção de falha inserida na construção do atamento borromeano[7]. Porém, continua

[7] Teorização lacaniana desenvolvida principalmente em R.S.I (1974-75) e no Seminário livro 23 O Sintoma ([1975-1976]2007). O nó borromeano é a topologia lacaniana que representa uma forma de enlaçamento entre os registros do imaginário, simbólico e real.

Maleval, se aceitamos que as vicissitudes do Nome-do-Pai afetam o sentido de foraclusão desde sua concepção (enquanto exclusão) até possuir o sentido de um erro, não temos obstáculos em mantê-la como a estrutura própria da psicose.

Questionamos quais serão os efeitos da foraclusão do Nome-do-Pai na fenomenologia da psicose. É o que veremos a seguir a partir da relação específica do psicótico com a linguagem.

2.4. A relação do psicótico com a linguagem

Lacan (1958) chama a atenção para o fato de Freud, desde a *Interpretação dos Sonhos*, ter se adiantado em relação aos demais teóricos de sua época quanto à questão da linguagem. Ele questiona:

> Como teria Freud reparado nela, uma vez que essa estrutura, por Ferdinand Saussure, só depois foi articulada? Se ela recobre os seus próprios termos, só faz ser mais espantoso que Freud a tenha antecipado. Mas, onde foi que ele a descobriu? Num fluxo significante cujo mistério consiste em que o sujeito não sabe sequer fingir que é seu organizador. (p.629)

Tomaremos as reflexões freudianas de 1915 acerca das observações de Freud ([1915]2006) acerca da linguagem dos esquizofrênicos. Ele diz que as etapas iniciais da esquizofrenia são muito instrutivas. Diz também que nelas se percebe grande número de modificações na fala, considerando-as de maneira particular. É frequente o paciente demonstrar um cuidado especial em sua forma de se expressar. Isso porque sua fala se torna "afetada e preciosa," (p.202) a construção das frases passa por uma desorganização peculiar e se torna incompreensível.

Freud cita o exemplo conhecido de uma paciente de Victor Tausk, levada à clínica após uma discussão com o amante, queixando-se que os olhos estavam *tortos*. Ela mesma relata o que aconteceu e, em linguagem coerente, acusa o amante. Ele havia lhe "entortado os olhos", era um hipócrita. Agora ela tinha "os olhos tortos," (...) "via o mundo com olhos diferentes." (Freud, [1915]2006, p.202) A paciente expressa de forma compreensível sua observação ininteligível, o que faz Freud se deter à questão do significado e gênese da formação de palavras na esquizofrenia.

Mais adiante Freud ([1915]2006) questiona o que empresta o caráter de estranheza à formação substitutiva e ao sintoma na esquizofrenia, ao que responde ser "a

predominância do que tem a ver com as palavras sobre o que tem a ver com as coisas" (p.205). Para ele, "catexia da apresentação da palavra não faz parte do ato de repressão, mas representa a primeira das tentativas de recuperação ou de cura que dominam o quadro clínico da esquizofrenia". ([1915]2006, p.208)

Essa questão relativa à linguagem é abordada por Lacan (1953) de maneira categórica em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. Para ele, a técnica psicanalítica não pode ser compreendida e aplicada corretamente sem o conhecimento de seus conceitos fundamentais. Novamente, ressalta a importância de retomarmos a teorização freudiana. A tarefa de Lacan ([1953]1998) consiste em "demonstrar que esses conceitos só adquirem pleno sentido ao se orientarem num campo de linguagem, ao se ordenarem na função da fala." (p.247)

Lacan critica a vertente psicanalítica que foca no imaginário, buscando renovar as formas com que Freud estabeleceu sua clínica, que, para Lacan, só poderia se manter, se realizada integralmente. Aponta desvios teóricos ao decorrer do tempo pós-freudianos e diz que foi justamente a aversão pelas funções da fala e pelo campo da linguagem que ocasionou mudanças na técnica. Assim, ao abandonar os fundamentos da fala e todo o seu campo, o analista cria "a pedagogia materna, a ajuda samaritana e a mestria/dominação dialética" (Lacan, [1953] 1998, p. 244). Esses efeitos só podem ser corrigidos com um retorno ao estudo das funções da fala.

O principal dispositivo psicanalítico é a fala do paciente enquanto agenciadora de cura, de investigação e mesmo de formação do analista. Assim, trata-se de uma fala endereçada que pede resposta, já "que não há fala sem resposta, mesmo que se depare apenas com o silêncio, desde que ela tenha um ouvinte." (Lacan, [1953] 1998, p. 249)

Podemos dizer que o analista deva buscar ouvir o que vai além da fala do sujeito, o que não é dito, visando suspender suas certezas a partir do "termo significativo" (Lacan, [1953] 1998, p. 253) presente em seu discurso. Assim, o analista oferece ao analisante a possibilidade de se inscrever a partir de sua singularidade, possibilitando-lhe uma mudança de posição subjetiva.

Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise foi destinado a psicanalistas e estudantes em um momento crucial da teorização lacaniana. Esclarece questões técnicas que devem fundamentar a psicanálise, evidenciando a resistência dos psicanalistas freudianos em operar com aquilo que se marginaliza do discurso do sujeito.

Trata-se de um texto importante em nosso estudo, pois, constatamos que, ao priorizarmos a escuta, possibilitamos a emergência de saberes e saídas para o sofrimento

que toma o sujeito a partir das indicações que ele próprio nos fornece. Cabe-nos, então, a condução de seus tratamentos através dessas indicações.

Seguindo as orientações de Lacan para não nos determos diante das psicoses, possibilitamos que alguma construção se faça. E, destacamos aqui, a função dos delírios na fala destes sujeitos, objetivo primordial de nosso estudo, que será sempre buscada nos capítulos desta dissertação.

Mantendo-nos na relação do sujeito com a linguagem, Lacan ([1955-1956] 1988) propõe um estudo da estrutura da linguagem e seus distúrbios na psicose. Ele afirma que a linguagem não se reduz ao que Clérambault denominou fenômenos elementares. Os mesmos são considerados simples fenômenos mecânicos que comandam o pensamento do psicótico, tornando-o repetido e contraditório.

Para Lacan, é preciso que se atente para a estrutura interna da linguagem a partir de seu estudo pormenorizado. Ele percebe a distinção entre a linguagem na neurose e na psicose dizendo que "se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído" ([1955-1956]1988, p.284) por ela, reconhecendo na loucura:

> A liberdade negativa de uma fala que renunciou a se fazer reconhecer,ou seja, aquilo que chamamos obstáculo à transferência, e, de outro lado, a formação singular de um delírio que - fabulatório, fantástico ou cosmológico; interpretativo, reivindicatório ou idealista - objetiva o sujeito em uma linguagem sem dialética. (Lacan, [1953]1998, p.281)

Então, podemos afirmar que, ao entendermos que o sujeito psicótico situa-se fora da lógica fálica, a qual advém da constituição da metáfora paterna, como consequência, seu discurso fica sem rumo diante dos significantes que correm fora da cadeia. As palavras constituem uma verdade absoluta para o psicótico que permanece perplexo diante dos significantes soltos. A construção da metáfora delirante ocorre exatamente como uma das possibilidades de apaziguamento do sujeito frente à invasão dos significantes.

Pensando nessas particularidades especificas do sujeito psicótico com a linguagem, Lacan esclarece os fenômenos de código e os fenômenos de mensagem. Os fenômenos de código são constituídos pelas alucinações que instruem o sujeito sobre novas formas, neologismos ou neocódigos e que lhe servem como "língua fundamental." ([1958]1998, p.543) É o que Schreber descreve ser sua autêntica e primordial forma ou os "verdadeiros sentimentos das almas." (Lacan, [1958]1998, p.544)

Os neologismos[8] são um dos transtornos de linguagem mais estudados. Lacan, no *seminário 3* ([1955-1956] 1988), diz que ao nível do significante, o delírio se distingue, em seu caráter material, por sua forma particular de discordância com a linguagem comum denominada de neologismo, não se tratando, portanto, de mera criação de uma palavra nova.

Com relação a isso, Maleval esclarece-nos que para se indicar a foraclusão do Nome-do-Pai é preciso mais do que encontrar uma nova formação da palavra na fala de um sujeito. Ele argumenta existir uma discordância entre a concepção usual e a conceituação clínica de neologismo. Considera que as concepções clássicas insistem na novidade apresentada pela palavra ou no sentido que lhe é dado. Porém, existe certo mal entendido que se deve levar em conta na comunicação entre os sujeitos, visto não darmos exatamente o mesmo sentido às palavras que usamos. (Maleval, 2002)

As palavras se inscrevem em torno de uma semântica ampla, de maneira que a concepção original normalmente constitui a regra. Nessa perspectiva, o neologismo é permanente. Por outro lado, a língua é viva e resulta de uma criação incessante, de modo que toda linguagem se compõe por neologismos que se impõem. Maleval (2002) conclui que para circunscrever o neologismo propriamente psicótico temos um problema clínico que não pode ser reduzido à simples análise formal.

Com relação aos fenômenos de mensagem, podemos encontrar o exemplo de falas interrompidas. A frase se interrompe onde termina o grupo de palavras chamadas termos-índice, ou seja, aqueles em que a função no significante é designada por termos que no código indicarão a posição do sujeito a partir da própria mensagem.

Enquanto na neurose o sentido da mensagem vem sempre em resposta ao Outro, constituindo-se em uma fala dirigida ao Outro, na psicose ocorre a não existência deste Outro em que a mensagem possa retornar enquanto significação. Daí, percebemos que a relação do psicótico com a linguagem aponta para a foraclusão enquanto um acidente no campo simbólico. A palavra e a coisa se confundem, as palavras tornam-se coisas, que invadem o corpo do sujeito. (Lacan, [1958]1998)

Para Lacan, o caso Schreber representa o ponto de partida para a fenomenologia das psicoses por fornecer as bases para o estudo das estruturas. Ele parte da relação existente entre o sujeito e o significante, abordando o aspecto fenomenológico para concluir que o

[8] Neologismo: Palavra ou expressão nova numa língua, formada a partir de uma palavra conhecida, a qual se confere outro sentido; significado novo que uma palavra ou expressão de uma língua pode assumir

sintoma psicótico se articula claramente à própria estrutura. Lacan ([1958]1998), então, esclarece que o sintoma psicótico *denuncia* a psicose, diferentemente da neurose, em que o sintoma representa um mero indício da estrutura.

É importante ressaltarmos a afirmativa de Maleval de que não se pode falar em psicose somente a partir da linguagem, pois não são os transtornos das atitudes linguísticas que causam a psicose. Ao contrário, é a psicose quem gera tais transtornos de linguagem. Portanto, os estudos linguísticos e cognitivistas não permitem captar a fenomenologia clínica da psicose. Para Maleval (2002), é indiscutível que seja a partir dos transtornos de linguagem, que se percebe o que escapa nas colocações, ou seja, o sujeito do inconsciente.

Passemos ao texto *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos* (Lacan, [1966] 1998), momento em que, alguns anos depois, Lacan retoma a temática das psicoses e refere-se à abordagem feita em *Uma questão preliminar...*

2.5. Construções lacanianas a partir da *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos*

Em *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos*, Lacan (1966) realiza uma retrospectiva de todo seu ensino relativo às psicoses. Ele reafirma a necessidade do retorno a Freud na expectativa de recuperar-lhe os direitos*,* referindo-se às distorções que se fizeram aos seus textos. Além disso, reconhece o mérito de Freud pela elaboração da teoria do inconsciente.

Lacan menciona Schreber, (Freud [1911] 2006), retomado no *Seminário 3,* pela lógica do significante. Nesse momento, sob a perspectiva do "sujeito do gozo e do sujeito que o significante representa para um significante que é sempre outro." (Lacan, [1966] 2003,p.221) Ele define a paranoia como a estrutura que identifica "o gozo no lugar do Outro,"([1966]2003, p. 221) estando o sujeito no lugar de objeto do gozo do Outro.

Essa afirmação qualifica muitos fenômenos descritos por Schreber, pois, aqui o Outro é encarnado por Deus. O Deus da construção delirante de Schreber é um deus morto do significante que o absorve como seu objeto de gozo.

Faremos um parêntese para abordar o conceito de gozo em Lacan: no Seminário 17, *O avesso da psicanálise*, ele chama "o gozo do Outro" de saber, ([1969-1970] 1992, p. 12) articulando o campo da linguagem ao campo do gozo.

Essa nova abordagem de Lacan nos faz refletir a respeito da estabilização a partir de um novo aspecto. Podemos pensar que a regulação do gozo pela linguagem deixa um resto que aponta para uma falta estrutural no campo do Outro e que a inconsistência do Outro é entendida como uma falta constitutiva da ordem simbólica, sendo considerada universal.

Soler (2007) refere-se à experiência enigmática da psicose de Schreber, dizendo tratar-se de um gozo que se apresenta pela invasão do corpo por um Outro divino. Podemos constatar essa questão em termos freudianos com a afirmação de que na psicose, "aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora." (Freud [1911]2006, p.78).

Em termos freudianos, Schreber reconstrói uma nova realidade delirante, mas, enquanto a libido permanece centrada no ego, ele vivencia fenômenos corporais por existir um excesso de libido ainda não investida externamente. Na medida em que a libido é recatexizada, sua fantasia feminina se dirige ao pai e o quadro se estabiliza com a vontade divina de *se* tornara mulher de Deus.

Na visão de Lacan, Schreber se vê ameaçado em sua virilidade pelo retorno no real da castração simbólica foracluída, trata-se de um gozo foracluído do simbólico que retorna do real, não podendo, assim, ser considerado sexual. Lacan explicita que o estado de feminilização é um efeito do não posicionamento do sujeito na partilha dos sexos.

Podemos considerar que as argumentações lacanianas de que o fenômeno psicótico retorna do real apresenta pontos de convergência com o pensamento freudiano de que o fragmento externo, rejeitado e abolido, retorna de fora. Freud utiliza o verbo *impor* para designar a invasão do fenômeno no psiquismo e no corpo do sujeito. Dessa forma, ele aponta o caráter de exterioridade da linguagem, revelado de modo incisivo na psicose.

Para Maleval (2002), a abordagem lacaniana das psicoses pela via do gozo não aumenta as perspectivas terapêuticas produzidas por suas teorizações anteriores que partem da lógica do significante. Entretanto, diminuem os obstáculos anteriores, visto que "destacam as dificuldades inerentes à especificidade da relação transferencial, se opõem à interpretação significante do delírio e situa o sujeito fora do discurso." (p.374)

Na década de 70, Lacan parte para a clínica borromeana, com o conceito de gozo, tratado por ele, principalmente, no seminário 17 ([1969-1970]1992), produzindo a pluralização dos significantes que determinará o regime das suplências, os chamados casos raros, inclassificáveis que não são as formas clássicas de apresentação. Temos o estudo dos nós borromeanos, a equivalência dos três registros em relação ao gozo e a análise de Joyce.

No *seminário, livro 22: R.S.I.* (1974-1975, s.d.) Lacan descreve o entrelaçamento entre Real, Simbólico e Imaginário através da escritura do nó borromeano. A partir dessa

construção, Lacan explica a constituição do sintoma como um efeito do Simbólico sobre o Real. O real é o nada que antecede, *ex-siste* à vida e é recalcado para possibilitar a inscrição do significante, originando o sintoma. O Real, o Simbólico e o Imaginário seriam veiculadores de um sentido e o processo de análise seria o operador da redução deste sentido. A partir do momento em que o inconsciente se apoia no Simbólico, é do equívoco fundamental que se refere o termo Simbólico tratado em análise.

Lacan esclarece que o equívoco fundamental não se refere ao sentido. "O sentido é aquilo por que alguma coisa responde, é diferente do Simbólico, e esta alguma coisa, não há meios de suportá-la senão a partir do Imaginário." (Lacan, [1974-1975]p.4) O imaginário tem por referência o corpo e tudo que pelo corpo se representa.

Os três registros têm como referência o simbólico, que por sua vez, possui a mesma estrutura da linguagem que tem o Nome-do-Pai como suporte. (Lacan, [1974-1975] s.d.) Lacan introduz o Nome-do-Pai como um quarto elo, uma corda que sustenta os três registros: Simbólico, o Imaginário e o Real, estabelecendo uma interligação entre eles. O Real é o que está fora do simbólico sendo, por isso, definido como o impossível de ser simbolizado. O imaginário refere-se à imagem do corpo sem a intermediação da palavra. Portanto, temos o Real enquanto o não sentido, o impensável; o Simbólico como a possibilidade de sentido e do equívoco; o imaginário é uma tentativa de produção de sentido unívoco, homogêneo.

No *seminário, livro 23: O sinthoma* ([1975-1976], 2007) Lacan passa da explicação introduzida nos anos 50 do *Simbólico, Imaginário e Real* para *Real, Simbólico e Imaginário (R.S.I)* em função de reconhecer neste momento a primazia do Real sobre os demais registros. Lacan utiliza a topologia dos nós para demonstrar a dimensão do real e, para situar o ponto nodal da estrutura, ele descreve o entrelaçamento dos três registros em sua vinculação ao real.

O Real é o estritamente impensável, está fora do simbólico. No entanto, se inscreve na estrutura a partir da marca significante produzida com o advento do simbólico, fazendo-lhe um furo e se presentifica no Imaginário sob a forma de não saber sobre a espécie. O Real *ex-siste* ao encontrar a retenção estabelecida pelo Simbólico e pelo Imaginário. (Lacan, [1975-1976]2007)

Lacan ([1975-1976]2007) chega à possibilidade de amarração dos três registros a partir da topologia dos nós. O nó borromeano, por sua suposta consistência de corda, é da ordem do imaginário. Através dele, Lacan explica a constituição do sintoma, como um efeito do Simbólico sobre o Real.

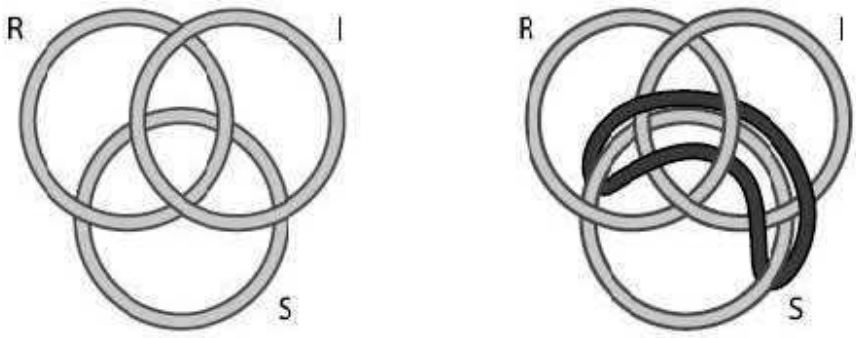

Figura 5 – Os três anéis separados e, depois, ligados pelo sinthoma, o quarto. (Lacan, [1975-1976] 2007, p. 21)

O nó borromeano se apresenta com o mínimo de três elos distintos, em que, rompendo um deles, os demais também se soltam independentemente de quantos forem. Para Lacan, esta propriedade homogeneíza tudo o que existe de número a partir de três, onde os elos um e dois se destacam, sendo a partir do terceiro que algo se inicia incluindo os demais. ([1974-1975] s.d.)

O nó de trevo deriva do nó borromeano e exemplifica o Imaginário liberado. Isso devido a um erro em que o Simbólico, que deveria passar por baixo do anel do Real, passa por cima, deixando o Imaginário solto. Basta que aconteça um erro, em algum lugar deste nó para que ele se reduza a uma rodinha.

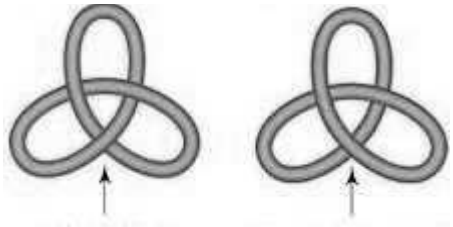

Figura 6 – Nó de três e nó de três errado. (Lacan, [1975-1976] 2007, p. 21)

Lacan denomina sinthoma aquilo que permite ao nó de três se manter enquanto tal, de forma que possua o aspecto de constituir o nó de três. O sinthoma está marcado por uma rodinha de barbante no lugar em que se produz o erro. Mas Lacan ([1975-1976]2007)

diz ser concebível corrigi-lo em outro ponto, posto se tratar de fazer com que se mantenha a estrutura do nó de três. Porém, ele deixa claro que o resultado desta operação é diferente, de acordo com o lugar em que a compensação se coloque.

Figura 7 – O erro corrigido onde ele se produziu. (Lacan, [1975-1976] 2007, p. 94)

As últimas elaborações de Lacan nos levam a conceber a foraclusão psicótica fundamentalmente como um erro do enodamento borromeano na estruturação do sujeito. Quando os S1 do sinthoma demonstram não estarem aptos a sustentar a divisão do sujeito, ou se dispersam causando a ausência de nó ou se aglutinam com os S2 originando o nó de trevo. No polo esquizofrênico das psicoses o gozo se mostra desencadeado e tende a atormentar os órgãos. O sujeito só consegue tratá-lo a partir do imaginário para que possa extrair dele algum gozo. (Maleval, 2002).

Lacan refere-se ao erro do nó de Joyce enquanto uma possibilidade de amarração do Imaginário a partir de uma quarta corda: o s*inthoma*. Esse quarto termo, no caso de Joyce, representado por sua escrita, ata os registros e corrige o nó de maneira borromeana.

Convém explicitar que o erro pode estar em qualquer entrelace dos registros, em qualquer entrecruzamento e o sinthoma refere-se a uma espécie de sutura neste ponto de erro. Trata-se da possibilidade de que alguma coisa mantenha unido simbólico, imaginário e real, ainda que por dois erros se encontrem soltos.

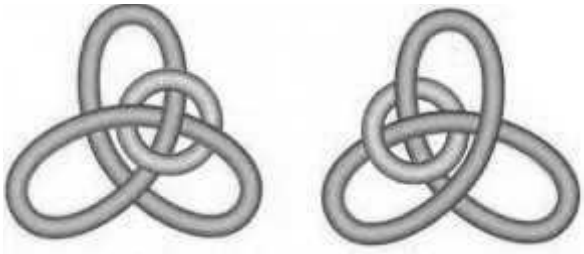

Figura 8 – Corrigido o erro em outros dois pontos. (Lacan, [1975-1976] 2007, p. 94)

A partir de Joyce, Lacan concebe outra possibilidade de amarração para além do Nome-do-Pai. Ele supõe que Joyce supre sua falta de sustentação fálica através da arte; partindo da premissa de que houve no caso de Joyce a foraclusão do Nome-do-Pai.

Em Joyce, a escritura mostra uma dimensão além do Imaginário, solidária com a falta particular da nomeação imaginária, na medida em que o Nome-do-Pai foi suprido de uma maneira particular. “Através de sua escrita, ele consegue transformar todo o gozo

sentido que a literatura habitualmente veicula num gozo da letra, fora do sentido. Dos uns da língua ele constrói uma fixão[fixion] , e não uma ficção de gozo."(Soler,2007,p.114)

A partir disso, ele efetua uma passagem do simbólico ao real e ainda impõe sua literatura fora do discurso, restabelecendo assim, o vínculo social a partir de um lugar de exceção. Joyce transmite através da escrita a tarefa que comumente cabe ao delírio: produzir sentido. Sua escrita dá vida à língua preservando a dimensão enigmática.

Através da arte, Joyce inventa uma escrita que de alguma forma o nomeia e sustenta. Lacan articula a forma pela qual Joyce, através de sua arte, conseguiu produzir este efeito de suplência ao Nome-do-Pai foracluído.

Podemos dizer que Lacan formula a hipótese da obra como suplência ou *sinthoma* através do estudo da função da escrita para Joyce, tornando-o paradigma da modalidade de solução na psicose através da obra, por sua escrita. Mas, na prática institucional pouco se vê de estabilizações ocorridas pela via da escrita. Como argumenta Guerra (2007) em sua tese de doutorado:

> A escrita é correntemente considerada uma possibilidade de estabilização, um modo de suplência aos casos de psicose, ainda que seja uma solução raramente encontrada na clínica. O estudo de Lacan sobre Joyce estimulou essa associação. O que, entretanto, a clínica com a psicose na verdade testemunha é uma variedade muito grande de relações entre a escrita e as soluções psicóticas. (p. 83)

Consideramos a existência das várias possibilidades de suplência favorecidas nos serviços de saúde mental através das chamadas *oficinas terapêuticas*. São exemplos desse tipo de oficinas: as oficinas de arte, de música, de artesanato, dentre outras. As mesmas trazem bons resultados à clínica na medida em que se constituem em espaços de expressão de subjetividades. Porém, é importante esclarecer que nossa intenção em privilegiar as construções delirantes não implica em divergir desses recursos. Tais recursos constituem vias de tratamento importantes nas instituições, contudo, insistirmos naqueles casos em que os sujeitos, se recusando a estas possibilidades, muitas vezes chegam a afastar-se do tratamento. Isso nos fez refletir sobre a atuação ou intervenção necessária para alcançar estes sujeitos.

Buscando autores que se atentaram para a proposta de estabilização da psicose pela via do delírio, encontramos Soler (2007), Quinet (2003, 2010) e Maleval (1998, 2002) além de Laurent e Kaufmant (citados por Maleval). Eles destacam a abordagem lacaniana

que rompe radicalmente com o que se chamava psicanálise das psicoses, retomando a descoberta freudiana do delírio enquanto uma tentativa de cura do sujeito.

> O delírio constitui uma metáfora que supre a função paterna foracluida, de tal forma que, em suas formas mais elaboradas (paranoicas e parafrênicas), consegue enquadrar o gozo do sujeito, levando, por fim, a uma composição com base em significantes ideais que estabilizam a realidade. Às vezes, o resultado favorável de um tratamento com psicótico pode ser a construção de um delírio. (Maleval, 2002,p.413)

Ainda com Maleval (2002), afirmamos que "a direção da cura orientada em função do atemperamento do gozo não pode planejar qual forma de suplência será capaz de elaborar o sujeito ao final de seu trabalho." (p. 414) Então, acreditamos que o analista deva se respaldar na abordagem do sujeito psicótico guiada na capacidade que o mesmo possui para construir uma suplência. "Esta aposta é sustentada pela ação do analista em função da posição ética de objeto *a*." (Maleval, 2002, p.416)

Em seguida, abordaremos mais especificamente a questão da construção da metáfora delirante. Obviamente constatamos que o tema não se esgota nestas linhas iniciais. Tentamos percorrer o essencial ao entendimento das psicoses para a viabilização de sua clínica.

2.6. A função terapêutica do Delírio

Continuando com a temática das psicoses, passaremos mais especificamente ao *delírio.* Faz-se necessário articular as teorizações psicanalíticas com a psicopatologia clássica por constituírem campos distintos que se entrelaçam na prática clínica. Além de possuírem uma historicidade que influenciou e, até hoje influencia, nas questões relativas à teorização e clínica das psicoses.

Através dessas reflexões pretendemos ter melhores condições para passar ao capítulo seguinte em que pretendemos abordar mais especificamente a clínica psicanalítica que aposta na singularidade do sujeito diante do contexto da Saúde Mental brasileira. Sendo nossa intenção abordar, partindo dos casos clínicos apresentados no primeiro capítulo, o papel da psicanálise diante de sujeitos que optaram pela tentativa de construção de metáfora delirante.

A busca pelo entendimento do processo delirante a partir de seu surgimento, construção e função para o sujeito, propostos pela psicanálise, provoca uma ruptura entre

as abordagens psiquiátricas e psicanalíticas. Colina (2010) enumera as diferenças primordiais entre as proposições organicistas e psicanalíticas.

Primeiramente, ele refere-se ao sentido dado ao sintoma, que pode ser entendido como resíduo ou função inferior liberada como efeito da doença, ou pode ser considerado um esforço complementar do sujeito para trabalhar com aquilo que lhe cai. Ou seja, o sintoma pode representar uma possibilidade de restituir equilíbrio ao sujeito.

Nessa acepção, o sintoma é concebido como uma defesa por oferecer a possibilidade de reconstrução frente à destruição imposta ao sujeito. Pode-se considerar que o sintoma é ao mesmo tempo doloroso e algo que se quer evitar, mas também algo que não se pode renunciar. O delírio é um bom exemplo de destruição e reconstrução que obedece a uma lógica.

Se tomarmos a questão da linguagem nas psicoses pela perspectiva da psicopatologia, ela será entendida como um instrumento e situada a partir do seu uso cognitivo e comunicativo. Já a abordagem psicanalítica enfatiza a linguagem enquanto um meio, afirmando que a palavra nos precede em um mundo falado que nos recebe, ou seja, a linguagem do mundo nos antecipa e determina o que dizemos. (Lacan, [1958] 1998)

Maleval (1998) considera que o delírio constitui uma defesa complexa cuja forma mais elaborada alcança um notável apaziguamento da angústia do sujeito. Além disso, o mesmo busca uma construção possível a partir da falta do significante que "permita-lhe tornar suportável a incompletude do Outro." (Maleval, 1998, p.83)

É importante acrescentar que não estamos diante de restos defeituosos do pensamento, ou diante de pedaços soltos de uma função alterada e destruída. Ao contrário disso, o delírio é o resultado de um esforço criativo do psicótico que podemos chamar de trabalho delirante.

2.7. Delineamento dos termos delírio e alucinação: da Psicopatologia Clássica à Psicanálise.

Ao final do século XVIII, o termo delírio possuía uma significação ampla e imprecisa, designando qualquer desordem mental ou destempero da imaginação. Na enciclopédia de D'alambert e Diderot era situado no campo da moral. Aos poucos, seu significado passa a ser de domínio da medicina, sendo convertido em um sintoma das psicoses não orgânicas (Maleval, 1998; Colina, 2010).

A primeira referência tradicional de caráter etimológico considera o delírio uma saída da razão, apresentando uma conotação de excesso e desordem que pode resultar em elegantes saídas. Porém, pouco mais é explicitado sobre o conhecimento do termo. (Alvarez, Esteban e Sauvagnat, 2004)

Concepções fenomenológicas apoiam-se em quatro propriedades descritivas para caracterizar uma ideia delirante: convicção; perda da realidade; ruptura do laço social e autoreferência. A convicção delirante apresenta uma certeza específica e uma intensidade desmedida, implicando em uma adesão sem reserva do sujeito.

Freud, em 1924, já apontava uma direção para a questão da perda da realidade ao tentar diferenciar neurose e psicose. Ele partiu inicialmente do princípio de que na neurose o sujeito não repudia a realidade, mas apenas foge dela; enquanto na psicose, o sujeito repudia a realidade e a substitui por uma construção delirante. Freud percebe, porém, que também na neurose ocorre perda da realidade e tentativas de substituição desta realidade desagradável por outra que atenda melhor aos desejos do sujeito. Isso o leva a renunciar a este critério diferencial entre neurose e psicose.

Outro aspecto a se discutir é relacionar delírio a um desvio da norma cultural. A justificativa é de que este impeça o estabelecimento do laço social, pois percebemos que são incontáveis as interpretações delirantes que constituem vínculo eficaz entre as pessoas.

Maleval (1998) considera que as contribuições da psiquiatria clássica ao enfoque do delírio apresentam importantes indicações para a prática clínica. Entretanto, argumenta sobre a insuficiência desses conceitos em suas tentativas de delimitar o termo delírio a partir das características descritas acima. Para ele, um sujeito dito normal pode apresentar juízos falsos em decorrência de seu contexto de vida. Assim como podemos encontrar delírios que surgem de ideias verdadeiras, como as ideias de infidelidade e perseguição. Existem ainda as convicções políticas ou religiosas, às quais as pessoas tornam-se radicalmente adeptas sem que, por isso, sejam consideradas delirantes.

É comum ouvirmos dizer que o sujeito psicótico encontra dificuldades em estabelecer laço social, pois o mesmo mecanismo que nos autoriza a participar das trocas simbólicas é o que nos prende à realidade social. Isso nos faz concordar com Quinet (2010) que afirma que o psicótico é livre dos discursos estabelecidos. Entretanto, essa experiência de liberdade, contrariamente ao que possa parecer, custa-lhe caro; afinal, os fenômenos psicóticos, geralmente são vividos com angústia e sofrimento extremos.

Maleval (1998) aponta para outra importante e complexa questão que afeta diretamente a clínica da psicose. Tratam-se dos ideais cientificistas que sustentam o

discurso da psiquiatria e induzem a promover uma objetivação do delírio. Referimo-nos especificamente aos manuais de diagnóstico psiquiátrico (DSM's) utilizados nas condutas médicas. Os mesmos se limitam a catalogar comportamentos, desconsiderando a dinâmica própria do sujeito e, com isso, mantêm indefinida a noção de ideia delirante.

Nessa mesma direção, Quinet (2010) afirma que ao se substituir as doenças tratadas pela psiquiatria clássica por transtornos, opta-se pela simples descrição e comunicação entre os profissionais em detrimento à proposta de uma clínica singular do sujeito.

Pesquisando o Compêndio de Psiquiatria, encontramos uma afirmação contraditória: inicialmente temos uma menção à psicanálise freudiana, em que se lê que esta continua sendo a pedra fundamental da psiquiatria moderna (Kaplan, Sadock, Grebb, 2006). Mas, em capítulo posterior, temos a afirmativa de que a psiquiatria está envolvida com a fenomenologia e o estudo dos fenômenos mentais. Temos também a afirmativa de que cabe aos psiquiatras o domínio da técnica da observação, da descrição evocativa e o diagnóstico feito a partir das síndromes apresentadas pelo paciente.

Com relação aos manuais de diagnósticos utilizados pelos psiquiatras, existe a intenção de que sejam ateóricos, objetivando-se à mera descrição dos transtornos. Têm por finalidade serem utilizados, entendidos e compartilhados por profissionais de todo o mundo a partir da noção de transtorno. Com isso, elimina-se a noção da origem e conceituação das doenças. Quinet (2010), manifestando-se contrário a essa classificação, afirma que:

> Fundar uma prática de diagnóstico baseada no consenso estatístico de termos relativos a transtornos, que, por conseguinte devem ser eliminados com medicamentos, é abandonar a clínica feita propriamente de sinais e sintomas que remetem a uma estrutura clínica, que é a estrutura do próprio sujeito. (p.12)

Na perspectiva psicopatológica clássica, a correlação entre alucinação e delírio também é uma questão controversa. Esquirol, ao conceituar a alucinação enquanto uma percepção sem objeto induz à conclusão de que as percepções sejam falsas e irreais, apesar de se apresentarem acompanhadas por uma convicção de realidade. Se partirmos dessa definição, que suprime o objeto da realidade, a questão se desloca para o âmbito do pensamento visto que o atributo físico desapareceu e, com isso, temos indicada uma conotação de doença.

Diante de tal concepção teórica, Lacan (1958), conforme nos referimos no capítulo anterior, se opõe frontalmente, criticando todas as teorias relacionadas à percepção. Ele

alega que se utilizam do mesmo critério para explicar a alucinação ao considerarem a existência de um *percipiens* responsável pela percepção. Ele diz:

> Ousamos, com efeito, por no mesmo saco, digamos assim, todas as posições nessa matéria, (...) em nome do fato manifesto de que uma alucinação é um *perceptum* sem objeto, essas posições contentam-se em pedir ao *percipiens* justificativa desse *perceptum*, sem que ninguém se dê conta de que, nesse pedido, um tempo é saltado: o de interrogar se o *perceptum* em si deixa um sentido unívoco no *percipiens* aqui requisitado a explicá-lo. (Lacan, [1958] 1998, p. 538)

Então, conforme já indicamos, Lacan desenvolve sua teorização acerca do processo perceptivo demonstrando que a percepção está mediada pelo inconsciente e ordenada pelo simbólico em função das relações do sujeito com a linguagem. Sua tese provoca uma reviravolta frente às outras teorizações da percepção, pois, para Lacan, o *perceptum* está estruturado pela linguagem e a estrutura é o que determina o sujeito. Invertendo o que era aceito como mecanismo da percepção, Lacan concede ao p*erceptum* uma função de causa, cujo efeito de divisão recai não sobre o *percipiens*, mas sobre o sujeito.

A subversão lacaniana no campo da percepção foi efeito do reconhecimento do *perceptum* enquanto fato de linguagem, elevando-o à categoria de causa do sujeito. Não há, portanto, um sujeito ativo da percepção, mas apenas um sujeito que é efeito da divisão do significante. Ao concluirmos que o *perceptum* alucinatório é anterior ao sujeito, retiramos o *percipiens* do lugar central que ocupava nas demais concepções.

Soler (2007), partindo da teorização lacaniana, afirma que quando o sujeito alucina,

> sua fala é ouvida como vindo do outro, e uma oscilação lhe é imposta entre um momento de incerteza alusiva e de certeza alucinatória. Ele não é agente, ficando, ao contrário, sujeitado ao efeito do *perceptum*, produzido não como unificador, mas justamente como equívoco e duplo. (pp. 35-36)

Lacan, em 1956, ao abordar os fenômenos psicóticos, dizendo que possuem uma significação intensa, manifesta na realidade do sujeito com a característica de não parecer ou se relacionar a nada pelo fato de não ter sido simbolizada. Isto indica que devemos considerar que a significação é sempre relacionada ao sujeito e, ao reaparecer, será o fator determinante da invasão psicótica.

Na psicose, devido às dificuldades do sujeito em constituir o pacto com o outro através de uma mediação simbólica, estabelece-se um modo de mediação com este outro ao nível do imaginário. Ocorrendo "uma proliferação imaginária deformada e profundamente a-simbólica," (Lacan, [1956]1988, p. 104) visto que o significante sofre

profundos remanejamentos que dão um conteúdo particular às intuições mais significantes para o sujeito.

Lacan ([1956] 1988) nos adverte ainda quanto à importância de detectarmos o ponto de correspondência entre delírio e demanda, considerando que esta demanda é feita às avessas por surgir no campo de um real não simbolizável. O delírio constitui-se em uma exigência de ordem simbólica que não pode ser integrada ao movimento dialético sobre o qual viveu o sujeito e, por isso, "acarreta uma desagregação em cadeia, uma subtração da trama na tapeçaria, que se chama delírio." (p.105)

Freud fornece-nos uma vasta contribuição ao estudo das psicoses e suas manifestações que podemos encontrar em vários momentos de sua elaboração teórica. Por isso, é sempre o norteador do ensinamento lacaniano.

Em 1900, Freud faz uma analogia entre os sonhos e a constituição do delírio. Ele a retoma na Conferência XXIX (1933), quando correlaciona o estado de sono à psicose, pelo fato de que em ambos os casos acontece um afastamento do mundo externo. Tal afastamento é condição necessária ao desenvolvimento da psicose e, referindo-se a esta, ele faz a seguinte distinção:

> Nas psicoses, porém, o apartar-se da realidade é levado a cabo por duas espécies de vias: ou porque o reprimido inconsciente se tornou excessivamente forte, de modo a dominar o consciente, que se liga à realidade, ou porque a realidade se tornou tão profundamente angustiante, que o ego ameaçado se lança nos braços das forças instintuais inconscientes em uma revolta desesperada. (Freud, [1933] 2006, p.25)

Para Freud, a equiparação do delírio ao sonho se dá pelo uso oportuno do impulso recalcado frente ao afastamento da realidade para, com isso, chegar à consciência. Enquanto isso, as resistências deformam e deslocam o material que vem à tona.

Para pensar este vir à tona nas psicoses, façamos uma pequena digressão sobre a questão do gozo em Freud. Com relação à alucinação, Freud no *Projeto para uma psicologia científica* ([1895] 2006), recorre à noção de primeira experiência de satisfação para explicar o fenômeno alucinatório. Ele nos explica que a partir das necessidades corporais o bebê grita, sem alcançar a saciedade. Sua satisfação só acontece através do cuidado do outro, ou seja, faz-se necessário uma intervenção externa para que ocorra a satisfação e a consequente eliminação dos estímulos internos.

A percepção surge da vivência de satisfação, sendo que essa percepção produz uma imagem mnêmica que será associada ao traço de memória da excitação que foi produzida

pela necessidade. O bebê alucina o seio para repetir a primeira experiência de satisfação, ocorrendo um superinvestimento energético dos vestígios que a primeira satisfação deixou no psiquismo.

Quando a necessidade surge novamente, vem um impulso psíquico que busca investir novamente a imagem mnêmica, pois foi estabelecida uma facilitação na vivência de satisfação, uma conexão entre a imagem mnêmica e o traço de excitação. O investimento na imagem mnêmica produz uma percepção que visa restabelecer a situação da primeira satisfação.

Assim, o reaparecimento da percepção objetiva-se à realização do desejo. Para Freud, o aparelho psíquico produz o fenômeno da alucinação ao buscar repetir a percepção ligada à vivência de satisfação. Portanto, podemos entender que a primeira experiência de satisfação deixa marcas no psiquismo e, ao longo da vida, o sujeito tentará resgatar esta primeira experiência. Trata-se de uma experiência mítica em que algo se perde e não pode ser representado. Porém, deixa um resto, que Freud chamou de *das Ding,* um vazio por excelência, que não pode ser preenchido por nenhum outro objeto.

Lacan ([1960] 2008), no seminário sobre *A ética da psicanálise*, retoma a *Coisa – das Ding* freudiana como o Outro absoluto do sujeito, que tentamos reencontrar, mas que, no máximo chegamos às suas coordenadas de prazer. Será na ânsia de buscá-lo e de esperá-lo que a tensão se minimiza ao ponto de que não haja nem percepção, nem esforço, é o que Freud chamou de princípio do prazer. O mundo perceptivo só pode se ordenar de modo válido a partir de algo que o alucine. “E é Freud quem nos apresenta este mundo perceptivo que depende dessa alucinação fundamental sem a qual não haveria nenhuma atenção possível.” (p. 68)

A esse respeito, Garcia-Roza (2009) afirma que *das Ding* habita um lugar para além da linguagem. Ele faz uma distinção entre linguagem como função (que diz respeito ao exercício da função simbólica) e linguagem como estrutura (estruturante da rede de significantes ao nível do inconsciente).

Freud ([1911] 2006), a partir da leitura do livro *Memórias de um enfermo nervioso* (Schreber, Daniel Paul, [1903] 1999), publica *Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de Paranoia* em 1911. Ele percebe a sutileza da função que o delírio exerce para o sujeito da psicose ao descobrir que as construções delirantes, entendidas como patológicas, são na verdade tentativas de restabelecimento. Além de constituírem “um processo de reconstrução.” (p. 78)

Ao considerar o delírio como um dos fenômenos principais da psicose e a existência de um saber nos delírios, Freud provoca um verdadeiro alvoroço na psiquiatria de sua época. Isso, pois, além de atribuir uma positividade ao delírio, ele ainda o considerou uma via terapêutica possível para o tratamento das psicoses.

Notamos que Freud mantém esta posição teórica em outras ocasiões: em *Sobre o narcisismo: uma Introdução,* ele diz que o parafrênico[9] retira

> a libido de pessoas e coisas do mundo externo, sem substituí-las por outras na fantasia. Quando realmente as substitui, o processo parece se secundário e constitui parte de uma tentativa de recuperação, destinada a conduzir a libido de volta aos objetos." (Freud, [1914] 2006, p. 82)

Em *O Inconsciente*, Freud (Freud, [1915] 2006) afirma que a catexia da apresentação da palavra não faz parte do ato de repressão, "mas representa a primeira das tentativas de recuperação ou de cura que tão manifestamente dominam o quadro clínico da esquizofrenia." (p. 208). As tentativas constituem-se em um esforço para recuperar o objeto perdido e, para alcançar seu propósito, o esquizofrênico toma o caminho que conduz ao objeto a partir da palavra, contentando-se "com palavras em vez de coisas." (p. 208)

Em *Neurose e Psicose* ([1924] 2006), Freud faz referência à gênese do delírio. Ele diz que este surge no lugar em que originalmente "uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo." (p. 169) O delírio constitui-se, então, de uma espécie de remendo. Retomando o texto de 1911, Freud ([1924] 2006) diz ainda que se não percebemos o conflito no quadro clínico da psicose é porque as manifestações do processo patogênico são amiúde "recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução." (p.169)

Finalmente, em *Construções em Análise*, Freud ([1937] 2006) destaca a existência de dois fatores na dinâmica do delírio: o afastamento do mundo real e a influência que a realização do desejo exerce sobre o conteúdo do delírio. E, mais adiante, ele aponta a existência de uma "verdade histórica" e de um "método na loucura," (p.285) o que o faz presumir que a crença delirante se origine na infância.

Lacan, no seminário *As Psicoses* ([1956] 1988), parte do pressuposto da existência de um significado para o delírio, apesar do sujeito não saber dizer sobre esta significação. Para ele, o fundamental no tratamento da psicose é que a entendamos enquanto um "fenômeno incompreensível" (p. 31), pois, o que é aparentemente incompreensível possui sim uma significação.

---

[9] Freud prefere utilizar o termo Kraepeliniano *parafrenia* para designar as esquizofrenias tratadas por Bleuler ou as demências precoces, que implicam na idéia de degeneração orgânica.

Portanto, se dizemos que entendemos a fala delirante enquanto algo incompreensível e por isso, patológico, estamos na verdade, deixando de considerar que existe saber e fundamento nesta fala. Ou seja, deixamos de considerar que ela se constitui no que Freud já havia chamado tentativa espontânea de cura.

Retomando Freud, em *Além do princípio do prazer* (1920/2006), avança nas considerações iniciais a respeito da busca do prazer e evitação do desprazer. Ele observa que existe algo que se repete e que não se submete fielmente a essas duas premissas. Ele propõe que as sensações de prazer e desprazer relacionam-se com a quantidade de excitação presente na mente. Ou seja, o que aumenta a excitação produz desprazer e o que reduz a excitação é tomado de maneira prazerosa.

Para além do princípio do prazer existe algo que se repete, por produzir um nível mínimo de excitação, buscando o apaziguamento do mundo orgânico. Assim, a repetição em Freud tem a ver com o que tende a morte, considerada o destino natural das coisas. Retomaremos ao conceito de gozo elaborado por Lacan e já especificado no primeiro capítulo, mas neste momento, recorrendo também à leitura feita por outros autores.

Para Freud (1920/2006), a vida seria aquilo que resiste à morte, pois tendemos ao gozo, à morte, assim, a possibilidade de vida e de estar no mundo, consiste em conseguir frear este gozo. A linguagem se incluiria nessa tentativa de frear o gozo, pois, ao explicar, ao querer saber e ao entrarmos no discurso, nos é possível romper com a pulsão para a morte.

O gozo ilimitado é mortífero por tender para a morte, então, viver e fazer laço com o mundo implica em perda de gozo, é o que tentamos fazer mediante o aparelhamento da linguagem. No Seminário XVII, Lacan articula a repetição ao gozo, dizendo que o próprio Freud afirma que na repetição se produz algo que é defeito, fracasso. Com relação à repetição, ele diz:

> É o gozo, termo designado em sentido próprio, que necessita a repetição. Na medida em que há busca do gozo como repetição que se produz o que está em jogo no franqueamento freudiano – o que nos interessa como repetição, e se inscreve em uma dialética de gozo, é propriamente aquilo que se dirige contra a vida. É no nível da repetição que Freud se vê de algum modo obrigado, pela própria estrutura do discurso, a articular o instinto de morte. (Lacan, [1969] 1992, p. 47)

Como podemos relacionar esse retorno do gozo na psicose? Lacan (1958) descreve a presença do gozo em Schreber desde o desencadeamento de sua psicose, em sua nomeação como presidente do tribunal, momento em que ocorre o devaneio de que seria

belo ser uma mulher submetendo-se ao coito. Bem como, ao longo de suas construções delirantes, com as perseguições de Flechsig, e de Deus, também no momento da estabilização, em que o gozo transexualista se apresenta.

Soler (2007) aborda a teorização lacaniana sobre o gozo a partir do texto *De uma questão preliminar...* Nele, Lacan enfatiza a necessidade de se considerar o envelope formal do sintoma, sublinhando que na psicose deve-se isolar o fato de linguagem. Soler destaca a presença do gozo na obra de Schreber, afirmando que na psicose o gozo se mostra claramente, sendo um dos objetivos do tratamento da psicose nodulá-lo ou diminuí-lo.

Para Soler, desde *Uma questão preliminar...,* já estava assinalada a incidência do Nome-do-Pai como limitador do gozo. "O Nome-do-Pai efetua uma espécie de separação a priori entre o desejo e o gozo: O desejo é do Outro, o gozo está do lado da coisa." (Soler, 2007, p. 18)

Para explicar o gozo na psicose, voltamos a Freud ([1915]2006) que apontou o essencial no entendimento da função da palavra para o psicótico, sujeito que se contenta com palavras no lugar das coisas. Para Freud, na esquizofrenia, a fuga do ego "consiste na retirada da catexia instintual dos pontos que representam a apresentação inconsciente do objeto e as apresentações das palavras passam a receber uma intensa catexia." (p.208)

A tese freudiana de retirada do investimento psíquico dos objetos é congruente com a carência de significação fálica, tida como a maior consequência da foraclusão do Nome-do-Pai. Podemos dizer que a perda dos objetos evocada por Freud refere-se a uma "perda de representação da perda." (Maleval, 1998, p. 258)

Com essas explicações, concluímos que a linguagem é muito mais do que um instrumento do homem, mas o motor do ser falante. Para Maleval (1998), "o desenvolvimento do delírio confirma que o gozo está preso à linguagem e que o sujeito dispõe da possibilidade de tratá-lo por meio de um trabalho sobre o significante." (p. 259)

2.8. Psicanálise e a construção da metáfora delirante

Observamos reiteradamente a existência de uma ruptura entre os enfoques psicanalíticos e psiquiátricos com relação ao estudo do delírio a partir das teorizações de Freud e, em seguida, de Lacan. A inovação da tese freudiana ao estudar o caso Schreber baseia-se na ideia de que o delírio se constitui em uma possibilidade de restabelecimento e

cura para o sujeito. Já na abordagem lacaniana do delírio de Schreber, em *Uma questão preliminar,* prevalece o estudo da evolução delirante através da relação do sujeito com o gozo. Lacan descreve o momento de uma angústia inicial que é seguida por tentativas de mediações cada vez mais elaboradas.

Soler (2007) ressalta que em *Uma Questão preliminar a todo tratamento possível da psicose,* a metáfora é entendida como um princípio de estabilização e "permite 'fixar', reter a significação" (p. 196). Partindo dessa ideia de metáfora enquanto um princípio de estabilização, Soler (2007) identifica a metáfora delirante como uma metáfora de suplência ou de compensação. Ele considera que a foraclusão do Nome-do-Pai pode ser compensada por outros substitutos que exerçam a função de estabilizadores para o sujeito, a metáfora delirante se constitui em um desses substitutos. O trabalho do delírio surge como uma tentativa de mobilizar novas significações para a construção de uma nova realidade, tratando-se de um esforço de localização do gozo.

Acreditamos, com Soler (2007), que a abordagem da psicose por meio de outra localização do gozo não implica em uma superação da abordagem pelo significante. Isso, pois, desde a *Questão preliminar*, com a referência da metáfora paterna, já estava instituída a incidência do Nome-do-Pai enquanto um regulador do gozo. Encontramos essa referência também em *Subversão do Sujeito e Dialética do Desejo*, em que Lacan (1960/1998) diz que a linguagem promove uma barreira ao gozo. Diz também que o significante Nome-do-Pai tem a função de regular o gozo que incide sobre o sujeito.

Diante da foraclusão do Nome-do-Pai, não existe a possibilidade de o sujeito elaborar uma metáfora paterna, que, por sua vez, tem a função de impedir a emergência do Outro que encarne o gozo desatado. A carência do pai simbólico induz o retorno de um pai real, gozador e onipotente. Entendemos, portanto, que a foraclusão do Nome-do-Pai incide diretamente sobre a regulação do gozo, provocando na psicose, a presença de um gozo excessivo e sem mediação. A construção de uma metáfora delirante consiste então, em um mecanismo decisivo de busca de estabilização para o gozo deslocalizado.

Reconhecemos que, para além da construção delirante, existam outras saídas possíveis encontradas pelos psicóticos em suas tentativas de estabilização. Soler (2007) distingue, a partir das teorizações lacanianas, algumas saídas possíveis na psicose para além do trabalho do delírio: o ato, a obra, a identificação imaginária e a sublimação criadora.

Porém, nossa pretensão é abordar especificamente as construções delirantes por percebermos que, na clínica das psicoses, faz-se necessário que o psicanalista perceba e possibilite a fala de sujeitos que optam pela construção do delírio.

Sabemos que nem todo delírio chega a se organizar em torno de uma metáfora delirante, mas podemos dizer, com Lacan, que

> o delírio é mais bem sucedido quanto mais ele se organiza, quanto mais adquire uma forma sistematizada: Em relação à cadeia do delírio, se assim se pode dizer, o sujeito nos parece ao mesmo tempo agente e paciente. O delírio é tanto mais sofrido por ele quanto mais ele não o organiza. (Lacan, [1955-56]1988, p. 247).

Após o desencadeamento do delírio, o sujeito elabora um investimento direcionado a função paterna. Para Maleval (1998) alguns psicóticos conseguem ir além deste momento inicial, fazendo surgir uma figura persecutória que passa a ocupar um lugar central em sua dinâmica delirante. Porém, poucos psicóticos conseguem levar o processo a seu termo, que seria o momento de reconciliação com o princípio paterno.

Maleval (2002) apresenta a evolução do delírio em quatro fases distintas que se atravessam, correlacionando-as à elaboração delirante de Schreber. Ele ainda ressalta a importância de entendermos que "se trata da evolução da relação do sujeito com o gozo." (p.280).

No primeiro período, nomeado P0, ocorre uma deslocalização do gozo que se faz acompanhada por intensa angústia. Nesse período, a ordem do mundo está perturbada, abrindo-se no campo do simbólico uma falha central que ocasiona angústia e ansiedade. Corresponde ao que Freud chama de ruptura primordial entre o eu e a realidade. (Maleval, 2002)

Trata-se do momento de desencadeamento psicótico, que mostra a carência do significante paterno e produz como consequências a ruptura da cadeia significante e a deslocalização do gozo. Esse período de inquietude é fortemente correlacionado a transtornos hipocondríacos, entendidos como um efeito da deslocalização do gozo sobre o corpo, que coincide ainda com uma angústia extrema. Em Schreber, a ordem do mundo se altera, gerando angústia e perplexidade. Localizamos esse período em 1893, quando ocorre seu esgotamento nervoso, com inúmeras queixas hipocondríacas, às quais se segue um verdadeiro crepúsculo do mundo.

No segundo momento há uma tentativa de significação do gozo do Outro (significação de significação). É a fase P1, momento em que o paranoide mobiliza um enorme aparato significante com o objetivo de remediar a falha simbólica inicial.

Corresponde em Freud, à gênese dos delírios, que surgem para produzir uma continuidade na relação do eu com o mundo exterior. Ao passo que Lacan insere a noção de construção da metáfora delirante para designar um processo de substituição no campo da linguagem a partir de significantes que tomam lugar onde se tem a foraclusão do Nome-do-Pai. Nesse período emerge o chamamento a um principio paterno, que pode ser encarnado nas figuras de poder, da lei e divindades, que são as formas mais comuns.

Em Schreber, a primeira tentativa de significantização do gozo deslocalizado é relacionada à perseguição atribuída a Flechsig. Essa primeira resposta não é suficiente para reduzir a angústia de Schreber, na medida em que o deixava exposto à figura de um perseguidor implacável.

No terceiro momento, chamado fase P2, ocorre uma identificação ao gozo do Outro, considerada a etapa paranoica. Maleval (1998) afirma que poucos psicóticos chegam a este período, no qual o delírio se sutura e se organiza em torno de uma significação fixa e de certezas irremovíveis. O paranoico se caracteriza por identificar no campo do Outro o gozo desenfreado que perturba a ordem do mundo.

Segundo (Maleval, 2002), quando o gozo do Outro é identificado, o sujeito torna-se capaz de fazê-lo seu. Em Schreber, esta solução é encontrada em 1895, quando a feminilização se impõe. Mas essa aceitação não afasta o sentimento de ser vítima de uma violência, pois ele não deixa de ser perseguido por almas malignas, entre as quais a de Flechsig. A ideia delirante de Schreber só pode ser aceita quando concebida a partir de um desígnio de Deus, implicando em um sacrifício cujo testemunho é a morte do sujeito.

Por último surge um consentimento e comunhão ao gozo do Outro que leva à estabilização, o enfrentamento termina para os sujeitos que chegam à fase P3. O psicótico consente o gozo do Outro porque acredita que, por essa via, tem acesso a algo especial. Nessa fase a megalomania adquire seu maior vigor, o sujeito se converte no próprio Deus ou em uma grande personalidade. É o momento em que o parafrênico alcança estabilização e perde credibilidade.

A última fase do delírio de Schreber se situa em 1897: a alma Flechsig perde seus poderes maléficos e desaparece, ele não se sente mais perseguido, de forma que consegue consentir plenamente ao gozo do Outro. A feminilização de Schreber se torna motivo de redenção para a humanidade, sua fecundação por raios divinos para gerar uma nova raça de homens. Através dessa construção, Schreber pode consentir sua fantasia inicial de que seria belo ser uma mulher copulando.

Maleval (1998, 2002) afirma que cada período se revela de maneira extremamente variável, sendo que esta sucessão regular constitui-se na forma mais desenvolvida dos delírios, porém, a ausência de fases é o que se observa com mais frequência. Existem psicoses que não chegam sequer a elaborar uma defesa paranoide, sendo raros os paranoicos que alcançam o apaziguamento parafrênico.

Retomando os casos clínicos apresentados no capítulo anterior, observamos que Eduardo, conforme nos indica Maleval, com relação às fases do delírio, consegue construir um delírio paranoico correspondente à fase P2. Quanto a Fábio, percebemos que sua vinculação a Deus e à religiosidade corresponde às fases iniciais do delírio na proposição de Maleval, fase paranoide (P1).

Finalmente, Antônio fica bem por muito tempo a partir de uma localização enquanto radialista do CAPS, mas essa estabilização se esvai e ele. Nesse momento, parece não conseguir elaborar uma construção, ficando a deriva e, por vezes, muito invadido, tem momentos de intensa agressividade direcionada principalmente à irmã. Na correspondência às fases propostas por Maleval, fase P0.

CAPÍTULO 3

A PROPOSTA DA PSICANÁLISE PARA A SAÚDE MENTAL

Neste capítulo trataremos a abordagem psicanalítica das psicoses no contexto institucional. Consideraremos que as propostas de tratamento da loucura no Brasil, inicialmente, emergem de um posicionamento político de profissionais que, nos anos 70, iniciam um movimento de denúncia às condições de maus tratos a que eram submetidos os loucos nos manicômios brasileiros.

Dessa mobilização surgem posturas distintas diante das propostas de tratamento da loucura. Destacamos os autores que partem do posicionamento que tem como marco principal a obra de Franco Basaglia em sua compreensão da loucura a partir da divisão social e do rompimento entre razão/desrazão. Esses autores desconsideram as argumentações clínicas, vinculadas ao campo *psi,* que se pretendem detentoras de um saber sobre o louco. De outro lado, há autores que consideram a abordagem feita simplesmente pelo âmbito social seja insuficiente por desconsiderar a subjetividade do sujeito. O que não possibilita construir saídas singulares e, assim, acaba por também estabelecer um saber sobre a loucura.

Podemos dizer então, que os CAPS foram instituídos a partir de um movimento político que originou perspectivas teóricas distintas de tratamento. Uma delas pressupõe o tratamento da loucura perpassado pela restituição da cidadania. A outra vertente argumenta que não podemos desconsiderar a especificidade da psicose, negando a diferença fundamental destes sujeitos. Compartilhamos das ideias propostas por autores como Figueiredo (2002), Lobosque (1997, 2001), Kyrillos Neto (2010), Quinet (2010), entre outros. Estes autores consideram que uma clínica efetiva da psicose deve possibilitar ao sujeito sustentar sua diferença no meio social. Assim, a clínica deve se viabilizar a partir da diferença dos sujeitos e não pela negação desta diferença.

Pretendemos apresentar uma contribuição para aqueles que se dedicam à prática clínica institucional. Para tanto, faremos um breve comentário sobre a instauração do movimento da reforma psiquiátrica em nosso país, situando-nos nas circunstâncias que originaram propostas de intervenções que hoje são encontradas nos CAPS. Tal contribuição associa-se à valorização do delírio como obra do sujeito psicótico, que entendemos ser um sujeito passível de tratamento clínico viabilizado pela escuta como

todo sujeito o é. Asseveramos que essa proposta é compatível com a perspectiva psicanalítica e possível ser colocada em prática nos serviços substitutivos.

Porém, é imprescindível compreendermos que o pensamento atual acerca da loucura surge de um contexto histórico. E, por isso, faremos um breve relato desse percurso nos valendo das concepções fundamentais de Foucault.

3.1. Aspectos históricos relacionados à loucura

Rajchman (1987) considera a liberdade cética de Foucault determinante na intenção política de sua obra. Seu ceticismo começou a partir da análise da doença mental, com sua recusa em emitir um juízo a respeito desta categoria, o questionamento de sua aplicabilidade e a tentativa de descobrir o sistema que a tornava possível. Foucault indagou ainda, se seria possível vivermos sem a loucura.

Para Lacan ([1964] 2008), ceticismo não é a colocação em dúvida sucessiva e enumerável de todas as opiniões ou de todas as vias de saber. Para ele, ceticismo é manter a posição subjetiva de que "não se pode saber nada" (p. 218). Foucault atenta para "a liberdade bastante concreta de escrever, pensar e viver num questionamento permanente daqueles sistemas de pensamento e formas problemáticas de experiência em que nos encontramos" (p. 12). E, com estas palavras iniciais, passaremos ao pensamento inovador de Foucault:

Foucault (1978) descreve como a loucura ganhou status de doença mental no ocidente, pois até o século XVII, os loucos foram submetidos às mais variadas formas de intervenções. Eles eram aprisionados, banidos das cidades, recolhidos em hospitais, maltratados e abandonados, mas também, houve a época em que foram celebrados e exaltados, como aconteceu no Renascimento. Percebemos que não havia uma direção única para se lidar com a loucura, como aconteceu após esta ter sido confiscada pelo saber médico.

É fundamental para nossa discussão saber que a loucura foi nomeada como doença a partir de um determinado momento histórico, visto que, pelo viés psicanalítico, entendemos a loucura como uma forma peculiar de existência do sujeito. Em psicanálise, a loucura não é considerada simplesmente uma doença a ser curada ou normatizada.

Foucault (1978) propõe a existência de duas maneiras históricas de se vivenciar o fenômeno da loucura: a experiência trágica e a experiência crítica, estabelecendo um

divisor de águas entre estas duas experiências. A experiência trágica concebe a loucura em sua manifestação no campo da linguagem, como participante do universo do discurso. Nesse ponto de vista, a palavra do louco possui trânsito social e faz parte do cenário das cidades, não sendo excluída da dimensão humana, apesar de sua tragicidade.

A loucura e a razão não ocupam campos opostos na Renascença. É considerada apenas uma forma relativa de razão e toda razão possui sua loucura. Entretanto, com a chegada da modernidade, a experiência trágica da loucura vai se desfazendo e dá lugar à sua consciência crítica. A partir daí, a loucura é dominada, moralizada e exorcizada do universo humano.

A visão cartesiana considera a razão como condição maior do homem e afasta definitivamente a dimensão da loucura da experiência humana, na medida em que, com o advento da modernidade, passa-se a considerar que a loucura impossibilita o pensamento. A razão passa a ser atributo do homem moderno e a loucura se torna desumana e irracional, devendo ser curada, moralizada e dominada. (Foucault 1978)

Foucault (1975) diz que a modernidade reserva à loucura um tempo de silêncio que será interrompido com Freud, ao reabrir a possibilidade de comunicação entre razão e loucura. A soberania do pensamento racional é a nova representação social instaurada para a loucura no período moderno, culminando com seu sequestro. Foucault (1978) nomeia esse período de a Grande Internação feita pelo Hospital Geral na Europa do século XVII. Porém, o Hospital Geral, apesar do nome, não foi inaugurado para ser um estabelecimento médico, mas uma instância ligada ao poder. Como diria Foucault, "é uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos e além dos tribunais, decide, julga e executa." (1978, p.57).

As internações tinham por objetivo reprimir, ordenar e sanear as cidades de mendigos, bêbados, insanos e toda a escória social. Quem não servia para movimentar o capitalismo ou podia perturbar a ordem pública, era encarcerado no Hospital Geral, que intencionava esconder a miséria humana e suas manifestações. O louco se incluía entre estes miseráveis. Dessa forma, a modernidade rejeita todas as formas de inutilidade social (Foucault, 1978).

Na França, em 1785, abrem-se as portas do Hospital Geral ao saber médico. O poder médico se incumbe de selecionar aqueles que precisariam de seus cuidados e de sua ciência. Com isso, liberta ou encaminha para outras instituições todos os que se encontravam encarcerados, ficando apenas os loucos. Philippe Pinel, considerado o pai da psiquiatria, recebeu o mérito de ter libertado os loucos, em 1793, ao retirá-los das

masmorras e correntes às quais estavam aprisionados no Hospital Geral de Bicêtre, propondo-lhes a cura (Foucault, 2006).

Nesse momento, a loucura é confiscada pela medicina e ascende à categoria de doença mental e sua cura torna-se um ideal a ser perseguido. O inventor da psiquiatria afirma que os loucos eram vítimas de uma doença e não precisavam de punição, mas de tratamento e este consistia em restabelecer a razão perdida. Foucault (1978) faz referência a esse momento dizendo que Pinel, libertou os enfermos, ociosos, velhos, prostitutas e aprisionou os loucos na doença mental.

Portanto, a doença mental nasce enclausurada nos muros do hospital, o que traz marcas profundas no modo de se enxergar a loucura. A psiquiatria pesquisa e classifica a loucura para dominá-la e explicá-la, sob a argumentação de curá-la. Foucault (2006) diz que o hospício se torna o lugar de desvendamento e enfrentamento da loucura. E, assim, inaugura-se um saber e uma dominação da mesma que se faz presente ainda hoje.

Garcia-Roza (2009) afirma que a finalidade era domar o louco e não curá-lo. A loucura, então, deixa de ser vista como desrazão e passa a ser entendida como uma paixão descontrolada, não se pretendendo mais curá-la, mas estabelecer um controle sobre a mesma para retomar a ordem. Encarcera-se a loucura para domá-la. Para Garcia-Roza (2009) este "é o momento em que o poder psiquiátrico se sobrepõe ao saber psiquiátrico." (p.29)

A inovação trazida por Foucault foi recontar a História da Psiquiatria de modo distinto dos historiadores da psicopatologia, psiquiatras e psicólogos. Nos registros científicos do alienismo e da psiquiatria, encontramos uma história linear de uma suposta doença mental, contada sob a ótica da ciência e do saber médico. O ponto central da argumentação de Foucault é a ideia de que a loucura não seja natural, mas cultural. Essa ideia já estava presente na antropologia e em correntes sociológicas antecedentes. (Amarante, Torre, 2001).

A partir da história da loucura sob o enfoque de Foucault, percebemos que para chegarmos aos nossos dias, um longo percurso histórico, político e social se passou e, certamente, suas raízes encontram-se presentes em nosso cotidiano clínico e social.

3.2. A reforma psiquiátrica brasileira

A reforma psiquiátrica brasileira possui como marca fundamental o reclame da cidadania do louco, tratando-se de uma proposta de tratamento que visa manter o sujeito em sua comunidade, possibilitando-lhe habitar o espaço social a sua maneira. (Tenório, 2002)

Propomos uma reflexão sobre a contribuição psicanalítica nesse aspecto primordial da Reforma de inserção social do louco. A psicanálise, ao possibilitar a compreensão do sofrimento psíquico por outras vias, além do campo social, permite-nos viabilizar o tratamento do sujeito a partir do resgate de sua singularidade. Assim, a psicanálise também se insere na reforma psiquiátrica brasileira como referencial teórico que instrumentaliza a reforma.

Ao nos propormos estudar os delírios e suas construções, partimos da consideração de que eles representam a principal via que o psicótico encontra para inserir-se no mundo por trazer à tona sua "dimensão de verdade" (Kyrillos Neto, 2010, p. 64). Em outras palavras, consideramos que o delírio representa a verdade do sujeito, ao possibilitar a construção de caminhos que o apaziguem.

Em nosso estudo observamos o percurso de estabilização de sujeitos psicóticos pela via de suas construções delirantes. Nos casos clínicos que apresentamos, os sujeitos conseguem circular pela comunidade à sua maneira. Fábio, tenta inserir-se pela via religiosa, mas diz que mesmo na igreja, não fala sobre sua "relação especial com Deus", tendo expressado esta *relação* em análise. Eduardo diz que agora "tem amigos", mas que antes, "a única pessoa" com quem conversava era o analista

Nossa aposta em estudar o saber que o sujeito psicótico demonstra-nos em sua fala e em seus delírios, parte da proposição apontada e demonstrada por Freud e retomada por Lacan de que o sujeito psicótico constrói suas próprias saídas, cabendo-nos testemunhá-lo e secretariá-lo em seu percurso de tratamento e estabilização. Portanto, as diretrizes propostas por lei para o tratamento de psicoses e neuroses graves nos chamados serviços abertos ou rede de atenção psicossocial podem constituir-se em oportunidades ideais para que a psicanálise opere nesse campo.

Lobosque (2001), ao apontar os principais obstáculos para implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, refere-se aos preconceitos sociais. Refere-se ainda aos mitos relacionados à periculosidade, incapacidade e as práticas de invalidação atreladas à

resistência dos setores psicologistas tradicionais e ainda destaca a “mercantilização da saúde.” (p. 15) Isso nos remete à participação efetiva que a psicanálise pode oferecer nesse aspecto, pois, diante do contexto social apresentado pela autora, a psicanálise possui uma argumentação teórica consistente que desmistifica o entendimento da loucura enquanto perigo ou déficit. Ao mesmo tempo, oferece uma possibilidade de entendimento do sujeito psicótico e as vias para tratá-lo. Com isso, ela demonstra seu posicionamento contrário à transformação do louco em um produto gerador de renda.

Essa perspectiva, conforme veremos a seguir foi um dos elementos motivadores da reforma psiquiátrica em nosso país. A partir dos anos 60, ocorre aumento de hospitais psiquiátricos privados conveniados com o poder público seguindo a tendência privatista que é característica do governo militar.

Na década de 70, com o fim da ditadura militar, começam a surgir denúncias sobre as condições desumanas em que viviam os doentes internados nas instituições psiquiátricas. Tais fatos sofreram a influência do movimento de reforma internacional que ocorriam nas políticas de saúde mental na Europa.

Ao final dos anos 80, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) politizou a questão da reforma criticando o modelo representado pela hospitalização. Posicionavam-se contrários à tendência privatizante do Ministério da Previdência e Assistência Social e cobravam mudanças na política de cuidado aos doentes mentais, fazendo severas críticas aos manicômios. O MTSM defendia a criação de um modelo assistencial que superasse o hospital psiquiátrico que até então, era principal serviço de cuidados às pessoas com transtornos mentais.

Ainda na década de 80, destacamos a importância do movimento de reforma sanitária que conseguiu aprovar na Constituição Brasileira (1988) algumas diretrizes fundamentais para a saúde pública. A saúde passou a ser entendida como direito de todos e dever do Estado. Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) com a proposta de universalizar o acesso, garantir a equidade, a descentralização de recursos e a priorização do atendimento em nível local e, ainda alcançou-se o controle social.

A partir desses princípios estabelecidos em lei, os municípios foram favorecidos, pois passaram a ter mais autonomia técnica e financeira para atuarem de acordo com as necessidades e realidade próprias de cada região.

Tenório (2002) esclarece que a noção de territorialidade vai além da mera demarcação da região assistencial em que mora o sujeito. De acordo com ele, esta deve abranger as “referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu

cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. A noção de território aponta, assim, para a idéia de territórios subjetivos." (Tenório, 2002, p. 32)

É de suma importância na construção do processo da Reforma, o projeto de lei conhecido como lei Paulo Delgado, Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Tal projeto propõe o redirecionamento das políticas em saúde mental, com a substituição progressiva dos manicômios pelos chamados serviços abertos, garantindo-se a cidadania dos loucos. Apesar da demora em ser sancionado, este projeto de lei abriu uma ampla discussão sobre a política de saúde mental no Brasil, protagonizando "a situação curiosa de ser uma 'lei' que produziu seus efeitos antes de ser aprovada." (Tenório, 2002, p. 36)

A reforma psiquiátrica continua nos anos 90 com a implantação de dispositivos de cuidados extra-hospitalares. Em novembro de 1990, realizou-se a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente em Caracas, sendo produzida a *Declaração de Caracas*. Essa declaração estabelece a proposta de superação do hospital psiquiátrico como serviço central da atenção em saúde mental. Estabelece ainda a humanização dos hospitais psiquiátricos e a ampliação dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

O Ministério da Saúde do Brasil, seguindo os direcionamentos propostos na *Declaração de Caracas,* programou algumas ações estratégicas. São exemplos dessas estratégias: promover a mudança no financiamento da área de saúde mental; convocar a II Conferência Nacional de Saúde Mental; alterar a legislação psiquiátrica e incrementar as relações de intercâmbio internacional.

A partir de 1991 várias portarias são promulgadas com o intuito de garantir a viabilização das mudanças para que a reforma psiquiátrica brasileira de fato aconteça. Essas portarias propõem a regulamentação e o redirecionamento financeiro para os serviços extra-hospitalares e a avaliação dos hospitais psiquiátricos.

A Lei Paulo Delgado é aprovada em 2001, após trâmite de doze anos no Congresso Nacional, colocando definitivamente a reforma psiquiátrica brasileira no campo legal.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) traz como tema: *Cuidar sim, excluir não.* Em suas discussões e resoluções, contemplou a organização dos serviços extra-hospitalares, a capacitação de recursos humanos e a garantia dos direitos dos usuários. Tais propostas nos remetem ao questionamento psicanalítico relacionado à inclusão do sujeito psicótico no campo social

Para a psicanálise, incluir o sujeito psicótico no campo social não equivale a adaptá-lo ou igualá-lo aos demais, desconsiderando sua diferença essencial. Mas, trata-se

de incluir o diferente no contexto social e sem esta noção, perdemos toda a possibilidade de restituir ao louco a oportunidade de circular no mundo a seu modo.

Em 2002 foram promulgadas várias portarias ministeriais direcionando as políticas de saúde mental visando *uma sociedade sem manicômios*. Dentre essas portarias destacamos a Portaria GM/MS n° 336/2002 e Portaria GM/MS n° 189/2002, que colocam os CAPS como ordenadores das políticas de saúde mental nos municípios.

A portaria 336/2002, no item 4.1.1, descreve as atividades que devem ser prestadas nos CAPS e na alínea *f* são propostas atividades comunitárias que enfatizam "a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social." (Legislação em Saúde Mental, 2004, p. 127) Novamente percebemos a lei preconizando o processo de inserção do psicótico na sociedade, porém, a lei não indica os meios necessários para que se viabilize seu intento. Diante disso, concluímos que quem deve se atentar quanto aos meios para que os objetivos previstos em lei sejam alcançados, são os profissionais que ali atuam.

Acreditamos que o envolvimento da psicanálise no contexto da saúde mental brasileira parta, principalmente, de seu posicionamento diante das manifestações da loucura. Ao promover um novo modo de se conceber o sofrimento e, conforme já afirmamos, especificamente, em seu entendimento acerca da função do delírio para o sujeito psicótico, a psicanálise fornece-nos os meios necessários à viabilização da clínica da psicose nos serviços de saúde mental. Assim, a psicanálise vem demonstrando no decorrer dos anos, no contexto brasileiro, sua influência e participação decisiva na construção de uma Reforma Psiquiátrica que se pretenda efetiva em nosso país.

A seguir, apresentaremos a dinâmica estabelecida em lei sobre os dispositivos utilizados nos CAPS, articulando-os com a contribuição psicanalítica, que pretende empreender um contorno a tais propostas partindo de sua postura ética diante do sujeito.

3.3. Proposições psicanalíticas no campo da atenção psicossocial

Anteriormente à implantação dos CAPS, as políticas de atenção aos doentes mentais resumiam-se em hospitais psiquiátricos e ambulatórios de psiquiatria. Tais instituições não conseguiam fazer frente ao modelo hospitalar, prevalecia assim, a hospitalização como praticamente a única forma de tratamento. Essas propostas assistenciais promoviam, essencialmente, o agenciamento social da loucura sob a justificativa de "abrigar o abandono" (Quinet, 2010, p.56).

Os CAPS, configurando-se como instâncias adotadas pelas políticas de saúde mental para nortear a extinção progressiva dos manicômios, apresentam como propostas principais o acolhimento, o tratamento e a promoção da inserção social do louco.

Diante da missão original de desconstruir o manicômio e qualquer concepção preconceituosa e excludente da loucura, os pressupostos teóricos determinantes da estrutura formada nos CAPS questionam os saberes psiquiátricos tradicionais. Além disso, rompem com a hegemonia médica adotada no hospício. Os CAPS oferecem propostas que vão além do tratamento medicamentoso, tido na lógica manicomial como a principal ou única forma de tratar. Propõem o atendimento diário, a oferta de atividades terapêuticas e a atenção de uma equipe multiprofissional, pautando-se na idéia de que os hospitais não ofereçam as condições necessárias ao tratamento dos pacientes. Os recursos oferecidos nos CAPS podem variar de uma instituição para outra, mas alguns deles são citados na portaria ministerial que normatiza os serviços (portaria GM/MS n° 336/2002). Por isso, muitos desses recursos são utilizados em todos os CAPS. Passemos a eles:

O Acolhimento

Em Minas Gerais, o acolhimento está previsto na linha guia de atenção em saúde mental, proposta de "acolher" emerge da saúde mental e se expande a todos os setores da saúde mineira. Trata-se da ideia de "acolher a demanda" do sujeito e isso quer dizer "responder" ao sujeito. Porém, é importante dizer que "escutar" a demanda do sujeito, não significa resolver todos os seus problemas, mas sim, direcionar a melhor solução para o seu caso. (Secretária do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004, p. 39)

Figueiredo (2002) afirma que ao privilegiarmos a fala do sujeito, possibilitamos o surgimento de uma nova dimensão para a queixa. Tal queixa não deve ser considerada uma mera manifestação patológica que exige correção ou resposta imediata. Essa condução visa singularizar o pedido de ajuda. Percebemos a importância de se escutar o saber próprio do sujeito, não se tratando de solucionar seu problema, mas auxiliar no direcionamento que o próprio sujeito aponta para o seu caso.

Perguntamos então o que seja *acolher a demanda* para a psicanálise? Entendemos que possamos nos utilizar deste pressuposto da Saúde Mental da seguinte forma. As entrevistas preliminares em psicanálise se propõem ao entendimento da questão do sujeito e instauração da transferência, pois é a partir da transferência instaurada que pode o psicanalista intervir. Portanto, escutar a demanda e instaurar a transferência pode viabilizar uma intervenção terapêutica para o sujeito no contexto institucional.

Os grupos

Os grupos representam instâncias coletivas de grande importância nos CAPS, tratando-se de reuniões para diálogos, discussões e esclarecimentos que têm por objetivo fazer circular a palavra e produzir laços. A reunião do bom-dia é um grupo comum nos CAPS que se trata de uma reunião matinal que promove um espaço de fala em que os participantes comentam diversos assuntos. Os participantes relatam experiências, demandam por mudanças ou melhorias na instituição, programam as atividades que serão realizadas no dia, etc.

Devemos considerar que os grupos constituem-se em espaços que podem ser muito bem explorados pelas intervenções psicanalíticas. Ao permitirmos a fala espontânea e a expressão subjetiva dos sujeitos, possibilitamos que eles construam suas próprias soluções e conduzam seus tratamentos.

As oficinas terapêuticas

As oficinas terapêuticas oferecem ao sujeito a oportunidade de se reinserir, fazer laços e trocas sociais. Elas movimentam a instituição e desvinculam o CAPS de seu aparato burocrático. Visam possibilitar a construção, a criação e a invenção.

Os termos construção, criação e invenção são fundamentais para a clínica psicanalítica das psicoses. Pensemos em como o sujeito psicótico se estabiliza? Ele precisa criar, construir ou inventar algo que lhe restitua o equilíbrio perdido diante da invasão psicótica. Por isso, é no espaço subjetivo oferecido nas oficinas, que se podem criar nos CAPS, as saídas possíveis para que o sujeito lide melhor com seu sofrimento. E isso só se faz quando observamos a sutileza de sua fala, de seu delírio e de suas invenções.

Se as oficinas não partem das particularidades dos sujeitos ou ocorrem em função dos técnicos e suas facilidades, tornam-se terapias ocupacionais que não permitem a possibilidade de expressão subjetiva. E por isso, não se incluem na proposta de intervenção psicanalítica. Se pensarmos na relação do psicótico com o Outro, os CAPS devem evitar qualquer condução que possa representar para o sujeito uma invasão deste Outro. Enfim, devemos possibilitar ao sujeito estar no mundo a seu modo. A contribuição da psicanálise para os CAPS é o trabalho clínico possibilite a emergência do sujeito.

Quanto aos termos *reinserir, fazer laços e trocas sociais,* ditos acima*,* referimo-nos à aproximação entre propostas reformistas e psicanalíticas. R*einserir* é um termo reformista que deve significar, a partir da psicanálise, *incluir a diferença*.

Viabilizar uma clínica respaldada em pressupostos psicanalíticos pressupõe o entendimento da psicose enquanto diferença estrutural que se impõe ao sujeito e, por isso,

não pode ser negada. Nesse sentido, reiteramos que incluir a foraclusão ou incluir o sujeito da psicose, não significa "adaptá-lo às normas sociais, mas, trata-se da inclusão da diferença radical na sociedade daqueles que se supõem iguais." (Quinet, 2010, p.49)

Se não aceitamos a diferença e nos propomos a normatizar ou equivaler diferentes, incorremos em um grande equívoco que tende ao fracasso e à construção de espaços que reproduzam o que nos propusemos a superar. A questão principal que a psicanálise desvela no contexto da efetivação da reforma psiquiátrica é a de que o tratamento do psicótico não se efetiva pela mera questão de se quebrar muros e abrir portões dos hospícios. É pelo entendimento e aceitação da diferença. Além da viabilização de sua escuta, do acompanhamento, do secretariar e dar testemunho ao sujeito, proposta clínica da psicanálise que se articula para se fazer *caber* na reforma psiquiátrica brasileira.

As visitas domiciliares

As visitas domiciliares ocorrem quando há necessidade de intervenção com o usuário em seu ambiente familiar, com a intenção de avaliar uma situação, orientar a família ou fazer uma intervenção clínica.

As visitas domiciliares são muito importantes no início do tratamento, pois viabilizam a transferência da família e do paciente para com a equipe. Nessa intervenção, cabe ao psicanalista, o cuidado para não *invadir* o espaço do sujeito, principalmente quando este está em crise e não conhece a equipe do CAPS, não sabe o que queremos ali e pode se sentir ameaçado e defender-se com agressões.

A reunião de familiares

Em geral, as famílias vivem a experiência da loucura com muito sofrimento e rejeição. As reuniões de família servem para auxiliar no entendimento da nova realidade que se apresenta a partir da emergência do sofrimento psíquico, visando possibilitar uma relação de confiança com a equipe do CAPS e também de apoio mútuo entre os familiares.

A família é peça fundamental para que o trabalho do CAPS se realize. Por isso, as reuniões de família e as visitas domiciliares são muito importantes no tratamento. Elas se constituem em um dispositivo de intervenção em que os familiares são convidados a se implicar no tratamento de seu familiar. Isso possibilita uma nova relação intrafamiliar e entre a família com o CAPS.

Técnico de referência

O técnico de referência deve ser o articulador da relação entre o usuário, sua família e o serviço. Ele deve

> Estabelecer e sustentar o vínculo com o paciente, traçar as linhas de seu Projeto Terapêutico Individual, definir com ele a freqüência dos seus atendimentos e do comparecimento ao serviço, fazer contatos com a família e com outras pessoas de seu espaço social. (Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006, p. 47)

É preciso entender que o técnico em melhores condições para fazer intervenções de efeito terapêutico para o sujeito será aquele que o próprio usuário escolher. Esse técnico assumirá o desafio de construir, pela via clínica, o projeto terapêutico do paciente. Se a designação deste profissional acontecer de forma burocrática e não baseada na relação transferencial, sua função de norteador da clínica singular do sujeito estará perdida.

O Projeto Terapêutico Individual (PTI)

Trata-se de uma descrição do contrato terapêutico inicial e dos projetos e pretensões futuros. Ele deve valorizar a singularidade do sujeito e ser elaborado conjuntamente com ele. Assim, constrói-se, para cada usuário, uma proposta individual dentro da coletividade de uma instituição. O PTI deve visar ao acompanhamento individual de cada sujeito, constituindo-se em um projeto personalizado, porém, muitas vezes ele acaba se tornando um instrumento burocrático ao invés de ser uma construção terapêutica para o sujeito.

Se a equipe simplesmente preenche o PTI como um roteiro a ser seguido pelo sujeito, em que se dispõem as atividades que ele realizará na instituição, ele perderá sua função de orientador do tratamento. Portanto, o PTI não deve se tornar burocrático e estático, sua função seria exatamente oposta a isso. Ele deve ser construído caso a caso, dia a dia, com o sujeito em questão, tratando-se de um dispositivo de utilidade clínica que possibilita aos técnicos o constante questionamento de suas ações.

A reunião de equipe

A reunião de equipe é um dispositivo que visa discutir questões clínicas e deve contar com a participação de todos os profissionais da equipe, sejam de nível superior, médio ou básico.

Acreditamos que a utilização do dispositivo proposto por Viganó de *construção do caso clínico*, tem sido valorosa na proposta psicanalítica nos CAPS. Trata-se de uma construção democrática na qual todos "os protagonistas do caso" (Viganó, 2010, p. 02) trazem sua contribuição partilhando com a equipe o que se recolhe de cada caso. Os elementos fornecidos pelo sujeito darão as indicações para a direção do seu tratamento. Portanto, é a partir das discussões de caso e das indicações do próprio sujeito que o caminho a seguir deve ser construído pela equipe.

Ressaltamos ainda a importância da transferência de trabalho apontada por Figueiredo (2005) referindo-se "ao estabelecimento de um laço produtivo entre pares visando, por um lado, o fazer clínico e, por outro, a produção de saber que lhe é consequente." (p. 47) Em outras palavras, podemos afirmar que o termo transferência de trabalho relaciona-se ao trabalho em equipe norteado por um mesmo objetivo comum. Tal objetivo deve ser a sustentação de uma concepção da clínica pautada no sujeito.

A supervisão clínica

Acreditamos que a supervisão clínica constitui-se em um dispositivo fundamental para a condução de um trabalho pautado na construção do caso clínico. O supervisor é alguém ao mesmo tempo externo e interno à equipe, mas que interage no trabalho e faz funcionar a transferência, operando como "garantia do trabalho, da produção da equipe." (Figueiredo, 2005, p. 44)

Em nossa vivência, as supervisões baseiam-se em discussões de casos clínicos e possibilitam a percepção e reflexão de aspectos singulares do caso, viabilizando conduções e intervenções clínicas. Favorecem ainda, o despertar teórico da equipe, que passa a buscar mais qualificações, conduzindo a uma produção permanente e fazendo com que o trabalho tenha desdobramentos.

Fizemos uma breve explanação dos dispositivos mais utilizados nos CAPS e a contribuição que a psicanálise oferece na utilização destes recursos. Pretendíamos refletir sobre a forma como os dispositivos são utilizados por acreditarmos que, se nos afastamos das pretensões clínicas, perdemos a razão de existir dos novos serviços. Isso os torna burocratizados e mantém o usuário na mesma condição de alienação em que vivia anteriormente, ou seja, excluído de todo seu processo de tratamento.

> Fazer caber na cultura estas pessoas diferentes que escutam vozes, tem visões ou deliram, não consiste em adaptá-las aos nossos padrões. Pelo contrário, leva-nos a reexaminar esses padrões mesmos. Ao desconhecer a diferença crucial que a loucura nos coloca, sofremos todos – por não conseguirmos fazer reconhecer aquilo que em cada um de nós é diferente, singular e único. (Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2006, p. 47)

A afirmação contida na linha guia de saúde mental de Minas Gerais é perpassada por propostas psicanalíticas, são palavras que nos remetem ao pensamento proposto por Freud em sua concepção acerca dos sintomas. Para Freud, os sintomas representam a verdade do sujeito, expressando sua realidade psíquica ao mesmo tempo em que, em determinados momentos, podem causar-lhe extrema angustia e sofrimento. Assim, se nos

respaldamos na perspectiva freudiana, devemos acolher os sintomas, pois estes constituem uma possibilidade de tratamento.

Como já mencionamos nos capítulos anteriores, Freud descobre no delírio uma tentativa de cura investida pelo sujeito como forma de apaziguamento, portanto, não se constitui em mera manifestação de doença a ser eliminada. Assim, se concebemos a loucura e suas manifestações como uma posição subjetiva do sujeito diante de sua existência, também podemos considerar que os CAPS devem constituir-se em espaços que viabilizem aos sujeitos que ali buscam tratamento, a possibilidade de posicionar-se no mundo a sua maneira.

Para realizar tal proposta, cabe ao trabalhador da saúde mental atentar-se, não somente ao *furor sanandi*, mas também *ao furor includenti*. Uu seja, se não podemos exigir do sujeito aquilo que é um atributo da norma fálica, devemos deixá-lo fazer seu sintoma sem Nome-do-Pai. (Quinet, 2010)

Assim, reafirmamos que cabe à psicanálise assegurar a dimensão da clínica na prática institucional com a sustentação de um lugar social para o sujeito a partir de sua diferença estrutural e não pela via do universal dos direitos de cidadão. Esta última é a proposta inicial da reabilitação psicossocial. Trata-se de uma sutileza fundamental à clínica que faz toda a diferença.

Nesse contexto, a proposta da psicanálise, aliando-se ao pensamento político implícito na reforma, consegue estabelecer uma parceria fundamental, na mediada em que viabiliza a construção de uma nova política de atenção perpassada pela clínica.

3.4. A Relação do psicótico com o Outro:

Retomando a questão clínica, Barreto (1999), em sua explicação sobre a questão transferencial e o manejo do tratamento nas psicoses, aborda um aspecto de extrema importância no contexto institucional. Ele distingue o posicionamento do analista diante de uma neurose ou de uma psicose, abordando didaticamente a questão da relação transferencial.

Primeiramente, Barreto (1999) aborda a relação transferencial no campo das neuroses: Ela vai do sujeito (analisante) ao Outro (analista), enquanto que a interpretação se faz em posição oposta, do Outro ao sujeito.

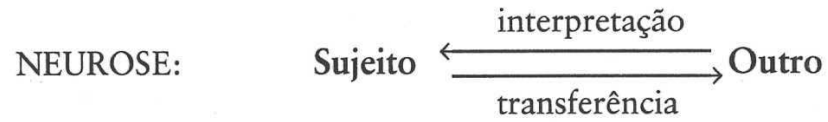

Figura 9 - *Transferência e interpretação na neurose*. (Barreto, 1999, p. 154)

A situação se inverte na psicose: O vetor da transferência vai do Outro ao sujeito. Podemos entender claramente aqui, a posição do psicótico diante do Outro, enquanto objeto de gozo deste Outro. Quanto à interpretação, quem a faz é o próprio sujeito. (Barreto, 1999).

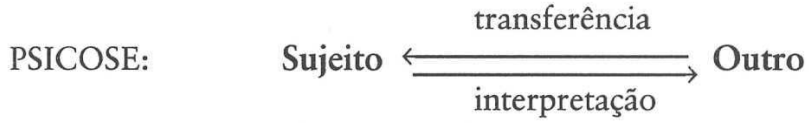

Figura 10 - *Transferência e interpretação na psicose*. (Barreto, 1999, p. 155)

Percebemos isso nos casos clínicos apresentados no primeiro capítulo desta pesquisa. Nos dois primeiros casos, os sujeitos constroem interpretações próprias a partir de seus delírios. Por isso, na psicose não há lugar para a interpretação do analista. Essa é uma especificidade extremamente importante, por afetar diretamente a condução do tratamento e também o manejo diário ao se lidar com sujeitos psicóticos nos CAPS.

Lacan, em sua formulação dos quatro discursos, proposta no Seminário 17, *O Avesso da Psicanálise* (1969) aborda a relação do psicótico com o Outro. Ele afirma que o psicótico é o fora do discurso, enquanto o sujeito neurótico encontra-se preso aos discursos.

O psicótico encontra-se livre dos discursos estabelecidos e seus avessos, ele nos questiona sobre a forma como nos relacionamos com os outros. Por isso, a seguir, abordamos sucintamente a teoria lacaniana dos quatro discursos. Passemos a eles.

3.5. A contribuição lacaniana dos discursos para o tratamento das psicoses

Segundo Quinet (2010), a teoria dos quatro discursos é a resposta de Lacan ao mal-estar na civilização falado por Freud, em que temos a afirmação de que "a relação entre as pessoas a maior fonte de sofrimento humano." (p.28)

Nos quatro discursos, esse mal-estar representa-se pelo objeto *a,* que é a parte excluída da linguagem, representando o que a civilização nos obriga a renunciar a satisfação pulsional. Lacan integra, com a teoria dos discursos, o mal-estar e a pulsão que se encontram sempre em jogo.

Partindo da lógica da teoria dos conjuntos, Lacan ([1969]1992) propõe quatro lugares (agente, verdade, outro e produção) e os quatro elementos que irão permutar estes lugares (S_1, S_2, a, *$*). Essas letras irão compor a relação fundamental de um significante com outro significante, que resulta na emergência do sujeito em virtude do significante que o representa a partir de outro significante.

O S_1 é considerado o significante mestre por representar uma marca fundadora e originária, é um significante tomado a partir de sua propriedade de comando, ele é único. (Quinet, 2010)

Designamos pelo signo S_2, a bateria dos significantes. O S_2 é a repetição do S_1. A repetição é um conceito básico da psicanálise, retomada por Lacan no campo do gozo. Trata-se da repetição da primeira experiência de satisfação, que sempre buscamos repetir e fracassamos em alcançar pela impossibilidade de se atingir o gozo pleno. É uma repetição de gozo que implica o reencontro com a falta de gozo. Essa repetição é contínua e produzirá a cadeia de significantes. Eis aqui, o saber inconsciente (S_2), constituído através da repetição do S_1. (Quinet, 2010)

As letras que compõem os matemas dos discursos se dispõem ordenadamente da seguinte forma: S_1, S_2, $, *a*, e as que ocupam lugares fixos, a saber: agente, outro, produção e a verdade. Lacan escreve estes lugares através de dois binômios interligados por uma seta. O lugar do agente no discurso determinará o agir do sujeito, que se faz de acordo com o discurso em que está inserido. Lacan formaliza através dos discursos esse modo de ação dominante: o mestre (S_1), o saber (S_2), o sujeito ($) ou o objeto (*a*).

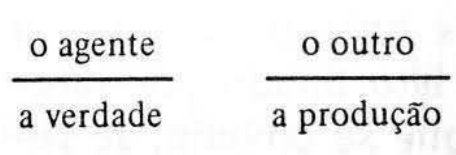

Figura 11 – *Os lugares fixos dos discursos.* (Lacan, [1970] 2003, p. 447)

A dominante dá a marca ao discurso e, de maneira imperativa, exerce influência direta sobre os demais elementos do discurso. Desse modo, o que realiza a função de governar é a lei, de educar é o saber e da histérica é o fazer desejar. Podemos dizer que a

divisão do sujeito se expressa em seu sintoma. O que domina o discurso do analista é o próprio analista em seu desejo, visto ser ele quem dirige o tratamento. (Quinet, 2010)

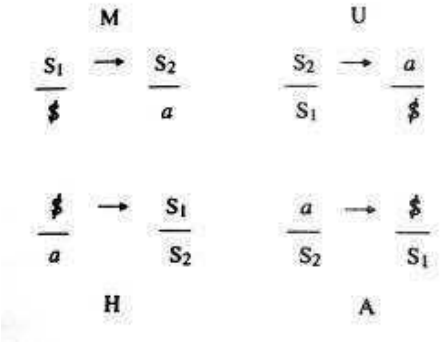

Figura 12 – *Os quatro discursos (Lacan.* [1969-1970] 1992, p.72)

O discurso do mestre

O que mais se destaca no discurso do mestre é o significante S_1 que o mestre faz agir sobre o outro, tomado enquanto saber, visando uma produção determinada de mais-de-gozar. O mestre se posiciona como aquele que usa a linguagem e, por isso, o matema do discurso do mestre é considerado o ponto de partida para os demais discursos. O discurso do mestre constitui o matema de entrada do sujeito na linguagem. Temos S_1 no lugar de agente, evidenciando através do poder imperativo do significante, a entrada do sujeito na ordem simbólica a partir da ação de um significante mestre. Em outras palavras, o significante mestre é o determinador da castração. (Coutinho Jorge, 2002)

Lacan faz uma articulação entre o discurso do senhor antigo e o discurso do senhor moderno, dizendo que a partir da queda do proletariado surge o capitalismo e a revolução. Ocorrendo uma mudança ou uma troca de senhor. Resta desta operação a essência do senhor, ou seja, o fato de que ele não sabe o que quer.

A verdadeira estrutura do discurso do senhor é que o escravo sabe das coisas, mas o que ele sabe mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que o próprio senhor não o saiba, sem isso, ele não seria o senhor. O escravo o sabe e esta se torna sua função enquanto escravo. E é por isso, diz Lacan, "que a coisa funciona." (Lacan,[1969/1979] 1992, p.32)

Lacan ([1969/1970] 1992), mais adiante diz "que o senhor lentamente frustrou o escravo de seu saber, para fazer deste um saber de senhor." Mas o que se mantém como um mistério é de que modo o desejo pôde lhe surgir. O mestre sempre abria mão de seu desejo, "pois o escravo o preenchia antes mesmo que ele soubesse o que podia desejar." (p.34)

O discurso do capitalista seria uma variação do discurso do mestre. Ele não promove o laço social, propondo ao sujeito a relação com um *gadget,* ou seja, um objeto de consumo curto e rápido. Esse tipo de discurso proporciona a economia do desejo do Outro e estimula uma ilusão de completude, mas não pela busca de um par, e sim, pela busca de um objeto do qual se pode lançar mão. "Isso pode efetivamente levar a decepção, tédio e nostalgia do Um em vão prometido ou a diversos tipos de toxicomanias, entre as várias doenças do discurso capitalista." (Quinet, 2010, p.38)

O discurso universitário:

O laço de educar, do discurso universitário não se distingue estruturalmente do laço de burocratizar, gerando ao tratar os indivíduos como objetos, o sujeito patológico, o sujeito do sintoma, o sujeito-castração. (Quinet, 2010)

O discurso histérico:

A partir de um quarto de giro no discurso do mestre se produzirá o discurso da histérica. No lugar da dominante, temos *$*, que possui valor de sintoma, O outro é tomado como S_1, como mestre. A histérica lhe dirige sua demanda insatisfeita de cura do sintoma para que seja decifrado.

Com relação ao discurso da histérica, Lacan ([1969/1970] 1992) diz que é "esse discurso que possibilita que haja um homem motivado pelo desejo de saber. Trata-se de saber o que? – que valor ela própria tem (...) por que como objeto *a*, ele é queda, queda do efeito de discurso, por sua vez quebrado em algum ponto." (p.35)

O que a histérica quer que se saiba é que "a linguagem derrapa na amplidão daquilo que ela, como mulher, pode abrir para o gozo." Mas o que importa à histérica "é que o outro chamado homem saiba que objeto precioso ela se torna nesse contexto de discurso." (Lacan, [1969/1970] 1992, p.35)

A histérica dá ao outro, enquanto sujeito, o lugar dominante em seu discurso, solicita que ele abandone qualquer referência e produza significantes que constituam a associação livre. Falar de qualquer coisa leva ao surgimento, ao acaso dos significantes, produzindo o saber que não se sabe, que, para Lacan, é o que faz trabalhar.

O discurso do analista:

O discurso do analista vem constituir o avesso à mestria, tendo como dominante o objeto *a*, na medida em que este objeto *a* designa o que há de mais opaco dos efeitos do discurso. O que domina no discurso do analista é o silêncio, tomando o sujeito como falante, que é capaz de produzir significantes que irão compor sua própria história. "Trata-

se de efeito do discurso que é efeito de rechaço.” Em outras palavras, o lugar de objeto *a.* (Lacan, [1969-1970] 1992, p.44)

Uma das características fundamentais do discurso do analista é que ele é o único discurso que considera o outro enquanto sujeito capaz de uma produção, levando-o ao atravessamento de sua fantasia. O significante-mestre não pode ser encarnado por ninguém e se revela como puro significante. Não há, portanto, uma idealização do mestre, nem imperativo do Um, mas sua destituição minimizada a um traço de desidentificação. (Quinet, 2010)

O louco representa uma ameaça para a ordem estabelecida por que, ao estar para além da norma fálica, ele desfaz aquilo que está estabelecido e instituído, manifestando-se, de forma própria. O psicótico ataca o laço social, pois, além de não entrar nele, aponta para suas impossibilidades e denuncia o semblante social, demonstrando a inconsistência do Outro. (Quinet, 2010)

Apesar desse ataque aos discursos, o psicótico circula neste campo sem entrar nele, podendo viver aí de forma mais ou menos estável, sua circulação se faz, habitualmente, pelos discursos do mestre e universitário.

Utilizando os esquemas dos discursos, podemos dizer que o tratamento do sujeito psicótico parta de seu posicionamento diante do Outro, ou seja, do lugar de objeto *a* que ele ocupa para o Outro que corresponde de certa forma, com a posição do analista.

No inicio do tratamento do psicótico, o sujeito encontra-se “sofrendo de um vazio de significação”, ele é objeto do gozo do Outro (Barreto, 1999, p. 157). Essa experiência de não sentido é a marca da foraclusão a que ele está submetido e equivale ao automatismo mental. Já os estudamos no primeiro capítulo como frases interrompidas ou o vazio enigmático de Schreber.

O sujeito espera que o analista lhe forneça as significações que ele não dispõe devido à foraclusão do Nome-do-Pai, o analista não pode fazê-lo, pois ele não pode injetar-lhe o significante. Deparamos-nos com a questão transferencial na clínica das psicoses. Enquanto na neurose o analista é colocado no lugar de sujeito suposto saber, na psicose, há uma certeza deste saber, ocasionando que o analista seja colocado pelo sujeito, no lugar de Outro gozador. O que ocasionaria uma transferência persecutória ou erotomaníaca.

Diante dessa transferência, o analista pode vir a ocupar algumas posições para o sujeito: assumir o papel de agente de policia (discurso do mestre), de agente do saber (discurso da universidade) ou de agente de cuidados (discurso da histérica). Para que isso não aconteça, a manobra transferencial e o testemunho seriam os recursos utilizados para

viabilizar a clínica das psicoses. Isso consiste em que o analista não ocupe o lugar de Outro gozador para o sujeito. É preciso que o analista diga não ao gozo do Outro, produzindo um lugar onde o gozo esteja barrado para possibilitar a emergência do sujeito do significante. Assim, enquanto o psicótico localiza-se enquanto objeto do gozo do Outro - analista, este, deve visar barrar o gozo e interpelá-lo enquanto sujeito.

A partir do momento em que o sujeito começa a produzir significações delirantes, buscando reorganizar-se, passa-se do vazio de significações à certeza de significação. Nesse momento, o psicótico se posiciona como S_2, o saber delirante surge como uma resposta ao S_1 enigmático. Eis aqui o trabalho da psicose, ou seja, temos a construção delirante. Nesse contexto, podemos dizer que o analista deve ocupar o lugar de testemunha. A partir do silêncio do analista, que não deve produzir significações para o sujeito, este, abre espaço para que o psicótico construa seu delírio. "Ao suportar a transferência delirante, o analista constitui-se como um outro Outro para o psicótico (não confundir com o Outro do Outro), constitui-se como alguém capaz de testemunhá-lo na construção de seus meios de suplência." (Barreto, 1999, p. 158)

Podemos dizer que a direção do tratamento na psicose deve estimular a apresentação dos fenômenos em uma tentativa de que o psicótico identifique nas alucinações o que ouve do Outro, favorecendo, assim, as construções delirantes que lhe permitirão circunscrever o gozo.

Tratar o sujeito psicótico significa favorecer-lhe uma mediação para aquilo que lhe invade e faz sofrer. A psicanálise nos possibilita este viés, que se trata de o analista ocupar um lugar especifico, uma posição que lhe possibilitará escutar o que o sujeito lhe diz. Em outras palavras, a função do analista na direção do tratamento é a de favorecer o aparecimento do sujeito, para que o próprio sujeito conduza seu processo de cura.

Retomando o histórico do tratamento da loucura em nosso país e a proposta psicanalítica neste campo, constatamos que nos hospícios encontramos a exclusão e a institucionalização daquele que foi excluído. Mas, ao pensarmos que essa condição de exclusão fundamental caracteriza o psicótico visto ser ele o fora do discurso, entendemos que retirá-lo dos hospícios não resolve sua condição de exclusão. Diante disso, podemos dizer que a viabilização de laços sociais possíveis para estes sujeitos, é o que pode retirá-los da condição de segregação e exclusão em que vivem.

Essa é uma tarefa complexa no mundo moderno em que vivemos, onde prevalece o "acirramento do conformismo e uma discriminação da diferença" (Barreto, 2011, p.03). Em outras palavras, uma sociedade em que predomina o discurso do Mestre ou

universitário. Na proposta das políticas públicas de atenção psicossocial exige-se uma igualdade, a qual o louco não pode corresponder. Diante disso, se não nos atentarmos ao lugar clínico que devemos ocupar, a possibilidade de mantermos a segregação destes sujeitos é imensa.

Então, nosso desafio é superar o binômio exclusão / inserção. Para tanto, o tratamento deve visar, primordialmente, um apaziguamento do sujeito consigo mesmo e não um acordo entre este sujeito e a sociedade que objetive a criação de um laço social o qual possibilite ao sujeito circular no mundo dos discursos a partir de sua subjetividade, de sua singularidade. Com isso, o resultado será alguém "não transtornado, embora não normal." (Barreto, 2011, p. 03)

Podemos afirmar que não podemos desconsiderar a escuta dos delírios na clínica da psicose. Em nossa perspectiva, isso implica na aceitação de um modo de ser no mundo distinto do nosso. Sem isso, não se pode falar em tratamento, em inclusão ou em reforma psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento de concluir este percurso teórico, vem-nos à mente toda nossa vivência clínica no campo das psicoses iniciada anos atrás, em um hospital psiquiátrico. Lugar em que pouco se podia fazer para implementar alguma diretriz clínica aos sujeitos que eram submetidos àquele tipo de estabelecimento. Tempos depois, com a oportunidade de constituir a equipe de um CAPS, surge uma nova experiência, rica em possibilidades, estudos e vivências, que hoje, resulta na elaboração desta dissertação de mestrado.

É importante frisarmos que neste momento, constatamos que a mera questão dos espaços físicos em que operamos não necessariamente representa a existência de uma clínica psicanalítica em que prevaleça a escuta dos sujeitos em suas singularidades. Pois os CAPS podem, com muita facilidade, reproduzir a exclusão que impera nos hospitais. Isso foi observado, principalmente no último capítulo desta dissertação. Lá, problematizamos as principais questões que originaram estes serviços, a legislação que os estabelece e as vertentes que embasam suas práticas.

Realmente, as propostas da reforma psiquiátrica e as atribuições dadas aos CAPS, contemplam perspectivas filosóficas, sociais e políticas fundamentais para o estabelecimento de um atendimento psicossocial. Isso na medida em que possibilita aos sujeitos serem vistos como *cidadãos de direitos,* possibilitando-lhes retomar sua qualidade de humanidade perdida nos muros do manicômio.

Acreditamos que as políticas públicas de atenção à saúde mental constituem-se em um meio ou um instrumento legítimo para que uma clínica efetiva das psicoses possa se estabelecer. O bem tratar proposto por tais políticas públicas nos remete à outra questão primordial que se refere a *como tratar?*

Para entendermos esse *como tratar,* retomamos o percurso teórico trilhado nesta pesquisa: Ao iniciarmos, interrogamos a função dos delírios na clínica das psicoses. Nossa questão partiu da experiência clínica com sujeitos que demonstraram certa escolha pela via delirante. Esses sujeitos nos convocaram ao estudo da viabilização clínica das psicoses. Com os casos clínicos, apresentamos as múltiplas peculiaridades existentes no contexto institucional. Espaço perpassado por posicionamentos e discursos muitas vezes dissociados.

Em seguida, percorremos os estudos psicanalíticos referentes às psicoses, partindo das elaborações de Jacques Lacan em sua retomada aos textos freudianos. Essa via foi

importante por possibilitar-nos uma perspectiva temporal das teorizações psicanalíticas, o que nos proporcionou também um retorno aos textos freudianos. Neles, encontramos as diretrizes teóricas apontadas por Lacan.

Ao tomarmos o texto *De uma questão preliminar ao tratamento possível das psicoses* (1957-1958), nos deparamos com o que Lacan considera fundamental ao estudo das psicoses, subvertendo as noções tradicionais que a entendiam enquanto doença. Lacan parte da linguagem e chega à noção de estruturação do sujeito. Com a explicação da construção da metáfora paterna, ele desenvolve o conceito de foraclusão do Nome-do-Pai e daí, surge o entendimento da linguagem singular das psicoses e a forma especifica destes sujeitos se portarem no mundo.

Remetemo-nos ainda ao texto escrito por Lacan dez anos depois: *Apresentação das memórias de um doente dos nervos* (1966) e nos deparamos com a evolução do pensamento lacaniano em relação à questão do sujeito com o gozo. Além da referência aos significantes. Pontuamos que Lacan não desconsidera a importância de seus estudos anteriores e, novamente reverencia a genialidade freudiana. Fizemos ainda, um breve relato sobre a teorização lacaniana dos anos 70, com o seminário 23: O sinthoma.

Passamos a uma análise dos delírios e suas construções, a partir dos posicionamentos tradicionais comparados a visão psicanalítica por entendermos que as duas vias se encontram no âmbito clínico da saúde pública.

Respaldamo-nos em Freud e Lacan, lançando mão de autores que foram extremamente importantes neste momento, como Jean Claude Maleval, Colette Soler e Antônio Quinet. Os mesmos nos possibilitaram uma perspectiva mais contemporânea da clínica psicanalítica que considera a função terapêutica dos delírios para o sujeito psicótico, entendendo-os como uma via possível e eficaz ao tratamento e apaziguamento das psicoses.

Ao final, achamos oportuno percorrer os aspectos históricos da loucura para localizarmo-nos no contexto que hoje incide sobre a mesma e para isso, recorremos a Foucault. Especificou-se mais claramente o contexto estabelecido nos CAPS, que é nosso campo de intervenção. Em nosso caso, um CAPS perpassado pela orientação psicanalítica em sua prática clínica.

Em seguida, nos dedicamos ao contexto da saúde mental no Brasil, as disposições que legitimaram a proposta da Atenção Psicossocial e a contribuição da psicanálise neste âmbito.

Ao finalizar este percurso que objetivou o estudo dos delírios, nos deparamos com a pretensão de privilegiar a escuta psicanalítica como *modus operandi* primordial para a clínica das psicoses, seja ela nos serviços públicos ou nos consultórios. Retomamos tal entendimento com Freud e Lacan, que desde o inicio, enfatizaram este aspecto. Assim, concluímos que, se o psicanalista não se atenta para o que vem do sujeito, de forma alguma ele está no chamado *lugar do analista*. E sem estar neste lugar, não possibilitamos a fala. Se não há emergência da fala, não há emergência do sujeito e não há possibilidade de uma clínica psicanalítica. Todos os autores que buscamos neste estudo, a sua maneira enfatizaram esta questão, pois, só através da escuta, se chega ao sujeito.

Ao constatarmos, com esta pesquisa, que cabe ao psicanalista o papel de facilitador do emergir dos sujeitos. Cabe-lhe também a tarefa de intervir a partir daquilo que este sujeito lhe traz, ou seja, seu material de trabalho é o que o sujeito lhe oferece. E o sujeito psicótico, como dissemos, sabe seu caminho, cabendo-nos acompanhá-lo.

Podemos concluir que *cuidar* é uma proposta das políticas públicas de saúde mental, mas *tratar* é outra coisa. Tratar de sujeitos psicóticos também é algo mais além, pois, tratar o sujeito psicótico significa favorecer uma mediação possível com o Outro que lhe invade. Além de acompanhá-lo em seu percurso, testemunhar, secretariar e intermediar o gozo que vem do Outro e, se o delírio é a via que ele aponta, cabe-nos ouvi-lo.

REFERÊNCIAS

Amarante, Paulo; Torre, Eduardo (2001) *História da loucura: quarenta anos transformando a história da psiquiatria*. In: Psicologia Clínica. Rio de Janeiro: v.13, n.1.

Álvarez, J-M., Esteban, R., Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatologia psicoanalitica*. Madrid: Editorial Sintesis.

Alvarez, José Maria (2008) Estudios sobre las psicoses. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Atenção em saúde mental (2006) Secretaria do estado de saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Barreto, Francisco Paes. (1999) *Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano.* Belo Horizonte: Editora Itatiaia.

Barreto, Francisco Paes. (2011) *A psicanálise aplicada a saúde mental. (uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições).* Último acesso em 05 de agosto de 2013. In: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_01/Revista01_art3_Barreto.pdf

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988) Brasília. Recuperado em 05 de agosto de 2013, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Colina, F.(2010) *El saber delirante.* Madrid: Editorial Síntesis.

Coutinho, Jorge, M. A. (2002) *Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos.* In: Saber, verdade e gozo Leituras de o seminário 17 de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Marcad'Água livraria e editora Ltda.

Coutinho, Jorge M. A. (2005) *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Declaração de Caracas. (1990) In: Legislação em Saúde Mental (1990-2004) Ministério da Saúde. Brasília – DF. 5º Edição Ampliada. 2004.

Figueiredo, A. C. (2002) *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos.* Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Figueiredo, A. C. (2005) *Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial.* Revista Mental. Ano III - nº 5 - Barbacena - novembro, 2005. Recuperado em 26 de agosto de 2013, de: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a04.pdf

Foucault, Michel. (1975) A constituição histórica da doença mental. Doença mental e psicologia. Tradução: Lilian Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Foucault, Michel. (1978) *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A.

Foucault, Michel. (2006) *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. ([1895]2006) *Projeto para uma psicologia científica*. In: Freud, S. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. I, pp. 335-396) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1911]2006) *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides).* In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XII, pp. 15-89) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1912-1913]2006) *Totem e tabu*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XIII, pp.13-162) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1914]2006) *Sobre o Narcisismo: uma introdução.* In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XIV, pp. 77-108) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1915]2006) *O inconsciente.* In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XIV, pp. 165-222) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1917]2006) *Conferência XVI Psicanálise e Psiquiatria*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XVI, pp. 251-263) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1920]2006) *Além do princípio do prazer*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XVIII, pp. 13-75) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1923-1924]2006) *Neurose e psicose*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XIX, pp. 165-171) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1932-1933]2006) *Conferência XXIX, Revisão da teoria dos sonhos*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XXII, pp. 17-38) Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. ([1937]2006) *Construções em análise*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (J. Salomão trad., Vol. XXIII, pp. 275-287) Rio de Janeiro: Imago.

Garcia-Roza, Luiz Alfredo (2009) *Freud e o inconsciente*. 23º edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Guerra, A. (2007) *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Teoria

Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Recuperada em 11 de agosto de 2013, de: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Andrea_Guerra.pdf

Kaplan, Harold; Sadock, Benjamin; Grebb, Jack (2006) *Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica.* Rio de Janeiro: Artmed Editora S.A.

Kyrillos Neto, F. (2010) *Ideologia e reforma psiquiátrica: crítica do laço social produzido nos serviços substitutivos de saúde mental.* A peste. São Paulo, v. 2, n. 1, pp. 63-78, Jan./jun.

Lacan, J. ([1953]1998) *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise.* In: Escritos. Rio de janeiro: Jorge Zahar editor.

Lacan, J. (1954/1955) *O seminário*, livro *2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Falta ano

Lacan, J. ([1955-1956]1988) *O seminário*, *livro 3. As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1957-1958]1998) *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1958]1998). *A direção do tratamento e princípios de seu poder*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1958]1999) *O seminário*, *livro 5. As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1960]1998) *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1960]2008) *O seminário, livro 7. A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1964]2008) *O sujeito e o outro (II): A afânise*. PP. 211-223. In: *O seminário*, *livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1966]2003) *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos.* In: *Outros Escritos.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1969-1970]1992) *O seminário, livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. ([1974-1975]) *O seminário, livro 22. RSI*. Tradução não-oficial.

Lacan, J. ([1975-1976]2007) *O seminário*, livro *23. O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. (1987) *Da psicose paranóica em suas relações com a Personalidade*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (pp. 17-20). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: Legislação em Saúde Mental (1990-2004) Ministério da Saúde. Brasília – DF. 5º Edição Ampliada. 2004.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 22 de agosto de 2013, de: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf

Lobosque, A. M. (1997) *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.* São Paulo: Editora Hucitec.

Lobosque, A. M. (2001) *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.

Maleval, J-C. (1998) Lógica Del delírio. Traducción de Daniel Alcoba. Espanha: Ediciones Del Serbal.

Maleval, J-C. (2002) *La forclusion del Nombre del padre*. El concepto y su clínica. Buenos Aires: Paidós.

Portaria nº 336/GM de 19 de Fevereiro de 2002 (pp.125-136). Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela portaria 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária. In: Legislação em Saúde Mental (1990-2004) Ministério da Saúde. Brasília – DF. 5º Edição Ampliada. 2004.

Portaria SAS nº 189, de 20 de Março de 2002 (republicada). (pp. 273-290) Insere novos procedimentos ambulatoriais na tabela do SIS-SUS, ampliando o funcionamento dos serviços. In: Legislação em Saúde Mental (1990-2004) Ministério da Saúde. Brasília – DF. 5º Edição Ampliada. 2004.

Quinet, A. (2003) *Teoria e clínica das psicoses*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Quinet, A. (2010) *Psicose e laço social – esquizofrenia, paranoia e melancolia*. (2° Ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Rajchman, J. (1987) *Foucault: A liberdade da filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Soler, C. (2007) *O inconsciente a céu aberto da psicose.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Schreber, D. P., ([1903] 1999) *Memórias de um enfermo nervioso.* Traducción y estúdio preliminar de Ramón Alcalde, prólogo de Luis Gusmán. Buenos Aires, Libros Perfil S.A. Recuperado em 28 de agosto de 2013, de: http://www.scribd.com/doc/48521204/Schreber-Daniel-Paul-Memorias-de-un-enfermo-nervioso

Tendlarz, S. E. (2009) *Psicosis – Loclásico y lonuevo*. Buenos Aires: Serie tri Grama ediciones

Tenório, F. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.* História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1):25-59, jan.-abr. 2002. Recuperado em 05 de junho de 2013, de: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf

Viganò, C. *A construção do caso clínico.* Opção Lacaniana online nova série Ano 1- Número 1 Março 2010 ISSN 2177-2673. Recuperado em 05 de agosto de 2013, de: http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf http://pt.scribd.com/doc/81938707/Construcao-do-caso-clinico