

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO – PSICOLOGIA

MYNÉIA CAMPOS OLIVEIRA SANTOS

A transferência como meio de tratamento do Outro e recurso
de contenção à passagem ao ato na psicose

Belo Horizonte

2016

MYNÉIA CAMPOS OLIVEIRA SANTOS

A transferência como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos Psicanalíticos – Conceitos Fundamentais, Investigação no Campo Clínico e Cultural.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Massara Rocha

Belo Horizonte

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

150 S237t 2016	<p>Santos, Mynéia Campos Oliveira</p> <p>A transferência como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose [manuscrito] / Mynéia Campos Oliveira Santos. - 2016. 106 f.</p> <p>Orientador: Guilherme Massara Rocha.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.</p> <p>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia – Teses. 2. Psicoses - Teses. 3 Transferência (Psicologia) – Teses. I. Rocha, Guilherme Massara. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.</p>
----------------------	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



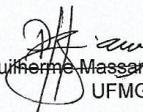
FOLHA DE APROVAÇÃO

A transferência como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose.

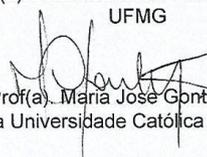
MYNÉIA CAMPOS OLIVEIRA SANTOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, área de concentração ESTUDOS PSICANALÍTICOS, linha de pesquisa Conceitos Fund. Psicanálise Invest. Campo Clínico e Cultural.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Guilherme Massara Rocha - Orientador
UFMG


Prof(a). Antonio Márcio Ribeiro Teixeira
UFMG


Prof(a). Maria José Gontijo Salum
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2016.

Dedico este trabalho a Paulo e a cada paciente do Instituto Raul Soares que me confiou elementos de sua história e com quem aprendi o respeito pelas diferentes maneiras de se estar no mundo, contribuindo em muito para o enriquecimento de minha prática clínica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Guilherme Massara Rocha, pelo acolhimento de meu projeto de pesquisa, por suas considerações e pela confiança em meu trabalho.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, especialmente à Prof.^a Andréa Máris Campos Guerra, pela generosidade e transmissão do rigor quanto ao uso e elucidação do método de pesquisa em psicanálise.

Aos colegas do mestrado, pelas alegrias, angústias e conhecimentos compartilhados. Um abraço especial às amigas Ana Luíza Sant'Anna e Camila Ferreira Sales.

Agradeço ao Instituto Raul Soares - FHEMIG, espaço privilegiado de formação, na figura dos pacientes, funcionários, residentes e equipes de trabalho. Aos colegas e amigos do Espaço Terapêutico, com quem compartilhei as dificuldades e avanços na clínica, principalmente Rosemary Gomes de Carvalho Rocha, parceira constante.

Agradeço à FAPEMIG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, que contribuiu com a concessão da bolsa de estudos, indispensável para a realização deste trabalho.

Agradeço aos membros de minha Banca de Qualificação, composta pelos professores Dr. Jésus Santiago (UFMG), Dr. Paulo Vidal (UFF) e Dr.^a Cristina Moreira Marcos (PUC-MG), pelas indicações preciosas para o desenvolvimento de minha pesquisa.

Agradeço a Lilany Pacheco, pela escuta atenta e acompanhamento de meu percurso de formação a partir das supervisões clínicas e de construção do caso.

Agradeço aos membros de minha Banca de Defesa, Prof. Dr. Antônio Márcio R. Teixeira (UFMG) e Profa. Dra. Maria José Gontijo Salum (PUC-MG) pela prontidão com que aceitaram o convite para compor a banca.

Aos meus pais e irmãos, pela inspiração e aposta nas minhas escolhas.

Aos amigos, pelos momentos de descontração.

E ao Mateus, pela paciência e carinho diante de tantas oscilações próprias ao percurso transformador em que me engajei durante esses dois anos de trabalho. À Janis, nossa querida, por tornar por vezes esse caminho mais leve.

*“Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa;
mas vai dar na outra banda é num ponto muito mais em baixo,
bem diverso do em que primeiro se pensou”.*

*“O real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”*

(João Guimarães Rosa – Grande Sertão Veredas)

RESUMO

Santos, M.C.O. (2016). *A transferência como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

Este trabalho se propõe a investigar, a partir do estudo de um caso clínico, de que modo a manobra da transferência na psicose nos permite apostar em sua eficácia como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato nessa estrutura. Nossa proposta de pesquisa se originou do acompanhamento de um paciente esquizofrênico em um hospital psiquiátrico e dos impasses surgidos diante das intervenções apresentadas. Trata-se de um caso grave, frente ao qual diferentes ações terapêuticas fracassaram, deixando muitas vezes a equipe impotente mediante suas incessantes passagens ao ato. Tendo o caso como referência, optamos pela construção do caso clínico como método de pesquisa em psicanálise, focando no acompanhamento das saídas apontadas pelo próprio paciente diante de seus impasses e nas indicações durante a condução do tratamento que nos permitiram confirmar o estabelecimento da transferência e seus efeitos sobre as passagens ao ato. Orientados pela leitura de Freud e Lacan, determinamos as características particulares que definem a psicose enquanto estrutura clínica, constatando que na psicose o simbólico não opera na negatização do gozo, o que faz com que este retorne sobre o psicótico de forma maciça na figura de um Outro ameaçador. Consequentemente, a passagem ao ato nessa estrutura se configura como uma tentativa de extrair o excesso de gozo no campo do Outro, como uma saída para lidar com o real. Frente a essa observação, a manobra da transferência seguiu como orientação o tratamento do Outro para fazer barreira ao transbordamento da pulsão, ou seja, uma modalidade de trabalho que buscou regular o gozo do Outro através de estratégias criadas pelo que se mostrou possível no caso. Trata-se de assumir um lugar diferente na transferência, apresentar um Outro esvaziado, cuja presença possa ser melhor tolerada pelo psicótico, proporcionando apaziguamento do gozo e modulação de seus atos. Nesta pesquisa, procuramos recuperar os referenciais teórico-clínicos que nos permitem situar que o uso da palavra e as diferentes funções exercidas pelo analista na transferência podem favorecer uma nova forma de nomear o gozo, colocando uma barra à interpretação desenfreada de sinais e dificultando a elaboração de sentido que pode se precipitar numa conclusão no real por meio do ato. Através da construção do caso clínico, verificamos que a manobra da transferência e o uso do analista como objeto multifuncional mostraram-se de fundamental importância para o estabelecimento de um tratamento possível das passagens ao ato na psicose.

Palavras-chave: psicose; transferência; tratamento do Outro; passagem ao ato.

ABSTRACT

Santos, M.C.O. (2016). *The transference as way of treatment of the Other and resource of contention of the passage à l'acte in the psychosis*. Master Thesis, Post-graduation Program in Psychology, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

The aim of this thesis is to investigate, from a clinical case study, in what way the maneuver of the transference in psychosis allows us to bet on its effectiveness as a form of treatment of the Other and resource to contain the passage à l'acte in this structure. Our research proposal came from the treatment of a schizophrenic patient inside of a psychiatric hospital and from the impasses that emerge before the presented intervention. It's about a serious case, which many different therapeutics actions failed, leaving the professional team, on several occasions, powerless in front of his incessant passage à l'acte. Taking the case as reference, we opted by the construction of the clinical case as a psychoanalysis research method focusing on the monitoring of outputs indicated by the patient himself and on the indications during the conduction of the treatment that allows us confirm the establishment of the transference and its effects on the passage à l'acte. Oriented by the reading of Freud and Lacan, we determined the particular characteristic that defines psychosis while clinical structure, noting that in psychosis there's no such thing as the reduction of the enjoyment by the symbolic, which makes it returns over the subject in a massive way as a frightening Other. Consequently, the passage à l'acte in this structure configure as an attempt to extract enjoyment from the Other camp as an exit to dealing with the real. In face of that observation, the maneuver of the transference follow as an orientation to the treatment of the Other to block the overflow of the pulsion; in other words, a work modality that sought to regulate the enjoyment of the Other through strategies created by what was possible in this case. The Other's treatment happens when the professional takes a different position in the transference and show the patient an empty Other. This helps the psychotic to tolerate the presence of the Other and it brings to the patient a sort of peaceful feeling in terms of the enjoyment and the modulations of his own acts. In this research, we try to recover theoretical and clinical references that would allow us to establish that: the use of words and the different functions exercised by the psychoanalyst in the transference which allows the patient to give a new name for enjoyment, putting a barrier on the unbridled interpretation of the signs and hindering the development of significance that can precipitate a conclusion in the real by means of the passage à l'acte. Through the construction of this clinical case, we verified that the maneuver of the transference and the use of the psychoanalyst as a multifunctional object presented a fundamental importance for the establishment of a treatment possibility to the passage à l'acte in psychosis.

Keywords: transference, psychosis, Other's treatment, passage à l'acte.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema L simplificado.....	45
Figura 2: Esquema R.....	55
Figura 3: Esquema I.....	56

SUMÁRIO

1-Introdução.....	10
2-Primeiro Capítulo - A construção do caso clínico como método de pesquisa: caso Paulo.....	14
2.1- A vocação da Psicanálise.....	14
2.2- A construção do caso clínico e suas implicações.....	16
2.3- Relato do caso.....	18
2.3.1-O início de um percurso.....	21
2.3.2- O trabalho de transferência.....	22
2.3.3- História pgressa.....	25
2.3.4- Um tratamento possível sob transferência.....	26
2.4- A abordagem psiquiátrica.....	29
2.5- A construção do caso clínico como referência de trabalho em saúde mental.....	34
2.5.1- Considerações.....	37
3-Segundo capítulo - As especificidades da psicose como estrutura clínica.....	41
3.1- Sobre a <i>Verneinung</i> de Freud e seus desdobramentos.....	42
3.2- A forclusão do significante Nome-do-Pai (NP).....	45
3.2.1- A incidência da metáfora paterna e o complexo edípico.....	47
3.2.2- Efeitos da forclusão do Nome-do-Pai.....	49
3.3- A dimensão do Real na psicose.....	52
3.3.1- A constituição do campo da realidade: implicações na neurose e na psicose.....	53
3.3.2- O objeto <i>a</i> como resto da operação significante.....	57
3.4 – A passagem ao ato e o <i>acting out</i>	59
3.5 – A passagem ao ato na psicose.....	62
3.6 – Considerações sobre o caso.....	65
4-Terceiro capítulo – A entrada na transferência e a direção do tratamento.....	70
4.1- A transferência em Freud.....	71
4.2- A transferência na psicose a partir da orientação lacaniana.....	75
4.3- O tratamento do Outro e a manobra da transferência na psicose.....	80
4.4- Modulações da transferência: o lugar do analista.....	82
4.4.1- Caso Paulo: variações da transferência.....	83
4.4.2- O analista como objeto multifuncional.....	91
4.4.3- Efeitos terapêuticos recolhidos do caso.....	94
5- Conclusão.....	97
Referências bibliográficas.....	100

1-Introdução

O tema desta pesquisa surgiu das indagações suscitadas durante meu acompanhamento como psicóloga de um paciente esquizofrênico em um hospital psiquiátrico de Belo Horizonte. Sua internação transcorreu durante o período de 1 ano e 4 meses, uma longa permanência justificada pela relatividade de sua resposta às intervenções terapêuticas propostas.

De fato, o paciente apresentava histórico de inúmeras internações psiquiátricas, marcadas por longos períodos de contenção física, refratariedade ao uso das medicações e por fim, a indicação do serviço de saúde mental de seu município de que se esgotaram os recursos extra-hospitalares de tratamento. Foram solicitadas ao hospital novas sessões de eletroconvulsoterapia (ECT) e avaliação para psicocirurgia.

Paulo, como o denominaremos, foi encaminhado à instituição devido à intensidade de suas passagens ao ato que se mostravam repentinas, repetitivas e sem motivação aparente. Apresentava-se persecutório com vizinhos, profissionais de saúde e familiares, agredindo-os fisicamente e se envolvendo em conflitos que o colocavam em risco, assim como as pessoas próximas.

A gravidade de seu quadro, bem como a diversidade dos fenômenos exibidos impressionavam. Paulo se atirava sobre os outros pacientes e equipe de enfermagem, quebrava vidros, jogava coisas no chão, delirava, queixava-se de vômitos e outras manifestações corporais, se machucava durante seus rompantes, sempre acusando os outros de maus tratos e difamações.

Essa variedade na sintomatologia apresentada legitimou diferentes propostas diagnósticas elaboradas pela psiquiatria, assim como a aplicação de diferentes técnicas de intervenção, objetivando a cessação de seus sintomas. Mas, apesar de toda medicação testada e de tantas sessões de ECT, por que o paciente não melhorava? O que se encontrava em causa em suas passagens ao ato? Haveria alguma possibilidade de tratamento ou sua internação se justificava apenas pelos riscos de convivência social?

Sobre essa última questão, Miller (1999a) faz uma crítica interessante ao vincular o conceito de saúde mental à concepção de ordem pública, afirmando que não há maior indicação de perda de saúde mental do que a perturbação dessa ordem.

Essa perturbação pode atingir os diferentes segmentos da vida social e coletiva, desde os mais diversos espaços públicos até o ambiente mais privado do convívio familiar. O que vale destacar no âmbito do desarranjo da saúde mental é seu caráter de incômodo, de inadequação ao funcionamento social vigente.

Sob esse aspecto, tendo como intuito reintegrar o indivíduo ao meio social, os profissionais de saúde mental são convocados a assumir o lugar daquele que avalia e decide sobre as condições do indivíduo de circular pelos espaços coletivos, de retornar à convivência familiar, sobre seu grau de periculosidade, etc.

Mas Miller pontua que apenas estabelecer a equivalência entre saúde mental e ordem pública não é suficiente. Há de se definir um critério mais específico para circunscrevê-lo. Segundo o autor, “a noção crucial, então, para o conceito de saúde mental, é a decisão sobre a responsabilidade do indivíduo. Isto é, se é responsável e se pode castigá-lo ou, pelo contrário, se é irresponsável e se deve curá-lo” (Miller, 1999a, p.21).

Portanto, é considerado irresponsável aquele que não pode responder por si e por seus atos, sendo outorgada a outra pessoa a decisão sobre os rumos a serem tomados em sua vida, perdendo assim a condição de sujeito pleno de direito. Dessa maneira, a saúde mental faz parte do conjunto de medidas que buscam salvaguardar a ordem pública, garantindo tratamento àqueles que sofrem de enfermidades mentais e que por isso mesmo apresentam seu discernimento prejudicado.

Tomando como perspectiva a teoria psicanalítica e suas indicações e pressupostos no que tange ao tratamento possível da psicose, verificamos que a psicanálise não trabalha por essa via, ela não pode prometer saúde mental a alguém (Miller, 1999a). Trata-se, em contrapartida, de saudar bem aquele que vem ao encontro do analista para que desse encontro possa-se recolher os efeitos subjetivos que, a priori, não podem ser antecipados e garantidos.

Conforme Miller apresenta, a psicanálise se constitui como um tratamento que se dirige ao sujeito de direito enquanto tal, àquele que pode responder pelo que lhe acontece. Em termos linguísticos, refere-se ao sujeito da enunciação, sujeito que responde por seu enunciado e que não se confunde com ele: “aquele que pode tomar distância com respeito ao que ele mesmo enuncia, (...), capaz de julgar o que diz e o que faz” (Miller, 1999a, p.23).

Essa é a proposta da psicanálise, até mesmo em casos graves, casos de psicose, em que se busca alguma implicação do sujeito e a invenção de saídas próprias que possam tratar o real. Essa foi a aposta que orientou a condução do tratamento de Paulo e que gerou surpresa pelos efeitos que alcançou, tal como será demonstrado ao longo desta dissertação.

A partir da disponibilidade de suportar algo de intratável do caso, da oferta de escuta a que o paciente deu abertura, do trabalho investigativo para buscar localizar a função de suas passagens ao ato, descortinou-se um tratamento possível investindo na manobra da transferência como um recurso para fazer contenção ao transbordamento da pulsão.

Em torno da construção desse trabalho, constatamos que Paulo ofereceu indícios importantes de como se poderia operar com ele de forma a criar estratégias para lidar com suas passagens ao ato, permitindo uma orientação que se manteve como referência durante todo o acompanhamento que será detalhado ao longo de nossa pesquisa.

Trata-se, portanto, de uma dissertação que busca investigar e formalizar questões surgidas após a conclusão de um tratamento. Algumas perguntas serviram como norteadores de nosso estudo: o que se produziu na condução do caso de forma a viabilizar o tratamento? Pode a transferência ter exercido um papel preponderante na modulação de seus atos? Qual o lugar ocupado por sua psicóloga que possibilitou que sua presença não se configurasse como uma ameaça?

Reunidas as questões, formulamos uma hipótese que se desdobra em nosso objetivo de investigação. Este trabalho se propõe então a indagar, a partir do caso clínico, de que modo a manobra da transferência na psicose nos permite apostar em sua eficácia como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato.

Para tal, tomamos como base a leitura de Freud e Lacan para a caracterização de conceitos importantes à pesquisa, como a concepção de transferência e passagem ao ato na psicose. Do mesmo modo, buscamos nesses autores o referencial teórico que nos permitiu inferir a concepção de tratamento do Outro na psicose, estendendo essa investigação a autores contemporâneos envolvidos com a prática de trabalho e pesquisa nessa estrutura clínica.

Considerando o interesse da psicanálise pelos interstícios do saber, optamos pela construção do caso clínico como método de investigação para procurar localizar o que de particular ocorreu na condução do tratamento que nos permitiu levantar nossa hipótese de estudo.

Para subsidiar a construção do caso, foi realizada pesquisa documental através da revisão dos prontuários do paciente durante seu tempo de internação no hospital psiquiátrico, além dos registros clínicos pessoais elaborados pela psicologia a partir do acompanhamento e das discussões do caso em supervisão coletiva e individual.

São ao todo 11 prontuários nos quais foram registrados regularmente os atendimentos da equipe de saúde responsável pelo tratamento do paciente, formada pelo corpo médico e de enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Os prontuários correspondem às 3 internações de Paulo na instituição: durante 2 meses em 2009; 7 meses em 2010 e 1 ano e 4 meses entre 2012 e 2013.

Embora nosso acompanhamento tenha se dado durante a última internação, buscamos nos prontuários das internações anteriores relatos e impressões sobre seu comportamento e

diagnóstico, informações sobre sua história pessoal, respostas às intervenções propostas e possíveis vínculos com integrantes da equipe.

Os registros clínicos pessoais da psicologia referem-se a algumas anotações sobre a evolução do paciente, fatos e falas que chamaram a atenção, contato com familiares, intervenções junto ao serviço de saúde mental de referência em seu município, bem como comentários e indicações em supervisão sobre a condução do tratamento.

Durante a última internação de Paulo, foram realizados pela psicologia aproximadamente 2 a 4 atendimentos por semana, conforme demanda do paciente. Grande parte desses atendimentos se deu na forma dos “passeios”, caminhadas e conversas pelos jardins e setores do hospital. A viabilidade do tratamento através desses passeios será um ponto de investigação importante no decorrer desta dissertação.

Observamos, durante revisão documental, que predominam nos prontuários dados técnicos e objetivos referentes à rotina de trabalho com o paciente na instituição. Dentre o material disponível, procuramos recolher os elementos que apresentaram a nosso ver maior relevância clínica, como os dizeres de Paulo sobre o tratamento e sua relação com as pessoas na instituição, além dos vestígios que puderam revelar algum movimento subjetivo.

Privilegiamos na leitura e análise das informações coletadas, reunir os subsídios que puderam elucidar o que tornou possível o estabelecimento da transferência, como se deu seu manejo, bem como os efeitos obtidos desse encontro sobre suas passagens ao ato.

Por fim, através da articulação entre teoria e prática, buscamos investigar o que este caso apontou como singular, permitindo-nos sustentar nossa aposta de que a manobra da transferência pode funcionar como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose.

Acreditamos que a relevância desta pesquisa se justifica pela ênfase dada ao que há de singular em cada caso no contexto institucional, trabalhando para que cada sujeito encontre suas soluções, em oposição à política do “todos iguais” que padroniza os modos de intervenção.

Para a elaboração deste trabalho, foi de fundamental importância a revisão de nossos referenciais já consolidados e o resgate da dimensão do manejo clínico, do acompanhamento do percurso do paciente e de suas indicações para a condução do tratamento. Aliado a isso, orientados pelo discurso psicanalítico, buscamos recuperar a dimensão da palavra no contexto do hospital psiquiátrico, cenário aberto a demandas de diversas naturezas.

2- Primeiro capítulo - A construção do caso clínico como método de pesquisa: caso Paulo

No cotidiano de nossa prática, temos nos deparado de forma intensa com a presença de casos de passagens ao ato graves que têm mudado a rotina da instituição, exigindo avanços teórico-clínicos que nos orientem diante dos impasses surgidos, principalmente quando estes acarretam sérios danos para o sujeito e para as pessoas de seu convívio.

O caso a partir do qual delineamos nosso objeto de pesquisa mobilizou a instituição psiquiátrica devido às suas incessantes passagens ao ato, deixando muitas vezes a equipe com a sensação de impotência diante do fracasso de suas intervenções.

Frente à gravidade de tal caso, apostamos na vocação clínica e investigativa da psicanálise para construir uma prática de trabalho que apresente como princípio ético a direção do tratamento pautada nas particularidades apontadas pelo próprio sujeito.

Assim procedendo, vislumbramos uma abertura para o tratamento que tornou possível sustentar nossa proposta de pesquisa de que a transferência pode servir como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose.

Dessa maneira, optamos por apresentar o caso no primeiro capítulo, acreditando que ele se mostra o pivô em torno do qual retiramos os elementos para formalizá-lo conceitualmente, servindo de referência ao longo de toda a dissertação.

Paralelamente à narração do caso de Paulo a partir do trabalho com sua psicóloga de referência, sustentaremos a proposta de construção do caso clínico como método de pesquisa em psicanálise do qual nos valem em nossa investigação, método que se mostrou fundamental para lançar luz a várias questões levantadas por nós no decorrer da pesquisa.

2.1- A vocação da psicanálise

A psicanálise apresenta como herança histórica casos de difícil resolução que chegavam inicialmente até Freud como uma última tentativa de tratamento. Diante de tais casos, mesmo com os limites terapêuticos de sua técnica incipiente, o autor não recuou, mantendo aceso seu interesse investigativo que o levou ao desenvolvimento da particularidade de seu método de trabalho.

Freud era um cientista, tinha formação em neurologia e partilhava dos ideais científicos de sua época. Esforçou-se por toda sua vida em elevar a psicanálise ao caráter de ciência, buscando com rigor desenvolver seu método de investigação em consonância com os preceitos

característicos de uma pesquisa científica: observação e descrição dos fenômenos, seu agrupamento, classificação e correlação na busca da formalização dos conceitos (Freud, 1915/1996).

Entretanto, o autor entendia que uma ciência, ao se desenvolver, não tem início a partir de concepções já claras e bem definidas. O progresso da atividade científica necessita de certo grau de indefinição, de construções de hipóteses ou de “certas ideias abstratas” (Freud, 1915/1996, p.123) a serem aplicadas sobre o material pesquisado que permitirão posteriormente a sistematização do conhecimento em bases mais sólidas.

O que Freud aponta é que o avanço científico não tolera rigidez e, mais do que isso, nos parece propor a necessidade de estarmos atentos ao que de novidade o material nos apresenta, o que pode propiciar a alteração ou refutação de nossas concepções já estabelecidas.

Assim, desde o início de seu trabalho com as histéricas, Freud percebeu que estava lidando com algo até então excluído do campo médico por não apresentar uma causa correlacionável empiricamente e por se desconhecerem seus mecanismos de funcionamento.

As manifestações da histeria colocavam à prova o saber constituído. Foi através do encontro com a mesma que ele pôde inaugurar a psicanálise como método de investigação e tratamento, conferindo-lhe um estatuto inédito ao introduzir a dimensão do inconsciente por meio da escuta de suas pacientes.

A psicanálise se define então como

(1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro método, (2) um método (baseado nesta investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica (Freud, 1923[1922] / 1996, p. 253).

Por essa definição, vislumbramos que uma das particularidades da psicanálise se situa no ponto de coincidência entre o desenrolar do tratamento e a pesquisa investigativa realizada de maneira concomitante. Foi dessa maneira que Freud desenvolveu sua teoria a partir da aplicação prática de seu método de investigação nos diversos casos que lhe apareciam para tratamento.

Vale lembrar uma advertência do autor ao pontuar que, ao mesmo tempo em que pesquisa e tratamento psicanalíticos coincidem, há de se considerar isso com cautela para que os propósitos do pesquisador não prevaleçam em detrimento do paciente (Freud, 1912a/1996).

Trata-se de uma linha tênue que não deixou de preocupar Freud ao longo de todo o seu trabalho, buscando ressaltar a importância de manter o foco na escuta do sujeito, estando abertos para as surpresas que o caso possa nos apresentar.

Reforçamos, portanto, que os processos de investigação e tratamento são intrínsecos ao exercício da psicanálise, constituindo a especificidade de seu método. Por meio de seus resultados torna-se possível a produção de um saber no sentido de uma formalização, sempre reavaliado pelo que recolhemos de nossa prática de trabalho.

Dessa maneira, a construção do caso clínico se configura como uma modalidade de pesquisa clínica em psicanálise que se orienta por esses preceitos, apostando no saber advindo do caso e no acompanhamento do percurso do paciente como saída para os impasses encontrados.

Conforme destacam Figueiredo, Nobre e Vieira (2001), a pesquisa clínica em psicanálise se propõe a ir além da fomentação teórica sobre a doutrina, consistindo-se numa produção de saber a partir da clínica, articulando teoria e prática.

Inspirados por essa assertiva e pelo percurso de Freud durante a condução de seus casos clínicos e aplicação de seu método, optamos pela construção do caso como importante ferramenta de pesquisa, a partir da qual sustentaremos nossa hipótese de trabalho no que tange à importância da manobra da transferência no tratamento da psicose.

2.2-A construção do caso clínico e suas implicações

Por meio de sua experiência de trabalho com seus pacientes, Freud (1912a/1996) derivou algumas regras técnicas para auxiliar o caminho daqueles que desejassem tomar a psicanálise como referencial de sua prática clínica.

De maneira nenhuma propôs a generalização de tais técnicas, sugerindo a cada um que desenvolvesse seu estilo próprio, mas respeitando os preceitos fundamentais que caracterizam a especificidade da psicanálise como, por exemplo, a influência do inconsciente no funcionamento da dinâmica psíquica (Freud, 1923[1922] /1996).

Para Vorcaro (2010), os casos escritos por Freud ultrapassam consideravelmente a função de transmissão de uma técnica ou de servirem como um recurso para explicitar algo da teoria. Eles constituem em si um método de investigação diante dos impasses que apresentam e a partir dos quais se pode decantar a clínica, transmitindo dela o caso.

A autora enfatiza ainda que o caso não se limita ao paciente, referindo-se, sobremaneira, ao que é extraído do encontro entre o sujeito e o analista.

Ao construirmos um caso, somos convocados, cada um à sua maneira, a recriar esse método desenvolvido por Freud através da elaboração do relato clínico, movidos pela função de pesquisa que todo caso nos coloca, função cara para a psicanálise na medida em que propicia seu desenvolvimento e mantém seu vigor (Vorcaro, 2010).

Segundo a autora, o caso clínico apresenta duas funções importantes e das quais retiramos alguns desdobramentos: “a função da literalidade do escrito e a função de expoenciar o saber adquirido com os ensinamentos do caso, tornando-o dispositivo problematizador da carga imaginária presente na generalização teórica da doutrina psicanalítica” (Vorcaro, 2010, p.16).

Em relação à primeira função, entendemos que o registro escrito do caso, aquilo que o analista considera importante destacar ou dispensar em sua escrita, é regulado por sua responsabilidade quanto a seu ato.

Dessa maneira, vislumbramos que o analista está submetido à clínica, pois suas intervenções e postura ética encontram-se implicadas em sua escrita. Existe ali um saber em jogo que é transmitido para além das intenções de quem escreve. Isso propicia que o caso não se reduza à concepção determinada pelo autor naquele dado momento, permitindo novas ressignificações a partir do material recolhido.

Seguindo o raciocínio da autora, é dessa primeira função que podemos recolher aquilo que se mostra singular na clínica, o que nos permite perguntar: a partir do encontro com o analista, o que faz de um sujeito um caso de pesquisa? O que nele nos desperta para a investigação?

No caso em que trabalharemos nesta dissertação e que será detalhado nas próximas páginas, fomos movidos por um ponto de não-saber, ou seja, diante de tantos impasses surgidos durante seu tratamento, em que tantas intervenções fracassaram, como operar com esse sujeito de forma a possibilitar um tratamento possível?

Quanto à segunda função, em concordância com a primeira, destaca-se a importância de se estar atento ao que a transcrição do caso nos indica e o que nos faz interrogar. Isso permite manter unidas as funções de investigador e de clínico, para que mais do que exemplificar a teoria, possamos dar ênfase às especificidades que encontramos em nossa prática.

O que se mostra fundamental nessa concepção do caso é o caráter investigativo que ele sustenta, trazendo novas questões e problematizando o que a teoria expõe como já consolidado. O caso clínico nos permite articular o saber adquirido com o que de novidade ele nos apresenta,

sem deixar de marcar o que de singular ele destaca como exceção, trajeto metodológico que Freud percorreu ao longo de toda a sua obra.

Pois bem, orientados pelas implicações que envolvem a construção clínica, partiremos para a exposição do relato do caso a partir do qual pincelaremos alguns elementos para sustentar nossa proposta de pesquisa.

Não deixaremos de seguir as pontuações de Figueiredo (2004) quando nos diz da diferença que se deve traçar entre os termos “história” e “caso”. A história se refere ao relato clínico detalhado que abrange o cenário, a descrição do contexto de intervenção, as falas do paciente, etc. Já o caso é fruto da decantação desse mesmo relato, apresentando-se como o produto resultante das intervenções do analista e das produções do sujeito de onde se estabelece uma direção de trabalho.

Ao longo de sua exposição, buscaremos indicações do estabelecimento da transferência entre o paciente e sua psicóloga de referência e os momentos de produção discursiva que apontem para alguma modulação e contenção às suas passagens ao ato. Estaremos atentos ao que o caso nos ensina sobre o manejo clínico da psicose e o que funcionou, para esse sujeito, como fator de apaziguamento.

Vale lembrar que esse exercício de formalização do caso não tem pretensões de recobrir o real da clínica nem de esgotar os elementos que poderiam ser trabalhados a partir da riqueza de possibilidades que o caso oferece, entendendo que desse percurso muitas perguntas poderão restar a fomentar investigações posteriores.

Trata-se de um recorte epistemológico que busca produzir um saber sobre um ponto de verdade, sem a intenção de construir uma proposta universal que englobe o tratamento da psicose, mas de retirar da clínica os elementos que apontem para um tratamento possível, contribuindo para o avanço em nosso campo de conhecimento.

2.3- Relato do caso¹

“Tem um novo paciente, batendo em todo mundo lá na enfermaria, e ele é seu”. Essa foi a primeira referência que recebi do paciente a quem acompanhei em sua trajetória de internação no hospital psiquiátrico durante o período de 1 ano e 4 meses.

¹ Durante esta sessão, o texto será narrado em 1ª pessoa, considerando que se refere, em sua maioria, aos atendimentos e acompanhamento clínico do paciente por sua psicóloga de referência.

O hospital em questão atualmente é responsável por atendimentos de urgência psiquiátrica e por internações de curta e média permanência para tratamento de quadros agudos de transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas. Funciona como referência na assistência em saúde mental para todo o estado de Minas Gerais.

Paulo esteve internado nessa instituição em três momentos distintos: durante 2 meses em 2009; 7 meses no ano de 2010 e no período entre 30/03/2012 a 30/07/2013. Embora meu acompanhamento se refira à sua última internação, constata-se em prontuário que as diferentes indicações de hospitalização se referem a um quadro semelhante, marcado por rompantes de agressividade e impulsividade dirigidos aos funcionários do serviço de saúde mental de sua cidade e familiares.

Sendo assim, consideramos importante resgatar a trajetória de internação do paciente nos registros clínicos do hospital, buscando informações que possam se mostrar relevantes para a construção do caso e desenvolvimento de nossa pesquisa.

Conforme revisão de prontuário, Paulo se mostrava um paciente agressivo e hostil, “atacando os demais pacientes e equipe de enfermagem sem motivo aparente, alegando que estavam falando mal dele e mexendo em suas coisas”.

Destruía objetos, quebrava vidros, apresentando uma sintomatologia variada: heteroagressividade, quadros catatônicos, alucinações auditivas com vozes de comando, delírios de grandeza, agitação, vômitos induzidos ou imotivados e sintomas compulsivos como lavar as mãos repetidamente e beber água em excesso.

Observações da enfermagem apontam para um paciente sem controle, demandando atenção da equipe em demasia e reagindo impulsivamente quando contrariado. Há relatos do paciente de que as vozes que o invadem são de alguém querendo lhe fazer mal ou torná-lo uma pessoa má.

Em determinados momentos, pedia para ficar contido ou para ser levado para um lugar onde ficasse preso, pois se sentia “nervoso, sem conseguir se controlar”. Afirmava ter “um problema mental que não tem tratamento”.

O número de registros diários de tentativas de agressão impressiona, sendo o que justificou o uso de diferentes técnicas de intervenção como a combinação de variada medicação

psiquiátrica², inúmeras sessões de eletroconvulsoterapia³ (ECT) e transferências de setor dentro do hospital devido às ameaças de outros pacientes, resultando em melhora discreta e temporária da agressividade, de acordo com os relatórios médicos.

Seu corpo é marcado por cicatrizes, seja devido às longas contenções no leito ou reações violentas dos demais pacientes, seja pelas intervenções, inclusive cirúrgicas, exigidas após comportamentos destrutivos que culminavam em fraturas e cortes no corpo.

Há informações em prontuário de convulsões provocadas pelo uso e suspensão de medicamentos na busca por melhores respostas terapêuticas e também de impregnação neuroléptica⁴ em que se mostrou apático, com quadro de mutismo e negativismo, sendo necessária intervenção da clínica médica.

A variada sintomatologia, somada ao baixo limiar de frustração que resultava em comportamento impulsivo e por vezes pueril, levou a psiquiatria a associar ao diagnóstico de esquizofrenia paranoide outros quadros como o de epilepsia temporal, psicose orgânica, psicose de causa metabólica, transtorno de personalidade. Diferentes exames neurológicos e neuropsicológicos não apresentaram alterações significativas que indicassem a prevalência de fatores orgânicos em seu quadro.

É com esse histórico e com uma demanda de contenção por parte da equipe de saúde mental de sua referência que Paulo retorna à instituição psiquiátrica em 2012 para sua terceira internação, período em que se deu meu acompanhamento e que será melhor detalhado nas páginas seguintes.

Nota-se que em seu encaminhamento constava indicação de tratamento com eletroconvulsoterapia (ECT) e avaliação para psicocirurgia⁵. Os relatórios do serviço apontavam frequentes ameaças e agressões aos familiares e vizinhos, contenções físicas por longos períodos e refratariedade ao tratamento psicofarmacológico.

² Foi observado o uso das seguintes medicações, utilizadas em diferentes combinações e dosagens ao longo de seu tratamento: Antipsicóticos (Clorpromazina, Tioridazina, Trifluoperazina, Haloperidol, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Clozapina); Anticonvulsivantes e estabilizadores do humor (Carbamazepina, Ácido Valpróico, Lamotrigina); Benzodiazepínicos (Clonazepam); Outros (Biperideno).

³ Método que utiliza como recurso terapêutico o estímulo elétrico cerebral para gerar convulsões, sendo indicado para casos graves de enfermidade mental (Fink, 2003).

⁴ Também conhecida como síndrome neuroléptica maligna, é causada pelo efeito adverso do uso de neurolépticos (antipsicóticos), sendo caracterizada por intensa rigidez muscular, instabilidade autonômica, febre e flutuações do nível de consciência (Elkis & Neto, 2011).

⁵ Procedimento cirúrgico utilizado em caso de doença psiquiátrica refratária a outros tratamentos que envolve a ablação ou a desconexão de tecido cerebral com o objetivo de alterar estados afetivos e comportamentais disfuncionais causados por doença mental (Cosgrove, G. R., 2003). Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/cerebro/cirurgia.htm>.

2.3.1- O início de um percurso

Meu primeiro contato com Paulo se deu na enfermaria, em meio a certa agitação no corredor. Trata-se de um homem de 30 anos, magro, baixa estatura, postura encurvada e olhar desconfiado. Parecia demandar alguma coisa no posto de enfermagem, sendo-lhe sugerido que esperasse por seu médico.

Quando me apresentei como sua psicóloga, contou de imediato que esteve internado por longo tempo no Hospital Universitário de sua cidade, enfatizando: “as pessoas de lá não dão conta de mim”. Passa a desfiar uma série de situações em que se dizia perseguido e mal tratado pelos outros, misturando nomes e datas. Estava confuso, com discurso desconexo e repetitivo, parecendo estar tomado por aquelas situações.

Em atendimento, relatou sonhos em que as pessoas iam até ele para lhe fazer mal. Queixou-se dos enfermeiros e dos pacientes, dizendo que tinham inveja dele, pois era “arquiteto” e queriam lhe roubar seus planos. Dizia que vomitava porque via as pessoas olhando para ele, sentindo inveja de sua inteligência.

Após nossa primeira conversa no consultório, procurou-me reiteradas vezes no mesmo dia para queixar-se de que a comida estava envenenada ou para falar de suas riquezas e posses porque era o “Sílvio Santos”. Repetia histórias e sonhos relatados, dizendo-se vítima de maus tratos e injúrias.

Pude presenciar na enfermaria vários episódios em que Paulo subitamente se atirava sobre pacientes e técnicos de enfermagem, acusando-os de pegarem suas coisas, de estarem com inveja dele ou por terem lhe agredido. Por vezes, após as agressões, pedia desculpas e recuava, mas logo em seguida repetia o ato.

Reclamava de sangramento no nariz, de “urina presa” e vômitos, afirmando que os pacientes e enfermeiros eram os responsáveis. Qualquer movimento ou fala dos outros pareciam ser interpretados como dirigidos à sua pessoa, desencadeando uma reação hostil de sua parte. O fato de olharem para ele ou para sua comida de determinada forma o contaminava ou envenenava.

Por causa de seu histórico, Paulo provocava grande movimentação na enfermaria. Havia, de antemão, um receio por parte dos demais profissionais de se aproximar e fazer algum contato devido à possibilidade de alguma reação inesperada. Era conhecido pelos outros pacientes como “o baixinho que batia em todo mundo” e a sua segurança e a de toda a enfermaria foi colocada de imediato como uma questão.

Diante disso, minha aproximação exigia um cálculo. Como se daria essa aproximação? O que poderia ser abordado? Quando seria preciso recuar com o intuito de não ameaçá-lo? Pois seus atos pareciam tratar mais de reações súbitas que tinham como maior consequência efeitos destrutivos sobre ele próprio do que propriamente ações ligadas a uma pessoa violenta ou agressiva.

A primeira coisa que chamou a atenção nos primeiros dias de contato com o paciente foi o fato dele procurar as pessoas no corredor, fossem profissionais da saúde, pacientes ou funcionários da limpeza, e pedir para conversar e relatar seus problemas. Isso parecia reduzir suas agressões, ao menos temporariamente.

A partir dessa indicação, mostro-me interessada pelo o que ele tem a dizer, fazendo-me testemunha dos maus tratos e injustiças a que ele era submetido. Nos momentos em que se encontrava contido após brigas com outros pacientes, aceitava ficar ao seu lado, a seu pedido, para escutá-lo.

2.3.2- O trabalho de transferência

Diante da movimentação da rotina da enfermaria, em meio a pacientes em crise, começo a sair com Paulo para andarmos pelos jardins do hospital. De início, permanecia ainda atordoado. Relatava situações do passado como se as tivesse vivido no presente, demandava ligações a todo tempo para que seus familiares viessem retirá-lo do hospital ou para que chamassem a polícia.

Ainda no começo de nossas saídas, certa vez, diante de sua tentativa de ligar para os pais no orelhão e de não conseguir completar a ligação, Paulo me dá um leve tapa nas costas enquanto retornávamos para a enfermaria. Paro prontamente e pergunto o que era aquilo. Algo desconcertado, ele reclama de que eu não faço as coisas direito e que daí ficou nervoso. Digo-lhe que poderia falar-me sobre isso, que estava ali para escutá-lo, não sendo necessário que aquilo se repetisse novamente.

Observo que Paulo começa a apreciar muito estes “passeios”, como ele próprio os nomeava. Saíamos da enfermaria quase todos os dias, sempre que possível. Aos poucos, começou a falar de outros assuntos, entremeados com relatos de perseguição e injustiça provocados por familiares, vizinhos, médicos e enfermagem. Relembra coisas de que gostava em sua cidade, a convivência com os pais e irmãos, suas músicas e bandas preferidas.

Acompanhava-o, a seu pedido, na leitura de revistas e da bíblia, mas isso não lhe mantinha a atenção por muito tempo. Às vezes pedia para desenhar, levando dias para concluir os mesmos traçados que repetia quando desejava retomar a atividade. Falava de guerras entre os países, da “corrupção do governo Lula”, relatava sonhos com conteúdo de violência, nos quais apareciam corpos despedaçados. Em pouco tempo, interrompia o que estava fazendo, pedindo para voltar a passear e “ver as árvores e os carros lá fora”.

Durante os passeios, abordava os funcionários do hospital, querendo relatar o que lhe acontecia. Em uma das conversas com o porteiro que conhecia sua cidade, perguntou-me depois, desconfiado, o motivo do interesse do porteiro pelos pequis de lá. Brinco, procurando diluir um pouco a intensidade autorreferente que dava ao discurso dos outros: “uai, mas sua cidade não é conhecida como a terra dos pequis?”, ao que ele ri, dizendo que ela é mesmo conhecida por muitas pessoas.

Aos poucos, Paulo ia me dando a medida do que era possível abordar, ao mesmo tempo em que passava a tolerar melhor a presença de outras pessoas sem reagir de maneira impulsiva a esse encontro. Às vezes estava mais animado para conversar, outras nem tanto.

Determinado dia, quando falava sobre os cds que tinha em casa e de suas bandas prediletas (Roupa Nova, Blitz, Madona, Paulo Ricardo), perguntou, de maneira cismada, o motivo de meu interesse e de tantas perguntas, ao que pondero que conversar sobre sua vida poderia ajudá-lo no seu tratamento.

Essa abertura para as conversas ao longo dos passeios e para a possibilidade de falar de outros assuntos para além do seu tratamento nos faz crer que foi um ponto importante que permitiu inaugurar a transferência. Paulo era interpelado pelos diferentes profissionais para falar de seu caso e isso por vezes o deixava irritado e desconfiado, desembocando em atitudes hostis dirigidas a eles.

Como estratégia, permanecia a seu lado, às vezes em silêncio, às vezes pontuando alguma coisa. Fazia uso da palavra para introduzir uma questão, uma dúvida que pudesse desconstrair e provocar algum distanciamento em relação aos outros, guiada pelo o que o próprio paciente permitia abordar.

Apesar das negociações com a equipe e demais pacientes para que Paulo permanecesse em sua enfermaria, considerando que vinha apresentando certa evolução, após pouco tempo de

internação o paciente foi transferido para outro setor do hospital, de menor porte e cuidados mais intensivos da enfermagem, para iniciar as sessões de ECT⁶.

O paciente realizou ao todo 56 sessões de ECT num período de 7 meses, número justificado pela transitoriedade dos benefícios alcançados. As sessões diminuíram, mas não cessaram as agressões. Além disso, surgem outros sintomas como insônia noturna, sinais de erotização dirigidos às funcionárias e pacientes, sintomas compulsivos, queixas de que era estuprado à noite ou de que recebia visitas de uma namorada (esta tinha o mesmo nome que o seu, embora numa versão feminina).

Em alguns momentos, durante o período mais intenso das sessões, foi necessário esperar. O contato se mostrou mais precário devido à desorganização do paciente e sua dificuldade de memorização. Frequentemente não queria sair da cama nem conversar e por vezes não se lembrava do que conversávamos, inclusive de meu nome.

Paralelamente à realização da ECT, lia em seu prontuário as incansáveis descrições de suas tentativas de agressão quando questionado sobre sua implicação nas queixas que fazia. Chutava portas, gritava à noite, tentava fugir do setor, o que justificava as constantes contenções físicas no leito.

As sessões foram interrompidas a partir do momento em que as convulsões não se mostraram mais efetivas. Aliado a isso, tentou-se uma nova combinação de medicação não testada até o momento. Percebeu-se que o comportamento de Paulo não apresentava alterações significativas com a retirada da ECT.

Nos dias em que se sentia bem, continuávamos nossos passeios que ao longo do tratamento tornaram-se cada vez mais constantes. Paulo dizia que não gostava de barulho e que não percebia melhoras em seu caso, apesar de às vezes enfatizar que não estava mais quebrando vidros. Pergunto se isso já não seria uma melhora, ao que ele consente, reclamando que já deu muito trabalho aos pais. Combino de ir buscá-lo mais vezes na enfermaria para continuarmos nossos “passeios” e que ele poderia me chamar quando precisasse.

⁶ Ressaltamos que o modelo assistencial adotado pela instituição psiquiátrica em questão concentra as decisões referentes à condução do tratamento, tais como tempo de internação, alta hospitalar, indicação de ECT, entre outras, na figura exclusiva do médico.

2.3.3- História pregressa

Paulo sempre morou com os pais. Tem dois irmãos, ambos casados, que conforme relato dos pais saíram de casa devido aos conflitos com ele. Sua gestação e parto ocorreram sem intercorrências. “Foi uma criança normal, sem problemas, embora fosse mais quieto”, relata o pai. “Brincava na rua, andava de bicicleta, ia nas festas de aniversário, nunca imaginamos que se tornaria o que virou”.

São poucos elementos trazidos pelos pais sobre a história de Paulo. Ambos se mostravam muito fragilizados pelas situações vividas após o início do quadro. Contam que aos 11 anos de idade Paulo começou a ter problemas de aprendizagem na escola, tendo repetido a 6ª série por 2 vezes. Dizia que os colegas ficavam rindo dele e que ouvia vozes que lhe falavam para bater nas pessoas. “Em casa, ficava desconfiado, abrindo e fechando as portas, desmontava o rádio, lavava a mão toda hora. Aí ele foi só piorando”. Desde então, Paulo faz acompanhamento psiquiátrico e só completou a 8ª série por ter estudado em escola especial, segundo informação dos pais.

As agressões tiveram início tempos mais tarde, por volta dos 20 anos. “Não podíamos olhar para ele que ele avançava”. Envolvia-se em conflito com vizinhos, dizendo que estavam falando mal dele. Os pais eram submetidos a chutes, puxões de cabelo e ameaças, tendo o pai perdido a visão de um dos olhos após tentativa de conter o filho em um de seus rompantes. Paulo passou por inúmeras instituições psiquiátricas e fazia uso de sua medicação, embora em algumas circunstâncias provocasse vômitos. “Ele já tomou de tudo”, conta a mãe.

O medo da convivência com o filho e o desamparo de não saber mais o que fazer predominavam em nossas conversas e deixavam os pais receosos de sua alta hospitalar.

Para Paulo, sua “esquizofrenia”, conforme nomeava, começou na escola. Conta, em poucas palavras, que não estava conseguindo aprender e que tomou duas “bombas” na 6ª série. “Todo mundo ficava falando de mim, minha professora me colocou na primeira carteira na fila do meio pra todo mundo ficar rindo de mim”. Repetia essa história diversas vezes. Perguntava se estaria pagando pecado pelo que fez ao pai (referindo-se à perda da visão). Conta que a relação com ele não era muito boa, mas que ele aprontava e desobedecia o pai. Sobre a mãe, fala que ela está “judiada e com muitas varizes nas pernas”.

2.3.4- Um tratamento possível sob transferência

Convido Paulo para conhecer o Espaço Terapêutico, espaço aberto de convivência e tratamento multiprofissional, localizado no hospital, mas fora das enfermarias, onde também são ofertadas oficinas.

De início, Paulo exigia um cuidado mais próximo e solicitava minha presença a todo tempo. Não tolerava a aglomeração de muitas pessoas e, apesar de se mostrar cordial e educado com os demais pacientes, logo em seguida dirigia-se a mim para dizer que estavam com inveja dele.

Entretanto, percebia que algo de novo estava criando contornos. Paulo permitia a aproximação de outras pessoas, tendo como suporte minha presença. Podia dirigir-se a mim para questionar a postura dos outros e assim permitir a construção de um intervalo de tal modo que o Outro não tomasse tanta consistência nessas circunstâncias.

Passou a circular mais por esse espaço em minha companhia. Conversava com os outros pacientes e profissionais, apresentando-se como o “Sílvio Santos”, relatando “sua vida de sofrimentos”, pois “estavam judiando dele no hospital”. Às vezes não conseguia ficar por muito tempo e pedia: “vamos embora daqui, doutora, estou com vontade de bater nas pessoas”.

Determinado dia, perguntou: “doutora, a senhora é a fim de mim?”. Interrogo o motivo da pergunta. “Porque a senhora é a única que passeia comigo”. Respondo que não, que eu era sua psicóloga, mas que entendia que os passeios estavam lhe fazendo bem.

Uma outra cena interessante refere-se a um momento em que uma paciente idosa, delirante, corria em sua direção, chamando-o de seu marido. Paulo me pede ajuda: “vamos sair daqui, fia, você viu que mulher esquisita?! O que é isso! Até você é mais bonita que ela! Porque bonita, bonita... você não é não, só o seu cabelo é que te salva!”.

À parte o tom anedótico da narrativa, essa cena nos faz uma questão. Qual o lugar ocupado por sua psicóloga a ponto do paciente permitir sua aproximação e, além disso, circular pelos espaços fazendo uso de sua presença que de maneira nenhuma parece ameaçadora para ele, a ponto de não culminar em nenhuma agressão dirigida a ela?

Manteremos a pergunta mas, por hora, continuemos com a exposição do caso.

Paulo fez uso em alguns momentos de alguns materiais e oficinas de pintura, rádio, revistas, dvds e palavras-cruzadas, mas não permanecia muito tempo envolvido, pois gostava mesmo “é de conversar e passear”. Certa vez afirmou que estava se sentindo melhor, que preferia conversar em vez de brigar. “Antes eu agia sem pensar, mas agora eu penso antes de agir errado”.

E assim Paulo caminhava em seu tratamento. As queixas em relação às condutas dos médicos, enfermeiros e outros pacientes ainda eram constantes, mas a construção de um trabalho estava sendo possível. Paulo começou a pedir às enfermeiras para me chamarem para que ele pudesse “passear”. Percebi que ele utilizava o mesmo recurso com outras pessoas e que algumas delas o acolhiam, como por exemplo, seu médico de referência e a enfermeira chefe do setor. O paciente estava nos indicando um caminho a seguir.

Foi necessário suportar junto ao paciente seus momentos de confusão e impasse, em que não conseguia se decidir se queria ou não continuar onde estava e se poderia ou não conversar com as pessoas. “Vamos embora daqui, aqui tem muita gente e prefiro ficar mais sozinho para não ter confusão. Problemas todo mundo tem, eu tenho os meus e ninguém tem nada com isso.” Outras vezes ria exageradamente ao se apresentar e conversar com os outros como o “Sílvio Santos” e comentava: “é duro ser rico”.

Em alguns momentos, retirava-o da enfermaria em situações de conflito e em meio às suas queixas de humilhação e das contenções no leito após brigas, pude interrogar junto ao paciente o que é que acontecia e que gerava tanto sofrimento para ele. “Não sei, fia, deve ser essa esquizofrenia”. Pergunto do que se trata essa “esquizofrenia”. “É quando a gente bate em outras pessoas, dá um branco, um impulso e aí já fiz”. Sente “algo estranho” no corpo que não sabe explicar. Daí muda de assunto, diz que sente saudades de casa e pergunta se ficará ali no hospital para sempre.

Fala que quer voltar para sua cidade, mas que muitos ali no hospital lhe avisam que se continuar a bater nas pessoas isso poderá demorar muito para acontecer. “Mas acontece que eu agrido mesmo, não sei o que acontece, Deus é que deve saber”.

Por vezes admite que seu comportamento possa estar errado e que até chega a provocar a reação das outras pessoas, mas não sabe dar um sentido para isso: “é coisa de Deus”. Pergunto a Paulo se haveria outra forma dele se defender dos outros sem agredir ou se machucar: “eu não sei, mas eles ficam me provocando. Ah, cada um tem seus problemas!”.

Contava a cada dia as brigas em que se envolvia na enfermaria, mostrando as cicatrizes pelo corpo. “Mas isso não acontece aqui (referindo-se ao Espaço Terapêutico) e você eu respeito, com você eu não tenho coragem de fazer isso, com você e aquela moça” (referindo-se à enfermeira chefe com quem também passeava). Pergunto qual seria a diferença, mas ele muda de assunto e diz que está tudo bem. Torna a mostrar as cicatrizes: “já passei por muita coisa neste hospital”.

Certo dia, em uma de nossas conversas, retrucou quando questionei se algo poderia ser feito de forma diferente para evitar as “confusões”. “Ah, por que você está perguntando estas coisas? Você está falando igual médico. As pessoas têm suas diferenças!”.

As pessoas têm suas diferenças... O cotidiano da clínica nos ensina isso a cada dia. Paulo nos dava indícios de que os passeios serviam a ele como uma forma de apaziguamento e, substancialmente, que as palavras sob transferência poderiam funcionar como uma forma de contenção.

Andávamos pelos corredores e jardins do hospital, recolhíamos frutas, íamos até a biblioteca, banca de jornal e praça pública em frente ao hospital. Em nenhum desses momentos houve algum tipo de agressão a alguém. Ao mesmo tempo, Paulo dava seu testemunho aos demais funcionários que pareciam a partir de então aceitar sua aproximação frente ao imaginário construído anteriormente de um paciente agressivo e sem limites.

Pude presenciar alguns momentos em que Paulo procurava os pacientes com os quais já tinha se envolvido em brigas para poder lhes pedir desculpas. Às vezes dizia sentir vontade de bater nas pessoas, mas afirmava que conseguiria permanecer ali sem fazer nada. Dizia que gostava de andar, pois na enfermaria ficava “cansado e nervoso”.

Outra vez, em uma de nossas saídas até a banca para comprar suas revistas em quadrinhos, informou no meio do caminho que, ao ver muitos carros na rua, sentia vontade de pular na frente deles. Perguntei se conseguiria ir até a banca ou se preferiria voltar. “Vamos, dá pra ir até lá comprar a revista”. De outra vez quis bater num paciente, dizendo que ele era “metido com seus óculos escuros”. Exclamei, num tom jocoso, que não sabia que ele não gostava de óculos, ao que ele riu, dizendo: “é, é bobagem mesmo”.

Apesar de suas dificuldades, Paulo foi se mostrando mais organizado, sem sinais de atividade delirante-alucinatória. Mantinha suas ideias de desconfiança em relação aos outros, porém foi aceitando a mediação pela palavra. Suas passagens ao ato, repentinas e impulsivas, foram dando lugar a gestos lentificados, projetados sobre o rosto do outro, atuados numa encenação onde se tornou possível ao outro intervir, entrar com a palavra ali onde só existia um ato sem sentido, abrindo espaço para alguma subjetivação.

Paulo passou a tolerar minhas ausências temporárias, não necessitando de minha presença constante ao seu lado. Procurava outras pessoas para conversar e aceitava andar com os estagiários pelo pátio, jogar damas ou folhear revistas.

Entretanto, paradoxalmente, os registros da enfermagem apontavam diariamente situações de conflito com outros pacientes e equipe, pedidos excessivos por água, troca de roupas e telefonemas, queixa de furtos de seus livros e revistas, dificuldade para dormir. Essa

é uma questão que chegou a interrogar toda a equipe, pois não havia registros de agressões durante os passeios e permanência no Espaço Terapêutico.

Movidos por uma sensação de impotência e por sentimentos reativos e contraditórios em relação a Paulo, a equipe se reuniu pelo desejo de saber sobre o manejo com o paciente, pois apesar das intervenções técnicas, medicamentosas e terapêuticas, algo no sujeito persistia e insistia. Foi uma oportunidade para discutirmos nossa conduta frente ao paciente, o que gerava sua reação e as invenções em que cada um poderia se engajar para a construção de um trabalho possível.

Pude acompanhar Paulo até o Fórum de Justiça no centro de Belo Horizonte para uma audiência de interdição civil. Era a primeira vez que saía do hospital e andava de carro pela cidade. Ficou maravilhado “com tantas lotações e edifícios”, dizendo-se interessado em voltar a estudar e se formar em engenharia, pois gostava do “desenvolvimento”. Confundia as pessoas nas ruas, interrogando-se se não seriam seus parentes. Desfiou à juíza as injúrias que passava no hospital, dizendo-se “desesperançoso” em sair de lá. Entretanto, não houve nenhuma agressão.

Muitas vezes, Paulo falava dessa “desesperança” por permanecer tanto tempo no hospital, chegando a ficar mais entristecido em alguns momentos. Dizia correntemente de seu desejo de retornar para casa. A partir disso, todo um trabalho com a equipe clínica do hospital e seus pais foi realizado apostando em sua desospitalização, apesar da permanência no sujeito de algo da ordem do incurável.

Pudemos ir até sua cidade para discutirmos seu caso junto ao serviço de saúde mental, buscando transmitir à equipe muito do que foi aprendido com o paciente sobre seu tratamento. Apostamos na importância da elaboração de estratégias de intervenção que implicassem as saídas apontadas pelo próprio sujeito, sendo imprescindível o engajamento de todos os envolvidos para que Paulo encontrasse os recursos necessários para poder retornar para casa.

Em julho de 2013, Paulo recebeu alta do hospital com encaminhamento para dar continuidade ao seu tratamento no serviço substitutivo de saúde mental de sua cidade.

2.4- A abordagem psiquiátrica

Ao retomarmos os registros em prontuário, um dos pontos que impressionam devido à persistência e vivacidade com que se destaca refere-se à variada sintomatologia apresentada

pelo paciente e a insistência de suas agressões, apesar das inúmeras tentativas de intervenção da psiquiatria.

Embora o tratamento psiquiátrico não seja o foco de nossa pesquisa, consideramos importante abordar algumas questões, pois entendemos que as ações terapêuticas propostas não foram sem efeito sobre Paulo, refletindo-se sobremaneira na forma com que o paciente era visto pelo hospital.

Desse modo, acreditamos que em muitos momentos a instituição assumiu imaginariamente o lugar de um Outro absoluto para Paulo, corroborando suas queixas de “injúrias e maus tratos” ao tomá-lo como objeto de intervenção a todo custo.

Pois bem, a instituição psiquiátrica em questão também se configura como um hospital de ensino, sendo responsável pela formação de residentes em psiquiatria. Durante suas internações, o caso de Paulo foi acompanhado e investigado por diversos residentes e médicos preceptores, o que justificou diferentes tratamentos e hipóteses diagnósticas associadas.

Aliado a isso, a baixa efetividade de resposta aos antipsicóticos, somada à instabilidade do humor e queixas somáticas, como tonteiras, fraqueza e vômitos recorrentes, levantou dúvidas quanto à capacidade de um quadro psicótico provocar fenômenos tão variados e por vezes contraditórios ao que os manuais de diagnóstico em psiquiatria classificam.

Sem descartar o diagnóstico de esquizofrenia, considerou-se que “seus rompantes de agressividade imotivada e sua impulsividade, com posterior sentimento de culpa, aliados à ideação persecutória, sem uma sistematização delirante⁷”, pudessem apontar para algum comprometimento orgânico.

No *Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10* (OMS, 1993), existe uma categoria denominada “Outros transtornos mentais decorrentes de lesão e disfunção cerebrais e de doença física - (F06)” que engloba diferentes condições e sintomas causados por doença ou disfunção cerebral e que não se encaixariam no diagnóstico de demência.

Nessa classificação, os sintomas seriam semelhantes àqueles provocados pelos “transtornos mentais não orgânicos” (OMS, 1993, p.59), como delírios e alucinações, mas eles teriam como base uma lesão cerebral, doença sistêmica que afetaria o cérebro secundariamente, epilepsia, distúrbios endócrinos ou o uso de determinadas substâncias tóxicas.

Para formalizar esse diagnóstico, enfatiza-se que é necessária uma correlação no tempo de semanas ou poucos meses entre o surgimento da doença ou disfunção cerebral e os sintomas

⁷ Informações transcritas do prontuário.

psiquiátricos, o que não foi confirmado no caso de Paulo. Possíveis diagnósticos levantados no prontuário do paciente como os de psicose orgânica ou psicose epilética são subcategorias dessa classificação.

Não obstante, apesar de levantada a hipótese de organicidade, exames neurológicos⁸, testes neuropsicológicos ou dados da história clínica de Paulo não a comprovaram. Em contrapartida, podemos nos perguntar se alguns sintomas e alterações psicopatológicas que confundiam o quadro não surgiram exatamente como consequência das próprias intervenções.

Assim, registrou-se febre e vômitos com suspeita de leucopenia (diminuição dos glóbulos brancos do sangue) reacional ao uso de Clozapina⁹. Em outro momento, o paciente apresentou tremor nas extremidades e movimentos oculares rápidos, desenvolvendo três crises convulsivas que levaram à hipótese de epilepsia, mas que posteriormente foram associadas ao uso da medicação.

Após as crises, o paciente evoluiu para um quadro de catatonia, tornando-se pouco responsivo, apático, com permanência em posições desconfortáveis e sem condições de se alimentar sozinho. Foi encaminhado para internação em hospital clínico, onde foi constatada intoxicação medicamentosa.

Excluídos possíveis fatores orgânicos preponderantes, a questão é que o quadro de Paulo causava grandes dificuldades à equipe. O paciente avançava sobre os demais a todo tempo, envolvia-se em conflitos, agitava-se, tentando agredir médicos e técnicos de enfermagem quando era interpelado sobre seu comportamento ou não era atendido prontamente no que demandava.

O fato de Paulo apresentar uma resposta pouco satisfatória ao tratamento medicamentoso, inclusive à Clozapina, deu a ele o diagnóstico final de esquizofrenia refratária. Alguns autores consideram como superrefratários os casos que não respondem ou que respondem apenas parcialmente ao uso de Clozapina, considerada o antipsicótico de tratamento mais eficaz para esses tipos de casos (Elkis, Kayo, Oliveira, Hiroce, Barriviera & Tassel, 2011).

Dessa maneira, foi indicado tratamento com ECT para potencializar o uso da Clozapina, conforme recomendação da literatura especializada. Segundo Cretaz, Rigonatti e Aratangy

⁸ “Tomografia computadorizada normal, exame de liquor sem alterações, eletroencefalograma com raros períodos de lentificação que não justificam quadro epilético”, conforme relatório do Hospital das Clínicas.

⁹ A Clozapina é um antipsicótico considerado atípico ou de segunda geração, pois diferentemente dos antipsicóticos de primeira geração, seu uso acarretaria menor incidência da síndrome de impregnação neuroléptica, caracterizada por rigidez motora, tremor e hipocinesia. É recomendada para casos de esquizofrenia refratária a outros antipsicóticos e seu uso é restrito devido ao risco de desenvolver convulsões e problemas hematológicos como leucopenia e agranulocitose (Elkis & Neto, 2011).

(2011), a ECT é um dos principais tratamentos biológicos utilizados em psiquiatria, sendo indicada também para os quadros depressivos graves, mania, catatonia, síndrome neuroléptica maligna, doença de Parkinson, entre outros.

Ainda segundo esses autores, a programação do tratamento depende da gravidade dos sintomas, da disponibilidade do serviço e da reação do paciente aos efeitos adversos ao procedimento. Os efeitos colaterais mais comuns são cefaleias, náuseas, mialgias e déficits cognitivos considerados de efeito transitório (Cretaz, Rigonatti & Aratangy, 2011).

De maneira geral, são indicadas 6 a 12 sessões num período entre 2 a 4 semanas para se observar uma melhora dos sintomas, mas os autores apontam que “o grande calcanhar de Aquiles da eletroconvulsoterapia é a questão da manutenção da remissão dos sintomas” (Cretaz, Rigonatti & Aratangy, 2011, p.1315). Estes consideram que a resposta à ECT é eficaz e rápida, mas que a melhora obtida tende a não se sustentar após a finalização das sessões, o que justifica a realização de ECTs de manutenção, com frequência variável (sessões quinzenais ou mensais).

Max Fink (2003), psiquiatra americano reconhecido por suas pesquisas com ECT, apresenta dados semelhantes. Conforme expõe, não há uma forma objetiva de prever quantas sessões serão necessárias a priori, sendo a gravidade do caso e a resposta ao tratamento entendidos como fatores determinantes.

Fink (2003) não estabelece um número inicial de sessões, mas notamos que em seus exemplos clínicos esse número gira em torno de 8 a 15 sessões no total, aplicadas 2 ou 3 vezes por semana. O autor compreende que um tratamento duradouro envolve um número maior de aplicações e estende o tratamento, incluindo as sessões de manutenção, a um período de 6 meses. Ressalta que a recuperação varia, mas anuncia que a remissão dos sintomas ocorre já nas primeiras sessões, conforme os exemplos:

(...) a agitação, a inquietude, os pensamentos bizarros e as preocupações com suicídio e morte dissipam-se dentro da primeira semana de tratamento. O negativismo, a rigidez e o mutismo da catatonia normalmente passam depois de dois tratamentos. Os distúrbios do pensamento retrocedem mais lentamente e necessitam de ciclos mais longos de tratamento (Fink, 2003, p.14).

Para a ECT de manutenção, Fink (2003) coloca que raramente o número é inferior a 6 sessões. Afirma que alguns pacientes podem precisar de anos de tratamento, mas que tais situações são menos comuns, geralmente sendo considerada a interrupção prematura das aplicações como a causa principal para o retorno dos sintomas.

Em sua última internação, Paulo foi submetido a 56 sessões de ECT ao longo de 7 meses. Nesse período, não há registro de melhora evidente com remissão dos sintomas a partir das aplicações, conforme sugere a literatura. Avalia-se em prontuário que houve “diminuição da

agressividade, porém com oscilação do comportamento”. À parte os momentos de confusão mental, esquecimentos e lentificação motora, Paulo insistia que estava sendo perseguido e que as pessoas queriam o seu mal.

Foram realizadas tentativas de interromper as sessões ao longo do tratamento para avaliação do quadro, mas entendia-se que o paciente piorava em poucos dias, mostrando-se “agitado, com comportamento viscoso e obsessivo”, segundo relato médico.

Pensou-se em alta hospitalar com indicação de ECT de manutenção mensal, porém devido às dificuldades de agendamento ambulatorial para o procedimento sua alta foi adiada. Paulo realizou em média 3 sessões por semana, exceto nos momentos em que as aplicações foram interrompidas devido à falta de profissionais especializados (férias, licença médica) ou nas vezes em que o próprio paciente se recusou a fazer o procedimento, burlando o jejum necessário ou agitando-se.

Apesar dos registros de instabilidade do quadro e da pouca efetividade das convulsões constatada em algumas sessões, insistiu-se com o procedimento. Essa conduta talvez possa estar embasada em afirmações como a de Fink (2003) de que alguns distúrbios necessitam de um prazo maior para obter resultados, sem precisão ou limite de tempo.

Nesse intervalo, chegou-se a discutir a proposta de psicocirurgia com seus familiares devido à refratariedade aos tratamentos propostos. Entretanto, optou-se pela testagem de nova combinação medicamentosa, não utilizada até o momento. Assim, as sessões de ECT foram interrompidas para introdução da nova medicação e também em decorrência da baixa resposta do paciente ao procedimento, deixando de sofrer as convulsões necessárias.

Pois bem, todo esse percurso relatado nos provoca algumas indagações para reflexão. O que fundamentou a insistência nessas técnicas de intervenção? O que orientou a direção do tratamento nessas circunstâncias? Em que lugar se encontrava o sujeito e o que ele tinha a dizer sobre seu sofrimento?

O que podemos extrair da abordagem realizada é uma certa concepção do sofrimento mental tomado em sua determinação biológica, cuja intervenção busca provocar uma alteração no comportamento por meio de uma ação aplicada ao substrato orgânico, tendo como objetivo final a supressão dos sintomas e a adaptação do paciente ao meio social em que vive.

Não nos cabe aqui adentrar na complexa discussão que permeia a concepção de normal e patológico em psiquiatria, nem na maneira com que a medicina concebe o corpo a partir da

sua inserção no campo da ciência¹⁰. Entretanto, nos interessa pensar nas implicações de um tratamento que negligencia a importância da dimensão do desejo e do gozo na relação singular que cada sujeito estabelece com o próprio corpo (Lacan, 2001).

Essa dimensão nos permite depreender que cada sintoma apresenta um sentido particular intrinsecamente ligado à história do sujeito, independente de sua classificação comum que o liga a determinada categoria diagnóstica. Assim é que, orientados pela ética da psicanálise, tomamos um caminho diferente, nos colocando numa posição de aprendizagem em relação à clínica para a partir daí extrair elementos que nos orientem quanto a um tratamento possível.

2.5- A construção do caso clínico como referência de trabalho em saúde mental

Segundo Figueiredo (2004), a psicanálise abre um novo campo epistemológico em contraposição ao campo fenomenológico-descritivo da psiquiatria e psicopatologia geral. Ao introduzir, com Freud, a dimensão do inconsciente e suas formações e posteriormente com a elaboração de Lacan sobre a dimensão do Outro, a psicanálise institui critérios diagnósticos e de tratamento próprios ao seu campo conceitual, trazendo contribuições ao terreno da psicopatologia e saúde mental.

A introdução do sujeito do inconsciente nesse campo proporciona um avanço que parte do particular (estabelecimento de uma categoria diagnóstica) para o singular (articulação de uma referência diagnóstica com os movimentos do sujeito), o que põe em evidência a intrínseca relação do sujeito com seus sintomas (Figueiredo, 2004).

A contribuição da psicanálise ao campo da saúde mental seria justamente indicar que diagnóstico e tratamento são indissociáveis e devem ser considerados a partir dos elementos extraídos do discurso do paciente, para que daí possamos esboçar estratégias de intervenção que considerem a maneira singular com que cada um lida com a realidade.

Viganò, no texto “A construção do caso clínico em saúde mental” (1999), concebe o sintoma como uma resposta que se apresenta como tentativa de compensar um rompimento com a realidade, ressaltando daí que um tratamento que exclua a comunicação e os sintomas do sujeito é inoperante.

Para o autor, existe uma diferença fundamental entre cronicidade e incurabilidade a ser

¹⁰ Para os leitores que se interessarem sobre o assunto, remetemos à leitura de Canguilhem, G. (2012). *O normal e o patológico* (7ª ed.), (Maria Thereza R. de Carvalho Barrocas, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária; e ainda Barreto, F.P. (2010). *Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental*. Belo Horizonte: Scriptum Livros.

considerada no tratamento. O incurável se refere à própria condição do homem atravessado pela linguagem e as consequências decorrentes disso sobre seu corpo. Já a cronicidade está ligada “a um programa de vida imposto, decidido fora de qualquer expressão subjetiva” (Viganò, 1999, p.50), que tem como implicação a exclusão do sujeito das decisões que lhe concernem.

Como alternativa a essa perspectiva, propõe-se a necessidade de reencontrarmos a dimensão da clínica, tendo a construção do caso como uma referência de trabalho importante, para que os casos de saúde mental não se tornem alvos de um tratamento sem fim, submetidos a um saber cronificador.

Dessa maneira, recuperamos a etimologia dos termos “caso” e “clínica” trabalhados pelo autor para daí desdobrar seus significados. “Caso”, do latim *cadere*, quer dizer “cair para baixo”, o que implica aquilo que está fora da regulação simbólica, encontro com algo indizível. Já a palavra “clínica”, do grego *kline*, significa “leito”, designando um saber que se produz debruçando-se sobre o sujeito, a partir do que ele apresenta em sua especificidade.

Essa leitura denota a função de investigação em que somos convocados e a produção de algo novo através do encontro com possíveis empecilhos ao tratamento, sendo a construção do caso uma ferramenta de grande valor quando nos deparamos com o limite de resposta às nossas intervenções.

A construção do caso clínico implica um esvaziamento prévio de saber por parte da equipe e o acompanhamento cuidadoso dos passos do paciente, colocando-o a trabalho e registrando seus movimentos para que estejamos atentos quando algo de novo advir (Viganò, 1999). Essa concepção marca uma posição ética importante, pois oferece uma proposta de trabalho diferente daquela que parte de uma interpretação sobre a situação do sujeito, impondo-o uma intervenção através de um saber constituído de antemão.

A orientação clínica baseada no vazio de saber, que, por sua vez, não corresponde a um vazio de assistência (Viganò, 1999), é condição necessária para que a demanda do sujeito emerja, proporcionando a oportunidade para que ele se interrogue sobre aquilo que o acomete. Nesse momento da construção nos colocamos no lugar de testemunha do trabalho do paciente, em que podemos aprender sobre seu modo de gozo e assim orientar um tratamento que leve isso em consideração.

A título de ilustração, podemos recorrer ao nosso caso para ressaltar que o manejo do tratamento se deu a partir das indicações do paciente. Não sabíamos, a princípio, quais seriam as implicações de abriremos as portas da enfermaria e circularmos com o paciente pelos pátios do hospital, contrariando o discurso estabelecido de que se tratava de uma pessoa agressiva e intempestiva.

Foi através da escuta do paciente que fizemos essa tentativa, com um certo cálculo, mas sem nenhuma garantia de que daria certo. Com o trabalho de construção, fomos percebendo os efeitos que os “passeios” exerciam sobre Paulo, inaugurando uma possibilidade de tratamento por meio de um caminho apontado por ele. Isso justifica o que Viganò (1999) esclarece quando pontua que o saber não se apresenta a priori, mas se segue à construção.

Para o autor, a construção do caso clínico se mostra um importante norteador de um trabalho de equipe em uma instituição. Diferentemente de um modelo hierarquizado de funcionamento de uma equipe, em que cada profissional exerce sua função e aplica sobre o paciente um projeto terapêutico a partir de sua área de conhecimento, ou de um modelo democrático, que busca chegar a um consenso sobre o que fazer com o paciente, a construção do caso propõe uma nova forma de intervenção.

Guiados pela construção do caso clínico como método de trabalho, os diferentes profissionais envolvidos tomam como ponto de orientação uma nova autoridade, denominada autoridade clínica. Esta baseia-se nas saídas e soluções apontadas pelo próprio paciente e é o que passa a direcionar a condução do tratamento.

A respeito do efeito dessa orientação sobre a equipe, o autor destaca que

esse trabalho de construção opera um corte transversal em todas as figuras profissionais. Ele interroga o lugar que elas ocupam em relação ao paciente, alarga as fronteiras profissionais e os lugares de saber fundam-se com o trabalho, onde o trabalho constrói um saber possível em torno daquele sujeito, naquele momento (Viganò, 1999, p.59).

Esse modelo pressupõe um desejo de trabalho em comum entre os membros da equipe, voltado para as necessidades do paciente. No momento em que a equipe se reúne para construir o caso, o que se busca estabelecer primeiramente é o diagnóstico do discurso, ou seja, da relação que o sujeito estabelece com o Outro, para daí buscarmos uma mudança de posição do mesmo dentro do discurso. (Viganò, 1999).

Através do diagnóstico do discurso podemos identificar o lugar que o Outro institucional ocupa para o nosso paciente em questão e as respostas que ele tem dado a partir desse lugar. De um Outro ameaçador e hostil, a quem ele deve reagir de maneira impulsiva para afastá-lo, para a possibilidade de presentificar um Outro barrado, também submetido à lei e cuja presença pode ser melhor tolerada.

Figueiredo (2004) segue um raciocínio semelhante quando pontua que a construção do caso, ao propor o desenvolvimento de uma prática pautada na clínica, serve como um referencial importante para subsidiar um trabalho em equipe, independente da especialidade ou

orientação teórica de seus membros, pois é o sujeito quem passa a indicar à equipe os caminhos a seguir.

Manter o foco na clínica permite à equipe manter-se afastada do engodo da “pedagogia interpretativa” e da “terapêutica da restauração”, termos utilizados pela autora (Figueiredo, 2004, p.81) que nos remetem a um tipo de intervenção que se impõe sobre o sujeito a partir de um saber pré-estabelecido e que busca restituir um estado anterior ao desencadeamento da crise, justificando o uso indiscriminado de diferentes técnicas terapêuticas sobre o paciente.

Ao partilhar os elementos extraídos do caso em um trabalho conjunto, a equipe mostra-se apta a tomar decisões e a manejar sua conduta frente ao paciente a partir do que ele aponta como direção. Lembrando que o processo de construção é sempre parcial, na medida em que acompanha os movimentos do sujeito, servindo para fundamentar uma intervenção em um determinado momento, sendo passível de revisão ao longo do tratamento (Figueiredo, 2004).

A construção do caso clínico, ao seguir o estilo do sujeito, permite interrogar sobre sua implicação com o que lhe acontece, buscando restituir, o mínimo que seja, algo da ordem de sua responsabilidade por seus atos. Trata-se de um método de trabalho de grande alcance, ao se opor ao movimento de tutela e desresponsabilização do sujeito, que leva à “imobilidade, à falta de solução, à confirmação da doença” (Figueiredo, 2004, p. 82), presentificados, no caso de Paulo, por suas afirmações como: “as pessoas não dão conta de mim”, “tenho um problema mental que não tem tratamento”, “devo ficar preso” (sic).

2.5.1- Considerações

Ao recolhermos o material teórico para fundamentar a construção do caso em nossa pesquisa, uma questão de ordem clínica se colocou, questão que se desdobra em alguns pontos e que não deixou também de nos interrogar ao longo da condução do tratamento do paciente.

Entendemos que o trabalho de construção do caso clínico na instituição, guiado pela autoridade clínica, implica uma instituição que se mostre flexível em relação à particularidade que cada caso lhe apresenta, ao buscar cumprir sua função que é a de tratamento (Pinto, 2010). Entretanto, como pensar essa possibilidade de trabalho em uma instituição que se mostrou por vezes engessada numa padronização de suas intervenções, buscando encaixar o paciente num modelo terapêutico imposto?

Não terá a instituição encarnado para esse paciente justamente a maneira com que o Outro se apresentava para ele, através de uma figura autoritária e impositiva, dificultando assim

seu acolhimento e possibilidade de se engajar em um tratamento?

Pode a construção do caso clínico, apresentada como um método de intervenção orientador de um trabalho em equipe, servir de referência ao trabalho do analista nessas circunstâncias?

Recorremos a Freud para trazer alguns elementos que possam nos ajudar a problematizar essa questão. Para Freud (1937/1996), a construção se configura como uma das principais funções do psicanalista, em contrapartida ao trabalho do analisante em seu esforço por recordar as lembranças reprimidas, responsáveis por suas inibições e sintomas.

Conforme esclarece, cabe ao analista, durante o percurso do tratamento, completar as lacunas de memória do discurso do analisante a partir do material disponibilizado por este através de sua fala e de suas atitudes, pelo conteúdo expresso nos sonhos, fragmentos de lembranças e pela livre associação de ideias.

Comparando sua técnica ao trabalho de um arqueólogo ao reconstruir por meio de vestígios a história de uma civilização, Freud (1937/1996) estabelece que é através desse material fragmentado, apresentado pelo paciente, que o analista se encontra em condições de construir os elementos que faltam para a reconstituição das lembranças esquecidas.

Entretanto, o autor destaca que o trabalho de construção realizado pelo analista apresenta uma vantagem importante em relação ao do arqueólogo, pois o material a que o analista tem acesso continua vivo, apenas inacessível ao sujeito, porém, gerando efeitos sobre ele. Esse material, fruto das primeiras experiências infantis, é atualizado na relação entre analista e analisante por meio da transferência, permitindo ao psicanalista ter acesso a esses conteúdos na atualidade do tratamento.

Freud (1937/1996) acrescenta que se a reconstrução se configura como o objetivo final que visa o arqueólogo, a construção em psicanálise se mostra um trabalho preliminar, não no sentido de que deve ser realizado integralmente para daí seguirmos com o tratamento, mas nos aponta para um trabalho prévio sobre o material apresentado pelo paciente e que orienta as intervenções do analista.

Diferentemente da interpretação, que se refere a um elemento isolado desse material, a construção se mostra como algo mais elaborado que coloca diante do sujeito um fragmento de sua história esquecida. Embora Freud (1937/1996) enfatize que nem sempre a construção possibilita a recuperação da lembrança reprimida, trazendo à tona apenas alguns fragmentos ligados a ela, o que ele percebeu a partir da análise de seus pacientes é que ela se mostra efetiva quando toca algo da verdade do sujeito.

Essas observações permitiram a Freud inferir que também na psicose existe um elemento de verdade histórica a fundamentar os delírios e alucinações, “sendo plausível supor que a crença compulsiva que se liga aos delírios derive sua força exatamente de forças infantis deste tipo [reprimidas]” (Freud, 1937/1996, p.285).

De acordo com o autor, tanto os delírios quanto as construções são elaborados a partir de elementos da história do sujeito, guardadas as devidas especificidades de cada um. Mas o que gostaríamos de salientar de seu texto é esta característica que ele destaca como tarefa principal do analista: o trabalho de construção que se desenvolve por meio da escuta do sujeito, considerando como material rudimentos de sua própria história apresentados ao analista por meio da transferência.

Para Viganò (1999), a construção do caso clínico apresenta a mesma estrutura do discurso do analista elaborado por Lacan¹¹, conforme o esquema abaixo:

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

De acordo com o autor, o discurso do analista parte sempre do particular, podendo ser lido, tendo a construção do caso como enfoque, da seguinte maneira. O sujeito barrado (no alto, à direita) configura-se como o desejo do operador, aquele a quem é dirigido o objeto do paciente (a). O operador deve partir de um lugar esvaziado de saber, pronto a acompanhar os movimentos do paciente. Nesse discurso, o saber está colocado sob a barra (embaixo, à esquerda) no lugar da verdade, sem conexão com o significante mestre da instituição (embaixo, à direita).

Essa estrutura de discurso denota uma forma de trabalhar própria à da construção do caso clínico que como já delineamos não opera a partir de um projeto terapêutico colocado em funcionamento à revelia das particularidades do sujeito. Trata-se de colocar nosso saber em suspenso, para que possamos trabalhar com as saídas apontadas pelo próprio paciente.

O que Viganò (1999) propõe é que o discurso do analista não se refere apenas a um trabalho de análise, mas pode também ser reproduzido na instituição, desde que respeitados os lugares estabelecidos nessa estrutura de discurso, como detalhado acima, sendo o lugar do analista na instituição o da construção do caso clínico.

Em consonância com nossa discussão, Anamáris Pinto (2010, p.151) declara, quanto à

¹¹ Lacan desenvolveu a teoria dos discursos em: Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original proferido em 1969-1970).

construção do caso na instituição, que “é possível propor o dispositivo de Construção do Caso Clínico, desde que, ao menos um da equipe suporte a função de produzir esvaziamento de saber, eixo central (...) na construção de um caso clínico”. Alguém que, a partir desse lugar do vazio, se disponibilize a escutar o sujeito, atento ao que ele pode apresentar como direção a seguir no tratamento.

Para concluir, entendemos que o trabalho de construção se mostrou possível no caso apresentado nesta dissertação devido ao estabelecimento da transferência entre o paciente e sua psicóloga e seus desdobramentos. Por meio do consentimento de sua aproximação, da possibilidade de estar ao seu lado para recolher de sua fala e de suas atitudes os elementos mínimos que pudessem indicar uma orientação, foi possível aprender com o paciente uma maneira de incluí-lo em seu tratamento.

Sendo assim, entendemos que os princípios de um trabalho de construção do caso estiveram presentes durante toda a condução do tratamento ao se tomar como guia a posição de não-saber e a autoridade clínica.

Ao colocar entre parênteses o diagnóstico e as demais definições que encerravam uma conduta a ser tomada com o paciente, abriu-se espaço para a criação de uma clínica de exceção (Alkmim, 2008), ou seja, pôde-se tomar o caso como exceção através da disposição ao trabalho a partir das singularidades apresentadas pelo sujeito e sua relação com o Outro.

Não obstante, acreditamos que foram realizados esforços de discussão e de transmissão e que as mudanças de posição do paciente permitiram a emergência de um novo olhar sobre seu caso, dando abertura para que novos atores se interessassem e se engajassem no trabalho clínico.

3 - Segundo capítulo - As especificidades da psicose como estrutura clínica

“Toda loucura é vivida no registro do sentido” (Lacan, 1946/1998, p.166). Essa formulação de Lacan nos evidencia que os fenômenos vivenciados pelo psicótico, a exemplo das alucinações, interpretações e intuições delirantes, mesmo que lhes sejam enigmáticos, concernem à sua pessoa. É o que observamos no caso de Paulo quando este, apesar de não conseguir dar uma explicação para o que lhe acomete: “não sei, fia, é coisa de Deus”, toma as coisas que acontecem ao seu redor como certamente dirigidas a ele.

O que Paulo escutava dos outros, como “o interesse por sua cidade e pelos pequis de lá”, o que ele via à sua volta, o comportamento das enfermeiras, as pessoas que encontrava pelo caminho e que reconhecia como seus parentes, o olhar dos demais pacientes que “sentiam inveja dele” e queriam “roubar seus planos e lhe fazer mal”, todos esses fenômenos apontam para a radicalidade da certeza a partir da qual “o delirante se exime de toda referência real” (Lacan, 1955-1956/2008, p. 94).

O que está em jogo, portanto, não é a confirmação pelo psicótico da veracidade de suas vivências no campo da realidade, mas a emergência de uma significação inabalável que lhe remete diretamente.

Tanto no texto “Formulações sobre a causalidade psíquica” (1946/1998) quanto no *Seminário, livro 3* (1955-1956/2008), Lacan discute a ideia de que a psicose não se localiza no campo das demências ou de um déficit orgânico constitutivo, tampouco estaria referida à concepção moralizante que a definiria como a exacerbação de determinados traços de caráter.

O que Lacan (1955-1956/2008) propõe, a partir de seu retorno a Freud, é a restituição do sentido na cadeia dos fenômenos, mas ressalta que o sentido de que se trata não é aquele que supomos compreender. Aqui, o autor faz uma crítica à psiquiatria de sua época quando esta toma os fenômenos como evidentes por si mesmos, passíveis de serem compreendidos através da experiência imediata.

Diferentemente disso, Lacan afirma que a compreensão é um termo fugidio, inapreensível. No contato estabelecido com o paciente, devemos partir da ideia do mal-entendido para daí não sobrepormos nossa concepção subjetiva do mundo para explicar o que lhe ocorre. Ele nos adverte dos riscos de reforçarmos o plano imaginário ao permanecermos no registro da compreensão, completando com significações o discurso do psicótico, o que pode provocar desencadeamentos e desestabilizações.

Em contrapartida, a proposta lacaniana se fundamenta na elucidação dos mecanismos constituintes subjacentes aos fenômenos apresentados na psicose, buscando tornar clara sua

especificidade como estrutura clínica, tendo como referência a incidência da linguagem e o papel dos registros Imaginário, Simbólico e Real na sua formação.

O caso de Paulo, objeto de pesquisa desta dissertação, exigiu de nossa parte um esforço de trabalho no sentido de um resgate dos princípios teórico-clínicos que pudessem fundamentar nossa intervenção. Diante de diferentes concepções sobre o caso, que orientaram diferentes ações terapêuticas, o retorno às obras de Freud e Lacan foi imprescindível como norteador da prática clínica e de construção de um tratamento possível.

Sendo assim, buscaremos neste capítulo construir um percurso teórico que nos servirá de base para a compreensão de alguns elementos constitutivos da psicose, tendo o caso clínico como nossa referência, e cuja consideração se mostrou fundamental para a orientação do tratamento que será discutido no terceiro capítulo.

3.1-Sobre a *Verneinung*¹² de Freud e seus desdobramentos

Lacan utiliza-se do texto de Freud “A negação” (1925/2011) para dele extrair elementos muito importantes para a compreensão do fenômeno psicótico e sua evolução. Seguiremos um caminho semelhante, acompanhando de perto o texto freudiano, para então alcançarmos o raciocínio de Lacan sobre o mecanismo da psicose e seus desdobramentos.

Freud (1925/2011) nos apresenta a negação como uma forma de levantamento do recalque em que o conteúdo reprimido de uma ideia tem acesso à consciência na condição de que seja negado, ou melhor, não assumido pelo sujeito. Por meio da negação, apenas o conteúdo ideativo de uma ideia chega à consciência, separado do afeto correspondente. Ocorre então apenas a aceitação intelectual do material, mas como o afeto fica desvinculado da ideia, o recalque não é desfeito.

A partir daí, o autor destaca o papel da função intelectual do juízo ao confirmar ou negar os conteúdos do pensamento e desenvolve argumentos que nos levam à compreensão da origem dessa função.

Conforme explicita, a função do juízo relaciona-se com duas decisões: 1) afirmar se uma coisa tem posse ou não de alguma atribuição particular; 2) definir se uma representação tem existência ou não na realidade. Na primeira decisão, julga-se se determinado elemento é

¹² Esse termo em alemão foi traduzido por negação pela edição das obras completas de Freud. In: Freud, S. (2011). A negação. *Obras Completas* (Paulo César de Souza, trad., vol. 16, pp. 275-282). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925).

bom ou ruim. O que é bom é incorporado e o que é ruim é colocado para fora. Aqui Freud reitera que originalmente aquilo que é ruim e aquilo que é externo ao eu são a mesma coisa. “O eu-de-prazer original quer introjetar tudo que é bom e excluir tudo que é mau” (Freud, 1925/2011, p.278).

A segunda decisão da função do juízo procura definir se determinada representação tem correspondência na realidade. Trata-se para Freud do interesse do “eu-realidade definitivo” (Freud, 1925/2011, p.279) que se desenvolve a partir do eu-de-prazer através do contato com o mundo externo.

Após o primeiro momento, regido pelo princípio de prazer, por meio do qual são integrados ao eu os atributos bons recolhidos pela percepção, o segundo momento vem completar o primeiro no processo de constituição do que é exterior ou interior ao eu por meio do exame de realidade.

Para explicar esse processo, Freud ressalta que não basta que um objeto de satisfação seja considerado bom para ser integrado ao eu, é também necessário que ele exista no mundo externo para que se possa ter acesso a ele quando preciso. O autor nos lembra que todas as representações originam-se das percepções e que, no início, a existência da representação dava a garantia da realidade daquilo que estava sendo representado.

Assim, a distinção entre subjetivo e objetivo não está colocada desde o início e se dá na medida em que o pensamento reproduz o objeto anteriormente percebido através da imaginação. Esse objeto pode ser evocado uma vez mais sem que seja necessária sua existência no mundo externo naquele momento, pois ele ganha uma representação na mente.

O objetivo primeiro do exame de realidade é, portanto, certificar-se de que o objeto imaginado ainda existe no exterior. Aqui, Freud nos apresenta uma indicação preciosa ao afirmar a necessidade da perda dos objetos que proporcionaram outrora uma real satisfação como pré-condição para que o exame de realidade se estabeleça.

Lacan compartilha dessa ideia ao afirmar que

toda apreensão humana da realidade está submetida a essa condição primordial – o sujeito está na busca do objeto de seu desejo, mas nada o conduz a ele. A realidade, na medida em que ela está subtendida pelo desejo, é no início alucinada. A teoria freudiana do nascimento do mundo objetual, da realidade (...), implica que o sujeito fique em suspensão com respeito ao que constitui seu objeto fundamental, o objeto de sua satisfação essencial (Lacan, 1955-1956/2008, p.103-104).

É por não ser suficiente a representação do objeto que o sujeito se volta para o mundo externo, buscando reencontrá-lo para sua satisfação. O princípio de realidade se sustenta exatamente no fato de que o sujeito jamais reencontra esse objeto, servindo-se de outros objetos

no mundo de maneira mais ou menos satisfatória ao longo de sua busca (Lacan, 1955-1956/2008).

Pois bem, o texto “A negação” de Freud se mostra um trabalho denso, formado por uma riqueza de elementos com os quais Lacan pôde interpretá-los como o momento de constituição da simbolização primordial e de seus efeitos na formação do sujeito e da realidade. Trata-se de um momento mítico de constituição, mais do que uma ocasião que possa ser localizada cronologicamente na história do sujeito, como destaca Lacan (1954/1998) a partir do diálogo que estabelece com Jean Hyppolite sobre o tema.

Lacan retira desse texto de Freud o postulado de que algo do sujeito, no processo de simbolização, não seja recalcado, mas rejeitado. O autor então opõe de um lado a *Bejahung* (afirmação) primordial, “processo primário em que o juízo atributivo se enraíza, e que não é outra coisa senão a condição primordial para que, do real, alguma coisa venha se oferecer à revelação do ser” (Lacan, 1954/1998, p.389) e *Verwerfung* (foraclusão), que se constitui como aquilo que é expulso numa radicalidade tal que se configura como se nunca tivesse ocorrido.

O termo *Verwerfung* foi destacado por Lacan (1954/1998) da análise de Freud sobre o “Homem dos Lobos”¹³, ao se referir à alucinação do dedo cortado. Aos 5 anos de idade, quando brincava com um canivete, o menino corta seu dedo e se depara com o mesmo preso a seu corpo por apenas um pedaço de pele. Nesse momento, fica atônito e não consegue comunicar o ocorrido nem mesmo à sua ama de quem gostava tanto. Pouco tempo depois, olha para seu dedo e o mesmo encontra-se intacto.

Segundo Lacan (1954/1998), o que Freud constata dessa cena é que o sujeito, apesar de manifestar em seu comportamento o acesso à realidade genital, não a integra em seu universo simbólico nem mesmo no sentido do recalque, permanecendo no modo de satisfação anal. O que a cena nos mostra é que a ameaça de castração, suprimida (*verworfen*) no plano simbólico, retorna de fora por meio da alucinação do dedo cortado.

Desse modo, diferentemente do processo de recalque, em que algo que foi simbolizado e negado, mostra seus efeitos na cadeia discursiva e nos sintomas do sujeito, retornando à consciência por meio da negação, a *Verwerfung* implica a abolição simbólica, a partir da qual o não simbolizado retorna no real. Conforme Lacan, “o que o sujeito assim suprimiu (*verworfen*) da abertura para o ser (...) não será encontrado em sua história, se designarmos por

¹³ Cf. Freud, S. (1996). História de uma neurose infantil. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XVII, pp. 15-127). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914]).

esse nome o lugar onde o recalçado vem a reaparecer” (1954/1998, p.390). Para que algo viesse à luz nesse sentido, deveria ter passado pela simbolização primordial.

3.2- A foraclusão do significante Nome-do-Pai (NP)

Lacan continua essa discussão no *Seminário, livro 3* (1955-1956/2008), onde analisa o caso Schreber escrito por Freud (1911/1996) para extrair dele o mecanismo estrutural da psicose. Aí ele define a *Verwerfung*, termo que traduz por foraclusão, como o mecanismo fundamental que constitui a psicose. A foraclusão se refere diretamente à rejeição de um significante primordial a partir do qual se instalaria a cadeia simbólica.

Para o autor, “trata-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” (Lacan, 1955-1956/2008, p.178). É dessa forma que Lacan interpreta o movimento dialético proposto por Freud com o juízo de atribuição, na separação entre o que é bom e ruim, a partir do qual haveria a rejeição do significante primordial.

Como consequência, o fenômeno psicótico se impõe como a emergência na realidade de uma significação que não foi simbolizada e que surge desconectada da vida do sujeito, deixando-o desarmado para lidar com o acontecimento. Sem a mediação simbólica como recurso para lidar com o que lhe acontece, o psicótico se vê preso na conexão com o mundo ao nível do plano imaginário, numa relação em espelho frente ao outro, em que o caos subjetivo de seu mundo interior se confunde com o mundo externo.

Esse movimento é o que Lacan (1957-1958/1998) denomina de regressão tópica ao estágio do espelho, regressão que leva à irrupção de uma série de fenômenos imaginários e na qual impera o sentimento de persecutoriedade e hostilidade representado pelo eixo $a - a'$ (eixo imaginário) no esquema L:

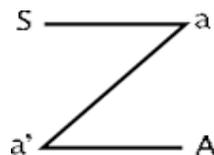


Figura 1: Esquema L simplificado
Fonte: Lacan (1957-1958/1998, p.555)

O estágio do espelho pode ser definido, em linhas gerais, como o momento lógico de

formação do eu a partir da imagem do outro, seu semelhante. O bebê humano, apesar de sua imaturidade neurofisiológica, representada pela incapacidade de integrar as diferentes funções de seu organismo numa unidade corporal, o que Lacan (1949/1998) denomina de imagem despedaçada do corpo, antecipa essa unidade por meio da identificação com sua imagem no espelho.

O eu (a') se constitui, portanto, por meio dessa imagem que o outro (a) lhe apresenta como um corpo unificado, momento que representa o narcisismo primário. O estágio do espelho demonstra o aspecto constitutivo de desconhecimento e alienação do eu na medida em que este se forma a partir do outro, seu duplo especular (eu ideal), com quem mantém uma relação de estranhamento e rivalidade.

Além de destacar a regressão ao estágio do espelho como fator característico da estrutura psicótica, Lacan (1955-1956/2008) acrescenta que a psicose não se reduz a uma relação imaginária com o mundo. É preciso introduzir a dimensão do Outro enquanto lugar do código.

Segundo o autor, a realidade é estruturada pela presença do significante, na medida em que somos seres de linguagem e que nossa relação com o mundo é mediada pela fala. A realidade implica, portanto, a integração do sujeito no jogo dos significantes.

Ao se referir ao esquema L representado acima, Lacan (1957-1958/1998) pontua que o que acontece ao sujeito (S), seja na neurose ou na psicose, depende do que se passa no Outro (A), lugar de onde pode ser formulada a questão sobre sua existência. Sendo assim, a inscrição do significante Nome-do-Pai no campo do Outro ou sua rejeição radical acarreta consequências distintas em cada estrutura clínica.

A condição essencial que define a psicose se refere à forclusão desse significante no Outro e ao fracasso da metáfora paterna para significantizar o que acontece ao sujeito na sua relação com o mundo.

Essa formulação, nos diz Lacan (1957-1958/1998), se mostra de fundamental importância como uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose e introduz uma indagação mesma sobre a manobra da transferência nessa estrutura, o que será problematizado no terceiro capítulo, no qual discutiremos o tratamento.

A operação exercida pela função paterna funda a lei simbólica e ratifica o Outro como sede da lei. Essa operação se realiza durante a travessia do complexo de Édipo. O Édipo exerce uma função essencial de normalização por meio do qual se constitui a estrutura moral do sujeito, a relação com a realidade e sua localização entre os sexos como homem ou mulher (Lacan, 1957-1958/1999).

Tanto no *Seminário, livro 5* (1957-1958/1999) quanto no texto “De uma questão

preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-1958/1998), Lacan faz referência ao Édipo para compreender os efeitos da forclusão do Nome-do-Pai na psicose, uma vez que a relaciona às etapas “pré-genitais”¹⁴ do desenvolvimento do sujeito. Sendo assim, faremos uma breve exposição do tema a fim de elucidar esses efeitos.

3.2.1- A incidência da metáfora paterna e o complexo edípico

Lacan, dando continuidade à sua proposta de retomada do estudo de Freud, afirma que a função imaginária do falo é evocada no texto freudiano¹⁵ como o pivô do processo simbólico “que arremata, em ambos os sexos, o questionamento do sexo pelo complexo de castração” (1957-1958/1998, p.561). Isso porque o complexo de Édipo é contemporâneo à fase fálica, momento em que o falo ganha especial importância para a criança e em que o complexo de castração exerce sua influência.

O fundamento do complexo de Édipo encontra-se na interdição da mãe realizada pelo pai enquanto representante da lei da proibição do incesto. Para evidenciar como se dá esse processo, o autor sintetiza o Édipo na fórmula da metáfora paterna representada abaixo:

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{\text{A}}{\text{Falo}} \right)$$

O pai, enquanto significante (NP) intervém no Édipo como metáfora, ou seja, enquanto um significante que vem substituir um outro significante. O desejo da mãe, cujo significado é enigmático para o sujeito, ao sofrer a incidência do Nome-do-Pai, passa para a esfera significante na forma do falo, significante do desejo no campo do Outro.

Vejamos, de maneira mais detalhada, como se dá o advento da metáfora paterna por meio da descrição dos três tempos do Édipo realizada por Lacan no *Seminário, livro 5* (1957-1958/1999), ressaltando que se trata de um momento lógico cujo limite entre as etapas não se

¹⁴ No *Seminário 5*, Lacan (1957-1958/1999) localiza o campo da experiência da psicose nas etapas pré-edípicas do desenvolvimento do sujeito. Entretanto, no texto “De uma questão preliminar...” (Lacan, 1957-1958/1998, p.560-561), datado da mesma época, o autor parece se retratar ao colocar que as relações envolvidas não se referem “aos estados pré-edípicos, que não são inexistentes, é claro, mas são analiticamente impensáveis (...), porém [relacionam-se] às fases pré-genitais, tal como ordenadas na retroação do Édipo”.

¹⁵ Para elucidação dos estudos de Freud sobre o Édipo e seus efeitos no menino e na menina, conferir os seguintes textos como referência: “A dissolução do complexo de Édipo” (1924) e “Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos” (1925), ambos presentes em: Freud, S. (1996). *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago.

coloca de forma tão distinta, mas que didaticamente nos servirá de guia para sua compreensão.

Pois bem, o autor inicia sua exposição pontuando que a primeira relação de realidade para a criança se dá no âmbito de sua ligação com a mãe, por meio da qual a criança apreende o mundo ao redor. Aqui podemos situar o ternário imaginário representado pela tríade mãe-criança-falo, na medida que a criança depende do desejo da mãe, pois é esse ser essencial quem lê e interpreta os movimentos da criança e dita os momentos de satisfação de seus desejos.

O primeiro tempo do Édipo é marcado pela identificação especular do sujeito ao falo como objeto de desejo da mãe. A questão que se coloca é a de ser ou não ser o falo que falta a ela. Trata-se, portanto, de uma etapa primordial em que a criança assume imaginariamente o lugar daquilo que completa a mãe. O pai se apresenta nesse momento de forma velada, uma vez que a criança se encontra num mundo de símbolos, mas prevalece a lei do Outro materno, lei caprichosa que assujeita a criança ao submetê-la às determinações de seu querer.

É por estar inserida no mundo de símbolos que a criança é capaz de aprender a simbolizar as idas e vindas da mãe. Nesse processo de simbolização primária¹⁶, a mãe é instaurada como um ser primordial que pode ou não estar presente. A ausência e aparecimento da mãe apontam que seu desejo está para além de sua relação com o filho, “só que para atingir esse para-além é necessário uma mediação, e essa mediação é dada, precisamente, pela posição do pai na ordem simbólica” (1957-1958/1999, p.190).

É aqui que localizamos o segundo tempo do Édipo em que o pai enquanto portador da lei entra como terceiro na relação entre a mãe e a criança. Nessa fase, o pai é posto em função como aquele que priva a mãe do objeto de seu desejo, proibindo-a de reintegrar o filho como seu produto. A mãe, enquanto Outro absoluto, sofre o efeito da castração simbólica, sendo introduzida a dimensão da falta.

Conforme Lacan, esse é o estágio nodal do Édipo

pelo qual aquilo que desvincula o sujeito de sua identificação [como objeto fálico da mãe] liga-o, ao mesmo tempo, ao primeiro aparecimento da lei, sob a forma desse fato de que a mãe é dependente de um objeto, que já não é simplesmente o objeto de seu desejo, mas um objeto que o Outro tem ou não tem (Lacan, 1957-1958/1999, p.199).

A entrada do significante Nome-do-Pai aponta que o desejo da mãe encontra-se no

¹⁶ Lacan desenvolve esse argumento a partir do jogo do carretel (*Fort da*) apresentado por Freud no texto “Além do princípio de prazer” (1920/1996). Aqui Freud observa a brincadeira de uma criança de 1 ano e meio que se utilizava de um carretel, amarrado a um barbante, fazendo-o desaparecer e aparecer por detrás de uma cortina, emitido os sons “o-o-o-ó” e “da”. Esses sons foram interpretados como representando as palavras em alemão *Fort* (embora) e *Da* (ali). Segundo Freud, essa brincadeira remete a um grande avanço cultural da criança, momento marcado pela renúncia pulsional da mesma ao permitir que a mãe vá embora sem protestar.

campo do Outro. Isso denota que a mãe também deve se submeter à lei que não é a dela, mas à do Outro ao qual ela se remete. Marca-se aqui a importância da palavra do pai enquanto representante da lei e sua legitimidade no discurso da mãe.

Nesse momento, Lacan adverte que se o sujeito não consente com a privação da mãe de seu objeto, realizada pelo pai, permanece então identificado ao falo, na posição de objeto da mãe. Mas se o sujeito admite essa operação que no plano simbólico se dá por meio da castração, ele tem como alternativa ao ser ou não ser o falo, a dimensão do ter ou não tê-lo.

Entramos então no terceiro tempo do Édipo que corresponde ao seu declínio. Aqui o pai intervém como aquele que tem o falo e não como aquele que o é (Lacan, 1957-1958/1999). Uma vez que o possui, o pai pode oferecer à mãe aquilo que ela deseja. O falo passa da dimensão imaginária como objeto que pode ser privado à mãe, para a dimensão propriamente simbólica, tomado como significante do desejo localizado no campo do Outro.

É nessa fase que se dá a constituição do ideal do eu, processo de identificação em que o menino identifica-se ao pai como portador do pênis e em que a menina reconhece o homem como aquele que o tem. O Édipo sofre o efeito do recalque.

3.2.2- Efeitos da forclusão do Nome-do-Pai

A inclusão do Nome-do-Pai no Outro denota a entrada do sujeito no simbólico, processo que inaugura a cadeia significante no inconsciente enquanto barrado ao sujeito, mas que exerce sua influência por meio de seus derivados através dos lapsos, sonhos, atos falhos e sintomas.

Na medida em que a psicose se define por uma falta ao nível do significante, toda a epopeia edípica que culmina no acesso ao universo simbólico e advento do recalque encontra-se ausente. Diferentemente da neurose, no terreno da psicose o inconsciente funciona a descoberto, em que o que é excluído pelo sujeito reaparece no real de maneira desvelada (Lacan, 1955-1956/2008).

O Nome-do-Pai é o significante que entra como mediador na relação do sujeito com o Outro, por meio do qual se realiza a operação de castração simbólica e a inscrição da falta no campo do Outro por meio da significação fálica. A forclusão desse significante traz como consequência a permanência de um Outro Absoluto¹⁷, onipotente, ao qual o psicótico

¹⁷Devido à ausência de promulgação da lei conferida pelo Nome-do-Pai, essa concepção do Outro na psicose como absoluto e onipotente nos remete ao lugar da mãe no primeiro tempo do Édipo, tomado como Outro caprichoso a cujos desejos a criança encontra-se assujeitada. Da mesma forma, pode ser também associada ao pai da horda

permanece ligado na posição de objeto.

Dessa maneira, como já assinalado anteriormente, o psicótico fica preso à relação especular com o outro, no eixo imaginário ($a - a'$), sem a mediação simbólica necessária à operação de separação que lhe permitiria advir como sujeito desejante. Dito de outro modo, a ausência da operação do Nome-do-Pai leva à “dissolução da estrutura imaginária que chega a desnudar a relação especular em seu caráter mortal, onde proliferam os fenômenos duais de agressividade, de transitivismo, mesmo de derpersonalização” (Miller, 1996a, p.124).

O Nome-do-Pai é o que estabelece o ponto de basta na cadeia significante, atando o significante ao significado e organizando o discurso. Ele ratifica a mensagem enviada ao Outro enquanto lugar do código e da lei simbólica.

Na psicose, o Nome-do-Pai é evocado no lugar de onde poderia ter advindo, mas onde nunca esteve. O desencadeamento ocorre quando em algum momento na vida do sujeito a metáfora paterna é convocada pelo Um-Pai que, segundo Lacan (1957-1958/1998), é aquele que entra como terceiro em uma relação estabelecida que tenha por base o eixo imaginário ($a - a'$), desestabilizando essa ligação.

Quando ao apelo a esse significante essencial responde um furo no significado do lado do Outro, o psicótico é então invadido pela linguagem, falado por ela através de fenômenos como as alucinações verbais, distúrbios de linguagem e diferentes manifestações no campo do imaginário (Lacan, 1955-1956/2008).

É em torno desse vazio em que falta ao sujeito o suporte da cadeia significante que ele procura restituir seu mundo. Diante da falta do Nome-do-Pai, o psicótico procura supri-la por meio de diferentes “remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante” (Lacan, 1957-1958/1998, p. 584).

A metáfora delirante pode ser entendida como o ponto de basta utilizado na psicose como recurso de significação, unindo de maneira inédita significante e significado (Miller, 1996a). A metáfora delirante substitui a metáfora paterna e, embora não gere o mesmo efeito que esta exerce no discurso, permite um certo ordenamento significante que abre para a possibilidade de uma estabilização.

primitiva, apresentado por Freud em *Totem e Tabu* como um pai feroz, que detém privilégios exclusivos, inclusive o gozo de todas as mulheres da tribo. Segundo Lacan (1957-1958/1999), o assassinato do pai é o que permite a instalação da lei, sendo o Nome-do-Pai o significante do pai morto. Para estudo do mito, cf: Freud, S. (1996). *Totem e Tabu*. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XIII, pp. 13-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913[1912-13]).

Nesse momento do ensino de Lacan, notamos o quanto as ideias de Freud influenciaram seu pensamento no que tange à formalização conceitual sobre o campo da psicose. Neste trecho de Freud, por exemplo, encontramos elementos que podem ter instigado Lacan a desenvolver sua concepção da forclusão do significante: “com referência à gênese dos delírios, inúmeras análises nos ensinaram que o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego [eu] com o mundo externo” (Freud, 1924[1923] /1996, p.169).

Da mesma maneira, a ideia lacaniana da metáfora delirante segue o percurso traçado por Freud (1911/1996) no caso Schreber quando Freud distingue o delírio como tentativa de cura. Nesse texto, o autor observa que à primeira fase da doença, marcada por intenso sofrimento devido às vivências corporais e sua transformação em mulher para abuso sexual por seu médico perseguidor, segue-se um segundo momento que permite a Schreber construir uma solução.

Todas as modificações sofridas no plano imaginário ganham para ele uma significação. O lugar de se tornar uma mulher para abuso dos homens, o que é contrário à “ordem do mundo”, é substituído pela metáfora delirante de ser “A mulher de Deus”, “A mulher que falta aos homens” e a partir da qual se constituirá uma nova humanidade. Essa construção delirante proporcionou a Schreber uma estabilização, permitindo que ele retomasse sua relação com as pessoas de seu convívio.

Mas o que acontece quando o psicótico não tem a metáfora delirante como recurso de tratamento? Devemos, enquanto operadores na clínica da psicose, incentivar a produção delirante? Pode a metáfora delirante garantir efeitos de estabilização permanentes? Como orientar o tratamento em que o sujeito pouco delira e, de maneira diferente, responde com o próprio corpo, buscando através do ato uma saída para lidar com aquilo que lhe invade?

Essas são questões importantes que nos permitem retomar o caso de Paulo, objeto de nosso interesse de investigação. Vislumbramos a tentativa de Paulo de recurso ao significante para dar um sentido ao que as vozes lhe diziam, quando o invocavam a agredir os outros; quando tinha acessos de vômito devido ao olhar de inveja dos pacientes; quando avançava sobre os demais acusando-os de quererem roubar seus planos, produtos de sua inteligência singular.

Em muitas dessas circunstâncias, dizia que era arquiteto ou o Sílvio Santos, pessoa muito importante e rica, vítima da inveja dos outros. Entretanto, isso não foi suficiente para que ganhasse o estatuto de metáfora, tendo em vista que ao longo de seu tratamento essas ideias delirantes foram se tornando cada vez mais inconsistentes, ao ponto do paciente deixar de invocá-las. Como já destacado no primeiro capítulo, o que imperava no caso de Paulo eram seus atos repentinos, marcados pela desconfiança e persecutoriedade em relação ao Outro.

3.3- A dimensão do Real na psicose

O percurso que desenvolvemos até aqui em nossa pesquisa se mostrou necessário para a elucidação do caso na medida em que nos revelou em detalhes os elementos constitutivos da psicose. Conforme ressalta Miller (1996a), o avanço de Lacan após essa formalização seria vão se a partir dele ignorássemos o ponto de apoio que dela retiramos, ou seja, de que na psicose há estrutura.

A forclusão do significante nos permite compreender a profusão de efeitos no campo imaginário no caso de Paulo, evidenciada pela relação em espelho que mantinha com seus semelhantes, desembocando em situações hostis que culminavam em suas agressões.

Da mesma maneira, a falta de mediação simbólica na relação com o Outro, evidenciada na psicose, nos apresenta indícios importantes sobre o estatuto do Outro nessa estrutura clínica, formulação que nos será imprescindível ao abordarmos o tratamento do Outro no próximo capítulo.

A ausência da operação da castração simbólica no campo do Outro, como já destacado, o revela em sua vertente absoluta e ameaçadora, pois a forclusão do Nome-do-Pai tem como correlato o gozo excessivo do lado do Outro, gozo não regulado pela norma fálica. O Outro na psicose assume, por conseguinte, uma dimensão de onipotência a quem o psicótico permanece submetido como objeto de gozo.

Ao nosso entender, o estudo sobre os efeitos dos campos imaginário e simbólico na psicose é relevante para nossa pesquisa, entretanto, não é suficiente para trabalharmos o desenvolvimento do caso clínico. A introdução da vertente do Real, da dimensão do objeto *a* no estudo da psicose é essencial para avançarmos em nossa investigação, considerando que à falta de regulação do gozo o psicótico pode responder com a passagem ao ato, como veremos mais adiante.

Conforme destaca Miller (1996b, p.167), “se há algo a descoberto na psicose é a função do objeto *a*”, função do gozo não bordejado pelo simbólico nessa estrutura clínica. Buscaremos a partir de então trabalhar alguns pontos sobre o objeto *a* que nos servirão de referência na abordagem das passagens ao ato de Paulo, assim como nos oferecerão subsídios importantes para a orientação do tratamento.

Daremos início a essa discussão através do estudo da constituição da realidade, o que nos permitirá introduzir algo da ordem do real, daquilo que não pode ser apreendido pela função significante.

3.3.1- A constituição do campo da realidade: implicações na neurose e na psicose

No texto de Freud sobre “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924/2011), o autor esclarece que a perda da realidade encontra-se em causa tanto na neurose quanto na psicose, assim como a forma com que cada uma procura substituir essa realidade. Vejamos como se dá essa operação.

De acordo com o argumento freudiano, as duas estruturas são formadas por dois estágios. O primeiro estágio na neurose corresponde ao recalque de um impulso pulsional que se mostra incompatível com sua realização na realidade. Esse processo, empreendido pelo eu, não constitui a neurose em si, mas sim o segundo estágio, caracterizado pelo fracasso do recalque e pelas tentativas de compensação da parte reprimida por meio das formações substitutivas.

Na neurose, como podemos deduzir, ocorre a fuga daquela parcela da realidade ligada diretamente ao material reprimido. Por conseguinte, compensa-se a perda dessa parte da realidade através de uma restrição do Isso, que é impedido da satisfação direta de suas pulsões.

Já na psicose, a primeira fase é representada pelo momento em que o eu, diante dos impasses provenientes de sua relação com o mundo externo, rompe o vínculo com a realidade, enquanto que num segundo momento busca-se uma reparação, não às custas do Isso como na neurose, mas às custas do próprio eu que sucumbe às exigências do Isso, criando-se então uma nova realidade sem as imposições da primeira.

Observamos que enquanto na neurose parte da realidade é evitada por meio da fuga, na psicose ela sofre intensa atividade de remodelação. Conforme conclui Freud, “a neurose não nega a realidade, apenas não quer saber dela; a psicose a nega e busca substituí-la” (1924/2011, p.218). A enfermidade em si na psicose recai sobre a primeira etapa, momento de ruptura com a realidade.

Desse raciocínio, podemos destacar os mecanismos específicos de constituição das duas estruturas subjetivas: o processo de recalque na neurose e o de rejeição da realidade na psicose, traduzido por Lacan como forclusão. Daí resultam caminhos diferentes na tentativa de reparar a perda da realidade, o que pode ser antevisto na psicose por meio dos delírios e na neurose através do recurso à fantasia, parcela da realidade psíquica que ganha uma conotação especial, propriamente simbólica (Freud, 1924/2011).

Segundo Pierre Naveau (2007, p.1), o real se refere a um “pedaço arrancado da realidade”, pedaço o qual o neurótico busca evitar por meio do recalque e que o psicótico rejeita, mas que retorna de forma consistente, vindo de fora.

O autor destaca o fracasso tanto da neurose quanto da psicose na tentativa de lidar com o real, pois em nenhuma das estruturas ele é anulado. Na neurose, o sujeito tem como recurso a fantasia, construção subjetiva por meio da qual ele busca velar o real e dar um sentido à sua relação com o Outro. O psicótico, por sua vez, devido à precariedade simbólica constitutiva, não tem a fantasia como anteparo e nem sempre a construção delirante funciona como tratamento dessa invasão do real. Guardemos por hora essa reflexão. Voltaremos a ela ao articularmos a concepção do objeto *a*.

Para Miller (1996c), tanto Freud quanto Lacan abordam a psicose tendo como referência a relação com a realidade. Porém, enquanto Freud trabalha a partir do viés da perda da realidade na psicose, Lacan se ocupa propriamente de sua constituição e de seus desdobramentos nessa estrutura clínica.

Em uma nota de rodapé, acrescentada em 1966 no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-1958/1998), Lacan introduz o tema do objeto *a* quando trabalha o esquema R, no qual determina a composição dos registros Simbólico, Imaginário e Real.

Nessa nota, o autor esclarece que o campo da realidade se constitui pela extração do objeto *a*, extração que fornece enquadre à realidade e cujo recorte é obturado (tapado) pela tela da fantasia. Vamos acompanhar sua exposição para daí retirar o que nos é importante para a compreensão do funcionamento da psicose.

O esquema R “representa as linhas de condicionamento do *perceptum*, ou, em outras palavras, do objeto na medida em que essas linhas circunscrevem o campo da realidade, bem longe de apenas dependerem dele” (Lacan, 1957-1958/1998, p.559).

Trata-se de um esquema que delimita a estrutura da realidade na neurose, uma vez que se constitui pela superposição do Édipo ao esquema L, ou seja, pela reunião dos triângulos imaginário e simbólico, cujas bases dão sustentação ao quadrilátero da realidade, como demarcado na figura abaixo:

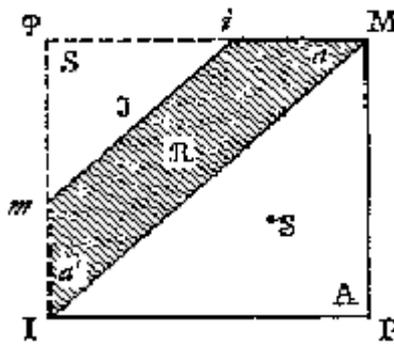


Figura 2: Esquema R

Fonte: Lacan (1957-1958/1998, p.559)

Conforme define Lacan nesse texto¹⁸, o par imaginário do estádio do espelho (a - a') estabelece uma base para o triângulo imaginário (J) que será posteriormente abarcado pela relação simbólica. Temos então este primeiro triângulo (J), representado pelo eu (m) e sua imagem (i), sendo o falo (ϕ) o objeto imaginário com o qual o sujeito se identifica, no primeiro tempo do Édipo, como aquilo que falta à mãe.

Em seguida, localizamos o triângulo simbólico, no qual encontramos o ideal do eu (I), forma com que o sujeito se situa no simbólico a partir do declínio do Édipo; a mãe como significante do objeto primordial (M) e P, significante da lei no campo do Outro (A).

Por fim, temos o quadrilátero R, sustentado pelos dois triângulos anteriores, formado pelos segmentos i-M, onde se situam as figuras do outro imaginário, culminando na mãe como significante (M), e pelo segmento m-I, no qual sucedem as identificações imaginárias do eu até sua identificação simbólica como ideal do eu.

Lacan propõe uma leitura topológica desse esquema R, “situando o corte do Real no segmento I-M e a realidade como encobrendo esse ponto, já que esse quadrângulo se estenderia sobre o triângulo imaginário” (Freire, 2002, p. 83). Segundo Freire (2002), esse encobrimento é determinado pela estrutura simbólica, pois o triângulo simbólico, ao girar sobre a base I-M se projetaria sobre o triângulo imaginário, recobrendo-o junto ao quadrilátero da realidade.

Nesse momento do ensino de Lacan, é como se “o triângulo simbólico estivesse apontando os limites e as condições estruturais, significantes, do devaneio, da errância imaginária pelo que a fantasia ou um campo de realidade encobre o Real” (Freire, 2002, p. 83). Dessa determinação simbólica que envolve o encobrimento imaginário resulta um sujeito dividido, marcado pela inscrição significante.

¹⁸ Para o estudo do esquema R, conferir também o ‘Quadro comentado das representações gráficas’, parte III, localizado no final dos *Escritos* (Lacan, 1998, p. 920-922).

Esse sujeito afetado pelo significante se projetará (o que pode ser indicado pela linha pontilhada no triângulo imaginário) de diferentes maneiras como eu e como objeto, constituindo o campo da realidade (R) que vela o real por meio dos segmentos que o circunscrevem: segmentos i-M e m-I, conforme demarcado acima.

Na psicose, como já evidenciamos, a metáfora paterna não opera devido à forclusão do Nome-do-Pai, o que, por outro lado, não permite a emergência da significação fálica que dá sentido às coisas. A ausência dessa dupla referência, o Nome-do-Pai representado por P no triângulo simbólico e a referência fálica (ϕ) do lado do imaginário, não permite que se forme o quadrângulo da realidade, tal como apresentado no esquema R.

Sem esses dois eixos de sustentação, ausência representada pelos símbolos Φ_0 (significação fálica zero) e P_0 (Nome-do-Pai zero), os triângulos imaginário e simbólico se desfazem e o campo da realidade é deformado, como podemos constatar no esquema I, esquema que representa a psicose e que Lacan utilizou para tratar da construção delirante de Schreber.

Notamos que a falta dos vértices em P e ϕ no esquema R provoca no esquema I uma curva aberta sem delimitações, o que gera os remanejamentos no imaginário e simbólico no campo da psicose para buscar dar conta desse desarranjo, conforme discutimos anteriormente ao tratar dos efeitos da forclusão.

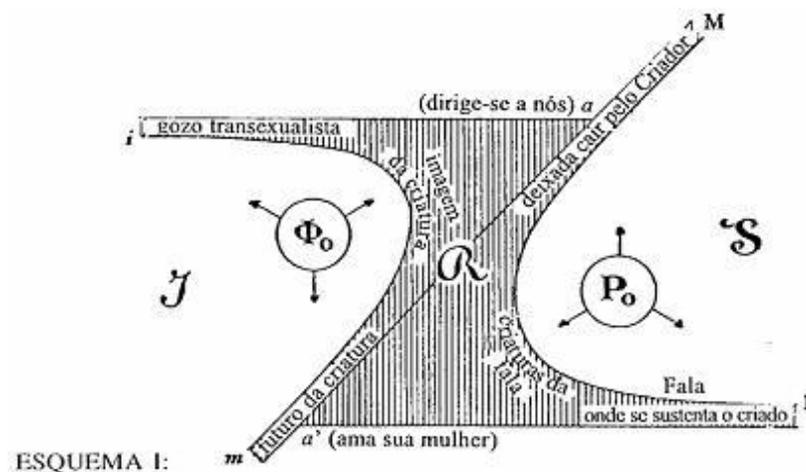


Figura 3: Esquema I
 Fonte: Lacan (1957-1958/1998, p.578)

A afirmação de que o campo da realidade se sustenta pela extração do objeto a implica a subtração de uma parte do real ou perda de gozo que ocorre quando constituímos a realidade como representação significante (Freire, 2002). Essa operação se dá quando a diferença significante opera no campo do gozo (Naveau, 2007).

Disso podemos concluir que

“se para a neurose, o Nome-do-Pai ou função paterna é propiciado pela extração de gozo como resto, extração do objeto *a*, para a psicose a forclusão do Nome-do-Pai é a ausência de extração de gozo ou do que o designa, o objeto *a*” (Freire, 2002, p.86).

3.3.2 - O objeto *a* como resto da operação significante

Lacan trabalhou o objeto *a* no *Seminário, livro 10: a angústia* (1962-1963/2005), seminário que utilizaremos como referência para pinçar algumas considerações sobre o objeto na psicose que contribuirão para a construção de nosso caso clínico.

Nesse Seminário, Lacan nos apresenta a ideia de que, entre o sujeito e o real, existe o campo dos significantes. Dessa afirmação, discorre que o sujeito se constitui no lugar do Outro por meio da inscrição primária de um significante, o traço unário, que marca sua divisão. Podemos antever essa formulação através do esquema abaixo, localizado na página 36 do Seminário:

$$\begin{array}{c|c} A & S \\ \$ & \mathcal{A} \\ a & \end{array}$$

De início, temos então o Outro originário (A) enquanto lugar do significante e S, sujeito mítico, porque ainda inexistente, considerado como sujeito do gozo, não marcado pelo significante (Lacan, 1962-1963/2005). Num segundo momento, o sujeito aparece como \$ (sujeito dividido) que sofreu a inscrição do traço unário no campo do Outro. O objeto *a* surge como resto, como real, produto da operação da linguagem sobre o sujeito.

Trata-se aqui da dimensão do corte que separa um resto que não é significantizável, “da elaboração de uma falta irreduzível ao significante” (Miller, 2005, p.19) que o simbólico não pode suprir, marcando o sujeito como falta-a-ser devido à extração de gozo obtida pela incidência da linguagem.

Retornando ao esquema, observamos que Lacan localiza o sujeito barrado e o objeto *a* do mesmo lado, lado do Outro onde se forma a fantasia enquanto suporte do desejo. Do outro lado encontra-se o Outro barrado (\mathcal{A}), aquilo que se constitui como inconsciente e o qual não

atinjo, Outro como desejo. Segundo o autor,

O Outro concerne a meu desejo na medida do que lhe falta e de que ele não sabe. É no nível do que lhe falta e do qual ele não sabe que sou implicado da maneira mais pregnante, porque, para mim, não há outro desvio para descobrir o que me falta como objeto de meu desejo. É por isso que, para mim, não só não há acesso a meu desejo, como sequer há uma sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplando-o, atando-o a isto, o \$, que expressa a dependência necessária do sujeito em relação ao Outro como tal (Lacan, 1962-1963/2005, p.32-33).

A fantasia pode ser compreendida como a maneira utilizada pelo neurótico para apreender e dar um contorno ao furo estruturante constituído pela extração do objeto *a*. É por meio dela que o sujeito procura encobrir a angústia, afeto característico e marcante do encontro com aquilo que é da ordem do real.

Através da fantasia o sujeito busca tamponar a falta do Outro, situando-se como objeto de sua demanda (Lacan, 1962-1963/2005). Concomitantemente, o neurótico transporta para o campo do Outro a função do *a*, ou seja, na neurose o objeto *a* funciona como causa de desejo, colocando o sujeito em movimento em direção ao Outro para procurar nele o que lhe falta como sujeito desejante. É através da junção e disjunção com o *a* como causa de desejo na fantasia que a realidade do neurótico se estrutura.

A fórmula da fantasia ($\$ \diamond a$), que pode ser lida como “sujeito dividido, desejo de *a*” (Lacan, 1962-1963/2005, p.113) indica que o sujeito elege objetos do campo do Outro que farão as vezes de objeto *a*, mas um objeto em si falacioso, considerando que o objeto *a*, objeto opaco e sem imagem, não pode ser apreendido pela ordem significante, tampouco se mostra visível para o homem naquilo que seria a imagem de seu desejo.

O que gostaríamos de destacar dessa leitura é a função do objeto *a* como falta radical própria à constituição da subjetividade. Nesse processo, o objeto se apresenta como perdido, como reserva libidinal irredutível que resta após a operação de significantização.

De acordo com Lacan, “sempre há no corpo, em virtude desse engajamento na dialética significante, algo de separado, algo de sacrificado, algo de inerte, que é a libra de carne” (1962-1963/2005, p.242). No campo demarcado pelo imaginário, o falo ocupa esse lugar de resto, de vazio, na forma da falta ($-\phi$), lugar esse ocupado do lado do real pelo objeto *a*, objeto de gozo.

Sendo assim, como temos trabalhado até o momento em nosso esforço de determinar os elementos próprios que caracterizam a estrutura psicótica, podemos estabelecer mais uma distinção tendo como referência o objeto *a*.

Enquanto na neurose a fantasia envolve esse ponto de falta, buscando velar o encontro com o real, do lado da psicose o objeto *a* aparece como puro real, uma vez que nela não está incluído “o ($-\phi$) da castração imaginária e, desde então, ele ‘naturalmente’ não funciona como

causa do desejo” (Miller, 1996d, p.160).

Para reiterar nossa argumentação, ressaltamos que entendemos por castração imaginária essa extração de gozo que se dá ao nível do corpo como imagem, corte realizado pela entrada do significante, restando o objeto *a* como resíduo dessa operação. Na neurose, temos então uma negativização do gozo pelo simbólico, em que o objeto localiza-se fora do corpo, estabelecendo certo ordenamento pulsional.

Em contrapartida, temos como correlato na psicose a ausência desse corte realizado pelo significante em que não se inscreve a dimensão da falta. “Em lugar de um circuito pulsional que estabelece a possibilidade de encontros e desencontros com o objeto da demanda dirigida ao Outro, temos, na psicose, um curto-circuito da pulsão sobre o próprio corpo” (Carvalho, 2014, p. 4), pois o objeto permanece como não extraído.

De posse dessas novas considerações, passaremos agora à análise da estrutura do *acting out* e das passagens ao ato para em seguida recolhermos os elementos que nos permitem situá-los na psicose.

3.4 – A passagem ao ato e o *acting out*

Segundo Barreto (2010), o termo passagem ao ato originou-se na escola francesa de psiquiatria, sendo usado sobremaneira de forma negativa por estar ligado a determinados traços de caráter delinquentes ou criminais.¹⁹ A passagem ao ato referia-se à característica violenta e intempestiva de condutas que levavam a vida mental a um colapso, precipitando o sujeito numa ação que conduziria à agressão, delitos ou suicídio.

O autor aponta ainda que na psicanálise o uso do conceito apareceu primeiramente ligado à concepção de *acting out* desenvolvida por Freud, mas ressalta que é Lacan quem estabelece as diferenças significativas entre os dois termos.

No texto “Recordar, Repetir e Elaborar” (1914/1996), Freud refere-se ao *acting out* caracterizando-o como o momento em que o sujeito em análise, no lugar de recordar uma lembrança esquecida, passa a repeti-la em ato sob transferência, ou seja, vivenciá-la como se pertencesse à atualidade. Trata-se da reprodução do material reprimido como ação e não como

¹⁹ Para conferir a abordagem psiquiátrica do conceito de passagem ao ato, remetemos à leitura do trabalho de Maria Cristina Bechelany Dutra. In: Dutra, M. C. B. (1999). *As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

uma lembrança.

Aí o autor esclarece que quanto maior a resistência do paciente, maior será sua atuação, impedindo-lhe a recordação de lembranças reprimidas. É no manejo da transferência que Freud encontra o instrumento necessário para conduzir a repetição num motivo para recordar, avançando no tratamento analítico.

Pois bem, será no *Seminário, livro 10* (1962-1963/2005) que Lacan trabalhará a distinção entre os conceitos de passagem ao ato e *acting out* à luz de sua formulação recente sobre o objeto *a*, situando-os como maneiras distintas do sujeito lidar com a angústia.

Conforme destaca Dutra (1999), o que observamos a partir desse trabalho sobre os dois conceitos é que Lacan não os vincula a nenhuma categoria diagnóstica, podendo ambos estar presentes nas diferentes estruturas clínicas: neurose, psicose ou perversão. O que se preconiza em seu texto é a estruturação lógica dos dois termos e a determinação de seu modo de funcionamento.

Para desenvolver sua argumentação, Lacan utiliza como exemplo o caso da Jovem Homossexual trabalhado por Freud²⁰. O caso descrito se refere a uma moça que, após sua decepção com o pai em virtude do nascimento de um irmãozinho, passa a cortejar de forma viril uma dama de reputação duvidosa.

A relação amorosa começa a ser conhecida por toda a cidade. Num de seus passeios, o casal é visto pelo pai da moça que então lhe lança um olhar fulminante de desaprovação. Quando a jovem conta à dama que tratava-se de seu pai, esta sente-se incomodada com a situação e para não ter mais problemas, rompe a relação entre ambas. De imediato, a jovem moça passa ao ato, pulando da ponte onde se encontravam.

Lacan analisa o caso da seguinte maneira. À decepção de não poder ser a mulher do pai e de ter um filho com ele, segue-se a orientação para a homossexualidade dirigida à dama. Constatada sua castração na dimensão daquilo que lhe falta, a jovem moça procura negá-la colocando-se no lugar do falo absoluto, ou seja, como suporte do que falta ao Outro, cortejando e cobrindo de mimos a dama a quem dirige seu afeto. O que se encontra em jogo nessa relação idealizada “é uma certa promoção do falo como tal ao lugar do *a*” (Lacan, 1962-1963/2005, p.126).

Tudo parecia ir bem até o momento da cena do olhar desaprovador do pai, em que toda a trama se esgota, perdendo seu valor, e o sujeito se vê tomado pelo embaraço diante da situação

²⁰ Cf: Freud, S. (1996). A psicogênese de um caso de homossexualismo numa mulher. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp. 157-183). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

e pela emoção correspondente na impossibilidade de lidar com o ocorrido.

Segundo o autor, o momento descrito abrange duas condições essenciais para a realização da passagem ao ato: a identificação do sujeito com o lugar do objeto *a*, deixando-se cair para fora da cena; e o confronto entre o desejo e a lei, desejo pelo pai contrapondo-se à lei encarnada no olhar deste que proíbe sua realização.

Seguindo seu raciocínio, Lacan define a estrutura da passagem ao ato referindo-se a um “sair de cena”, instante em que o sujeito, embaraçado pela resposta do Outro e pela emoção resultante, se precipita da cena e cai como objeto para fora dela. Nesse momento não há apelo ao Outro, estando o sujeito identificado ao lugar de resto, não havendo espaço para a interpretação significativa.

Sobre o *acting out*, Lacan acentua que ele é o oposto da passagem ao ato. Esclarece que, enquanto a tentativa de suicídio da Jovem Homossexual seria uma passagem ao ato, todo o romance em caráter público com a dama seria da ordem do *acting out*.

O *acting out* configura-se como uma encenação endereçada ao Outro e como tal o convoca à interpretação. Trata-se de uma mostração, velada para o sujeito, na qual se encontra algo da ordem do desejo e daquilo que o causa. Esse caráter de mostração faz ressonância com o pensamento freudiano exposto acima sobre o *acting out*, situando-o como uma repetição em ato que coloca em evidência o lugar ocupado pelo sujeito na fantasia inconsciente.

Lacan explicita que o que estava em questão no *acting out* da Jovem Homossexual era o desejo de ter um filho do pai como substituto do falo, insígnia da falta no campo do Outro. O autor acentua que aqui o desejo se apresenta como outro, mas ao se mostrar como outro dá indícios de sua presença.

Voltando à questão da passagem ao ato, termo que nos interessa mais diretamente, observamos que Lacan, ao nos apresentar sua estrutura própria de formação, recorre à fantasia para delimitar seus contornos:

Se vocês quiserem referir-se à fórmula da fantasia, a passagem ao ato está do lado do sujeito na medida em que este aparece apagado ao máximo pela barra. O momento da passagem ao ato é o do embaraço maior do sujeito, com o acréscimo comportamental da emoção como distúrbio do movimento. É então que, do lugar em que se encontra – ou seja, do lugar da cena em que, como sujeito fundamentalmente historicizado, só ele pode manter-se em seu status de sujeito –, ele se precipita e despenca da cena (Lacan, 1962-1963/2005, p. 129).

Essa cena remete ao mundo fantasmático, a uma estrutura de ficção em que o Outro está incluído e em relação com o qual o sujeito se constitui, cena à qual Lacan contrapõe o “mundo puro” identificado ao real, onde não se dá a incidência do significante. Quando a estrutura de ficção por algum motivo não se sustenta, o sujeito realiza a passagem da cena para o mundo,

restando ligado à função do objeto *a* como dejetivo (Lacan, 1962-1963/2005).

Podemos notar, então, que a elaboração dos conceitos de passagem ao ato e *acting out* no *Seminário, livro 10* se dá, de maneira geral, a partir do enquadre estrutural das neuroses, o que de acordo com Carvalho (2014), nos traz certa dificuldade ao transpô-lo para o campo das psicoses.

Não obstante, com base nessa leitura, acreditamos ser possível estabelecer alguns parâmetros que poderemos utilizar ao abordar as passagens ao ato na psicose, destacando a presença do embaraço diante do Outro e a emoção apontada por Lacan nesse seminário como um movimento de desagregação, de lançar algo para fora, no sentido de uma reação catastrófica.

Portanto, enquanto na neurose a passagem ao ato pode ser entendida como o momento em que o sujeito, diante de um encontro desestabilizador, se precipita para fora da cena da fantasia, cena em que ele ocupa o lugar de objeto do desejo do Outro, para compreender a passagem ao ato na psicose precisaremos novamente recorrer ao que de particular ela nos apresenta enquanto estrutura subjetiva.

3.5 – A passagem ao ato na psicose

Em conformidade com o que já trabalhamos, vimos que a forclusão do Nome-do-Pai traz como consequência a ausência da mediação simbólica operada pela metáfora paterna, deixando o psicótico identificado ao lugar de objeto de gozo do Outro.

Aliado a isso, as informações que reunimos em torno do objeto *a* nos permitem avançar mais um pouco. Verificamos que a extração do objeto na neurose e o emolduramento desse vazio pela janela da fantasia permite ao sujeito circunscrever o gozo e se localizar em relação ao desejo do Outro.

Na psicose, a ausência dessa operação coloca o psicótico em dificuldades quanto a essa questão. Não há o recurso à fantasia como enquadre do real e como uma construção que lhe permita formular uma resposta ao enigma do desejo do Outro. O psicótico encarna então ele mesmo o objeto que falta ao Outro, não pela via do semblante, como na neurose, mas pela via do real.

Essas condições reunidas nos permitem pensar numa certa predisposição da psicose ao ato, como adverte Carvalho (2014, p.2):

Seja nas suas origens, por ocasião do desencadeamento, ou como um ato conclusivo de um argumento delirante, seja como uma maneira de operar a castração no real, ou como uma tentativa de

extração de um mal estar corporal, no ‘impulso a golpear’, a psicose sempre parece tender, de alguma forma, ao ato.

Sobre essa tendência, notamos que ela se faz notar desde muito cedo no percurso de Lacan.

A primeira abordagem da passagem ao ato pelo autor se dá em torno do conceito de *kakon*, termo retirado da psiquiatria que Lacan utilizou para trabalhar um caso de tentativa de homicídio, nomeado por ele como caso Aimée²¹ (Barreto, 2010).

Inspirado especialmente no trabalho de Guiraud sobre os assassinatos imotivados, Lacan constata que o que se encontrava na lógica desses crimes seria um embaraço do sujeito diante de algo ruim que o invadia, provocando-lhe uma sensação dolorosa e que poderia ser extirpada por meio do ato, gerando alívio. O *kakon*, que em grego significa desgraça ou mal, se refere a essa sensação insuportável que Guiraud atribuía à doença e que era transferida ao mundo externo (Dutra, 1999).

No texto “Formulações sobre a causalidade psíquica” (1946/1998, p.176), Lacan o associa ao ser do sujeito ao apontar que é “o *kakon* de seu próprio ser que o alienado procura atingir no objeto que ele fere”. O uso do termo aparece também duas vezes no texto “A agressividade em psicanálise” (Lacan, 1948/1998), no qual o autor o relaciona à agressividade na psicose e à formação primária do supereu na teoria de Melanie Klein.

Segundo Tendlarz (2005), Lacan situa o *kakon* como um inimigo interno que é projetado especularmente no outro semelhante. No âmbito do imaginário, o sujeito agride a si mesmo quando atinge o outro a quem dirige o ato agressivo, visando acertar esse mal. O que se pode vislumbrar nesse tipo de conduta é a tentativa do sujeito de se desembaraçar do *kakon* através da passagem ao ato liberadora.

Levando isso em consideração, diferentes estudiosos do ensino de Lacan como Beneti (1996a); Alvarenga (2006); Tendlarz (2005) referem-se ao *kakon* como o precursor do que posteriormente será denominado gozo em sua obra, o que justifica a extinção que o termo sofreu em seus trabalhos ulteriores.

A partir da articulação do conceito de objeto *a*, temos condições de retomar a passagem ao ato na psicose como uma saída para lidar com o gozo insuportável, não negativado pela via significante. A ausência da castração que se dá pela extração do objeto denota que na psicose gozo e Outro não se encontram separados, o que nos permite formular a passagem ao ato como

²¹ Trata-se de sua tese de doutorado datada de 1932. Cf. Lacan, J. (1987). Da Psicose Paranoica em suas relações com a personalidade (Aluisio M., Marco A.C.J., Potiguara H.S.J., trans.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

um esforço de extração de gozo, extração do objeto *a*.

Baseando-se na fenomenologia dos atos auto e heteroagressivos, sem necessariamente relacioná-los a determinada estrutura clínica, Carvalho (2014) estabelece algumas distinções que podem nos orientar no cotidiano da clínica no que tange às passagens ao ato.

Primeiramente, indica os casos referentes aos atos impulsivos, repentinos e sem motivação aparente, em que transparece a falta de recurso simbólico como mediador na relação com o Outro, momento derradeiro em que a pulsão se faz ato. Associa tais atos ao impulso a golpear próprio à ideia do *kakon*, em que se busca atingir o mal estar extimamente ou no próprio corpo como uma tentativa de tratar o real.

Nesses casos, ressalta-se a dimensão de urgência ligada à necessidade de barrar ou extrair o gozo. Preconiza-se, como uma intervenção possível, a exigência de antecipar-se de alguma maneira à manifestação desse mal estar, oferecendo as contenções disponíveis até que se possa restabelecer uma mediação simbólica.

A segunda categoria de ato apontada por Carvalho (2014) liga-se aos atos derradeiros decorrentes de um período prévio de elaboração. A passagem ao ato se dá como consequência de um raciocínio que prepara o sujeito para a ação. Destaca-se que nem sempre esse momento de elaboração se faz notar, culminando em uma certeza delirante que marca a resolutividade do ato.

O autor assinala que a esse tipo de passagem ao ato são vinculadas possibilidades de estabilização ou apaziguamento após sua conclusão, citando o caso Aimée em que se evidencia a diminuição da atividade delirante após a tentativa de assassinato de uma atriz, culminando em sua prisão e encaminhamento a um sanatório.

Uma forma de orientação do tratamento frente à fermentação de ideias associativas que podem culminar no ato, o autor sugere que se introduza o elemento da dúvida para que de certa forma possamos fazer vacilar um pouco a certeza delirante, abrindo caminho para a “realização assintótica” (Carvalho, 2014, p. 11) das deduções do pensamento.

O terceiro tipo reporta-se aos atos de mutilação e agressão ao próprio corpo, marcados pelo caráter repetitivo e monótono, buscando o esvaziamento do gozo. Mostram-se por vezes tratar-se de uma conduta solitária, mas podem também estar ligados a identificações de grupo como as veiculadas pela internet.

Sublinha-se que tais ações podem adquirir o caráter de mostração e transferência de angústia para o Outro, colocando-o numa posição de impotência diante do impossível de suportar que concerne ao real. São situações com que nos deparamos em nossa rotina no hospital psiquiátrico, em que pacientes engolem materiais os mais variados ou realizam cortes

no corpo, sem parecer denotar sofrimento em sua fala ou sem conseguir dizer sobre o ato, deixando a equipe angustiada diante da insuficiência de suas intervenções.

Distinguímos ainda um quarto tipo de ato, os atos mostrativos, mais próximos do *acting out* por estarem dirigidos ao Outro, buscando causar nele algum tipo de efeito. Nesses casos, o sujeito expressa em ato aquilo que não encontrou meios de exprimir via palavra. Para Carvalho (2014), essa condição denota o estabelecimento da transferência e do laço social, mínimo que seja, com o Outro, pois a atuação convoca o analista ou a instituição a se reposicionar em relação ao paciente e a interpretar sua ação.

O autor menciona como exemplo desse tipo de ato a situação em que um psicótico num serviço de saúde mental quebra os vidros do carro de um funcionário, ao mesmo tempo em que olha para a janela para certificar-se de que está sendo visto. O paciente reitera que dessa maneira será reconhecido seu valor, deixando transparecer a demanda de reconhecimento dirigida ao Outro.

Por fim, temos os atos agressivos em que se dá a prevalência do registro do imaginário na relação do sujeito com o outro como semelhante. A passagem ao ato permanece ligada a sentimentos intensos de raiva ou ódio, configurando-se numa descarga pulsional dirigida ao outro como rival.

Diferentemente da tentativa de extração do *kakon* como mal estar, o ato é direcionado ao outro como aquele que supostamente goza daquilo que falta ao sujeito. Carvalho (2014) conclui que esses casos são mais presentes nas neuroses por estar envolvida a confrontação do sujeito à castração, aos embaraços narcísicos diante do impedimento de usufruto do gozo, culminando em reações de violência e agressão.

3.6 – Considerações sobre o caso

De acordo com o que já discutimos sobre o caso, vimos que Paulo não encontrou no delírio uma solução “espontânea” para lidar com o gozo do Outro de quem se dizia vítima de maus tratos e injúrias.

Apresentava um discurso empobrecido, sem muita elaboração e o pensamento por vezes desorganizado, características próprias à psicose no que se refere à falta estrutural do significante primordial, indicando a inexistência do ponto de basta necessário para estabilizar o discurso.

Suas constantes queixas ao nível do corpo, como “sangramentos no nariz”, “urina

presa”, vômitos, aliados à confusão dos relatos de sonhos e vivências com conteúdo de violência, guerra e corrupção, nos fazem interrogar sobre o lugar que as passagens ao ato ocupam nessa dinâmica de funcionamento.

O desencadeamento da psicose de Paulo se deu muito cedo em sua vida, aos 11 anos de idade, quando passou a ter dificuldades escolares, principalmente em português e matemática, matérias que o pai lecionava em uma outra escola. Diante da falta de recurso simbólico para lidar com os impasses, ocorre a irrupção das vozes e a invasão de gozo na figura dos colegas e da professora que o coloca “na primeira carteira na fila do meio para que os outros pudessem rir dele”.

Alguns anos depois, iniciaram-se as agressões como resposta à intrusão do olhar do Outro, disseminado entre as diferentes pessoas de seu convívio, como vizinhos, familiares e profissionais dos serviços de saúde. Ao que tudo indica, a passagem ao ato se mostrou como a solução encontrada pelo paciente para afastar o gozo invasivo do Outro que não sofreu os efeitos da castração. Entretanto, todo o arsenal terapêutico mobilizado desde então, através das contenções físicas, químicas e as constantes internações, indicam a insuficiência e a brevidade dessa saída.

Diante disso, podemos questionar se os atos de Paulo, manifestados na maneira como ele reagia perante o Outro, eram mesmo sem nenhuma motivação como relatavam seus familiares e parte da equipe, pois ao que parece, tinham pleno sentido para ele, pois estavam “mexendo em suas coisas”, “falando mal dele”, “sentindo inveja de sua inteligência”.

Seus motivos são passíveis de serem apreendidos na medida em que consideramos como referência os elementos próprios à sua estrutura subjetiva. Frente à posição de objeto que o psicótico assume diante do Outro, é comum encontrarmos na clínica pacientes que ocupam o lugar de obediência e submissão ao Outro, acatando suas determinações, ou, pelo contrário, recorrendo às passagens ao ato para promover algum distanciamento.

Ao nosso entender, as passagens ao ato de Paulo podem ser lidas como reações ao embaraço provocado por um mal vivenciado como vindo do Outro e que traziam efeitos sobre o seu próprio corpo, como nas inúmeras cicatrizes, suturas e cortes que mostrava, dizendo: “já sofri muito nessa vida”.

Suas ações, diferentemente do que se chegou a pensar como um transtorno de personalidade ou impulsividade associada a um prejuízo cognitivo, são coerentes com o salto abrupto que se pode dar do imaginário ao real, quando o simbólico encontra-se foracluído (Beneti, 1996a).

Dessa maneira, as descrições dos tipos de ato enumeradas por Carvalho (2014) podem

nos auxiliar a tornar mais clara a natureza das passagens ao ato do paciente. Desde o início de nosso acompanhamento, nos pareceu evidente o quanto a presença do Outro se revelava invasiva para ele, principalmente na vertente do olhar. Era o olhar do Outro que o fazia vomitar, questionar o interesse das pessoas por ele ou a pressentir que sua comida podia estar envenenada.

Os atos de Paulo, repentinos, impulsivos e aparentemente sem sentido nos sinalizam a dimensão *kakoniana* do mal estar e sofrimento sentidos no corpo, *kakon* que o paciente golpeia no outro especular na busca de alívio, acertando a si mesmo. Trata-se de um ato auto infligido, visando atingir o “inimigo interno” reconhecido nesse outro.

Encontramos diferentes indicações desse gozo insuportável, não extraído do corpo pelo recorte do significante, que Paulo procurava extirpar fosse através dos socos nos vidros, fosse atirando-se sobre os outros. Mostrava-se agitado, por vezes dizia-se “nervoso”, sem conseguir se controlar. Sentia “algo estranho” no corpo, tomava água em excesso, chegando às vezes a vomitar.

Nesse ponto, gostaríamos de abrir um pequeno parêntese sobre o diagnóstico diferencial dentro da estrutura psicótica. Freud (1911/1996), em sua análise do caso Schreber, estabelece a distinção entre paranoia e esquizofrenia a partir da regressão da libido a um ponto de fixação.

Para o autor, a paranoia consiste no retorno da libido ao estágio do narcisismo, enquanto a esquizofrenia se constitui como o completo abandono do amor objetal, retrocedendo a um estágio de desenvolvimento anterior denominado autoerotismo.

Em termos lacanianos, o autoerotismo corresponde à fase do estágio do espelho anterior à constituição do eu, representado pela desordem das pulsões que constitui o corpo despedaçado. O narcisismo se forma posteriormente, a partir da imagem unificada estabelecida através do outro especular.

Lacan (1966/2003) afirma que na paranoia o gozo se localiza no campo do Outro, o que nos permite concluir que na esquizofrenia ele permanece situado no corpo. Notamos o movimento de Paulo na sua tentativa de identificar o gozo fora do corpo, mas o Outro para ele não se mostra localizável, não ganha o contorno como o que o Deus de Schreber assume para ele, mostrando-se disperso no caso de Paulo, ora ligado aos pacientes, ora aos médicos e enfermagem, ora à polícia ou qualquer outra figura que o ameaçasse.

A vertente do *kakon*, desse incômodo no corpo que leva ao “empuxo-a-golpear ou ser golpeado” (Beneti, 1996a, p.91) nos serve de referência para sustentar o diagnóstico de esquizofrenia paranoide de Paulo, em que prevalecem ideias persecutórias e passagens ao ato na tentativa de localizar e extrair o gozo do corpo.

Voltemos à análise de suas ações. Na própria definição de esquizofrenia dada por Paulo, nos deparamos com a evidência da estrutura característica da passagem ao ato, em que o sujeito não aparece na cena, a não ser na posição de objeto que resta ao final da operação: “esquizofrenia é quando a gente bate em outras pessoas. Dá um branco, um impulso e aí já fiz”.

Segundo Miller (2014), há uma mutação subjetiva própria à passagem ao ato, um corte que marca um antes e um depois a partir do qual o sujeito já não é o mesmo. Essa afirmação parece alinhar-se com a segunda categoria de ato apresentada por Carvalho (2014), qual seja, os atos conclusivos que se seguem após um período de elaboração prévia.

Aí a passagem ao ato ocorre como resultado de associações de ideias que chegam a uma certeza delirante. Acreditamos que o apaziguamento que pode acompanhar esse tipo de ato pode ser consequência da localização do gozo. Depois da elaboração de sentido, são deixados de lado os equívocos do pensamento, da palavra e da linguagem em favor do ato, ato que se situa como um “Não!” dirigido ao Outro (Miller, 2014).

Entretanto, vimos que as reiteradas passagens ao ato de Paulo não lhe trazem alívio nem parecem provocar uma mudança subjetiva. Pelo contrário, era comum ele reinvocar histórias de abusos sofridos pelo Outro ou a cena que culmina na perda de visão do pai, culpando o Outro pelos infortúnios dirigidos a ele.

Em relação a esse momento, nem o pai nem o paciente se lembram de detalhes do que aconteceu. Apenas sabemos que eram constantes as desavenças de Paulo com os vizinhos e com a família devido às ideias persecutórias que formava sobre eles.

Numa das investidas sobre o pai, os dois caíram emaranhados um ao outro e o pai bateu o rosto na quina de um móvel, acertando um dos olhos. Chegou a realizar cirurgia, mas perdeu a visão desse olho tempos depois. Durante o tratamento, Paulo às vezes perguntava se estaria “pagando pecados pelo que fez ao pai”, pois o “desobedecia e aprontava”, mas depois retrucava, reiterando que “os outros é que lhe provocavam”.

Entendemos que a chave para a compreensão da reincidência de seus atos encontra-se na insuficiência dessa resposta como ciframento de gozo, o que o faz repeti-los uma vez mais, na busca incessante de extrair esse excesso.

Para finalizar, nos perguntamos se todos os atos de Paulo seriam da ordem das passagens ao ato. Isso porque presenciámos muitas vezes o paciente se atirar sobre a enfermagem após a recusa de atendê-lo prontamente em suas demandas ou quando jogava alguma coisa ao chão, justamente como fez outro paciente, dizendo que assim teria atenção.

Distinguimos das passagens ao ato essas atuações que surgiram ao longo de sua permanência no hospital, localizando-as como um modo de endereçamento à instituição na

forma de uma demanda de cuidado ou de intervenção diante da dificuldade simbólica que lhe prejudicava a relação com o Outro. Na impossibilidade de colocar em palavras esse apelo, o ato se coloca uma vez mais como uma saída aos impasses sofridos.

Pois bem, de posse dessas considerações, acreditamos ter elementos suficientes para continuarmos essa discussão no próximo capítulo, no qual iremos trabalhar a direção do tratamento a partir da relação transferencial estabelecida com sua psicóloga de referência.

4 - Terceiro capítulo – A entrada na transferência e a direção do tratamento

Paulo retornou ao hospital para sua terceira internação com a demanda de contenção de seus impulsos agressivos apresentada pelo serviço de saúde de seu município. Conforme advertem, foram utilizadas diversas intervenções terapêuticas que esgotaram seus recursos, como podemos constatar na fala do próprio paciente: “as pessoas da minha cidade não dão conta de mim”.

A questão das passagens ao ato ocupa de fato um grande interesse de ordem clínica nas diferentes instituições de saúde mental, convocando-nos a pensar estratégias que nos orientem diante das dificuldades, levando em consideração os riscos e consequentes agravos que trazem tanto para o sujeito, quanto para o meio social em que vive.

Embora as passagens ao ato não sejam exclusivas ao campo da psicose, se mostram frequentes nessa estrutura clínica como uma resposta diante do embaraço do psicótico na relação com o Outro. A falta de recurso simbólico para circunscrever o gozo e mediar essa relação coloca o ato como uma saída possível para lidar com a invasão do real.

Diante disso, nos perguntamos sobre a maneira que podemos conduzir uma intervenção, justamente quando a palavra parece faltar em detrimento do ato. Essa foi a questão que de imediato nos colocamos ao iniciarmos o tratamento de Paulo: “como, na psicanálise, que opera no campo da linguagem a partir da palavra, pode-se obter efeitos sobre o que é uma rejeição desse campo da linguagem? (...) como operar, a partir do simbólico, sobre o real?” (Miller, 1996c, p.150).

Ressaltamos que de maneira nenhuma poderíamos negligenciar a gravidade que o caso nos apresentava. As constantes passagens ao ato de Paulo indicavam o quanto a presença do Outro se mostrava invasiva para ele, convocando-o a reagir e a se defender, o que gerava muita agitação entre os pacientes na enfermaria, a partir das constantes brigas com os demais.

Mas era preciso começar o trabalho. O paciente encontrava-se na enfermaria, abordando a todo tempo os diferentes profissionais no corredor para falar de seus problemas, “dos maus tratos e injúrias” que sofria. De acordo com o que descrevemos no primeiro capítulo, isso parecia diminuir as agressões, pelo menos temporariamente, quando paravam para escutá-lo.

Essa observação nos serviu como primeiro indicador significativo apresentado pelo próprio paciente: a possibilidade de falar no lugar do agir. Não obstante, ao avaliarmos retroativamente a condução do tratamento, podemos afirmar que essa referência se manteve como um orientador durante todo o percurso de trabalho com Paulo.

A disponibilidade de escuta e o acolhimento de suas queixas foi o ponto de partida que abriu uma via de endereçamento de suas certezas delirantes, o que permitiu inaugurar a transferência e todos os desdobramentos posteriores relativos a seu manejo.

Apostamos que a entrada de sua psicóloga de referência, orientada pelo discurso analítico, permitiu que se instituisse algo de novo na relação com o Outro, sem necessariamente extinguir a resposta já estabelecida pelo paciente por meio da agressividade, sendo o que iremos investigar ao longo de nossa discussão.

Portanto, será em torno das modulações da transferência e seus efeitos sobre o caso que nos debruçaremos neste capítulo, apostando nesse recurso como meio de tratamento do Outro e de contenção às passagens ao ato na psicose.

Daremos início à nossa discussão a partir de um breve resgate do conceito de transferência em Freud, que o formalizou a partir de sua experiência clínica, para em seguida problematizarmos a maneira com que o fenômeno se apresenta na psicose, com base em suas especificidades enquanto estrutura distinta da neurose.

4.1- A transferência em Freud

Ao procurar transmitir as particularidades do método psicanalítico, encontramos em Freud referências importantes que nos norteiam sobre o efeito que a palavra exerce sobre o sujeito, especialmente no contexto do tratamento. Na abertura de suas conferências introdutórias sobre psicanálise, destinadas ao público médico e leigo, Freud (1916[1915] /1996) situa alguns parâmetros que qualificariam sua prática.

Nesse momento de sua elaboração, define a psicanálise como o tratamento destinado a pacientes neuróticos que apresenta características próprias que muito divergem das demais práticas na medicina. Esclarece que em outros campos do saber médico os alunos são expostos a peças anatômicas, às demonstrações do funcionamento do organismo e à aplicação de técnicas por meio das quais se torna possível visualizar o objeto de estudo e as intervenções realizadas.

Na psicanálise, diferentemente, trata-se de outro caminho. Sua técnica e efeitos não são objetivamente demonstráveis. Segundo Freud, “nada acontece em um tratamento analítico além de um intercâmbio de palavras entre o paciente e o analista” (1916[1915] /1996, p.26). É por intermédio das palavras que o paciente apresenta suas questões, desejos e conflitos e é através delas que o analista intervém.

A palavra aparece então como a ferramenta fundamental a partir da qual opera a

psicanálise e, mais adiante, Freud acrescenta: “as informações que uma análise requer serão dadas pelo paciente somente com a condição de que ele tenha uma ligação emocional especial com seu médico” (1916[1915] /1996, p.27), o que permite a esse último dar entrada em seu mundo psíquico.

Em outro momento de seu ensino, ao tratar do exercício da técnica analítica, Freud refere-se às palavras como “um instrumento poderoso; é o meio pelo qual transmitimos nossos sentimentos a outros, nosso método de influenciar outras pessoas. As palavras podem fazer um bem indizível e causar terríveis feridas” (1926/1996, p.183).

Dessa maneira, a relevância dada à escuta do sujeito, à troca de palavras e seus efeitos sobre o mesmo revelam o que há de mais elementar na relação entre analista e analisante, na condição de que se mantenha com o analista uma “ligação especial” própria ao que será concebido como o fenômeno da transferência.

No texto “A dinâmica da transferência” (1912b/1996), Freud esclarece que o sujeito institui ao longo de sua existência uma determinada forma de se conduzir na vida erótica baseada nos percalços que a libido sofre ao passar pelas diferentes fases do desenvolvimento psicosssexual. A partir daí são estabelecidos certos “clichês estereotípicos” (1912b/1996, p.111) que influenciam na escolha do objeto amoroso e no modo de satisfação pulsional que o sujeito repete na sua relação com as pessoas.

Freud nomeou esse processo como transferência, observando que se trata de um fenômeno comum que surge ao longo do tratamento, momento em que o próprio analista é incluído numa dessas “séries psíquicas” (1912b/1996, p.112) formadas pelo sujeito. Assim, a transferência pode ser entendida como a transposição de impulsos emocionais para a figura do analista, condição por meio da qual ocorreria a atualização dos desejos inconscientes para a situação analítica.

Os sinais da transferência podem ser percebidos na postura cooperativa do analisante, em seu empenho nas associações de ideias para solucionar o conflito, mas se tornam mais ruidosos quando aparecem como resistência, seja no interesse afetivo exacerbado pelo analista, seja nos sentimentos de oposição dirigidos a ele. (Freud, 1917a [1916-17] /1996).

Com base nisso, Freud (1912b/1996) constata que a transferência pode se configurar como uma das maiores formas de resistência ao tratamento ao se tornar um empecilho à regra fundamental da associação livre. O autor desenvolveu esse raciocínio ao perceber que o fenômeno entrava em cena justamente no momento em que se aproximava da iminência de desvendar algo do material patogênico. Nesse instante, a cadeia associativa era interrompida e parte desse material era transferido ao analista, servindo aos objetivos da resistência.

Em contrapartida, uma vez que atualiza os conflitos inconscientes, Freud (1912b/1996) descobre na transferência um dos pilares na condução do tratamento, ao permitir ao psicanalista intervir diretamente sobre o material reprimido, presentificado na sessão analítica. Através do manejo transferencial, busca-se vencer as resistências e preencher as lacunas de memória do paciente, com o intuito de conduzir a repetição num motivo para recordar.

Por fim, seguindo ainda com o texto “A dinâmica da transferência” (1912b/1996), Freud distingue a transferência positiva, manifestada por meio de sentimentos amistosos dirigidos ao analista (o que facilita o engajamento no tratamento) da transferência negativa, ligada a sentimentos hostis e desafiadores. Dentro da transferência positiva, ele estabelece ainda uma subdivisão, apontando para as situações em que são transferidos ao analista impulsos eróticos reprimidos.

Tanto a transferência negativa quanto a erótica trazem maiores dificuldades à continuidade do tratamento, uma vez que são acompanhadas pelo aumento da resistência e oposição à intervenção terapêutica. Nesse momento, o autor faz um comentário interessante, dizendo que a transferência negativa se mostra muito comum nas instituições.

Freud não entra em detalhes quanto a isso, mas sua afirmação nos faz pensar que no trabalho institucional podemos nos deparar, de antemão, com a relutância ao tratamento própria à transferência negativa. Isso porque a instituição, enquanto discurso, ocupa o lugar do Outro para cada sujeito, o que nos convoca como clínicos a refletir sobre estratégias que possam incluir, no caso a caso, formas de intervenção que contemplem a maneira com que cada paciente lida com o Outro.

Pois bem, retomando a distinção anterior, chegamos ao ponto que nos interessa mais diretamente. Segundo Freud, a transferência negativa e a positiva geralmente ocorrem de maneira simultânea, dirigidas à mesma pessoa. Trata-se de uma ambivalência emocional própria aos quadros neuróticos. Entretanto, o autor destaca que os casos que se resumem à transferência negativa, como na paranoia, torna-se nula a possibilidade de estabelecer uma influência ou cura.

Esse é o mesmo raciocínio que Freud emprega no início de seu trabalho sobre Schreber (1911/1996) ao justificar o método que utiliza para o estudo do caso. Conforme argumenta, o uso das memórias escritas por Schreber para a análise de sua enfermidade se mostra um recurso válido que pode substituir o encontro pessoal com o paciente, uma vez que o doente tende a revelar, de maneira desvelada, embora distorcida, aquilo que os neuróticos escondem como um segredo.

Não obstante, Freud (1911/1996) observa que esse tipo de paciente (portador de *dementia paranoides*) diz somente aquilo que está interessado em dizer, não estando sujeito à ação terapêutica pela dificuldade de se exercer influência sobre ele e de impeli-lo a superar suas resistências.

Do mesmo modo, na Conferência XXVII na qual trabalha a transferência, Freud afirma: “esses pacientes, paranoicos, melancólicos, sofredores de demência precoce, permanecem, de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento analítico” (1917a[1916-17] /1996, p.440).

Ao buscar as razões para isso, o autor sublinha que determinado nível intelectual se mostra necessário no auxílio ao tratamento, mas observa que isso não vem ao caso, pois esses pacientes não denotam falta de inteligência, tendo em vista o nível de elaboração e a engenhosidade de certos delírios paranoicos. De forma semelhante, enfatiza que o melancólico apresenta um grau elevado de consciência da própria morbidade, o que também não os torna mais acessíveis à influência terapêutica.

Aliado a esse aspecto intelectual, Freud aponta a capacidade de investir libidinalmente nos objetos como a característica imprescindível que permite o estabelecimento da “ligação especial” com o analista e a crença em suas comunicações, como podemos verificar ao tratar as neuroses de transferência, representadas pela histeria, histeria de angústia (fobia) e a neurose obsessiva.

No campo das “neuroses narcísicas”, maneira com que Freud (1917a[1916-17] /1996, p.447) se refere às psicoses nessa conferência, nos deparamos com um limitador importante à intervenção terapêutica, relacionado ao represamento da libido no eu como libido narcísica e sua incapacidade de investimento nos objetos.

Em decorrência disso, Freud (1917a[1916-17] /1996) chega à conclusão de que nesses casos a possibilidade de estabelecer transferência se mostra comprometida ou se apresenta apenas de forma insuficiente, permanecendo indiferentes ao tratamento e à intervenção analítica.

Portanto, o processo vigoroso²² sofrido na psicose que leva à retirada da libido dos

²² Nesse momento, Freud (1917b [1916-17] /1996) busca explicar os mecanismos constituintes próprios à psicose à luz de suas novas descobertas sobre a teoria da libido e o narcisismo. Seus estudos o levaram a constatar que o eu também pode ser tomado como objeto de investimento libidinal, o que lhe permitiu estipular a diferenciação entre libido do objeto e libido do eu. Ao estado de investimento libidinal no eu Freud denominou narcisismo, situando-o como uma fase normal no desenvolvimento psicosexual da criança que antecede o investimento nos objetos. Em circunstâncias usuais, afirma Freud, há um fluxo comum e contínuo da libido que se dirige aos objetos e retorna para o eu, como se pode verificar no estado do sono. Nas psicoses, a libido regressaria a um ponto de fixação libidinal anterior que remeteria ao narcisismo primitivo, sendo de alguma forma, impedida de retornar aos objetos. Freud considera que os fatores patogênicos envolvidos na psicose que impedem esse retorno são

objetos e sua concentração no eu, interferindo na mobilidade da libido, se mostra o obstáculo que impede esses pacientes de estabelecer a transferência com o analista. Essa evidência faz com que Freud se mostre pouco otimista quanto às perspectivas de tratamento na psicose: “as neuroses narcísicas dificilmente podem ser acometidas mediante a técnica que nos foi de utilidade nas neuroses de transferência” (Freud, 1917b[1916-17] /1996, p.423).

Destacamos que Freud reconhece os limites que surgem ao se buscar transpor a técnica analítica, desenvolvida até então no trabalho com as neuroses, para o terreno das psicoses. Mas ainda assim, apesar dos obstáculos entrepostos ao tratamento, nunca deixou de se interessar por seus fenômenos, buscando compreender seu mecanismo de funcionamento e estabelecer as semelhanças e peculiaridades em relação às neuroses.

No próprio caso Schreber, Freud (1911/1996) reconhece o fenômeno transferencial na relação do doente com seu médico ao apontar que a pessoa a quem se atribuía a perseguição foi doravante alguém a quem se destinou afetos carinhosos, alguém que se mostrou importante para o paciente ou um substituto dessa pessoa. Apesar das dificuldades implicadas na terapêutica, seu interesse investigativo e os avanços obtidos foram eminentes.

Diante dos progressos teóricos alcançados pelo estudo do material apresentado por pacientes psicóticos, Freud (1917b[1916-17] /1996) chegou a sugerir que novos métodos técnicos fossem desenvolvidos na psicanálise para abranger a intervenção com as psicoses.

Acreditamos que essa seja uma sugestão valiosa em que Freud vislumbra as possibilidades de aprimoramento e aplicação futuras da psicanálise no que tange a um campo pouco explorado clinicamente por ele, abrindo caminho para que outros interessados dessem prosseguimento à sua investigação.²³

4.2- A transferência na psicose a partir da orientação lacaniana

Logo no início do *Seminário, livro 3*, Lacan (1955-1956/2008) explicita que embora Freud não tenha abordado propriamente em sua obra a questão do tratamento das psicoses, a não ser de maneira alusiva, ele se orientará por meio dos textos do autor para deles retirar o que

semelhantes aos processos encontrados na repressão que envolve o recalque. Destacamos aqui que Lacan, influenciado pelo estruturalismo, desenvolve as ideais de Freud e concebe a forclusão como o mecanismo específico que explica os fenômenos clínicos observados na psicose.

²³ Para estudo mais pormenorizado da articulação entre os conceitos de transferência e psicose na teoria freudiana, Cf: Mezêncio, M.S. (2011). *Clínica psicanalítica das psicoses: o impasse da transferência*. Belo Horizonte: Coopmed.

se pode apreender de sua estrutura e funcionamento.

Lacan desenvolve sua concepção da psicose, portanto, a partir da releitura que faz dos conceitos freudianos e de questões surgidas de sua prática clínica como psiquiatra de formação. Nesse momento, ele nos apresenta um ponto interessante ao destacar que a psicanálise ainda não havia sido devidamente explorada quanto aos benefícios de sua aplicação aos problemas clínicos, nosográficos e de tratamento que envolvem o campo das psicoses.

Não obstante, antes de falar da técnica e da terapêutica, como ressalta o autor, é preciso isolar alguns pontos de referência que servirão como orientadores do trabalho e que, ao nosso entender, corresponde ao esforço de Lacan ao longo de todo seu seminário para extrair os mecanismos específicos que caracterizam essa estrutura clínica, tendo como ponto de mira ao final do percurso a questão do tratamento.

Ao tomar o caso Schreber como objeto de estudo, Lacan localiza a transferência ao indicar a ligação especial do paciente com as figuras médicas masculinas (sobretudo o Prof. Flechsig) implicadas em seu tratamento e que foram alvo de seu delírio persecutório de cunho paranoide.

Entretanto, reconhece que o fenômeno não aparece da mesma maneira, provavelmente se referindo ao trabalho habitual com a neurose: “é, resumindo, uma transferência – que não deve, sem dúvida, ser tomada inteiramente no sentido em que a entendemos comumente, mas é alguma coisa dessa ordem, ligada de maneira singular àqueles que tiveram que cuidar dele” (Lacan, 1955-1956/2008, p.42).

Dessa afirmação, podemos inferir que assim como devemos distinguir o mecanismo em ação específico na psicose, nossos esforços para explicar o vínculo transferencial nessa estrutura deve seguir a mesma indicação. Os efeitos da foraclusão do significante Nome-do-Pai, conforme demos destaque no segundo capítulo, estabelecem a forma particular com que o psicótico se relaciona com o mundo, forma marcada por alterações e remanejamentos nos campos imaginário, simbólico e real.

Entendemos que uma determinação semelhante se encontra no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-1958/1998) no qual Lacan formula a necessidade de localizar a foraclusão e o fracasso da metáfora paterna como fatores essenciais a serem considerados previamente quando se tem por objetivo o tratamento e o manejo da transferência na psicose.

Para Lacan, “o delírio pode ser considerado como uma perturbação da relação com o outro, e ele está portanto ligado ao mecanismo transferencial” (1955-1956/2008, p.357). Ao se referenciar no caso Schreber, Lacan apreende de sua análise o quão repugnante era para o

narcisismo do paciente ocupar uma posição feminina diante do pai, sentimento que foi transferido sobretudo para seu médico Flechsig por meio do delírio.

De acordo com a análise freudiana, a irrupção de um impulso homossexual revivido por Schreber na relação com seu médico e a negação dessa pulsão que lhe era intolerável levou ao desenvolvimento de toda a estrutura delirante do paciente, inicialmente tendo Flechsig como principal agente perseguidor para depois voltar-se para a figura de Deus.

Dessa análise, Lacan verifica que o processo de negação resulta no que ele denomina de “erotomania divina” (1955-1956/2008, p.358), em que Schreber é tomado como objeto de gozo de um Deus onipotente que lhe provoca imaginariamente uma série de transformações corporais para “usufruto de seu corpo como mulher”, conforme relatava o paciente.

Essa observação, aliada ao raciocínio de Lacan (1957-1958/1998) ao evidenciar que a investigação de Freud sobre Schreber aponta a transferência como fator que precipitou seu desencadeamento, nos permite tomar a erotomania como uma característica própria à manifestação do fenômeno transferencial na psicose²⁴.

Mais à frente em seu ensino, no prefácio elaborado para a edição francesa do livro de Schreber, essa evidência se mostra mais consistente. Aí Lacan afirma, tendo como referência a relação entre Flechsig e Schreber, que o psicótico tende a se colocar diante do clínico na posição de “objeto de uma espécie de erotomania mortificante” (1966/2003, p.223). Acrescenta ainda que trata-se de uma posição introduzida pela lógica do tratamento, ou seja, é inerente à sua estrutura de funcionamento.

Tal assertiva denota uma grande colaboração de Lacan ao marcar a originalidade da transferência na psicose e a força com que se apresenta. Refere-se a um amor mortificante que não se parece em nada com o amor de transferência na neurose, na qual o analista é tomado como objeto causa de desejo, colocando o analisante a trabalho (Maleval, 2002).

Na estrutura psicótica, considerando como base a relação amorosa, o que se encontra em questão é um amor morto, estando o sujeito abolido diante da heterogeneidade radical do Outro e submetido a ele como objeto (Lacan, 1955-1956/2008).

Segundo Maleval (2002), a relação que o psicótico estabelece com o analista sob a forma

²⁴ Tanto a erotomania como as ideias persecutórias evocadas na transferência na psicose apontam para a associação que se estabelece entre saber e gozo quando não se pode contar com o Nome-do-Pai para operar a castração simbólica. No caso Schreber, podemos notar o quão eminente era a posição de Flechsig como figura importante no que tange ao saber sobre o trabalho com as enfermidades mentais. A própria esposa de Schreber o tinha em grande conta por ter tratado seu marido com sucesso durante sua primeira crise. Dessa maneira, a posição de saber ocupada por Flechsig na transferência pode ser apontada como fator que levou à irrupção do quadro delirante de Schreber, marcado pela erotomania e persecutoriedade em que o paciente se vê preso como objeto de gozo do Outro.

da erotomania de transferência se apresenta como um fato de estrutura que pode ser apreendido das formulações de Lacan nos anos 50 quando determina os mecanismos específicos da psicose. Nessa estrutura encontramos-nos no campo da certeza delirante, da falta de referencial simbólico que impede qualquer dialética, em que a significação emerge no real, impondo-se ao sujeito.

Não obstante, o autor observa que a novidade apresentada por Lacan no que tange à formalização teórica da psicose a partir do conceito de forclusão não traz perspectivas imediatas a serem aplicadas ao tratamento.

Mais do que a orientação de um caminho a seguir, o que recolhemos do *Seminário, livro 3* são indicações daquilo que não deve ser feito no dispositivo analítico para assim evitar a entrada na psicose, como o fato de não reforçar o registro imaginário por meio da relação especular eu-outro ou a elucidação dos riscos implicados no momento em que se abre a possibilidade para que o psicótico tome a palavra.

Tomar a palavra nesses casos pode revelar a carência da metáfora paterna em que antevemos o apelo ao significante no ponto onde ele não pode advir, provocando o desencadeamento e gerando em consequência os diferentes distúrbios de linguagem e fenômenos imaginários como a irrupção de vozes ou outras alucinações e as precipitações das passagens ao ato.

Para Maleval (2002), tanto Freud quanto Lacan assumem uma atitude de reserva e investigação no que se refere à intervenção terapêutica na psicose. Lacan chega a afirmar que ir para além do que foi trabalhado até então significa ir para além de Freud: “usar a técnica que ele [Freud] instituiu fora da experiência a que ela se aplica é tão estúpido quanto esfalfar-se nos remos quando o barco está encalhado na areia” (1957-1958/1998, p.590).

Entretanto, Lacan não parece fazer objeção ao trabalho com o psicótico e não assume uma posição tão pessimista quanto a de Freud em relação a essa temática. Até mesmo propõe em outro momento de seu ensino que “a psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso” (Lacan, 1977, p.9).

Diante dessa afirmação, Maleval (2002) se coloca questões, das quais nos servimos, no tocante ao manejo da modalidade de transferência erotômana que se manifesta na relação analítica com psicóticos. Será isso um obstáculo que impede o tratamento? Como evitar se localizar no lugar do perseguidor e daquele que submete o psicótico a seus caprichos? Como deslocá-lo dessa posição de objeto do Outro que pode se apresentar durante a entrada na transferência?

Para responder a essas questões, é preciso avançar para além do que foi trabalhado por Lacan até o texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-

1958/1998). Conforme desenvolvemos no segundo capítulo, a introdução do conceito de objeto *a* no *Seminário, livro 10* (1962-1963/2005) abriu novas perspectivas para explicar o funcionamento da estrutura psicótica, principalmente no que tange à relação que se estabelece com o Outro.

Na psicose, a ausência da extração do objeto *a* realizada pela incidência da linguagem gera como consequência um excesso de gozo não bordejado pelo simbólico. Dessa maneira, o sujeito, ao não sofrer a inscrição do significante no campo do Outro, permanece ligado a ele como sujeito do gozo.

De acordo com Maleval (2002), as formulações de Lacan referentes à desregulação do gozo na psicose propiciam uma nova orientação no que concerne ao seu tratamento. A partir daí a erotomania mortificante pode ser entendida como consequência de uma certa inversão dos lugares dos protagonistas que são ocupados no tratamento com neuróticos.

O que podemos antever ao tomar psicóticos em análise, é que o objeto, não extraído, não se localiza no campo do Outro como na neurose, do lado do analista, mas, pelo contrário, encontra-se do lado do psicótico, sujeito do gozo para quem o analista é visto como aquele que quer gozar dele.

Sobre isso, Zenoni (2007) apresenta uma concepção semelhante. Segundo o autor, a transferência na psicose deve ser entendida como um fenômeno de estrutura diferente do que se encontra em jogo na neurose e, como tal, apresenta suas especificidades. Dentre elas se destaca que a não extração do objeto *a* tem como correlato a inversão do vetor transferencial na psicose.

Dessa forma, observamos que na neurose o sujeito se dirige ao campo do Outro a quem supõe possuir o objeto que lhe falta. Nele o neurótico presume um saber, demandando uma resposta acerca de seu ser e sobre seu lugar no desejo do Outro.

Na psicose, em contrapartida, o Outro se impõe na medida em que o psicótico é tomado como aquele que possui o que lhe falta. “É o sujeito que realiza e encarna o que falta no Outro como gozo. A realidade começa a girar em torno do sujeito, ela se polariza sobre ele” (Zenoni, 2007, p.6, tradução nossa).

Dito de uma outra maneira, a inversão do lugar do objeto coloca o psicótico como alvo do interesse e do querer do Outro, o que permite a Zenoni (2007) afirmar que o psicótico responde, de antemão, à transferência do Outro, transferência que o precede de alguma maneira, pois é o Outro quem o procura, o persegue e quer algo dele.

Frente a essa asserção, tanto Maleval (2002) quanto Zenoni (2007) apontam que a particularidade do fenômeno transferencial na psicose exige do analista uma modalidade de

presença e intervenção distinta. Diante do Outro não barrado e do gozo desmedido que não sofreu a regulação da norma fálica, propõe-se uma direção do tratamento dirigida para a modulação do gozo desregrado na psicose e um manejo da transferência que procure se opor à imposição do Outro sobre o psicótico.

Passaremos agora ao exame de estratégias que possam orientar um tratamento possível da psicose, tendo como referência o conceito de tratamento do Outro (Zenoni, 1991) que reúne em torno de si essa indicação de regulação do gozo proposta como um recurso de intervenção nessa estrutura.

4.3- O tratamento do Outro e a manobra da transferência na psicose

Em conformidade com o que vimos trabalhando nesta dissertação sobre a formalização conceitual da psicose, vimos que nessa estrutura o Outro se apresenta de forma intrusiva, detentor de uma lei caprichosa e arbitrária que subjuga o psicótico a seus desmandos.

Para Zenoni (1991), essa concepção do Outro, resultado da ausência de negatização do gozo pela ordem simbólica, permite explicar os diferentes fenômenos clínicos observados na psicose e torna possível, a partir dela, conceber uma linha de ação quanto ao tratamento.

Através da prática coletiva de trabalho da qual participava na *Antenne*²⁵, o autor formula o termo “tratamento do Outro” para definir uma modalidade de intervenção institucional que se dirige ao tratamento do gozo do Outro por meio de uma invenção a ser criada a cada caso particular.

Tal orientação se refere a um modo de agenciamento simbólico que tem por objetivo estabelecer um intervalo entre o sujeito e o Outro, seja por meio da palavra ou de um ato que procure colocar uma barra sobre o Outro excessivo tal como se configura na psicose.

Trata-se de uma aposta em uma outra configuração possível de alteridade. Presentificar um outro Outro que não desperte a erotomania e a persecutoriedade na transferência, em que a dimensão do desejo do Outro não se encontre em causa, fazendo enigma para o psicótico.

Por conseguinte, o conceito de tratamento do Outro pode nos servir de guia em relação ao trabalho com a psicose no cotidiano de nossa prática, assim como uma referência importante no que concerne à manobra da transferência. Sobre essa manobra, fundamental na condução do tratamento, Zenoni (2007) nos recomenda alguns pontos de orientação a serem avaliados no

²⁵ A *Antenne 110* é um centro de reeducação e tratamento de crianças autistas e com problemas graves de personalidade localizado em Bruxelas, na Bélgica. Maiores informações, conferir site: <http://www.antenne110.be>.

caso a caso.

Como primeiro ponto, o autor propõe que devemos “tratar” a nossa transferência, ou seja, nos localizar de forma distinta do lugar ocupado pelo Outro na psicose. Para isso, é preciso abdicar da ideia de aplicar ao paciente o projeto que consideramos ser o melhor para ele, colocando-o dessa maneira na posição de objeto de uma intervenção.

Como alternativa, nosso trabalho pode ser dirigido no sentido de procurar esvaziar o Outro em sua dimensão invasiva e ocupar um lugar de endereçamento por meio do qual o psicótico possa estabelecer algum distanciamento e escoamento de gozo.

O segundo ponto refere-se ao lugar da fala. Os equívocos da linguagem próprios à ambiguidade do significante fazem com que a fala em si aponte para a dimensão do além do que é dito ou enunciado e para além do que é mostrado. A fala evoca o que pode estar subentendido no discurso e é essa ambiguidade que devemos evitar convocar.

Trata-se de não apontar para uma significação oculta na fala do psicótico e de não interpretar seus dizeres, indicando um sentido outro que lhe escape. Caso não sigamos essas diretrizes, corremos o risco de assumir para ele um lugar de mestria e domínio, despertando reações persecutórias ou de submissão como objeto de abuso do Outro.

Aliada a essa questão de refrear a ambiguidade da fala, Zenoni (2007) acrescenta uma terceira indicação: evitar reforçar o registro do sentido, o que pode remeter a uma cadeia infinita de busca por significações, sem ponto de interrupção.

Como consequência, nossa prática deve procurar relativizar a importância terapêutica dada à produção de sentido e do se expressar em palavras, pois a palavra também pode funcionar como vetor de gozo. Zenoni (2007) vê com cautela a perspectiva que institui a fala e a construção de sentido como uma ferramenta que pode anular o gozo. Pelo contrário, isso pode reforçá-lo, presentificando-o uma vez mais.

Essa advertência nos serviu de alerta durante a condução do tratamento de Paulo. Entendemos que não foi nessa direção que procuramos trabalhar, mas sim utilizando-nos da palavra para introduzir uma dúvida, promover alguma vacilação da certeza delirante, conforme veremos mais adiante. Apostamos na

possibilidade de introdução de pontuações e pontos de interrupção no trabalho de deciframento efetuado pelo sujeito. Estes visam aliviá-lo da obrigação ilimitada de entender à qual ele pode estar submetido. Trata-se então de introduzir cortes e espaçamentos em seu trabalho incessante de interpretação dos signos para que este não chegue a uma conclusão no real através de uma passagem ao ato (Zenoni, 2007, p.17, tradução nossa).

Em muitos momentos o silêncio pode se mostrar em certa medida uma boa estratégia.

Porém, não se trata de impor padrões do que deve ser aplicado numa intervenção. Essas são indicações das quais o analista deve estar advertido para evitar ocupar um lugar na transferência que inviabilize o tratamento.

O nível de silêncio e o uso que cada sujeito faz da palavra do analista deve ser verificado no particular de cada caso, a partir de um saber a ser construído no trabalho com cada um. A proposta é uma certa disciplina na fala a partir do que se mostra possível abordar durante o percurso do tratamento (Zenoni, 2007).

De posse dessas orientações, passaremos à investigação das modulações possíveis da transferência na psicose e do lugar ocupado pelo analista nessas circunstâncias, tendo como referência a condução do tratamento de Paulo. Manteremos como alicerce conceitual a proposta de tratamento do Outro como balizador da manobra da transferência na psicose.

4.4- Modulações da transferência: o lugar do analista

Segundo Michel Silvestre (1991), um dos motivos que podem levar um psicótico a procurar um analista seria a ameaça de uma significação em suspenso que o invade e que, como efeito da forclusão, ele não tem como contar com o Nome-do-Pai para colocá-la a termo.

Aí onde o psicótico demanda um saber sobre a experiência com que é confrontado por meio dos fenômenos elementares o autor entende que o analista pode fazer as vezes de suposto saber, abrindo para a possibilidade de entrada no tratamento.

Nesse momento de desorganização, em que falta ao psicótico o recurso ao significante para estabilizar o discurso, o analista pode entrar para auxiliá-lo a conferir certo ordenamento em seu mundo ao ser colocado na posição de suposto saber fazer com a função da palavra (Silvestre, 1991).

Essa suposição de saber, na visão do autor, pode dar impulso à produção de um delírio em que o psicótico buscará na palavra os meios necessários para produzir um sentido à significação enigmática que irrompe no real. Dessa maneira, o analista acompanharia seu trabalho na construção de uma metáfora delirante, buscando uma estabilização, mesmo que precária.

Entretanto, Silvestre (1991) pondera que se a procura inicial do psicótico em relação ao analista se refere à busca por significantes para organizar seu mundo, uma outra maneira dele se apresentar a partir da transferência é dirigindo seu gozo ao analista para que este estipule suas regras, ficando o psicótico, por conseguinte, na posição de objeto.

Para o autor, quando o analista é situado nessas duas posições torna-se difícil distingui-lo da figura do Outro da maneira como este se presentifica para o psicótico na dimensão do Outro do saber ou do Outro do gozo. Bem como já exploramos anteriormente, isso traz dificuldades ao analista quanto à manobra do fenômeno transferencial, pondo em risco a condução do tratamento.

Advertidos por essa problemática, seguimos um outro caminho perante a condução do caso de Paulo. Não procuramos reforçar nem impedir sua atividade delirante. Diante de suas certezas quanto ao interesse do Outro em lhe fazer mal, nossa orientação se dirigiu para o tratamento do Outro, tendo como pressuposto básico a suspensão do saber.

Dessa forma, como contrapartida ao trabalho de decifração e elaboração de sentido ao qual o psicótico engaja-se espontaneamente, Zenoni (2000a) propõe como função do analista o ofício da construção. Trata-se de acompanhar o trabalho já iniciado pelo psicótico no seu esforço para tratar a invasão do real e de elaborar estratégias de intervenção a partir das indicações recolhidas do próprio sujeito.

Acreditamos que o lugar ocupado pelo analista na transferência deve ser avaliado no caso a caso e que este pode ser convocado a instalar-se em posições diferentes de acordo com as exigências necessárias à manobra da transferência. Através do trabalho de construção, veremos como se desenrolou o tratamento de Paulo a partir do estabelecimento da transferência. Com esse intuito, utilizaremos recortes do relato do caso descrito em detalhes no primeiro capítulo.

4.4.1- Caso Paulo: variações da transferência

As primeiras impressões recolhidas da observação de Paulo permitiram a elaboração de um cálculo que pudesse orientar nossa ação. Para articulá-lo, a determinação do diagnóstico do discurso, como trabalhamos no primeiro capítulo, ou seja, a localização da maneira com que o sujeito se situa diante do Outro (Viganò, 1999) foi imprescindível.

Conforme o que percebíamos, sua agitação, desconfiança e atos agressivos apontavam para algo de insuportável em sua relação com o Outro que se mostrava para ele como uma figura hostil e ameaçadora, mantendo-o em estado de alerta constante.

Da mesma maneira, a posição da equipe diante de Paulo, ao responder com técnicas contentivas com o intuito de protegê-lo, parecia reforçar ainda mais suas queixas de que estavam “judiando” dele e lhe fazendo mal.

Diante disso, foi necessário se distanciar desse Outro tal como se revelava para Paulo e para tanto seguimos sua primeira indicação. Notamos que Paulo abordava as pessoas no corredor da enfermaria para falar de seus “problemas” e que essas pessoas se esquivavam ou o escutavam por pouco tempo. Dessa forma, nos colocamos à disposição para escutá-lo por meio do acolhimento de suas queixas e das vivências ofensivas das quais procurava dizer.

Nesse momento, localizamos a primeira função que ocupamos para o paciente que permitiu a abertura para a transferência: o lugar de testemunha, fundamentado no interesse de escuta atenta e mais silenciosa e numa presença que possibilitou um primeiro endereçamento.

De acordo com o dicionário, uma das definições de testemunha refere-se a “pessoa que assiste a certos atos para os tornar autênticos e valiosos” (Trevisan, 2012), o que nos remete no caso de Paulo à busca pela legitimidade de seu sofrimento nas reiteradas vezes em que passou a procurar sua psicóloga, inclusive pedindo-a que ficasse ao seu lado nos momentos de contenção física.

Da mesma forma parece refletir Maleval (2002) quando pontua que ao nos posicionarmos como testemunha colocamos em evidência que a presença de um outro, ao servir como ponto de endereçamento, pode mascarar o enigma angustiante do desejo do Outro.

O analista como testemunha é tomado pelo psicótico como aquele a quem supõe compreender o que acontece com ele. Nessa posição, o analista não visa provocar alguma modificação do sujeito, mas sustenta sua presença silenciosa para autenticar as vivências e produções delirantes do psicótico (Beneti, 1996b).

Assim, acreditamos que o lugar de testemunha mostrou-se possível na medida em que assumimos o esvaziamento no campo do saber e do querer, não dirigindo nenhuma demanda ao paciente, deixando a seu cargo o saber sobre sua condição. Zenoni (2000b) fala da posição de “sujeito suposto não saber”, lugar esvaziado e

favorável para encontrar um sujeito que sabe o que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do que lhe é endereçado enigmaticamente. É uma posição favorável para encontrar esse sujeito, sem alimentar uma posição intrusiva, persecutória de transferência (Zenoni, 2000b, p.20).

Uma outra observação que nos auxiliou a estabelecer um cálculo de ação relaciona-se ao ambiente da enfermaria. Notamos que o ambiente tumultuado, repleto de pacientes em crise, intensificava sua agitação, fazendo-o reagir diante da invasão do olhar do Outro através das passagens ao ato.

Mediante essa constatação, convidamos Paulo para passear pelos demais espaços do hospital, apostando que dessa maneira poderíamos de alguma forma diminuir a consistência do

Outro do gozo que o ameaçava.

De acordo com Zenoni (2000a), não há uma receita que possa ditar os caminhos de intervenção no campo das psicoses, mas se mostra importante nos questionarmos sobre a função que a passagem ao ato ocupa para cada sujeito e a partir daí ver se é possível transpor essa função para fora do corpo, para além do outro semelhante.

Em concordância com o que trabalhamos no segundo capítulo, constatamos que as passagens ao ato de Paulo tinham como gatilho o *kakon*, um mal estar e sofrimento sentidos no corpo e o qual o paciente procurava golpear no outro especular, buscando alívio e extração do excesso de gozo.

Concomitantemente, verificamos a inoperância de seu ato no processo de ciframento do gozo, de vez que era preciso repeti-lo uma vez mais, o que acarretava sérios riscos tanto para Paulo quanto para as pessoas próximas a ele.

A proposta dos “passeios” pode ser vista, portanto, como a possibilidade de promover um deslocamento, ou melhor, introduzir algo novo que pudesse romper com esse circuito. Mesmo ainda muito atordoado e persecutório com os demais, foi feita a oferta.

Em um dos primeiros passeios realizados, acontece um fato interessante que, ao nosso ver, serviu como um marco importante para estabelecer uma diferença para o paciente no que se refere ao lugar que sua psicóloga poderia ocupar para ele. Após uma tentativa frustrada de falar com os pais e com a polícia pelo orelhão, Paulo desfere a ela um leve tapa nas costas.

Desse ato não ocorreu nenhum revide, como talvez ele pudesse esperar, nem uma reação de fuga ou rejeição. Em contrapartida, Paulo foi questionado sobre o que aquilo queria dizer, seguindo sua resposta: “ah, mas você não faz nada direito, aí eu fiquei nervoso”. Como contragolpe, ao paciente é dito que ele pode falar sobre isso, pois podia ser escutado, não sendo mais necessário que aquilo se repetisse.

De fato, não se repetiu. O ato de sua psicóloga naquele momento pôde mostrar que ela poderia permanecer ao seu lado sem constituir uma ameaça, apontando para outro regime de tratamento do gozo para além daquele ao qual estava engajado.

Segundo esclarece Zenoni (2000b), a manobra na transferência refere-se à presentificação de um Outro barrado, marcado pela falta, em contraposição ao Outro onipotente que subjuga o psicótico à sua vontade. Não se trata de assumir uma posição paterna ao considerar que nós é que introduzimos a lei, mas de nos colocarmos, nós mesmos enquanto técnicos, como também subordinados à lei que está posta para todos.

Dessa maneira, contemplamos os passeios como uma estratégia de grande valor que no seu transcorrer permitiu que se engendrasse o tratamento do Outro, tornando a instituição um

espaço mais habitável e terapêutico. Paulo passa a conversar com as pessoas nos corredores e jardins do hospital, abordando-as espontaneamente, sem reagir do modo intempestivo como vinha se apresentando até então.

Não obstante, constatamos que sua circulação pelos espaços coletivos do hospital, fora das enfermarias, surtiu efeitos positivos na própria instituição. De um paciente que despertava medo diante da imprevisibilidade de seus atos, para uma pessoa com quem se mostrava possível conversar, oferecer um café ou o jornal do dia e discutir sobre assuntos do cotidiano.

Ressaltamos no primeiro capítulo que a abertura para conversar sobre outros assuntos relativos ao seu dia a dia, para além de seu tratamento, favoreceu a instauração da transferência. Isso porque notamos o quão desconfiado e irritado Paulo ficava quando questionado em suas queixas e em sua implicação nas agressões que dirigia aos outros, o que se apresentava como mais uma ocasião que precipitava seus atos.

Como contrapartida, passamos a conversar sobre seus cds e músicos preferidos, sobre sua rotina na cidade do interior de Minas, dos trabalhos que já exerceu e das coisas que gostava de fazer. Acreditamos que ao seguir esse caminho operamos a manobra da transferência no sentido da trivialização, termo elaborado por Miller²⁶ e citado por Beneti (2005) como uma forma de modulação do gozo.

Falar de “outras coisas”, de assuntos triviais e corriqueiros permite afastar a dimensão do Outro hostil na forma com que se passa no discurso do psicótico por meio das ideias delirantes, dificultando dessa maneira as precipitações de sentido que podem desembocar em uma passagem ao ato.

Através das conversas, o que se encontra em foco não é a elaboração do dizer do paciente e sim poder estabelecer um “semblante de diálogo” (Ferreira e Trópia, 2011, p. 126) a partir do qual podemos recolher elementos que possam orientar a condução do tratamento.

Por conseguinte, a trivialização da transferência se constitui como uma manobra não interpretativa que se contrapõe ao movimento do delírio que, conforme esclarece Beneti (2005), mostra-se um trabalho solitário que raramente faz laço e não proporciona a separação do psicótico do Outro gozador.

Associada à trivialização da transferência, Beneti (1996b) apresenta a proposta de estabelecimento do “vínculo frouxo”, manejo da transferência feito pelo analista buscando manter um intervalo no eixo imaginário de forma que ele não seja colocado no lugar do outro semelhante numa relação especular.

²⁶ De acordo com Ferreira e Trópia (2011), Miller fala de trivialização da transferência em uma de suas conferências em Milão no ano de 1999. Trata-se de texto inédito, indisponível para consulta.

Essa proposta envolve a flexibilização e espaçamento entre os encontros, em que se evita interpretações e aconselhamentos, mantendo uma presença que não se mostre ameaçadora, com a qual o paciente possa contar para lidar com o Outro.

Pois bem, ao identificarmos os passeios como um recurso inédito no caso que proporcionou que outras invenções para o tratamento do Outro se mostrassem possíveis, introduziremos outra função do analista na manobra da transferência que ganhou contornos ao longo dos passeios: a função do secretário do alienado.

O termo secretário do alienado é evocado por Lacan no *Seminário, livro 3* (1955-1956/2008), referindo-se à posição ética do analista perante seu trabalho com a psicose. A expressão já era consagrada na psiquiatria e utilizada para criticar os alienistas, apontando a impotência de suas ações no campo das enfermidades mentais.

Sauvagnat (1999) atribui o termo a Jean-Pierre Falret, psiquiatra francês do século XIX. Conforme relata, Falret considerava que para se conhecer os dispositivos gerais a partir dos quais se desenvolvem as manifestações delirantes do doente era necessário sair do lugar passivo de “secretário de enfermo” e exercer um papel mais ativo.

Falret atribuía a posição de secretário de enfermos aos médicos que se colocavam como narradores das ações dos doentes, fundamentando os registros de suas observações a partir do que dizia o alienado. Agindo dessa forma, ele acreditava que as informações assim recolhidas se mostravam deturpadas pelas ideias delirantes e conexões ilusórias realizadas pelo doente.

Como contrapartida, o alienista recomendava uma conduta mais ativa para se ter acesso a outras manifestações da doença que não surgiam espontaneamente da fala dos pacientes, entre elas os sintomas negativos (embotamento afetivo, falta de interesse nas interações sociais, pobreza do pensamento, entre outros).

Para concretizar suas intenções, Falret funda a prática de apresentação de enfermos, tendo como objetivo a intervenção ativa por parte do médico para tornar observáveis fenômenos ocultos até então inexplorados. Dessa maneira seria possível maior acesso ao estado interior do paciente e ao contexto em que se desenvolveu a enfermidade (Sauvagnat, 1999).

Retornando a Lacan, notamos que sua proposta é exatamente a subversão do caráter pejorativo da expressão e o destaque a ser dado para a fala do psicótico. “Pois bem, não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (Lacan, 1955-1956/2008, p. 241).

Para Lacan, a falta de vigor do material recolhido pelos alienistas, focado na discriminação e categorização dos sintomas, localizava-se justamente na distância em que se encontravam da escuta do paciente. Afirma que por mais perturbadora que esteja a relação do

psicótico com a realidade, o testemunho que nos apresenta sobre aquilo que vivencia é singular e tem o seu valor.

O autor ainda nos adverte que, se soubermos escutar, vislumbraremos a relação particular que o psicótico estabelece com o sistema de linguagem. Ouvindo o paciente, podemos localizar a função que o delírio ocupa para ele, perceber como se deu a irrupção dos fenômenos elementares, assim como distinguir outros efeitos da forclusão do significante.

Ao retomar as memórias de Schreber, Lacan sublinha o quão célebre é seu testemunho a partir do relato épico de suas experiências através da forma com que a realidade se configurava para ele. Ressalta que não se trata de desprezar o material, julgando-o infável e sem sentido, mas de reconhecer nesse testemunho a estrutura mesma do atravessamento do psicótico pela linguagem.

Dessa maneira, como secretários do alienado, ao considerar o que se encontra em jogo na fala do psicótico, poderemos também antever uma possibilidade de tratamento que contemple as especificidades da estrutura subjetiva e as invenções do paciente para lidar com os fenômenos que lhe invadem.

É nesse sentido que aponta Zenoni (2000a) quando aposta no lugar de secretário do alienado como uma saída possível para o analista não encarnar o Outro absoluto que pode se manifestar na vertente erotômana ou persecutória da transferência na psicose.

Para o autor, tanto a posição de testemunha quanto a de secretário pressupõem que a dimensão do saber fica a cargo do sujeito, mas acentua que o papel do secretário do alienado é estar a serviço do psicótico de maneira mais ativa. Trata-se de fazer-se de destinatário dos sinais que lhe são endereçados e de participar junto a ele, através da construção, da elaboração de soluções possíveis para tratar o real.

Nessa mesma direção, como aponta Laurent no livro sobre a *Conversação de Arcachon*, “o secretário é quem tem o conceito, ele escolhe ser o destinatário da história, ouvir com atenção isso, mais do que aquilo” (Miller, 1998, p.127), o que exige tenacidade por parte daquele que se engaja na clínica da psicose.

O secretário, portanto, é aquele que se encontra do lado do psicótico, fazendo-se guardião dos limites do gozo e opondo-se de maneira firme à sua presença mortificante (Beneti, 1996b). Desse modo, entendemos que na medida em que Paulo permitia que sua psicóloga circulasse com ele pelo hospital, introduzisse alguma questão em meio às suas conversas e o acompanhasse nas atividades em que se propunha a fazer, a função de secretariado foi se mostrando viável.

A seu pedido, sua psicóloga levava revistas, gibis, dvds de suas bandas prediletas,

material para desenho, responsabilizando-se pelo cuidado de seus objetos. A partir das conversas durante os passeios, recolhia pequenos fragmentos de sua história, que surgiam em meio às suas queixas e ideias persecutórias, para deles recompor alguma narrativa subjetiva.

Seguia junto a ele, tomando a frente nos momentos em que o interesse do Outro parecia ganhar muita consistência, então convidando-o a continuar a andar ou utilizando-se da palavra para estabelecer algum corte, um desvio que pudesse esvaziar a dimensão do sentido.

Por sua vez, o uso do humor se mostrou um artifício interessante para arrefecer a persecutoriedade do Outro, em que nos pareceu possível deslocar a importância ou a pregnância da presentificação do objeto, como quando Paulo se sente confrontado diante de outro paciente “metido com seus óculos escuros”.

Nesse instante, a intervenção: “uai, não sabia que você não gostava de óculos” retira o foco do objeto olhar que encarna o gozo, transferindo-o para um objeto qualquer, inoperante: os óculos. “É, é bobagem mesmo”, como consente Paulo.

Essa ação nos remete a Freud (1927/1996) quando traça um pequeno comentário sobre o tratamento das crises paranoicas. Para o autor, em determinado momento do curso da doença, as ideias de perseguição receberiam elevado grau de investimento que as tornariam dominantes, precipitando as crises.

Diante disso, o tratamento de tais crises não deve se dirigir para a correção ou suspensão das ideias delirantes, mas antes precisa se fundamentar na retirada delas do investimento que lhes foi outorgado, promovendo o deslocamento da energia psíquica.

Esse nos parece o efeito recolhido desse tipo de intervenção junto a Paulo, que lhe permitia rir e se desvencilhar de situações que poderiam gerar conflito. De alguma maneira, o humor produz um efeito no discurso, desviando a ênfase colocada no significante sobre o qual se concentra o gozo, dispersando-o.

Outro momento que nos serve de exemplo se refere à ocasião em que o porteiro faz perguntas a Paulo sobre sua cidade, enfatizando a abundância na produção dos pequis. O paciente começou a ficar desconfiado diante das perguntas, o que exigiu uma intervenção sutil, uma certa banalização do discurso do Outro para tranquilizá-lo: “mas sua cidade não é conhecida como a terra dos pequis?”. “É verdade, ela é mesmo conhecida por muitas pessoas”, ele responde, rindo.

O objetivo que buscamos, portanto, não é a anulação do gozo, mas a busca por uma outra forma de nomeá-lo e de dar tratamento àquilo que se apossa do paciente, pensando estratégias que se mostrem menos lesivas do que suas passagens ao ato (Zenoni, 2007).

Lembramos que a função de secretariado exige disposição para aprender com o paciente

as coordenadas necessárias à manobra da transferência para extrair dos erros um ensino. Por vezes, Paulo indagava “o motivo de tantas perguntas ou do interesse por seus CDs”; disse uma vez à sua psicóloga que ela estava “falando igual médico”, alegando que as pessoas têm suas diferenças.

Nesses momentos era preciso retificar, avaliar a posição ocupada para que o tratamento pudesse continuar. Afirmar o interesse sim, mas não para gozar dele. Pelo contrário, reforçar a escuta atenta e o interesse em auxiliá-lo: “talvez falar sobre sua vida possa ajudar em seu tratamento”.

Houve ocasiões em que supomos por parte de Paulo uma checagem em relação às intenções de sua psicóloga para com ele. Certa vez perguntou: “doutora, a senhora é a fim de mim?”, “porque a senhora é a única que passeia comigo”.

Diferentemente de um princípio de erotização que poderíamos cogitar, ao nosso ver trata-se da possibilidade de verificação do estatuto do Outro encarnado na ligação com sua psicóloga. Faria ela parte desse Outro que quer abusar dele e tomá-lo como objeto de gozo? Frente ao enigma sobre o desejo do Outro, coube uma resposta esvaziada e a sinalização de um tratamento possível sob transferência: “não, mas entendo que os passeios estão lhe fazendo bem”.

Era frequente que Paulo se dirigisse a ela para questionar a intenção das pessoas com quem havia acabado de falar, mostrando-se persecutório e receoso. Diante de sua dificuldade estrutural para compartilhar o discurso comum, era como se ele se servisse de sua psicóloga como uma tradutora ou intérprete dos gestos e pretensões do Outro.

Como resposta, não se tratava de dar um significado à postura do Outro, mas de uma intervenção que visasse diminuir sua consistência, um acolhimento que pudesse trazer algum efeito de apaziguamento do gozo.

Mediante esse recurso, Paulo permitia a aproximação das outras pessoas e inclusive se arriscava a procurá-las voluntariamente para conversar e falar sobre “seus sofrimentos”. Nos momentos mais difíceis, em que o barulho e a aglomeração de pessoas o incomodavam, recorria à psicóloga para solicitar ajuda: “vamos embora daqui, doutora, estou com vontade de bater nas pessoas”.

Podemos refletir se através dessa mediação sua psicóloga cumpriria sua função como um tipo de anteparo, estabelecendo um intervalo onde antes prevalecia a relação imaginária com o outro semelhante em que se precipitavam suas passagens ao ato.

Da mesma maneira, essa mediação tornava a relação com o Outro mais tolerável, permitindo que Paulo pudesse construir um distanciamento e tratamento do gozo por meio da

transferência. Através do estabelecimento desse vínculo, sua implicação pôde ser colocada em questão, como no caso em que saiu à rua para comprar revistas em quadrinhos e de repente se sentiu invadido, alegando que sentia vontade de pular na frente dos carros.

Nessa e em outras situações era-lhe perguntado se seria possível ir até a banca ou se ele preferia voltar; ou quando dizia, durante as oficinas, que sentia vontade de bater nas pessoas, questionava-o se daria para terminar a atividade ou se ele preferia interrompê-la.

De início, essa ponderação não se mostrava possível, mas foi ganhando força ao longo do tratamento, permitindo que Paulo se deslocasse da posição de assujeitamento ao Outro a qual ocupava e assim pudesse fazer escolhas que lhe permitiam transitar nos espaços coletivos.

Segundo Zenoni, na falta de uma referência interna devido aos efeitos da foraclusão, o psicótico pode encontrar no analista “uma espécie de marco simbólico externo” (2007, p.18, tradução nossa), desde que se diferencie do lugar do Outro que quer submetê-lo.

Conforme esclarece o autor,

a partir do momento em que essa nova forma de endereçamento ao Outro se fixa, torna-se habitual certa estabilidade e efeitos de apaziguamento podem se produzir. Ela vem assegurar um ponto de onde o sujeito fala, uma escuta de onde ele se orienta, que não são mais constituídos pelo o que o Outro quer dele (...). Este endereçamento terá funcionado para ele [o psicótico] como uma espécie de bússola (Zenoni, 2007, p.18, tradução nossa).

Por conseguinte, Zenoni (2007) acrescenta que a manobra da transferência consiste em um modo de presença em que o psicótico possa se servir do analista como um instrumento, seja na posição de testemunha, secretário ou algum outro equivalente, instrumento com o qual o psicótico possa contar sem despertar reações persecutórias.

Sobre essa versatilidade do lugar do analista, Miller (1999b) apresenta considerações importantes, as quais daremos destaque no próximo tópico.

4.4.2- O analista como objeto multifuncional

No texto “As contra-indicações ao tratamento analítico”, Miller (1999b) problematiza a questão das condições de possibilidade de engajamento ao tratamento, perguntando-se se haveriam casos de psicanálise impossível.

Assim sendo, o autor reúne alguns critérios elaborados pelos pós-freudianos como parâmetros para que o sujeito fosse considerado analisável, destacando que a lista é longa e variada, incluindo, além da capacidade de influência pela transferência, fatores como idade,

domínio da língua e condição cultural.

Dentre esses critérios, Miller ressalta que a exigência de um ego forte era o que se destacava como principal fator condicional, apontando o paradoxo de se exigir como requisito para entrada na análise algo que se esperava adquirir ao final do tratamento.

De qualquer maneira, a partir desses parâmetros, diferentes quadros de afecções mentais foram considerados contraindicados, dentre eles as psicoses e psicopatias graves, enquanto outros eram tomados como parcialmente acessíveis, como as perversões sexuais e as toxicomanias com base neurótica.

Ao tomar essa discussão, Miller chama a atenção para o quão obsoletas se mostravam essas classificações e regras que buscavam determinar as indicações ao tratamento psicanalítico. Destaca que esses ordenamentos tomavam como base o cumprimento de certos requisitos contratuais como frequência e número de sessões, formas de pagamento e outros elementos do dispositivo analítico ligados à psicanálise pura²⁷, prática da psicanálise dedicada à formação do analista.

Para além dessa prática, o autor observa que a psicanálise desde Freud se prestou a diferentes aplicações no âmbito da cultura, ultrapassando o sentido restrito de sua pertinência terapêutica. Da esfera de um tratamento que tem por finalidade a cura e que pode ou não ser contraindicado a determinadas categorias diagnósticas, para o campo da experiência analítica, em que se encontra em causa a demanda do sujeito em dedicar-se a “uma verdadeira aventura subjetiva” (Miller, 1999b, p.53).

Da mesma forma, destaca-se que hoje o psicanalista encontra-se inserido em diferentes contextos de intervenção que de certa maneira se distanciam das condições destinadas à sua formação, mas que buscam produzir efeitos sobre os sujeitos. É o que podemos antever a partir de seu engajamento nas diversas instituições e práticas de políticas públicas no cenário atual.

O que o autor realça e que nos interessa propriamente é sua indicação de que o trabalho com o analista em uma psicanálise pura se mostra apenas um dos possíveis usos que podemos fazer dele e não o único, considerando “que o objeto-psicanalista é espantosamente versátil, disponível, multifuncional” (Miller, 1999b, p.54).

Tomando isso em causa, veremos que se trata menos de considerar se um caso é ou não

²⁷ Lacan trata da distinção entre psicanálise pura e psicanálise aplicada no ato de fundação da Escola Francesa de Psicanálise no ano de 1964 (Lacan, 1964/2003). Em linhas gerais, a psicanálise pura, também nomeada como didática, refere-se à prática e doutrina analítica que apresenta como finalidade a formação do analista. Por conseguinte, a psicanálise aplicada não conserva o mesmo fim, mas dispõe dos mesmos princípios éticos e norteadores, mirando os efeitos terapêuticos que podem ser obtidos a partir do encontro com um analista nos diferentes cenários de intervenção.

indicado à psicanálise do que avaliar se o encontro com um analista pode ser útil, o que põe a questão da contraindicação algo a ser apreciado no caso a caso.

O analista como objeto multifuncional se coloca em uma posição a partir da qual o sujeito possa fazer um bom uso dele, seja para introduzir uma dialética, ali onde o sentido é bloqueado, seja para organizar seu discurso, introduzindo pontos de basta onde a cadeia associativa não encontra uma interrupção.

Para ocupar essa função, é preciso que o analista se abstenha de querer o bem do outro, cultivando uma certa docilidade que lhe permitirá ocupar para cada sujeito o lugar através do qual ele possa agir. Trata-se de uma posição de puro semblante, “um lugar que recolhe a contingência, onde a necessidade se desfaz, e é por excelência o lugar do possível” (Miller, 1999b, p.54-55).

Ao encarnar esse objeto, Miller aponta que o trabalho com o analista pode se mostrar de valor inestimável para o sujeito, mesmo que se trate de casos em que o fim de análise não entra em questão, reforçando a proposta de que não há contraindicações ao encontro com um psicanalista.

Essa concepção do analista como objeto multifuncional condensa de forma admirável os lugares ocupados no tratamento de Paulo por sua psicóloga e os diferentes usos possíveis desse objeto que permitiram que se desdobrasse um lugar de exceção a partir do qual operar: “você eu respeito, com você eu não tenho coragem de fazer isso”, como declara Paulo, referindo-se às agressões.

E o que dizer da cena em que o paciente se vê perseguido por outra paciente que o tomava em seu delírio por seu marido? Ele pede ajuda à psicóloga, “vamos sair daqui, fia” e em seguida acrescenta: “você viu que mulher esquisita? Até você é mais bonita que ela! Porque bonita, bonita mesmo você não é não, só o seu cabelo é que te salva!”.

Podemos cogitar que o uso do analista como objeto pode se prestar para as mais diferentes circunstâncias, inclusive servir como objeto destituído, não idealizado, que constitui um Outro faltoso, não ameaçador e que apresenta um traço contingente que o salva e com quem o psicótico pode contar para fazer frente à dimensão persecutória do Outro gozador.

Da mesma maneira, entendemos que a posição do analista como objeto multifuncional exige um nível de comprometimento do analista em que por vezes seu próprio corpo encontra-se implicado. É o que podemos vislumbrar no tratamento de Paulo com a cena do tapa ou com a proposta dos passeios em que inúmeras vezes saíam para andar pelo hospital, indo de um lado ao outro, pois como dizia Paulo: “gosto mesmo é de conversar e passear”.

Em outros momentos, em situações de conflito ou impasse frente ao outro semelhante,

sua psicóloga se via em situações em que seu corpo entrava para estabelecer algum limite e distanciamento, fosse através de um gesto, fosse por meio de sua presença como um parceiro: “vamos embora daqui, aqui tem muita gente e prefiro ficar mais sozinho para não ter confusão”.

Nesse mesmo sentido, nos perguntamos se a presença de sua psicóloga, como um corpo ao lado do seu, serviu como uma referência possível a partir da qual Paulo pôde se localizar, constituir uma borda para seu corpo fragmentado ou se regular através da presença dela.

De qualquer modo, desse lugar como objeto multifuncional pudemos conceber uma forma de operar com Paulo construindo estratégias para lidar com seu embaraço diante do Outro, percurso de trabalho que se mostrou possível ao nos dispormos a aprender com o paciente a indicação de um caminho a seguir.

Segundo Lacan, “semelhante descoberta só pode dar-se às custas de uma submissão completa, ainda que advertida, às posições propriamente subjetivas do doente” (1957-1958/1998, p.540), e ao não reduzir a um processo mórbido sua experiência singular diante do real impossível de suportar.

4.4.3- Efeitos terapêuticos recolhidos do caso

Nesse último tópico, gostaríamos de reunir e destacar os efeitos terapêuticos obtidos por Paulo a partir do trabalho realizado sob transferência, efeitos que lhe permitiram encontrar uma estabilização e apaziguamento do gozo, muitos deles já apontados nas páginas anteriores.

Conforme viemos discutindo até o momento, uma das primeiras repercussões percebidas com o início do tratamento foi a aceitação, por parte de Paulo, da aproximação de outras pessoas durante os passeios pelo hospital, tendo a presença de sua psicóloga como mediadora, mas gradualmente sentindo-se mais seguro e interessado pelas conversas.

De forma progressiva e a seu tempo, Paulo foi construindo uma maneira para lidar com o mal-estar no corpo e a invasão de gozo através dos passeios, pois como dizia, ficar na enfermaria o deixava “cansado e nervoso”, o que o faz solicitar àqueles profissionais responsáveis por seu cuidado que saíssem com ele para passear, “ver as árvores e os carros lá fora”.

Sem dúvida, os passeios se mostraram um dos principais recursos do tratamento ao possibilitar o estabelecimento da transferência e servir de contexto para que se engendrasse uma outra alteridade para o paciente, um Outro que não se apresentasse tão ameaçador, favorecendo a invenção de saídas para seus impasses.

Durante o desenrolar do tratamento, acompanhamos seu percurso e recolhemos seus efeitos: de um primeiro momento em que suas ideias persecutórias se precipitavam em um ápice em seus atos agressivos, partindo então para a construção de um intervalo através do qual a palavra passou a operar, fosse por meio da intervenção de sua psicóloga ou como um recurso que começou a funcionar para o próprio paciente.

Esse recurso foi ganhando mais efetividade e antevemos paulatinamente a introdução do falar no lugar do agir, como podemos perceber nas próprias palavras do paciente: “antes eu agia sem pensar, mas agora penso antes de agir errado”. Do mesmo modo, Paulo passa a dizer que “prefere conversar em vez de brigar” ou quando se sentia ameaçado, pedia para poder sair de perto, antecipando uma provável ocasião de conflito.

Paulo chega a reconhecer que tinha parte nas querelas em que se envolvia com a equipe e outros pacientes, afirmando que por vezes “provocava”. Tomava isso como desígnios dos quais desconhecia: “mas acontece que eu agrido mesmo, não sei o que acontece, Deus é que deve saber”.

Entretanto, pensamos que o tratamento do Outro e o distanciamento e intervalo que se pôde estabelecer entre este e Paulo possibilitou que algo do sujeito pudesse emergir, deslocando-o do lugar de objeto.

Como consequência, observamos que Paulo começa a localizar suas dificuldades, criando estratégias para lidar com elas. Não só pedia ajuda para se afastar dos outros quando antevia a possibilidade de agressão, como passa a dizer, ao longo do tratamento, que conseguia permanecer nos espaços de convivência mesmo quando sentia vontade de bater nas pessoas.

Da mesma forma, pudemos presenciar situações em que Paulo, de maneira repentina, se dirigia a alguns pacientes, mas dessa vez para poder lhes pedir desculpas por lhes ter agredido ou provocado em outros momentos, o que proporcionou uma maior aceitação sua por parte dos demais.

Por conseguinte, notamos também que Paulo pôde prescindir da presença de sua psicóloga em diferentes situações, aceitando ao longo do tratamento a aproximação de outros profissionais e estagiários para fazer o que gosta: “passear e conversar”, jogar damas e folhear revistas.

Um outro efeito que presenciamos e que gerou surpresa pelo ineditismo com que se apresentou, surgindo no transcorrer do tratamento, refere-se a seus gestos lentificados, projetados sobre o rosto do outro, tomados como a encenação de um soco.

Diferentemente de suas passagens ao ato, nas quais predominavam a imprevisibilidade e o caráter de rompimento com o Outro, não havendo espaço para uma mediação, pensamos

que essa encenação abre uma outra via de relação com o Outro.

Ao nosso ver, esses atos se constituem como um esforço de simbolização e como tais são endereçados ao Outro como lugar da linguagem, permitindo uma intervenção. Enquanto suas passagens ao ato o deixavam identificado ao lugar do resto como objeto “injurado, maltratado, invejado”, esses gestos lentificados nos parecem de outra ordem, pois Paulo se apropria do gesto e, dessa maneira, faz contenção ao excesso de gozo.

Essa modificação presenciada desperta por si o interesse por investigações posteriores que possam apresentar mais elementos para discussão. Por ora, acreditamos que reunimos pontos suficientes sobre o condução do caso clínico que nos permitem chegar a uma conclusão sobre nosso tema de pesquisa.

5-Conclusão

Tomando nosso trabalho em retrospecto, verificamos a importância do percurso traçado ao longo dos três capítulos para a elaboração de respostas a algumas questões levantadas durante a condução do tratamento, principalmente no que se refere à nossa investigação sobre a viabilidade da transferência servir como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose.

Iniciamos a dissertação com o caso clínico no primeiro capítulo como recurso metodológico que favoreceu que da própria exposição do caso pudéssemos extrair os pontos orientadores de um tratamento possível, assim como o ordenamento do arcabouço teórico necessário para apreensão do caso e desenvolvimento da pesquisa.

Através da construção do caso clínico, pudemos distinguir a forma com que o Outro se constituía para o paciente, reconhecendo que em diversas circunstâncias a instituição encarnou o Outro Absoluto do qual Paulo buscava se desvencilhar tendo como principal recurso suas passagens ao ato.

Dessa maneira, a insistência em intervenções sobre seu corpo para cessar seus atos, a despeito do propósito que esses atos adquiriram para o paciente, abriu um circuito vicioso em que Paulo batia porque se sentia invadido, invejado, maltratado e a instituição, por sua vez, reagia procurando contê-lo, corroborando suas acusações.

Apesar de todas as tentativas para silenciar seu corpo, algo do sujeito insistia para ser escutado, pois mesmo nos momentos de maior sedação ou desorganização, Paulo não cedia em suas queixas, reiterando que estava sendo perseguido e visado pelo Outro.

No segundo capítulo, mais conceitual, percorremos as obras de Freud e Lacan para reunir as especificidades da psicose enquanto estrutura clínica e a maneira particular com que o psicótico apreende a realidade. A partir dessa formalização, foi possível localizar a função que as passagens ao ato exerciam no caso de Paulo e, sobretudo, desconstruir a agressividade atribuída a seus atos de seu valor moral, tomada muitas vezes por parte da equipe como um desvio de caráter.

Averiguamos que o Outro na psicose, ao não sofrer os efeitos da castração simbólica operada pelo significante Nome-do-Pai, permanece associado a uma figura invasiva e onipotente à qual o psicótico se vê preso no lugar de objeto.

Da mesma forma, a ausência da significantização do gozo operada pela extração do objeto *a* faz com que na psicose o gozo seja vivenciado como excessivo, sem o bordejamento simbólico necessário para circunscrevê-lo.

Consequentemente, a passagem ao ato pode ser entendida como um recurso utilizado pelo psicótico para afastar o Outro invasivo e assim buscar colocar uma barra sobre ele diante da invasão do real de gozo. Essa foi a saída eleita por Paulo quando utiliza o próprio corpo, através do ato, para tentar extrair o excesso de gozo presentificado no objeto *a*, objeto não extraído o qual buscava golpear, atingindo a si mesmo.

Conforme verificamos, qualquer sinal do Outro adquiria para Paulo um valor de gozo que o invadia e o convocava a se defender. Entretanto, constatamos a pouca efetividade de suas passagens ao ato para lidar com o real, considerando a necessidade de a cada vez precisar repeti-las, sem obter algum apaziguamento.

Por meio da construção do caso clínico, do acompanhamento do trabalho já iniciado por Paulo para barrar o Outro, procuramos junto a ele, a partir do que ele indicava como possível, outras alternativas para introduzir uma falta no Outro, diminuindo assim sua consistência.

Mediante essas indicações, vimos que a transferência se mostrou um recurso importante no tratamento de suas passagens ao ato e foi preciso estabelecer as particularidades de sua manifestação na psicose. Constatamos que a extração do objeto *a* permite fazer laço social, uma vez que através dessa operação o sujeito se dirige ao campo do Outro para buscar aquilo que lhe falta. Isso nos fez uma questão, pois na psicose, diante da não extração, qual manejo da transferência seria possível?

No último capítulo nos dedicamos ao conceito de transferência e à distinção da maneira específica com que se apresenta na psicose, tendo como referência o tratamento de Paulo. De posse da argumentação de que há uma inversão do vetor transferencial na psicose, em que o objeto encontra-se do lado do psicótico, nos certificamos de que nessa estrutura é o Outro quem se impõe sobre ele, tomando-o como alvo de interesse para obter o que lhe falta como gozo.

A não-extração do objeto *a* tem como correlato um gozo desmedido na figura do Outro não barrado que submete o psicótico aos seus caprichos. Como consequência, a transferência tende a se manifestar em sua dimensão persecutória ou erotômana, ambas posições em que o psicótico é capturado como objeto de gozo do Outro.

Advertidos sobre essa questão, nossa orientação seguiu como pressuposto principal a suspensão de saber para evitar ocupar o lugar do Outro tal como se apresentava para Paulo, especialmente em sua vertente persecutória. Colocamo-nos ao seu lado para aprender com ele uma maneira de operar, de construir um tratamento possível que o incluísse de alguma forma.

Assim, ao acompanharmos as estratégias de intervenção e o modo como foi conduzido o trabalho clínico, nos deparamos com o estabelecimento da transferência, através dos diferentes usos que o paciente pôde fazer da presença de sua psicóloga, como um suporte

essencial em torno do qual realizou-se o tratamento do Outro, tendo como resposta a modulação de seus atos e o ordenamento do gozo.

Através da trivialização da transferência, do cuidado em não buscar interpretar ou reforçar o campo do sentido, da manobra da relação transferencial e do trabalho de secretariado, foi possível construir um intervalo entre Paulo e o Outro de modo que suas passagens ao ato foram cedendo, abrindo espaço para uma mediação.

Sua psicóloga, como objeto dócil e multifuncional, serviu como recurso para colocar uma barra ao gozo do Outro, promovendo o distanciamento necessário que permitiu a Paulo incluir na via significante o que antes não encontrava modo de expressar. Ao nosso ver, promoveu-se alguma separação do Outro que proporcionou a constituição mínima de um dentro e fora do corpo que se inscreveu para ele tendo a presença da psicóloga como referência.

Por conseguinte, observamos que Paulo passa a falar sobre seus incômodos, a pedir ajuda nos momentos de maior dificuldade e a permitir a aproximação de outras pessoas nos espaços coletivos, ao ponto de poder prescindir da presença de sua psicóloga, favorecendo que outros profissionais e estagiários fossem incluídos dentro da proposta de tratamento apontada por ele.

De outro modo, verificamos que Paulo pôde substituir o ato pelo gesto, pela encenação de uma relação possível com o Outro através dos gestos lentificados, promovendo uma outra forma para dar tratamento ao gozo.

Conforme examinamos, o papel dos “passeios” foi decisivo ao abrir uma perspectiva nova no tratamento de Paulo como lugar de circulação e mediação e, sobretudo, de construção de uma outra alteridade, menos consistente e invasiva.

Acreditamos que a repercussão dos passeios sobre o corpo do paciente, seu caráter de mobilidade e as ressonâncias obtidas na relação com o objeto não extraído pedem uma investigação mais pormenorizada, a fomentar uma pesquisa posterior.

Por fim, concluímos que os efeitos terapêuticos recolhidos do caso foram resultado do resgate da dimensão clínica na prática com a psicose, da aposta na palavra e no desejo de trabalho e, acima de tudo, da disponibilidade para se colocar a serviço do paciente, auxiliando-o nas saídas que para ele se mostraram possíveis para tratar o gozo.

Dos pressupostos gerais que reunimos e que definem as características da psicose, assim como a maneira com que a transferência e as passagens ao ato se manifestam nessa estrutura, pudemos extrair os elementos que permitiram construir as particularidades do caso, corroborando nossa hipótese de que a manobra da transferência pode servir como meio de tratamento do Outro e recurso de contenção à passagem ao ato na psicose.

Referências bibliográficas²⁸

- Alkmim, W.D. (2008, janeiro a abril). Construir o caso clínico, a instituição enquanto exceção. *CliniCaps – Impasses da Clínica* (4), recuperado em 21/04/2015 de http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_04_art_06.html
- Alvarenga, E. (2006). A passagem ao ato na psicose. *Papéis de Psicanálise: as pequenas invenções psicóticas* (2), 25-29. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais – Belo Horizonte.
- Barreto, F. P. (2010). A clínica da passagem ao ato (*Acting out*, passagem ao ato, agitação). In: *Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental* (pp.267-296). Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Beneti, A. (1996a). *Kakon* e passagem ao ato na psicose. *Curinga* (8), 89-91. Escola Brasileira de Psicanálise - Minas Gerais.
- Beneti, A. (1996b). Interpretação na psicose ou manobras da transferência? *Opção Lacaniana* (15), 89-95. São Paulo: Eólia.
- Beneti, A. (2005). Do discurso do analista ao nó borromeano: contra a metáfora delirante. *Opção Lacaniana online* (3), 1-17. Recuperado em 02/11/2015 de: <http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/n3/textod.asp#>
- Carvalho, F. Z. F. (2014, janeiro a junho). A passagem ao ato como resposta do real. *Almanaque on-line* - Revista eletrônica do IPSM-MG (14), 1-12. Recuperado em 30/08/2015 de: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/14/textos/Almanaque14FredericoFeu.pdf>
- Cosgrove, G. R. (2003). Cirurgia para distúrbios psiquiátricos. *Psiquiatria Geral – site da Sociedade Brasileira de Informações de Patologias Médicas*. Recuperado em 26/02/2015 de: <http://www.psiquiatriageral.com.br/cerebro/cirurgia.htm>.
- Cretaz, E., Rigonatti, S. P. & Aratangy, E., W. (2011). Eletroconvulsoterapia. In: E. C. Miguel, V. Gentil & W. F. Gattaz, (Eds.). *Clínica Psiquiátrica* (Vol. 2, pp.1303-1318). Barueri, SP: Manole.

²⁸ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association.

- Dutra, M. C. B. (1999). *As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- Elkis, H. & Neto, M. R. L. (2011). Psicofarmacologia em Psiquiatria: antipsicóticos. In: E. C. Miguel, V. Gentil & W. F. Gattaz, (Eds.). *Clínica Psiquiátrica* (Vol. 2, pp.1176-1190). Barueri, SP: Manole.
- Elkis, H., Kayo, M., Oliveira, G. M., Hiroce, V. Y., Barriviera, J. & Tassel, Y. (2011). Esquizofrenia. In: E. C. Miguel, V. Gentil & W. F. Gattaz, (Eds.). *Clínica Psiquiátrica* (Vol. 1, pp.603-622). Barueri, SP: Manole.
- Ferreira, C.M.R. & Trópia, M.R.A.B (2011). O escriturário das suplências. *Curinga – versão online* (14), 124-128. Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais. Recuperado em: 05/11/2015 de: <http://minascomlacan.com.br/wp-content/uploads/2015/02/curinga-14-pdf.pdf>
- Figueiredo, A.C., Nobre, L. & Vieira, M.A. (2001). Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método. In: Figueiredo, A.C. (org.). *Psicanálise: pesquisa e clínica*. (pp. 11-23). Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VII (1), 75-86. Recuperado em 25/03/2015 de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017778006#>
- Fink, Max (2003). *Eletrochoque: restaurando a mente*. (A. Favano, trad.). São Paulo: Roca.
- Freire, A. B. (2002). A constituição do sujeito e a alteridade: considerações sobre a psicose e o autismo. *Estilos da Clínica*, VII (13), 78-91. Recuperado em 07/08/2015 de: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/61043>.
- Freud, S. (1996). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de Paranoia (Dementia Paranoides). In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 15-89). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 123-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912a).

- Freud, S. (1996). A dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 109-119). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912b).
- Freud, S. (1996). Recordar, Repetir e Elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XII, pp. 161-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XIV, pp. 117-144). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). Conferência I - Introdução. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XV, pp. 25-33). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916[1915]).
- Freud, S. (1996). Conferência XXVII - Transferência. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XVI, pp. 433-448). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917a [1916-17]).
- Freud, S. (1996). Conferência XXVI – A teoria da libido e o narcisismo. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XVI, pp. 413-431). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917b [1916-17]).
- Freud, S. (1996). Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1996). Dois verbetes de Enciclopédia. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XVIII, pp. 251-274). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923[1922]).
- Freud, S. (1996). Neurose e psicose. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XIX, pp. 165-171). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924[1923]).
- Freud, S. (1996). A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XX, pp. 179-248). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

- Freud, S. (1996). O Humor. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XXI, pp. 163-169). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (1996). Construções em análise. In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad., Vol. XXIII, pp. 275-287). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (2011). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Obras completas*. (Paulo César de Souza, trad., Vol. 16, pp. 214-221). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (2011). A negação. In: *Obras completas*. (Paulo César de Souza, trad., Vol. 16, pp. 275-282). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1925).
- Lacan, J. (1977). *Abertura da sessão clínica*. Recuperado em 06/10/2015 de: <http://www.traco-freudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf>.
- Lacan, J. (1998). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 152-194). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1946).
- Lacan, J. (1998). A agressividade em psicanálise. In: *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 104-126). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1948).
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1949).
- Lacan, J. (1998). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In: *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 383-401). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1954).
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. (V. Ribeiro, trad., pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original proferido em 1957-1958).
- Lacan, J. (1999). *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original proferido em 1957-1958).

- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana* (32), 8-14. São Paulo: Eólia.
- Lacan, J. (2003). Ato de fundação. In: *Outros Escritos* (Vera Ribeiro, trad., pp. 235-247). Rio de Janeiro: Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (2003). Apresentação das *Memórias de um doente dos nervos*. In: *Outros Escritos* (Vera Ribeiro, trad., pp. 219-223). Rio de Janeiro: Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, livro 10: a angústia* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original proferido em 1962-1963).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 3: as psicoses* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original proferido em 1955-1956).
- Maleval, J.-C. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica* (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. -A. (1996a). Suplemento topológico a “Uma questão preliminar...”. In: *Matemas I* (Sérgio Laia, trad.), pp.119-137. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J. -A. (1996b). Des-sentido para as psicoses! In: *Matemas I* (Sérgio Laia, trad.), pp.162-169. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J. -A. (1996c). Mostrado em Premonté. In: *Matemas I* (Sérgio Laia, trad.), pp.150-154. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J. -A. (1996d). Produzir o sujeito? In: *Matemas I* (Sérgio Laia, trad.), pp.155-161. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J. -A. (1998). *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica – A conversação de Arcachon* (Luis de Sousa D. Forbes, trad.). São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira.
- Miller, J. -A. (1999a). Saúde Mental e Ordem Pública. *Curinga* (13), 20-31. Escola Brasileira de Psicanálise - Minas Gerais.

- Miller, J. -A. (1999b). As contra-indicações ao tratamento psicanalítico. *Opção Lacaniana* (25), 52-55. São Paulo: Eólia.
- Miller, J. -A. (2005). Introdução à leitura do Seminário da Angústia de Jacques Lacan. *Opção Lacaniana* (43), 7-91. São Paulo: Eólia.
- Miller, J. -A. (2014, março). Jacques Lacan: observações sobre o conceito de passagem ao ato. *Opção Lacaniana online* (13), 1-13. Recuperado em 05/09/2015 de: www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/passagem_ao_ato.pdf
- Naveau, P. (2007, julho a dezembro). A extração do objeto *a* e a passagem ao ato. *Almanaque on-line* - Revista eletrônica do IPSM-MG (01), 1-5. Recuperado em 14/08/2015 de: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/almanaque1.htm>.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. (D. Caetano, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pinto, A. (2010). A instituição é o nosso caso clínico. In: A. Teixeira (org). *Metodologia em ato* (pp.149-157). Belo Horizonte: Scriptum Livros.
- Sauvagnat, P. (1999). Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui. *Ornicar? digital*. Paris. Recuperado em 05/11/2015 de: <http://wapol.org/ornicar/articles/svg0086.htm>
- Silvestre, M. (1991). Transferência e interpretação nas psicoses. In: *Amanhã, a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., pp. 127-135.
- Tendlarz, S. E. (2005). Asesinato en una escuela. *The Symptom* – online journal for Lacan.com (6). Recuperado em 01/09/2005 de: http://www.lacan.com/symptom6_articles/tendlarz-asesinato.html
- Trevisan, R. (org.). (2012). Testemunha. In: *Michaelis Moderno Dicionário online da língua portuguesa*. Editora Melhoramentos. Recuperado em 29/10/2015 de: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=testemunha>
- Viganò, Carlo. (1999). A construção do caso clínico em Saúde Mental. *Curinga* (13), 50-59. Escola Brasileira de Psicanálise - Minas Gerais.

Vorcaro, A.M. (2010). Psicanálise e Método Científico: o lugar do caso clínico. In: Moreira, J. O. & Kyrillos, N.F. *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade*. (pp.11-23). Barbacena, Ed. UEMG. Recuperado em 07/03/2015 de: http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20120420165701.pdf?PHPSESSID=b376fb92c7bd18b2d5348eeec5d959d0.

Zenoni, A. (1991). “Traitement” de l’Autre. *Préliminaire* (3), 101-112. Antenne 110 – Bruxelles.

Zenoni, A. (2000a). A psicose fora do desencadeamento. *Abrecampos – Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan* (1), 51-69. Instituto Raul Soares – FHEMIG, Belo Horizonte.

Zenoni, A. (2000b). Qual instituição para o sujeito psicótico? *Abrecampos – Psicanálise e Instituição: a segunda clínica de Lacan* (1), 12-31. Instituto Raul Soares – FHEMIG, Belo Horizonte.

Zenoni, A. (2007, janeiro a abril). Comment s’orienter dans le transfert. *CliniCaps – Impasses da Clínica* (1), recuperado em 12/10/2015 de: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_01_art_01.html