

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas - FAFICH
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

JÚLIA REIS DA SILVA MENDONÇA

**A FUNÇÃO DO RECURSO À DROGA NA PSICOSE: ENLACES E
DESENLACES**

Belo Horizonte

2018

JÚLIA REIS DA SILVA MENDONÇA

**A FUNÇÃO DO RECURSO À DROGA NA PSICOSE: ENLACES E
DESENLACES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de Concentração: Estudos Psicanalíticos.

Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais em Psicanálise Investigação Campo Clínico e Cultural.

Orientadora: Prof^a Dr^a Márcia Maria Rosa Vieira Luchina

Belo Horizonte

2018

150	Mendonça, Júlia Reis da Silva
M539f	A função do recurso à droga na psicose [manuscrito] : enlaces e desenlaces x / Júlia Reis da Silva Mendonça. - 2018.
2018	173 f. Orientadora: Márcia Maria Rosa Vieira Luchina.
	Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Inclui bibliografia
	1.Psicologia – Teses. 2. Drogas - Teses. 3.Psicoses - Teses 4.Psicanálise - Teses. I. Vieira, Márcia Maria Rosa. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

A FUNÇÃO DO RECURSO À DROGA NA PSICOSE: ENLACES E DESENLACES

JÚLIA REIS DA SILVA MENDONÇA

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

Aprovada em 27 de fevereiro de 2018, pela banca constituída pelos membros:

Marcia Rosa Vieira Luchina

Prof(a). Marcia Rosa Vieira Luchina - Orientador
ufmg

Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg

Prof(a). Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg
UFRJ

Pedro Teixeira Castilho

Prof(a). Pedro Teixeira Castilho
UFMG

Ilka Franco Ferrari

Prof(a). ILKA FRANCO FERRARI
PUC-MG

Oswaldo Franca Neto

Prof(a). Oswaldo Franca Neto
UFMG

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2018.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Márcia Rosa, por ter me orientado nesse difícil percurso da escrita desta tese, pontuando os impasses teóricos e sempre me reconduzindo a minha hipótese de pesquisa, agradeço, principalmente, pela paciência e sensibilidade em sua escuta.

À Prof^a Dr^a Claudia Henschel, que acompanha meu percurso clínico e teórico desde o mestrado, por suas contribuições na minha banca de qualificação, que me fizeram avançar na escrita da tese. Agradeço também pela parceria nos trabalhos teóricos, pela supervisão dos casos clínicos, pela transmissão da psicanálise ao longo desses anos e por seu incentivo constante para que eu não recuasse diante das dificuldades.

Ao Instituto de Psicologia da UFRJ, lugar em que floresceu meu desejo pela psicanálise e que se constituiu como meu primeiro campo de pesquisa acerca da toxicomania, a partir do encontro com a clínica.

Ao Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e a todos os colegas com os quais tive o prazer de dividir todas as dificuldades em relação ao trabalho com a psicose, mas também onde pude me dar conta, por meio de uma clínica orientada pela psicanálise, de que aquele era um trabalho possível.

À Força Aérea Brasileira, e aos diretores e colegas das Organizações em que servi que me apoiaram na escrita desta tese.

Aos meus pais Aurea e Manuel, que desde a graduação me apoiaram e incentivam para eu que eu pudesse continuar estudando psicanálise e investindo na minha formação.

Agradeço, ainda, ao amigo Dide, pela revisão do abstract desta tese.

Aos familiares e amigos que estiveram comigo ao longo dos quatro anos de escrita desta tese e puderam acompanhar meu percurso com palavras de conforto e incentivo.

A Glauco, meu marido, por estar sempre ao meu lado, pelo seu apoio, incentivo e amor. E ainda por sua paciência e conversas bem-humoradas que amenizaram o estresse diante da escrita da tese e do cumprimento dos prazos. E a Gabriel, meu filho amado, que nasceu no meio da escrita desta tese, mas que não trouxe dificuldades, pelo contrário, me deu a força e a energia necessária para avançar, insistir e sustentar meu desejo.

RESUMO

Mendonça, J. R. S. (2018). *A função do recurso à droga na psicose: enlaces e desenlaces*. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

O objetivo desta tese é investigar a função do recurso à droga na psicose a partir de dois casos clínicos. Ainda que na literatura psicanalítica, na maioria das vezes, a função da substância na psicose seja descrita com estabilizadora, ao promover uma identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, alguns casos clínicos evidenciam que o recurso à substância não é uma saída clínica a ser sustentada, seja pela precariedade dessa solução, que coloca o sujeito no limite da passagem ao ato, ou, seja porque nem sempre a droga tem uma função estabilizadora. Nesse sentido, desenvolve-se, nesta pesquisa, a hipótese de que a função do recurso à substância na psicose não é necessariamente estabilizadora. A pesquisa utiliza a metodologia da construção do caso clínico a fim de apresentar os casos bem como orientar as questões que surgiram ao longo da pesquisa. A partir do trabalho de pesquisa realizado, chega-se a conclusão que a estabilização pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” na psicose é precária e instável, ou seja, é uma solução que está sujeita a desarranjos. As contribuições advindas da clínica nodal e da clínica das psicoses ordinárias permitem ressituar a investigação da função do recurso à substância na psicose em função dos enlaces, desenlaces e reenlaces em relação ao Outro. Desse modo, o recurso à substância na psicose pode promover um desenlace, reforçar a forclusão, promover efeitos devastadores no corpo e, ainda, funcionar como um dos nomes do pior. De modo que um tratamento possível para psicóticos que recorrem à substância se delineia no sentido da construção de novas soluções que tenham menos efeitos secundários do que a droga, que sejam mais eficazes e menos danosos para os sujeitos.

Palavras-chave: Recurso à droga. Psicose. Diagnóstico diferencial. Direção do tratamento. Psicanálise. Estabilizações. Enlaces e desenlaces.

ABSTRACT

Mendonça, J. R. S. (2018). *The function of drug use in psychosis: links and disconnections*. Doctoral Thesis. Post-graduation Program in Psychology, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

This Doctoral thesis aims to investigate the function of drug use in psychosis based on two clinical cases. Although the function of substance use in psychosis is described in psychoanalytic literature, mostly, as stabilizing, by promoting an imaginary identification to the signifier "I am a drug addict", some clinical cases show that the use of drugs is not a clinical solution to be sustained, either because of the precariousness of this solution, which places the subject at the limit of the *passage to the act*, or because the drug does not always have a stabilizing function. In this sense, it develops, in the present research, the hypothesis that the function of the recourse to the substance in the psychosis is not necessarily stabilizing. The research uses the methodology of the construction of the clinical case in order to present the cases as well as to guide the issues that have emerged throughout the research. From the research work carried out, we conclude that the stabilization by the imaginary identification of the signifier "I am a drug addict" in the psychosis is precarious and unstable, that is, it is a solution that is subject to derangements. The contributions of the nodal clinic and the clinic of ordinary psychoses allow us to resituate the investigation of the function of the recourse to the substance in the psychosis in function of the links and disconnections in relation to the Other. In this way, the use of substance in psychosis can promote a disconnection, reinforces the foreclosure, and promotes devastating effects on the body, and even function as one of the worst names. So a possible treatment for psychotics who resort to the substance if delineates towards building new solutions which have less effects than the drug, which are more effective and less harmful to the subjects.

Key-words: Drug use. Psychosis. Differential diagnosis. Treatment direction. Psychoanalysis. Stabilizations. Links and disconnections.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O matema da transferência.....	24
Figura 2: Esquema da nassa.....	25
Figura 3: A figura do arco e da flecha	26
Figura 4: A relação do sujeito ao Outro (Alienação e Separação)	28
Figura 5: Gráfico do recurso à droga de Freda.....	48
Figura 6: O esquema I	95
Figura 7: O nó borromeano	104
Figura 8: O nó de Joyce	106
Figura 9: O matema dos quatro discursos	119
Figura 10: O discurso do capitalista	121
Figura 11: O nó de trevo da paranoia	120
Figura 12: O nó da Esquizofrenia.....	131

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 A CONSTRUÇÃO DO CASO EM PSICANÁLISE E A CLÍNICA PSICANALÍTICA DO RECURSO À DROGA	15
2.1 A construção do caso clínico em psicanálise	15
2.1.1 <i>Considerações sobre a transferência e a direção do tratamento.....</i>	20
2.1.2 <i>A dimensão singular do caso clínico.....</i>	30
2.2 Apresentação dos casos clínicos	36
2.2.1 <i>O caso de Pedro</i>	36
2.2.2 <i>O caso de Clarice</i>	39
2.3 Considerações sobre a clínica psicanalítica do recurso à substância.....	42
3 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ESTABILIZAÇÕES E DESESTABILIZAÇÕES DA PSICOSE PARA A PSIQUIATRIA E PARA A PSICANÁLISE	53
3.1 As psicoses e as estabilizações para a psiquiatria clássica	53
3.2 Contribuições da psicanálise freudiana sobre as desestabilizações e o delírio como solução estabilizadora da psicose	63
3.3 A psiquiatria contemporânea de orientação biológica: o avanço da ciência e a medicalização do sujeito.....	70
3.4 Sobre as estabilizações da psicose no ensino de Lacan	80
4 A FUNÇÃO DO RECURSO À SUBSTÂNCIA NA PSICOSE: ENLACES E DESENLACES	108
4.1 O recurso à substância na clínica dos enlances, desenlaces e reenlaces	108
4.1.1 <i>Uma identificação ao significante que não enlaça: “sou toxicômano” e o discurso do capitalista.....</i>	118
4.1.2 <i>A identificação a um significante que faz laço: “sou toxicômano”</i>	123
4.1.3 <i>A função da substância nos distintos tipos de psicose (paranoia e esquizofrenia).....</i>	129
4.2 A função da substância como desenlace, nomes do pior, devastação	136
4.3 O que pode a psicanálise na clínica com toxicômanos psicóticos?	146
5 CONCLUSÃO.....	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156

1 INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado tem como objeto de estudo a investigação da função do recurso à droga na psicose a partir de dois casos clínicos. Os dois casos trabalhados nesta pesquisa foram atendidos em instituições públicas do estado do Rio de Janeiro, um em uma universidade e posteriormente no consultório, e outro em um hospital psiquiátrico. Os impasses tanto em relação à localização da função da droga na economia de gozo de cada sujeito, quanto em relação ao diagnóstico diferencial e ao manejo clínico possibilitaram a realização deste estudo.

Tal pesquisa demonstra sua relevância diante de um aumento não só de toxicômanos na clínica contemporânea, mas de toxicômanos que revelam uma estrutura psicótica. Da mesma forma que há um aumento do recurso às drogas, proliferam também as “terapêuticas” que visam a “tratar” esses sujeitos, como as comunidades terapêuticas, a terapia cognitivo-comportamental – que tem foco na mudança de comportamento – e a psiquiatria biológica medicamentosa. Diante de tais práticas, que primam pela abstinência do uso de drogas como condição de tratamento e de uma terapêutica generalista comportamental, desconsiderando a singularidade do caso clínico, a psicanálise se apresenta como um saber teórico-clínico que defende a investigação da função da droga na economia de gozo de cada sujeito, considerando sua estrutura psíquica e os diferentes modos de amarração dessa estrutura. Desse modo, tal pesquisa justifica-se pela importância da proposta de um diagnóstico diferencial e de uma direção do tratamento psicanalítico em relação ao psicótico que recorre à droga, distinta da psiquiatria de orientação biológica e de outras terapias psicológicas, na medida em que: 1. considera que a psicose é uma estrutura clínica na qual um significante primordial está foracluído, o Nome-do-Pai; 2. coloca a ênfase sobre o sujeito que faz uso da droga de acordo com sua estrutura clínica, e não sobre a substância consumida; 3. entende que cada sujeito faz um uso específico da droga, de modo que a droga/substância pode ter diferentes funções para cada sujeito, de acordo com seus determinantes psíquicos.

Nesse sentido, recorreremos à psicanálise de orientação lacaniana, tanto por meio da clínica estrutural (predominante no primeiro ensino de Lacan), quanto por meio da clínica nodal (paradigmática do último ensino), como guia de investigação da função do recurso à droga, ou da substância, na psicose.

O desejo de pesquisar a função do recurso à droga e sua relação com as estabilizações e desestabilizações na psicose, ou sua função como enlace ou desenlace em relação ao Outro,

decorreu dos impasses ao final de minha dissertação de mestrado¹ em relação a um caso clínico, que será retomado na presente tese, atendido durante o período de estágio curricular obrigatório de graduação em Psicologia no Departamento de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O estudo do caso nos permitiu elucidar a lógica do recurso à cocaína para o paciente: diante de um desenlace em relação ao Outro, a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” promovia um enlace ao Outro e certa estabilização. Assim, foi possível concluir que: 1. a localização da função da droga para cada sujeito é ponto categórico para o diagnóstico diferencial e para a direção do tratamento; 2. a complexidade da clínica das toxicomanias é evidenciada pela lógica que sustenta o recurso à droga de acordo com a estrutura clínica; 3. a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” pode promover uma estabilização do quadro psicótico.

Contudo, restaram algumas interrogações importantes desse trabalho que impulsionaram a continuidade da pesquisa após a defesa da dissertação. A partir do caso clínico trabalhado, um questionamento se fez presente: se afirmamos que a droga promoveu uma estabilização do quadro psicótico pela identificação imaginária, podemos dizer que houve uma suplência? Ou seja, é possível sustentar que a identificação imaginária é sinônimo de suplência na psicose? Da mesma forma, foi possível observar que a estabilização alcançada era muito precária. Se o paciente continuava apresentando os fenômenos elementares, o sentimento de estranheza em relação a seu corpo e uma grande dificuldade tanto de se relacionar com o outro quanto de “fazer as coisas”, podemos dizer que a estabilização pelo recurso à droga na psicose é uma saída a ser sustentada clinicamente?

Essa interrogação teve eco no atendimento clínico de uma paciente em uma enfermaria psiquiátrica do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, no município de Niterói (RJ). Assim como o outro paciente citado, tem-se como objetivo desenvolver como a investigação da função do recurso à droga revelou uma estrutura psicótica, e, ainda, como a relação do sujeito com o objeto droga e com o Outro pode ser tratada a partir da transferência. Contudo, se o primeiro caso clínico a ser trabalhado, o caso de Pedro, revelava uma função estabilizadora da droga na psicose pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, o segundo caso a ser

¹ Silva, J.R. (2010). *A Clínica Psicanalítica das Toxicomanias*. Dissertação de mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 14 dezembro, 2015, de http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/23/TDE-2011-03-29T110227Z-1338/Publico/Dissertacao_Julia.pdf.

apresentado, o caso de Clarice, nos apresenta um impasse a respeito da função estabilizadora da droga na psicose, na medida em que o recurso ao *crack*, para a paciente, parece promover impactos devastadores no imaginário e reforçar o ponto de foraclusão pela identificação ao objeto resto/dejeto.

Tais impasses e questionamentos nos levam a formular a hipótese de pesquisa desta tese, a de que o recurso à droga pode operar um desenlace em relação ao Outro, na medida em que há casos em que tal recurso não promove o laço social, nem o apaziguamento do gozo. Para o desenvolvimento da hipótese de pesquisa utilizamos como metodologia a construção do caso clínico, que nos permite apresentar tanto os casos clínicos quanto orientar as questões que surgiram ao longo da pesquisa.

Desse modo, a organização e o desenvolvimento da presente pesquisa dividem-se em três capítulos. No primeiro capítulo, temos como objetivo desenvolver a questão da especificidade da construção do caso na clínica do recurso à droga, ou da substância, na medida em que a construção de dois casos clínicos a serem apresentados, o caso de Pedro e o caso de Clarice, levantaram os questionamentos que permitiram a formulação da hipótese que fundamenta esta pesquisa. Destacamos como um testemunho singular, ao revelar um funcionamento pulsional e uma relação específica com o objeto e com o Outro, pode tornar-se paradigmático. A partir da análise dos dois casos clínicos, desenvolvemos a relação entre o momento do desencadeamento do recurso à substância e o ponto de foraclusão, o que aponta para a função estabilizadora, ou não, que a droga passa a desempenhar na economia de gozo de cada sujeito.

Em seguida, no segundo capítulo, demos continuidade à pesquisa ao apresentarmos algumas considerações sobre as estabilizações e desestabilizações da psicose para a psiquiatria e para a psicanálise. Apresentamos algumas noções das psicoses e das estabilizações para a psiquiatria clássica, pontuando como o método teórico-clínico proposto pela psicanálise promoveu um corte epistemológico com a psiquiatria clássica ao propor uma escuta para além do olhar: a escuta do inconsciente, a atribuição da doença mental não a uma causa orgânica, e sim psíquica, e a mudança de paradigmas em relação à concepção do diagnóstico e da direção do tratamento, principalmente em relação ao entendimento do delírio como uma solução estabilizadora da psicose. Da mesma forma, discutimos como, de modo distinto da psiquiatria contemporânea de orientação biológica, que medicaliza tanto o sintoma quanto o delírio, a psicanálise de orientação laciana busca descrever as desestabilizações e os fenômenos

elementares a partir da compreensão de que na psicose se trata de um problema da relação do sujeito com o Outro e com o corpo. Assim, destacamos que a psicanálise considera o delírio não como um *deficit*, mas como uma solução diante do real, como uma invenção, como um dos modos, entre outros, de alcançar a estabilização da psicose. Dessa maneira, percorremos os textos no ensino de Lacan nos quais ele faz referência às diferentes formas de estabilização – pela passagem ao ato, pela identificação imaginária e pela construção de uma metáfora delirante – com o objetivo de destacar como o recurso à droga pode promover uma estabilização da psicose ao propiciar uma identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, como é o caso do paciente Pedro, apresentado nesta tese, e de outros casos relatados por autores da Rede TyA².

No terceiro e último capítulo desta tese, temos como objetivo pesquisar a função do recurso à droga na psicose a partir das contribuições fornecidas pela clínica dos nós e pela pesquisa psicanalítica atual de orientação lacaniana – em especial os trabalhos de Maleval e dos autores Laurent, Naparstek, Tarrab, Salamone, Briolle e Aucremanne, que integram direta ou indiretamente a Rede TyA. Algumas questões retomadas evidenciam a importância da direção de trabalho proposta pela psicanálise na condução dos casos em que se recorre à droga na psicose. Retomamos alguns pontos destacados por Laurent (2014b), sobre a definição de Lacan (1976/2016) da droga como o que permite a ruptura do casamento do corpo com o pequeno pipi, ou seja, com o falo, como insuficiente para se pensar os casos de psicose, na medida em que na estrutura psicótica a ruptura com o falo já está dada de antemão. Nesse sentido, apresentamos as duas grandes guias que explicam a relação entre a psicose e a toxicomania: como identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” ou pela via do que a droga, como algo químico, produz no organismo, como aplacar a escuta alucinatória (Naparstek, 2010). Contudo, desenvolvemos como o encontro com alguns impasses na clínica com toxicômanos psicóticos colocaram em questão a função estabilizadora da droga. Assim, a partir da retomada do caso de Clarice e de outros casos clínicos, tais como os trabalhados por Aucremanne (2011), Briolle (2009), Tarrab (2003) e Salamone (2003), abordamos como o recurso à droga pode promover um gozo da ordem do excesso, bem como ter efeitos devastadores sobre o corpo na psicose, e, ainda,

² A Rede TYA (Toxicomania e Alcoolismo) é um espaço em que se encontram psicanalistas de diferentes lugares, mas com uma mesma orientação, desde 1992. O objetivo é defender que a psicanálise de orientação lacaniana pode fazer frente a uma das formas mais características de nossa época, em que o gozo mortifica a um sujeito até fazê-lo desaparecer, como é o caso da relação do sujeito com as substâncias tóxicas. Essa definição é apresentada no prólogo do livro: Salamone, L. D., Naparstek, F., Levato, M., & Galante, D. (2008). *Lo inclasificable de las toxicomanías: respuestas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

como pode ser entendido como uma aflição pior que um sintoma. Ao final, discutimos, a partir das contribuições advindas da clínica nodal e da clínica das psicoses ordinárias, como podemos ressituar a investigação da função do recurso à substância na psicose em função dos enlaces, desenlaces e reenlaces em relação ao Outro e ao corpo, ao gozo do corpo. Da mesma forma, retomamos nossa hipótese de pesquisa de que o recurso à droga pode reforçar a forclusão e promover efeitos devastadores no corpo ao funcionar como um dos nomes do pior. E, ainda, desenvolvemos o questionamento sobre qual seria, então, a direção do tratamento proposta pela psicanálise diante da clínica com toxicômanos psicóticos, para os quais o recurso à droga não opera como uma solução estabilizadora ou como uma saída a ser sustentada clinicamente.

2 A CONSTRUÇÃO DO CASO EM PSICANÁLISE E A CLÍNICA PSICANALÍTICA DO RECURSO À DROGA

A construção do caso clínico em psicanálise se apresenta como o ponto de partida desta tese, na medida em que a construção de dois casos clínicos a serem apresentados, o caso de Pedro e o caso de Clarice, levantaram os questionamentos que permitiram a formulação da hipótese que fundamenta esta pesquisa.

Este capítulo tem como objetivo, portanto, discorrer sobre a importância da construção do caso clínico em psicanálise, ao apontar para a possibilidade de que um testemunho singular, ao revelar um funcionamento pulsional e uma relação específica com o objeto e com o Outro, possa se tornar paradigmático.

Assim, iniciaremos este capítulo com algumas pontuações sobre a construção do caso clínico em psicanálise para, em seguida, apresentarmos os dois casos. A construção dos casos clínicos em questão considera a especificidade dos determinantes psíquicos que levaram os sujeitos a recorrerem à droga, com destaque para o momento do desencadeamento do recurso à substância e sua função na economia de gozo de cada sujeito, problematizando se essa função estabilizaria ou não a psicose.

2.1 A construção do caso clínico em psicanálise

A discussão sobre a construção do caso clínico em psicanálise parte de uma pergunta inaugural: qual a importância da construção do caso clínico? O caso único pode sustentar uma teoria?

A retomada do que há de singular em cada caso, pela construção do caso clínico, apresenta-se como de fundamental importância nos dias atuais em um cenário em que a psicanálise se encontra enfraquecida diante da hegemonia da psiquiatria biológica orientada pelos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM). Enquanto esse modelo de psiquiatria preza pelo universal ao enquadrar os sujeitos nos tipos de transtornos existentes nos Manuais, propondo um tratamento medicamentoso comum aos fenômenos observáveis, sem considerar a singularidade de cada caso, a psicanálise, de modo contrário, atualiza, na construção do caso clínico, a importância do tratamento que considera a palavra.

A construção do caso clínico em psicanálise obedece a um rigor teórico sem desconsiderar a riqueza da singularidade do testemunho do sujeito, de modo que a pesquisa a partir do caso clínico é uma metodologia propriamente psicanalítica.

Ao percorrermos a história da psicanálise, vemos como Freud sustentou sua teoria sobre a histeria a partir do caso de Dora, sobre a neurose obsessiva a partir do caso do Homem dos ratos, sobre a fobia a partir do caso do pequeno Hans, e sobre a psicose a partir do caso de Schreber; e que Lacan baseou sua pesquisa sobre a psicose paranoica em um caso único, o caso de Aimée. Desse modo, observamos que o que confere valor metodológico a um caso clínico é o que ele tem de mais singular, que é, justamente, o que pode elevá-lo à condição de paradigmático. Em “A estrutura das revoluções científicas”, Kuhn (1998) define paradigma como: “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (p.13). A psicanálise busca, então, transformar a singularidade do caso clínico em um paradigma. Lacan (1973/2003a), em “Introdução à edição alemã dos Escritos”, assinala que tornou o sonho da bela açougueira exemplar: “não sou pródigo em exemplos, mas quando meto meu nariz, elevo-os ao paradigma” (p.554). Rosa (1999) pontua que elevar os exemplos dos casos clínicos a paradigmas significa extrair deles consequências estruturais. Desse modo é que os casos clínicos, em sua singularidade, têm em comum com outros casos a estrutura (neurose, psicose ou perversão), a mesma estrutura de linguagem. Contudo, vale ressaltar que o que procede de uma mesma estrutura não tem o mesmo sentido. Dessa forma, Lacan (1973/2003a) afirma que não há senso comum da histérica, ou do obsessivo, mas é o singular de cada caso que aponta para uma estrutura comum.

Lacan demonstrou o quanto o método da construção do caso clínico é tradicional para a psicanálise ao retomar os casos clínicos trabalhados por Freud e (re)construí-los com o objetivo de mostrar a estrutura e indicar o lugar do sintoma. Tal método, como nos diz Laurent (2003), “testemunha sobre a incidência lógica de um dizer no dispositivo da cura, e sobre sua orientação em direção ao tratamento de um problema real, de um problema libidinal, de um problema de gozo” (p.69).

Assim, não se busca, com a construção do caso clínico em psicanálise, a causa dos sintomas, como fez a psiquiatria biológica ao longo dos anos ao normatizar o aumento das categorias e ao classificar os sintomas em transtornos adotando a partir da terceira versão do

DSM um sistema de classificação atóxico (Viganò, 2010). Se, no campo da saúde mental, a concepção da doença alternou entre uma casualidade natural e outra, que a considerava como um distúrbio da produção de sentido, a psicanálise, na contramão do saber psiquiátrico, reafirma uma teoria calcada na clínica ao substituir a busca da causa por uma construção do caso clínico que considere tanto a estrutura quanto o real da experiência, que trata do objeto a ³, do gozo, desse algo inominável, indecifrável, que persiste para além da remissão do sintoma. De modo que Ansermet (2014) afirma: “Do lado do analisante, tudo não pode ser dito. Uma análise desemboca no indizível, no impossível de dizer sobre o real, (...) conduz o sujeito aos limites da fala” (p.1).

Miller (2008b) assinala que Lacan começa a alojar o real em seu ensino a partir de um reposicionamento em relação ao tratamento do real, em que o sintoma passa a ser considerado em sua dimensão de gozo. O sintoma, que era tomado como verdade, como satisfação de um desejo recalçado, passa a ser marcado pelo gozo, satisfação surda e muda, que, por não denotar um sentido resiste ao deciframento, evidenciando, assim, a dimensão do real na experiência. Desse modo, é preciso articular no processo de análise os dois eixos do sintoma: o do sentido e o do gozo.

Do mesmo modo, Malengreau (2003), em “Nota sobre a construção do caso”, defende que a clínica psicanalítica se sustenta em um modo de construção do caso que inclui a orientação da experiência em direção ao real. Ele define a clínica psicanalítica como demonstrativa e a opõe à clínica objetiva, que seria mostrativa na medida em que está voltada para os fenômenos. Dessa forma, o caso clínico poderia ser utilizado tanto para fins de ensino e transmissão quanto para mostraçã e demonstraçã. A construção do caso clínico tem início na localização das séries dos significantes – traços, lembranças – e identificações que marcaram a vida dos sujeitos. Contudo, para uma construção do caso que considere a contingência e a lógica é preciso acrescentar a teoria das sequências. Miller (1995) apresenta dois tipos de sequência: a primeira é a normal, sem surpresas, que se apresenta de maneira determinada; a segunda é uma sequência que se autoriza de uma aproximação entre a lógica do tratamento e a posição feminina e que se apoia nos termos do não-todo. Trata-se, para a psicanálise, de construir uma sequência que faça aparecer não a

³ Lacan formaliza o objeto a a partir de seu segundo ensino ao retomar a teoria do objeto perdido de Freud e sua eterna tentativa de recuperação, que é da ordem do impossível. Contudo, para Lacan, o objeto a comporta tanto a dimensão da perda de gozo – da castração como perda de gozo – quanto a possibilidade de gozo. De modo que Lacan (1962-63/2005) define o objeto a como causa do desejo, o que caracteriza a circulação da pulsão na cadeia signifiante; o objeto a é um “objeto cedível, objeto de troca, e esse objeto é o princípio que me faz desejar que me torna desejoso de uma falta – falta que não é uma falta do sujeito, mas uma carência imposta ao gozo situado no nível do Outro” (p. 359).

falta de um termo, mas a parte de “indecidível” que ela comporta; uma sequência que faça aparecer algo do não programado, a parte inusitada da experiência.

Viganò (2010) define a construção do caso clínico como um método democrático, na medida em que consiste na junção da narrativa tanto dos profissionais de saúde mental que tratam do sujeito quanto do próprio sujeito, das instituições e dos familiares no ponto em que eles têm de comum, qual seja, a falta de saber. Desse lugar é que se parte para construir uma narrativa comum, uma história do sujeito. Assim, Viganò (2010) pontua que a construção do caso é decorrente da “escuta das particularidades, das coincidências que foram escandidas de sua história, do enigma de seus atos falhos, recaídas, ausências, etc.” (pp.2-3).

Viganò (2010) apresenta um método de “construção do caso clínico” desenvolvido no laboratório de pesquisa na Escola de Especialização em Psiquiatria da Universidade de Milão, com a participação dos estudantes e dos operadores dos serviços públicos, que tem como objetivo defender a transferência como eixo da clínica. O método consiste na discussão de um caso a cada vez, que responde a uma tabela que contém três partes: 1. a narrativa (do sujeito, da família, da instituição); 2. as escansões dos tratamentos; e 3. o cotejamento entre o diagnóstico do DSM e o psicanalítico. Após a discussão do caso, constrói-se uma compilação de dois quadros: 1. a sinopse da história concreta do sujeito; e 2. o prognóstico dos possíveis projetos de vida, com as hipóteses correspondentes. Desse modo, podem-se confrontar as posições subjetivas observadas nas narrativas com os acontecimentos observados no período de tratamento do sujeito sob transferência.

Ao discutir especificamente a construção do caso clínico no campo da saúde mental, Viganò (1999) remonta a origem etimológica do caso clínico. A palavra “caso” vem do latim *cadere*, cair, e a palavra “clínica” vem do grego *kline*, leito. Trata-se, assim, de um encontro no leito, com o corpo de um paciente, com o sujeito, e isso envolve algo que cai, que não se pode prevenir ou evitar, um encontro com o real, fora do simbólico. É importante destacar que na construção do caso não se trata do sujeito em si, mas dos elementos do discurso do sujeito que “caem”, daquilo que vamos recolher de seu discurso e que aponta para sua posição subjetiva, para sua relação singular com o objeto e com o Outro, para seu modo de gozo.

Especificamente na clínica com pacientes psicóticos, o retorno no real do que foi foracluído no simbólico, na forma de fenômenos elementares, evidencia uma insuficiência da observação dos fenômenos para o diagnóstico e o tratamento do sujeito, de modo que Lacan

(1955-56/1985a) afirma: “Do ponto de vista que nos guia, não temos essa confiança *a priori* no fenômeno (...) o ponto de partida da ciência moderna é não se fiar nos fenômenos e procurar atrás algo de mais subsistente que o explique” (p.166). Essa mudança do paradigma fenomenológico para o paradigma estrutural, proposta por Lacan em seu primeiro ensino, indica que na clínica da psicose deve-se, então, considerar as construções realizadas pelos sujeitos que ocorrem fora da comunicação e do simbólico como forma de sair do automatismo e de romper com a simbiose com o Outro.

Em relação à construção do caso na clínica da neurose, há de se fazer uma distinção importante entre a construção e a interpretação. Enquanto a interpretação se refere a algo pontual, qual seja, a interpretação do sintoma, a decifração de uma mensagem velada, inconsciente, a construção tem um maior alcance, na medida em que se propõe arranjar os elementos do discurso e partilhar os elementos de cada caso em um trabalho conjunto, para que seja definida uma conduta específica para cada caso (Figueiredo, 2004).

Viganò (1999) afirma que se, por um lado, a interpretação corresponde a uma operação simbólica que “visa extrair o real do gozo pela via dos significantes” (p.43), a construção não se refere aos significantes, e sim ao furo, o furo da falta que causa o desejo. A construção precede, logicamente, ao ato clínico, na medida em que “concerne a todo o movimento que caracteriza o tempo para compreender” (Viganò, 1999, p.43), mas isso não barra o analista de fazer cortes ou intervenções. O tempo para compreender se refere ao tempo para a construção do diagnóstico inicial, que consiste em um trabalho que considera a transferência, o sintoma e a demanda.

Outro ponto importante a ser abordado é a diferença entre a construção do caso clínico e a discussão do caso. Na discussão do caso clínico, o discurso do saber constituído norteia a investigação. O objetivo é investigar as causas, as formas de apresentação e a intensidade dos sintomas a fim de eliminar a sintomatologia da doença. Na construção do caso clínico, de modo contrário, parte-se do princípio do não saber, considera-se que a equipe que acompanha o paciente nada sabe a seu respeito, e que, assim, a história do sujeito será construída. O enfoque é sobre o saber do paciente, e não sobre o do técnico. Desse modo, busca-se deslocar o sujeito dentro do discurso, reativar sua relação com o Outro para que a localização de pontos importantes na história do sujeito, como a desestabilização, o desencadeamento e a repetição, possam nos orientar a respeito da direção do tratamento. O objetivo é intervir na relação do sujeito com o Outro e em seu modo de gozo, possibilitando alguma mudança subjetiva.

Viganò (2003a) assinala que a construção de um caso clínico é anterior à demanda do paciente, ao encontro com o próprio paciente, na medida em que decorre da relação com as doenças precedentes e com os textos teóricos que preparam o trabalho de construção e também da escuta que se estende além das palavras enunciadas; “a construção, então, não está mais apenas a serviço da interpretação, mas também das representações sociais e daquilo que é posto em jogo e que leva o sujeito a separar-se dele” (p.48). Por outro lado, a interpretação, por ser uma operação simbólica que visa a decifrar os significantes recalcados atualizados na transferência, transforma o trabalho analítico em um trabalho de construção; “a interpretação é o efeito (mudança de discurso) de um duplo movimento: o tempo para compreender da construção e o momento de concluir da escansão no discurso” (Viganò, 2003a, p.48).

Contudo, se, no tratamento de sujeitos neuróticos, o dispositivo analítico possibilita a decifração e a interpretação do inconsciente, que se manifesta por meio dos atos falhos, sonhos, sintomas, na psicose, por não haver a operação do recalque⁴, Freud localiza um impasse e mesmo um limite em relação à transferência e ao tratamento desses sujeitos.

2.1.1 Considerações sobre a transferência e a direção do tratamento

Em “Sobre o início do tratamento”, Freud (1913/1996u) pontua que somente após o estabelecimento da transferência é que os analistas devem começar a interpretar e a trabalhar no processo de tornar consciente o inconsciente. Freud (1912/1996a) define a transferência como uma (re)atualização de sentimentos à pessoa do médico, que pode aparecer como uma apaixonada exigência de amor, sob formas mais moderadas ou sublimadas. Essa seria a transferência positiva ou afetuosa. Contudo, a transferência também pode aparecer como resistência ao tratamento quando ocorre a transferência negativa ou a transferência positiva de impulsos eróticos recalcados. A transferência torna possível, assim, o surgimento de significantes recalcados na cena analítica.

Apesar de a transferência ser descrita como uma entre outras “regras técnicas”, Freud afirma que ela constitui o primeiro objetivo do tratamento, na medida em que possibilita “ligar o

⁴ Freud (1905/1996r) define o recalque como uma repressão tão forte da sexualidade que cria obstáculos para que o sujeito a exerça livremente: “as excitações continuam a ser produzidas como antes, mas são impedidas por um obstáculo psíquico de atingir seu alvo e empurrada para muitos outros caminhos, até que consigam se expressar como sintomas” (p.224).

paciente a ele e à pessoa do médico” (Freud, 1913/1996u, p.154), e que “é o mais poderoso móvel de seu progresso” (Freud, 1916-17/1996j, p.444).

No entanto, Freud (1912/1996a) assinala que, no caso de pacientes psicóticos, há uma limitação em relação à transferência e ao tratamento: “onde a capacidade de transferência tornou-se essencialmente limitada a uma transferência negativa, como é o caso dos paranoicos, deixa de haver qualquer possibilidade de influência ou cura” (p.118).

Essa afirmação nos permite questionar: existe, então, transferência na psicose? É preciso compreender que essa afirmação de Freud é decorrente da concepção da análise como um processo de uma modificação psíquica que promove a passagem do inconsciente para o consciente ao remover o conteúdo recalcado e preencher as lacunas de memória. Então, é somente ao seguir esse modelo de tratamento baseado na neurose que Freud (1916-17/1996l) considerava a paranoia e a demência precoce como “casos completamente inadequados ao método psicanalítico” que “excluiríamos com base em nossa atual visão das indicações para tratamento” (p.458).

Faz-se importante destacar que, para Freud, o paradigma do tratamento analítico era a neurose. O trabalho terapêutico consistia, assim, na retirada da libido dos sintomas e sua colocação na transferência para depois liberar a libido fixada no sintoma. Nesse contexto, a interpretação dos sonhos era importante no tratamento analítico, pois em estado de sono ocorria um afrouxamento do recalque, o que permitia que conteúdos inconscientes fossem revelados. Tratava-se de um trabalho clínico, analítico, em que, a seu final, a transferência deveria estar totalmente resolvida, e as resistências internas, superadas.

O que Freud considerava, então, como “o término de uma análise”? Para ele, quando o paciente não sofresse mais de seus sintomas, angústias e inibições, e o analista julgasse que o conteúdo recalcado tivesse se tornado consciente, que as resistências internas tivessem sido vencidas, e que o processo patológico não devesse se repetir, é que se podia falar em término de uma análise. Contudo, Freud (1937/1996c) defendia que, em vez de o psicanalista questionar como se dava a cura pela análise, ele deveria se interrogar sobre os obstáculos que se colocavam no caminho da cura. Ou seja, Freud nos ensina que a pergunta que guia o analista no tratamento deve ser sobre a satisfação, ou do gozo, que se obtém com o sintoma, que faz com que surjam os mecanismos defensivos e a resistência ao tratamento.

Ao tecer considerações sobre a direção do tratamento, Lacan (1958/1998a) enfatiza que o segredo da análise deve ser buscado no manejo da transferência. Esse manejo inclui tanto o sujeito quanto o analista, que “paga” com palavras e também com sua pessoa ao emprestá-la como suporte de fenômenos que ocorrem na transferência. Ele assinala que o analista dirige o tratamento, mas não dirige o paciente, e que “cura menos pelo que diz e faz do que por aquilo que é” (Lacan, 1958/1998a, p.593). Lacan apresenta, assim, nesse texto, uma nova leitura da posição do analista na transferência em relação a Freud, na medida em que afirma que o lugar do sentimento do analista é o do morto, e que ele deve ocupar o lugar de falta-a-ser. Ao afirmar que “é realmente na relação com o ser que o analista tem de assumir seu nível operatório” (Lacan, 1958/1998a, p.621), Lacan apresenta a questão do desejo do analista como fundamental na transferência. No lugar de falta-a-ser que o analista traz à cena é que pode surgir o desejo, desejo que surge para-além da demanda do paciente:

O desejo é aquilo que se manifesta no intervalo cavado pela demanda aquém dela mesma, na medida em que o sujeito, articulando a cadeia significante, traz à luz a falta-a-ser com o apelo de receber seu complemento do Outro, se o Outro, lugar da fala, é também o lugar dessa falta (Lacan, 1958/1998a, p.633).

A análise não é um lugar, portanto, em que está em jogo somente o desejo do sujeito, mas também o desejo do analista, que dá sua presença ao implicar sua escuta e promover a condição de fala. O analista deve ouvir sem se forçar a compreender ou a interpretar. Assim, não se trata somente de interpretar, decifrar as repetições inconscientes dos significantes, mas de considerar a transferência como uma forma específica de resistência ao tratamento e reinventar a análise como um espaço em que se possa produzir algo novo.

Lacan reafirma o que Freud (1913/1996u) disse em “Sobre o início do tratamento”, que é necessário que se estabeleça a transferência para que, então, se possa interpretar. Ele define, portanto, a direção do tratamento como um processo que respeita a dinâmica pulsional e as estruturas clínicas, “que vai da retificação das relações do sujeito com o real, ao desenvolvimento da transferência, e depois à interpretação” (Lacan, 1958/1998a, p.604).

Lacan (1958/1998a) pontua, assim, algumas premissas que estão presentes na direção do tratamento analítico: 1. a fala tem na análise todos os poderes; 2. está-se longe de dirigir o sujeito para a fala plena ou o discurso coerente, o sujeito é livre para se experimentar nisso; 3. há uma dificuldade grande em se tolerar essa liberdade; 4. o analista não satisfaz a demanda do paciente;

5. o sujeito é dirigido para a declaração de seu desejo; 6. a resistência à declaração do desejo vem da incompatibilidade entre o desejo e a fala.

É importante destacar que o desejo do analista é um significante novo na transferência, cunhado por Lacan para distingui-lo do que Freud colocava do lado do analista, a contratransferência. Em *O Seminário, livro 8: a transferência*, Lacan (1960-1961/1992a) traça a diferença entre a contratransferência e o desejo do analista ao afirmar que enquanto a contratransferência está no campo do imaginário, no registro imaginário das paixões, dos sentimentos positivos ou negativos que o analista pode ter pelo paciente, o desejo do analista se localiza no registro simbólico, na função de morto que o analista opera. Contudo, a função do analista não se reduz ao registro simbólico. Para que possamos entendê-la, é preciso considerar a presença do real na experiência analítica, a presença de algo inominável, irreduzível ao simbólico. Esse real em jogo na experiência analítica é que causa o desejo do analista, de modo que Lacan (1960-61/1992a) afirma que em relação à transferência “parece-me que não é possível compreendê-la fora do registro daquilo que apontei como o lugar de *a*, o objeto parcial, o *agalma*, na relação de desejo” (p.194). Se, do lado do sujeito, sua relação com objeto *a* “constitui a fantasia fundamental, como o que instaura o lugar onde o sujeito pode se fixar como desejo”, do lado do analista o objeto *a* caracteriza a parte faltosa (Lacan, 1960-61/1992a, p.194).

Em “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, Lacan (1967/2003c) define o lugar do analista em função dessa parte faltosa, como suposto saber “eixo a partir do qual se articula tudo o que acontece com a transferência” (p.253). Para ele, o amor de transferência vai além do pai, a transferência é amor que se dirige ao saber.

Desse modo, Lacan assinala que na transferência não se trata somente do analisante e do analista, há um terceiro elemento em jogo, o sujeito suposto saber. Diante do analista como falta, forma vazia, o paciente lhe supõe um saber sobre o sem sentido de seu sintoma. Lacan (1967/2003c, p.253) elabora, assim, o matema da transferência: um significante do analisante (S), o significante da transferência, ao se dirigir a um significante qualquer, particulariza o analista (S^d), o que produz como significado, abaixo da barra, um sujeito (s) articulado aos significantes do saber inconsciente. Ou seja, o sujeito apresenta ao analista o significante de sua demanda, que se torna significante da transferência quando tem a certeza de que o vazio de significado do sintoma significa algo. O analisante supõe, assim, que exista no analista uma série de

significantes (S_1, S_2, \dots, S_n) que podem responder ao vazio de significado de seu sintoma. Essa é a condição para que se estabeleça o sujeito suposto saber:

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s(S^1, S^2, \dots, S^n)}$$

Figura 1 - O matema da transferência
Fonte: Lacan (1967/2003c, p.253)

Miller (1987) destaca que o sujeito suposto saber é uma função inédita do analista que Lacan apresenta como um fundamento da transferência. Miller (1987) distingue o sujeito suposto saber dos fenômenos que se produzem na experiência analítica descritos por Freud, qual seja, a transferência com valor de repetição, de resistência e de sugestão, que são equivalentes à transferência-amor. Freud apresenta nesses termos – repetição, resistência e sugestão – uma explicação da transferência em sua dimensão imaginária. Por outro lado, Lacan promove um deslocamento do fenômeno imaginário como pivô na transferência para o sujeito suposto saber, que implica tanto o registro simbólico quanto o real.

Miller (1987) localiza, assim, o sujeito suposto saber como o fundamento transfenomênico da transferência, de modo que, para além dos fenômenos imaginários da transferência, há de se prestar atenção na estrutura da situação analítica. Segundo essa estrutura, o analista tem o lugar de ouvinte, e “sua resposta, seu aval, sua interpretação decidem o sentido do que é dito” (Miller, 1987, p.72). Desse modo, o analista tem a função de garantir a experiência analítica sem encarnar o sujeito suposto saber; ele deve deixar que o paciente realize um trabalho, e, considerando a responsabilidade do ato, da interpretação, não tratar de “decifrar tudo”, mas de “medir exatamente o poder de cada uma de suas palavras” (Miller, 1987, p.88).

Lacan (1964/1985b) considera a transferência como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, ao lado do inconsciente, da repetição e da pulsão, e a define como “a atualização da realidade do inconsciente” (p.139), da realidade sexual. A transferência permite visualizar o inconsciente na própria atualidade da sessão. Por isso mesmo, o analista só deve interpretar após a transferência ter se estabelecido. Da mesma forma, ele assinala que a transferência é ao mesmo tempo obstáculo à rememoração e presentificação do fechamento do inconsciente, e, para nos esclarecer como isso ocorre, ele utiliza o esquema da *nassa*:



Figura 2 - Esquema da nassa
Fonte: Lacan (1964/1985b, p.138)

O orifício da *nassa* representa a abertura e o fechamento em uma pulsação temporal que dá acesso ao inconsciente. Quando algo desempenha a função de obturar esse orifício, ou seja, quando a transferência se apresenta como obstáculo à rememoração, há um fechamento do inconsciente, e a comunicação do inconsciente fica interrompida. O que causa o fechamento do inconsciente pela transferência é justamente “o objeto *a*, chupado, aspirado, ao orifício da *nassa*” (Lacan, 1964/1985b, p.138). Lacan (1964/1985b) toma a definição de Freud sobre o objeto da pulsão – objeto de desejo, buscado eternamente pelo sujeito, sem nunca se satisfazer, posto que está para sempre perdido – para alçá-lo ao estatuto de objeto causa de desejo, e o nomeia como objeto *a*. O objeto *a* como causa de desejo possibilita a circulação na cadeia de significantes. Se a pulsão contorna, bordeia o objeto *a*, que é inapreensível, isso explica o movimento da pulsão em função de sua não satisfação.

Essa definição da transferência como obstáculo à rememoração e presentificação do fechamento do inconsciente nos aponta, conforme assinala Miller (1987), para a profunda ambiguidade da transferência, na medida em que a análise só é possível por causa da transferência, ou seja, pela possibilidade de repetição inconsciente, e apesar da transferência, na medida em que se identifica com a resistência.

Em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964/1985b) destaca, ainda, que a relação de um a outro que se instaura na análise não é recíproca nem simétrica. Se, por um lado, o paciente procura a verdade, do outro o analista ocupa o lugar de suposto saber. Lacan apresenta, assim, uma novidade no que diz respeito às formulações que dizem respeito à relação do sujeito com o Outro, remontando à sua constituição.

Segundo ele, essa relação teria origem na hiância. Essa formulação lhe permite dar um passo para além do Édipo freudiano, na medida em que se trata de um novo modo de pensar o furo, não somente aquele instaurado pela castração – o furo simbólico causado pela intervenção da lei paterna que incide sobre o gozo materno retirando o sujeito da posição de objeto de desejo da mãe. Lacan nos apresenta um furo anterior ao da castração; esse furo anterior é causado pelo real da linguagem, decorrente de algo que o sujeito perde ao nascer; daí advém a formulação do objeto como causa de desejo.

A figura do arco e da flecha é utilizada por Lacan (1964/1985b) para que possamos visualizar a hiância, o furo, representado pelo objeto pequeno a , e o movimento realizado pela pulsão para se satisfazer, sempre parcialmente, nas bordas erógenas. A flecha é a pulsão que contorna o arco. O arco representa um cavo, um vazio, o objeto pequeno a . Essa figura revela o vaivém fundamental em que a pulsão se estrutura. Por isso, a satisfação pulsional é sempre parcial, porque contorna o furo. Ou seja, algo está perdido desde sempre, de modo que a recuperação do objeto perdido, a satisfação total, é impossível.

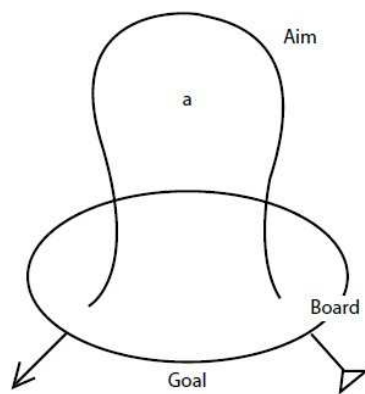


Figura 3 - A figura do arco e da flecha
Fonte: Lacan (1964/1985b, p.169)

Lacan (1964/1985b) defende que o que existe de comum entre a pulsão e o inconsciente é a hiância: “a pulsão é precisamente essa montagem pela qual a sexualidade participa da vida psíquica, de uma maneira que se deve conformar com a estrutura de hiância que é a do inconsciente” (p.169). Tanto o inconsciente quanto a pulsão funcionam segundo uma estrutura de borda e de pulsação – abertura e fechamento –, representada por meio do losango $\langle \rangle$ presente no matema da demanda $\$ \diamond D$ e no matema da fantasia $\$ \diamond a$. Tais matemas nos permitem visualizar o

que Lacan definiu como “comunidade topológica” entre sexualidade e inconsciente. O matema da demanda revela a relação do sujeito com o desejo do Outro. Em relação ao matema da fantasia, trata-se da relação do sujeito dividido com o objeto, localizada no campo da pulsão. Por ser marcado por uma hiância, o matema da fantasia revela a satisfação sempre parcial que o sujeito obtém na relação com o objeto.

Desse modo, diferente da perspectiva freudiana, que considera o Édipo como o momento inaugural de formação do sujeito do inconsciente, a partir de algo que se perde, Lacan coloca a existência de uma perda que é anterior à castração, que o vivo perde por ser um ser sexuado. Para desenvolver essa tese, ele nos apresenta o mito da lâmina, da libido como órgão, em oposição ao mito de Aristófanes de Platão – que se refere à busca pelos sujeitos de seu complemento no outro, na outra metade perdida, sua metade sexual. O mito da lâmina, de modo contrário, demonstra que o sujeito não busca alguém que o complete, e sim a parte para sempre perdida de si mesmo, que o sujeito perde ao entrar no campo da linguagem, logo, impossível de se recuperar.

Segundo Lacan (1964/1985b), a relação do sujeito ao Outro se engendra, assim, em um processo de hiância, circular e dissimétrico. Para esclarecer como o sujeito se constitui no campo do Outro, Lacan se utiliza das operações de alienação e separação. A constituição subjetiva se inicia, em um primeiro momento, a partir do processo de alienação, ou seja, da identificação do sujeito (eu) com um ideal. Essa identificação precipita a possibilidade de um reconhecimento primitivo de si como indivíduo e unidade psíquica. Lacan utiliza a teoria dos conjuntos a fim de elucidar a lógica presente na operação de alienação. A alienação se funda na reunião, em que, não importa o que se escolha, há por consequência um nem um nem outro. Parte-se, então, de dois conjuntos: o do ser (sujeito) e o do Outro (sentido). O sujeito deve escolher entre o ser ou o sentido. Se escolher o sentido, que remete ao Outro da linguagem, ele se constitui como tal, como dividido, sujeito do inconsciente. Mas, se escolher ser, ou seja, não se alienar ao campo do Outro, não se constitui como sujeito. Desse modo, independente da escolha, sempre se perde algo.

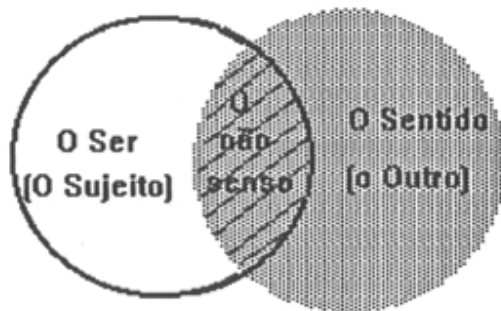


Figura 4 - A relação do sujeito ao Outro (Alienação e Separação)
 Fonte: Lacan (1964/1985b, p.200)

Lacan utiliza a metáfora de Hegel – a bolsa ou a vida – para esclarecer a operação de alienação. Trata-se da escolha que o sujeito tem de fazer entre a vida e a morte; assim, “se escolho a bolsa, perco as duas. Se escolho a vida, tenho a vida sem a bolsa, isto é, uma vida decepada” (Lacan, 1964/1985b, p.201). A experiência de alienação caracteriza, então, uma “dependência significativa ao lugar do Outro” (Lacan, 1964/1985b, p.196). Essa petrificação do sujeito é correlata a seu desaparecimento nomeado como *afânise* ou *fading* do sujeito.

De modo contrário, a operação de separação se funda na interseção, ou produto, em que a circularidade da relação entre o sujeito e o Outro tem fim. O que possibilita a separação é o furo nessa relação de interseção, que surge a partir do encontro com o desejo do Outro, com a falta do Outro, que revela ao sujeito um Outro barrado, e que permite ao sujeito sair do lugar de objeto e assumir a condição de sujeito desejante.

Essas formulações, que desenvolvem a questão da hiância, de um furo anterior à castração, introduzem a dimensão do objeto *a* como causa de desejo e abrem o campo para que possamos pensar no real, para além do simbólico e do imaginário, que está em jogo na constituição do sujeito, na relação do sujeito com o Outro e nas formações sintomáticas.

Lacan (1968/2008) aprofunda a análise sobre a questão do lugar do analista em função do campo do Outro e do objeto *a* em *O Seminário. Livro 16: de um Outro ao outro*. No capítulo sobre os “paradoxos do ato psicanalítico”, ele apresenta as formulações a respeito das relações entre o sujeito e Outro, do objeto *a* e do lugar do analista ao colocar as implicações do ato analítico para a condução do tratamento. Enquanto do lado do analisante se localizam o desejo e a verdade, do lado do analista se situam o Outro do saber e objeto *a*. Lacan (1968/2008) afirma que o ato psicanalítico “apresenta-se como uma incitação ao saber. A regra dada ao analisante implica que ele pode dizer tudo o que quiser (...). Se podemos confiar nele nessa empreitada, é por causa

de algo que está aí (...) existe o Outro, o Outro que sabe o que isso quer dizer” (p.333). Na análise, trata-se, então, de “confiar nesse Outro como o lugar em que o saber se institui, no sujeito suposto saber” (Lacan, 1968/2008, p.334). Por isso é que Lacan (1968/2008) afirma que é o analisante que “*banca* o psicanalista” (p.340, destaque do autor), banca aquele que garante o sujeito suposto saber.

É no nível do saber, portanto, que o analista pode intervir com uma interpretação que se articula como saber e visa a um efeito, efeito que a interpretação torna possível como sua verdade, localizada do lado do desejo, da divisão do sujeito. Lacan (1968/2008) pontua que “somente a repetição é interpretável na análise” (p.338), ou seja, somente o que se repete em termos de gozo é passível de interpretação, enquanto “o ininterpretável na análise é a presença do analista” (p.338). A transferência se localiza, assim, entre o saber e a verdade, no campo próprio de uma produção. O analista, ao término dessa operação de incitar ao saber e conduzir à verdade, promove um esvaziamento do objeto *a*, de modo que ele próprio passa a representar esse objeto esvaziado, “o analista cai, ao se tornar, ele mesmo, a ficção rejeitada” (Lacan, 1968/2008, p.336).

O analista conduz à verdade ao se fazer causa do desejo do analisante. Ao se fazer de objeto *a*, o analista institui, portanto, como experiência analítica a histerização do discurso. O discurso da histórica, que se estrutura sob a forma do sintoma, conduz ao saber, confere um saber no Outro, analista, e promove do lado do sujeito uma produção de significantes por associação livre. O analista interpreta justamente esses significantes que se repetem, que se articulam por representar um sujeito para outro significante. Contudo, Lacan se questiona sobre o que é demandado ao psicanalista. Se o analista, no início do tratamento, diz para o sujeito dizer qualquer coisa, o que lhe vier à cabeça, e que seja lá o que o sujeito fale isso vai sempre dar em alguma coisa, Lacan (1969-70/1992b) afirma que “é ele que o analista institui como sujeito suposto saber” (p.50); de modo que o que se espera do analista é que ele faça funcionar seu saber em termos de verdade “É lá onde estava o mais-de-gozar, o gozar do outro, que eu, na medida em que profiro o ato analítico, devo advir” (p.50).

Desse modo, tanto Freud quanto Lacan nos ensinam que a posição do analista em relação à construção do caso clínico é a de tratar cada caso como se fosse o primeiro, sem cair no erro de aplicar um saber pré-constituído, e é isso que orienta o analista em relação à construção de uma direção do tratamento.

2.1.2 A dimensão singular do caso clínico

Viganò (2010) apresenta o caso clínico de Elle para demonstrar como a dimensão singular do caso clínico nos ensina sobre a relação sujeito-Outro-corpo em psicanálise. O analista se encontra com a paciente em uma residência terapêutica, na qual Elle passa a residir aos vinte anos. Em sua história de vida, há o relato de que ela começa a falar e a controlar os esfíncteres tardiamente. Aos quatro anos, por conta de um comportamento difícil de controlar, a mãe a leva ao psiquiatra, que a diagnostica com “distúrbio de personalidade *borderline*”. Elle apresenta problemas de socialização ao longo da infância, e ideação suicida e comportamento anoréxico aos treze anos. Aos dezesseis anos começam as internações psiquiátricas. Contudo, com a entrada do analista em cena, partindo da premissa da clínica da transferência e não da cura, foi possível promover efeitos terapêuticos diferentes das práticas anteriores (cognitivistas e farmacológicas). Na contramão de um movimento comum da equipe em aceitar um dos pedidos da paciente – “sussurros” – e a patologização de um segundo pedido – “lambidinha” –, o analista descongela esses dois significantes estereotipados por meio de um chiste: “mas quem me disse que você se lavou nos últimos vinte dias?” ou “quer sussurros e faz um vozerio que se ouve em toda a Residência Terapêutica!”. Viganò (2010) assinala que essas duas letras de gozo promoveram efeitos terapêuticos rápidos para a paciente, que passou a apresentar comportamento e humor mais estáveis, a frequentar grupos e a exercer um trabalho remunerado.

Figueiredo (2004) destaca que o analista que trabalha com a saúde mental em instituições deve entender que a construção do caso clínico é um trabalho “coletivo”, de recolher da clínica os elementos do discurso do sujeito que serão os indicadores para seu tratamento, “com os quais se fará a construção do caso, entendendo que ela é sempre parcial, visa dar direções para determinada intervenção ou ação da equipe, sendo passível de revisão na medida dos acontecimentos” (p.83). A autora descreve um método desenvolvido para a construção de caso baseado nos binômios: 1. História ↔ Caso: o relato clínico que se apresenta rico em detalhes, cenas e conteúdos é a história. O caso é produto do que se extrai das intervenções do analista na condução do tratamento e do que é decantado de seu relato; 2. Supervisão ↔ Construção: ao contrário da supervisão, a construção não se encerra ao término da sessão, ela continua e remete-se ao pesquisador/analista que apresentou o caso, a fim de que o analista se reapropriar do saber na condição de pesquisador; 3. Conceitos ↔ Distinções: colocam-se em questão os conceitos

fundamentais da psicanálise a cada passo, e algumas distinções emergem como fundamentais para a condução do caso.

Guimarães (2008) acrescenta que algumas considerações preliminares devem ser tomadas como guia para se pensar a construção de um caso clínico em psicanálise: 1. que a psicanálise é uma clínica, e não restritamente uma teoria; 2. que essa clínica não existe sem a formalização teórica; 3. que a psicanálise consiste em uma articulação íntima entre o real da experiência e a teoria relativa a esse real. Assim, faz-se necessária uma articulação entre a formalização teórica e a posição analítica para que a clínica ocorra. Os dados clínicos devem ser lidos mediante os instrumentos conceituais da psicanálise, de modo que a direção de tratamento para cada caso possa ser reformulada a cada consulta.

A autora cita alguns norteadores para a construção do caso clínico em psicanálise com base no caso de Karine, publicado sob o título “Sou gorda” (Guimarães, 2007), e em algumas formalizações teóricas propostas por Solano-Suarez (2007) a partir desse caso clínico. Ainda que esses norteadores tenham sido pensados a partir da singularidade do caso clínico de Karine, podemos nos servir deles para pensarmos a construção dos casos clínicos de Pedro e Clarice, que serão apresentados a seguir, principalmente em relação aos quatro primeiros norteadores, referentes às condições de abertura para o ato analítico, o modo de suplência na estrutura, a estratégica e a tática do analista na transferência.

O primeiro norteador apresentado por Guimarães (2008) é em relação às condições de abertura para o ato analítico. Ela pontua que se trata, inicialmente, de localizar na demanda do sujeito sua parceria-sintomática com o Outro: Como o sujeito se impõe ao Outro em sua demanda? Como exige que o Outro o receba como parceiro-sintoma? Qual foi o fator mobilizador da demanda? Em que circunstâncias esse fator emergiu? Desde quando? Essas perguntas permitem que o analista possa delimitar o ponto de desestabilização da estrutura.

No caso de Karine, especificamente, Guimarães (2008) relata que a paciente chega à análise impondo uma restrição à maneira como a analista deverá operar com ela, pois há mais de cinco anos havia iniciado uma análise na qual só pôde suportar permanecer em torno de quatro ou cinco meses, pois se sentia encurralada com o modo de intervenção do analista e com o fato de fazer as sessões deitada no divã. Em função disso, passou a sofrer de uma doença psicossomática que precipitou sua saída. Quanto ao motivo de fazer análise, Karine diz: “vim porque sei que preciso muito fazer análise”, “sempre precisei” (Guimarães, 2008, p.75).

Em relação à análise anterior, delimitou-se que a demanda de atendimento era um questionamento sobre gostar ou não do namorado. Contudo, ela não chegou a uma resposta para essa pergunta, ou melhor, abandonou esse modo de enunciar sua questão quando interrompeu aquela análise. Fez um *acting out*: decidiu noivar e, a partir daí, a questão sobre o amor se inverteu, passou a enunciar que não tinha certeza se o namorado verdadeiramente a amava. Pode-se localizar, então, que o ponto de desestabilização de sua estrutura situava-se no campo do amor.

O segundo norteador é o modo de suplência. Passado o momento inicial, de abertura para o ato analítico, cabe ao analista examinar o estatuto da suplência na estrutura, interrogando a consistência das identificações centrais nos três registros: com que recursos simbólicos, imaginários e fantasmáticos o sujeito conta para sustentar seu ser no campo do Outro, como o sujeito se faz ser para o Outro?

No caso de Karine, o modo de suplência presente no nó de amarração da estrutura opera por meio da estratégia do eu, do eu como absoluto, não aceitando a falta nem o intervalo no qual pudesse emergir o enigma do desejo do Outro. A prevalência do eu em sua parceria-sintomática permite verificar que esse sujeito não dispõe de um lastro firme do pai. Desse modo, não dispõe de ferramentas para fixar solidamente no registro simbólico uma identificação com o Ideal do Outro – I(A), como resposta ao enigma do desejo do Outro.

Guimarães (2008) afirma que, para esse sujeito, lhe restou um lastro de gozo fixado na posição de objeto da demanda da mãe, que lhe fornecia uma consistência de ser de gozo como dejetivo do Outro, recoberta pela estratégia do eu imaginário. Isso não permite assegurar que esse sujeito tenha constituído na amarração da estrutura um recurso fantasmático para a parceria sexual com o Outro, uma vez que se mantém distante da dimensão do desejo do Outro.

O terceiro norteador é a estratégia do analista na transferência. Como a transferência não se interpreta, uma vez que se apresenta em ato, fora do recurso da palavra e do estatuto simbólico, o analista pode, também, pelos atos, promover efeitos terapêuticos. Desse modo, a analista, ainda na primeira entrevista com Karine, acolheu imediatamente sua demanda, fazendo-se dócil à sua demanda, para poder ocupar em sua subjetividade a função de parceiro-sintoma.

O quarto norteador é a tática utilizada pelo analista. Nesse ponto, segundo Guimarães (2008), cabe ao analista estar atento à relação do sujeito com o Outro e com o objeto para que possa eleger as estratégias e táticas a serem utilizadas. No caso de Karine, observou-se que ela não suportava que fossem deixadas abertas questões que tocassem em sua posição subjetiva

central em relação ao Outro. Assim, a analista utilizou a “atuação dirigida”, pois a paciente sempre atuava quando não se sentia segura de sua resposta a fim de introduzir fendas em seu discurso, mas de modo sutil e de forma que a paciente pudesse suportá-las. A analista se valeu, também, da pontuação no campo da palavra em vez da interpretação como enigma em função da precariedade dessa neurose, e, assim, um tecido simbólico passou a ser constituído.

O quinto norteador trata da localização do imperativo do supereu na estrutura psíquica. No caso de Karine, ela tinha uma relação singular com o dinheiro que revelava seu modo de gozo. Ela trabalhava muito, tinha um salário bom, mas nunca tinha dinheiro, o que a fazia pedir empréstimos à mãe. Por meio da dívida, ela introduzia a falta na mãe: no bolso da mãe, faltava o dinheiro que ela deve. Contudo, ela entrou no infernal circuito superegoico da dívida, o que explicava sua sujeição extrema aos imperativos de gozo e sua compulsão em relação à comida.

Com base nessas observações, a analista estabeleceu uma nova estratégia na transferência ao permitir que a paciente ficasse em dívida com ela (ao não pagar as sessões de análise), em vez de ficar em dívida com a mãe. Assim, fez-se com que a falta se inscrevesse do lado da analista, e não mais da mãe. Desse modo, foi possível observar efeitos terapêuticos no caso quando esse imperativo superegoico mortificante foi apaziguado.

O sexto norteador é a localização do modo de defesa privilegiado no funcionamento pulsional do sujeito. Uma fala de Karine foi pinçada pela analista: “sou gorda, feia, nenhum homem vai me querer” (Guimarães, 2008, p.80). Essa frase, repetida em bloco, imutável, funcionava como uma significação absoluta, com a qual ela se identificava. A fim de romper a consistência de nó da defesa fundamental, sempre que Karine repetia em seus ditos “sou gorda, feia, nenhum homem vai me querer”, a analista perguntava, de modo insistente: “quem lhe disse isso?”. Assim, a analista introduzia uma questão sobre essa frase axiomática, sem enunciar o nome de gozo, mas promovendo uma escansão sobre esse nome de gozo, indicando que esse nome é dado pelo Outro.

O sétimo norteador é a localização da função materna e paterna no caso clínico, como funções operativas na estrutura do sujeito. Tais funções podem ser imaginárias – o Outro como onipotente absoluto –, simbólicas – o Desejo da Mãe e o Nome-do-Pai, operadores da significação fálica – e funções de gozo. No caso de Karine, a posição da analista, sustentada na transferência, e a possibilidade de que a paciente devesse à analista, e não mais à mãe, teve como efeito a redução da onipotência da mãe como Outro da demanda. Por outro lado, o estatuto do pai

foi sendo modificado, passando de uma forte consistência imaginária para dar lugar gradativamente a seu estatuto simbólico.

O oitavo norteador é o foco central do caso clínico. Os norteadores descritos para a construção do caso clínico interessam para ordenar a apresentação do caso de acordo com o foco epistêmico central considerado. Guimarães (2008) assinala que a seleção dos dados a serem trabalhados em cada caso clínico deve ter como ponto de mira a demonstração de uma hipótese, a abertura de uma questão.

Desse modo, as considerações apresentadas sobre a construção do caso clínico em psicanálise apontam para a importância da transferência e de uma clínica que inclua o real na análise como guia para a direção do tratamento. Mas, sobretudo, evidenciam que cada caso clínico deve ser tomado em sua singularidade, e isso é o que permite que se torne paradigmático. Quando consideramos aqui a singularidade, não se trata apenas do sujeito, mas também da figura do analista, singularidade como efeito transferencial. Ou seja, um caso clínico só se constrói nessa relação.

Em relação ao destaque dado à dimensão singular do caso clínico, faz-se importante tecer algumas considerações sobre a marca do caso. A marca do caso, *le trait du cas*, é um dispositivo de construção do caso clínico formulado por Lacan na quarta capa do primeiro número da revista *Scilicet*, de 1968, e retomado por Dumézil e Brémont (2010). A marca do caso é um dispositivo sobre a prática proposto para dar conta tanto da elaboração teórica de casos clínicos quanto da formação de analistas. Ele se articula em três tempos: 1. o primeiro tempo é o do seminário, da exposição de uma pergunta, fragmento, entrevista ou de um traço isolado do caso; 2. o segundo tempo é o do cartel, ou grupos de estudos que possam desenvolver teoricamente o que foi apresentado; 3. o terceiro tempo é o da passagem ao público, ou seja, a transmissão.

A marca do caso permite explorar a relação que cada analista tem com o saber inconsciente. Não é uma apresentação de caso nem um estudo de caso, como se pode fazer em psicopatologia, pois a marca do caso toma o inconsciente e a transferência como fundamentais na construção do caso clínico. Como assinala Dumézil e Brémont (2010): “a marca do caso é uma invenção da psicanálise, em ambos os sentidos do termo, ativo (o que ela inventou) e passivo (o que é inventado)” (p.124).

A marca do caso possibilita, assim, a passagem do caso do campo privado para o campo público; é uma forma de transmissão da psicanálise que traz à cena a fala de um sujeito em que

algo do real é pinçado, qual seja, uma relação singular do sujeito com o Outro ou com o objeto de gozo, mas que somente um terceiro pode distinguir.

Dumézil e Brémond (2010) assinalam, ainda, que a marca do caso tem relação com o *traço unário*, na medida em que a marca aparece em um traço. O traço unário é a marca primeira do surgimento do sujeito a partir do significante. Lacan (1960-61/1992a) retoma as duas identificações apresentadas por Freud, o eu ideal e o Ideal do Eu como base para destacar que “a identificação se faz sempre por *ein einziger Zug*” (p.344). O eu ideal corresponde ao narcisismo primário, constitui-se no estádio do espelho e relaciona-se com o narcisismo dos pais. O eu ideal confere ao sujeito uma sensação de onipotência, “Sua majestade o bebê”, de modo que a criança ocupa o lugar do falo que falta à mãe, ela é objeto de desejo materno. O eu ideal representa a identificação da criança com os investimentos narcísicos dos pais. Por outro lado, o Ideal do Eu corresponde à internalização do pai, à introjeção do Outro. O pai, ao operar simbolicamente, interdita a relação dual mãe-criança, submete a criança à lei da proibição de incesto e torna possível a formação do sentimento inconsciente de culpa e da consciência moral sob a instância do Ideal do Eu e do supereu.

Lacan apresenta uma distinção radical entre o eu ideal e o Ideal do Eu: enquanto o primeiro é fonte de projeção imaginária, o Ideal do Eu é uma introjeção simbólica. Lacan (1960-61/1992a) retoma a expressão *ein einziger Zug* de Freud para relacioná-la com o traço único que faz referência ao Outro na relação narcísica. Porém, Lacan o escreve como traço unário, um traço, um nome, um significante, o Nome-do-Pai, que, ao ser inscrito, marca a diferença fundamental e insere o sujeito no campo do Outro. Esse nome marca o sujeito em sua singularidade. O traço unário surge, assim, no lugar do apagamento do objeto, da saída da criança do lugar de objeto de desejo materno e de sua assunção como sujeito dividido, sujeito do inconsciente, sujeito desejante. O nome próprio seria um exemplo de traço unário, na medida em que se situa como marca distintiva e não se traduz.

Ainda que o método da marca do caso revele pontos interessantes para pensarmos o caso clínico, nos basearemos no método da construção do caso clínico para a apresentação dos dois fragmentos de casos clínicos, a seguir, a fim de defendermos que um testemunho singular, ao revelar um funcionamento pulsional e uma relação específica com o objeto e com o Outro, pode sustentar a formulação de uma hipótese de pesquisa, que, na presente tese, começa a se delinear a partir da problematização da função do recurso à substância como estabilizadora da psicose.

2.2 Apresentação dos casos clínicos

2.2.1 O caso de Pedro

Pedro tinha vinte e quatro anos quando comecei a atendê-lo no Departamento de Psicologia Aplicada de uma universidade pública no município do Rio de Janeiro; ele continuou em atendimento por mais quatro anos em consultório particular. Apresentava-se como usuário de cocaína e como portador de “transtorno bipolar”.

A fala monossilábica do paciente denunciava uma escassez do recurso aos significantes. Com isso, foi preciso partir de uma escuta cautelosa e atenta aos detalhes de sua fala para que pudéssemos pinçar elementos que apontassem para a marca de seu caso, índices que apontassem para seu modo de gozo. Assim, de início, observamos a presença de inúmeras passagens ao ato, como as brigas com a mãe e com a irmã, e duas internações em hospitais psiquiátricos decorrentes de tentativas de suicídio. Ele também relatava idas frequentes à delegacia para prestar depoimentos referentes às brigas com a mãe e com a irmã e à posse de cocaína.

Pedro chegou ao tratamento psicanalítico encaminhado pela psiquiatria com o diagnóstico de “transtorno bipolar”, que lhe foi conferido tendo como base o DSM-IV. Para medicar a oscilação de seu humor, entre a mania e a depressão, ele era medicado com lítio. Tomava, ainda, Rivotril para sua dificuldade de dormir. Contudo, havia um sintoma que o paciente dizia que o médico não medicava, que ele descrevia como “uma dificuldade de estar presente, fico perdido em meus pensamentos, no que tenho pra fazer, quando vejo a hora já passou”. Ele se queixava que o psiquiatra “não me ouvia”, pois baseava o tratamento estritamente em uma prescrição de medicamentos. Dizia que somente na terapia ele podia falar sobre as situações que o levavam a usar a cocaína, os efeitos da droga sobre seu corpo e sobre sua dificuldade em relação à sexualidade e aos relacionamentos sociais.

Ele falava de certo esvaziamento em sua vida, de uma perda de sentido de viver. A partir da adolescência, relatava que perdera a vontade de sair de casa. Depois que se formou no ensino médio, não voltou a estudar e nem começou a trabalhar. Ficava por dias seguidos em casa, trancado no quarto, e quando esbarrava com sua mãe ou com a irmã, sempre havia brigas. Dizia

que o recurso à cocaína teve como efeito o aumento de suas saídas de casa para boates e para fazer sexo com outros homens.

Ao investigar mais detalhadamente o início do recurso à droga, foi possível localizá-lo na adolescência, quando oferecida por um homem mais velho com quem passou a se relacionar. Encontrou esse homem em um dos pontos de encontro para homossexuais que passou a frequentar. Definiu essa busca de sexo com homens como “uma vida marginal” e localizou que teve início logo após ele “romper” com a igreja. Contou que era muito assíduo à igreja, frequentava um grupo jovem e se confessava regularmente a um padre. Confessava que se masturbava diversas vezes ao dia, e o padre dizia que isso era “pecado”, dando-lhe como penitência rezar alguns pai-nossos e outras ave-marias.

Contudo, um episódio ocorrido aos dezesseis anos produziu uma ruptura com o padre e, conseqüentemente, com a igreja. Localizamos nesse episódio o momento do desencadeamento de sua psicose, quando o Um-pai surge no real e rompe com uma amarração que funcionava até então, operada por um padre que regulava seu gozo. Assim, quando ele foi à igreja se confessar e encontrou outro padre, que lhe disse que sua prática masturbatória era normal, ficou desorientado. Entendemos que as palavras do primeiro padre operavam como um dique de contenção ao gozo não regulado pelo falo – representado pelo excesso da masturbação desse órgão, do qual não tinha controle –, como uma lei de interdição ao gozo.

Relatou que todos os seus projetos, como cursar engenharia na USP, caíram por terra após o dito do segundo padre. Pedro ficou sem referências, sem projetos para o futuro, e tem início sua “vida marginal”, marcada por uma circulação errante, relações homossexuais e pelo uso de cocaína. Ele passa a não pertencer mais ao grupo da igreja, e sim ao grupo que frequentava boates e usava cocaína. Definia a cocaína como a sua “droga”, droga de eleição, contudo dizia que seu “verdadeiro vício é a masturbação”.

Nesse mesmo período, ocorre a derrocada financeira da família, quando seu pai é enganado pelos sócios. Isso gerou um clima ainda mais tenso na família. Em função das dificuldades financeiras, foram morar em uma casa “caindo aos pedaços”, e o pai passou a ser nomeado frequentemente pela mãe como um “banana”.

Como Pedro mesmo localiza, sua droga era a cocaína, e esta lhe permitia alguma inserção no laço social. Ele recorria à droga como uma tentativa de resolver sua dificuldade de se relacionar com o Outro. Havia uma falta de controle tanto sobre a tumescência do órgão – ele não

tinha ereções quando se relacionava sexualmente – quanto sobre a detumescência do órgão, que pode ser evidenciada em um episódio de ejaculação na igreja durante a missa. Tais acontecimentos evidenciam um gozo desregulado, ou seja, não regulado pela significação fálica, descrito por Lacan, como veremos no capítulo seguinte, como Φ_0 , o que denuncia que há a ausência da significação fálica que lhe permitiria dar uma significação ao gozo que se manifesta no corpo.

Diante dessa dificuldade em relação ao órgão sexual, não regulado pelo falo, Pedro começou a desenvolver uma teoria energética. Para ele, a masturbação era uma tentativa de se livrar de uma energia, de uma “química estranha”, que invadia seu corpo. Mas, segundo ele, de tanto se masturbar, não tinha mais energia para se relacionar com outros homens.

Outro índice de Φ_0 se apresenta no relato de Pedro em relação a um sentimento de estranheza com seu corpo. Se o falo é significante do sexo, a ausência da significação fálica pode levar a ideias delirantes em relação à sexualidade e ao corpo, o que Pedro revela ao dizer que se identificava com uma estética feminina: “vejo meu corpo no espelho como um corpo feminino, meus quadris são largos, minhas coxas, grossas, como minha mãe e minha irmã”, e outras vezes ele via seu corpo como “amorfo, alienígena (...) esse corpo não me pertence”.

Em relação à sua mãe, dizia ainda que muitas de suas frases dirigidas a ele retornavam de modo vívido e o remetiam a um lugar de um filho não desejado. Ela dizia que “uma mãe não deve se sacrificar pelo seu filho”, que ele “nunca iria ter sucesso na vida”.

A cocaína possibilitava, então, que ele saísse de casa e se relacionasse com os outros, se não sexualmente, ao menos socialmente, o que lhe dava certo lugar no mundo junto àqueles usuários de cocaína que frequentavam as boates, de modo que passou a se nomear como “toxicômano”. Contudo, não deixava de se sentir “paralisado” nos momentos em que não estava sob o efeito da droga. Esse sentimento de “paralisia” era relatado também diante de algumas situações vivenciadas na rua, como o som alto no ônibus, os olhares dirigidos a ele na rua, os olhares dos vizinhos para sua janela – que não tinha cortinas –, a obscenidade de sua mãe que “andava pelada em casa e não escondia suas intimidades”.

Um ponto importante a ser destacado é que, no processo de análise, Pedro pôde ir reconstruindo sua história de vida a partir de sua narrativa, ou, como ele mesmo nomeou, seu “testemunho”. Sua fala, que era predominantemente monossilábica, teve desdobramentos, na medida em que ele pôde ser escutado pela analista sem ser julgado, de modo contrário à sua mãe.

A analista apostava que havia algo de interessante nele, em seu testemunho. A posição de não saber da analista possibilitou a continuidade do paciente em análise, em que ele podia levar seus desenhos, pinturas, fotos e projetos de futuro, como fazer faculdade de arquitetura.

Ao mesmo tempo que ele foi se afastando da submissão ao gozo materno e a seus ditos, a figura paterna, antes inconsistente, passou a ser apresentada de forma diferente em sua fala. O pai, que nunca interpelava a posição de Pedro como objeto de demanda da mãe, pôde barrar o gozo materno e ajudá-lo a sair de casa. Depois disso, Pedro passou a falar na análise como pôde servir-se do pai e como, a partir daí, surgiram novas questões referentes à sua identidade, ao Outro, ao corpo e à sexualidade. Do mesmo modo, seu consumo de cocaína foi reduzindo progressivamente.

A mudança para uma casa nova com o pai coincidiu com sua entrada para a faculdade de arquitetura. Parece-nos que essas duas construções – de uma casa em que seja possível viver e de uma profissão que lhe permita criar – estão fortemente relacionadas. Ele relata que quer fazer arquitetura para “mudar o mundo”, pois é responsável pelo mundo diante da destruição causada pela exploração dos recursos naturais. Ao mesmo tempo, passa a intervir em sua casa para que se torne habitável, como colocar cortinas na janela, a fim de separar “o dentro e o fora”. Sair de casa, fazer faculdade, colocar cortinas em casa são ações que promovem uma contenção do gozo do Outro.

Contudo, sua tentativa de engate por meio da faculdade se mostrava frágil. Ele tinha muita dificuldade de frequentar as aulas, prestar atenção, estudar, fazer as provas. Porém, em vez de recorrer à cocaína, passou a demandar ao psiquiatra a prescrição de Ritalina para dar conta de sua “dificuldade de prestar atenção... de estar presente”.

2.2.2 O caso de Clarice

Clarice tinha vinte e seis anos quando comecei a atendê-la inicialmente na enfermaria e posteriormente no ambulatório de um hospital psiquiátrico no município de Niterói (RJ). Ela era moradora de rua, usuária de *crack* e tinha diversas internações no hospital psiquiátrico. Sempre que chegava à emergência para se internar, apresentava-se muito emagrecida, suja e machucada. Ao reconhecer, em alguma medida, o quão submetida estava a esse gozo mortífero alcançado com a droga, ela pedia para se internar: “se eu continuar desse jeito, eu vou morrer, estou pele e

osso (...) não consigo comer, não tenho fome de comida (...) esse corpo não é meu, preciso ganhar corpo”. Quando não estava internada, vivia nas ruas com um companheiro que conheceu durante sua primeira internação. Ele também era paciente psiquiátrico, tinha algumas internações e era usuário de cocaína.

Clarice se mostrou resistente aos primeiros contatos que teve comigo. No início, pedia dinheiro para fumar e tomar café, para fazer saídas da internação e para ver seu companheiro, o qual ela tinha certeza que a estava traindo. Após algumas saídas, pôde ir me contando sua história. Inicialmente, relatava o que motivou sua internação atual. Disse que era usuária de *crack* havia cinco anos, nomeando-se “sou drogada”, mas que nos últimos três meses aumentara o uso de duas para seis pedras por dia, o que a fizera demandar por sua internação tanto em função dos efeitos da droga no corpo quanto do sentimento constante de que as pessoas estavam falando dela na rua: “olha lá a drogada, essa aí tem que morrer mesmo”.

Ao longo dos atendimentos, me contou sua história pregressa. Disse que morou com seu pai e irmãos até os doze anos. Seu pai sempre lhe disse que sua mãe havia morrido quando Clarice nasceu, mas aos doze anos resolveu lhe contar a verdade: sua mãe havia saído de casa quando ela tinha dois meses de idade. E sobre a mãe, dizia unicamente que ela “não valia muita coisa, era drogada”. Entre os doze e os treze anos de idade, observamos alguns relatos confusos em relação à sua história. Por volta dos treze anos, fugiu da casa do pai, juntamente com seu irmão mais velho, para conhecer a mãe. Nesse momento, localizamos dois acontecimentos importantes: 1. o relato de que havia sofrido um estupro por um dos irmãos, mas quando ela conta o ocorrido para o pai, ele não acredita porque ela “mentia muito”; 2. o início da escuta alucinatória: ela ouvia vozes que diziam que ela ia morrer, que ia para o inferno; e novamente quando ela conta para o pai, ele diz não acreditar no que ela diz, e que ela deveria parar de inventar coisas. Há ainda o relato de que, por volta dos treze anos, teve um aborto, porque cheirava “cola de sapateiro”.

Clarice morou com a mãe poucos meses, pois, segundo ela, a mãe era prostituta e usuária de drogas. Disse que foi morar com a mãe a fim de “recuperar o carinho de mãe perdido”, mas com ela “só aprendi a usar droga... vi minha mãe usando droga e fiz igual”. Quando foi morar com a mãe e começou a usar drogas, contou que “acabei perdendo o amor do meu pai”.

O momento em que ela resolveu sair da casa da mãe foi quando esta não a protegeu diante de uma tentativa de abuso por parte de um cliente. Diante desses acontecimentos, Clarice fala:

“aquilo não é mãe, é o diabo”. Ela não consegue dizer o que esse cliente tentou fazer com ela e qual foi sua reação, somente diz que saiu da casa da mãe e não voltou mais a falar com ela.

Ao sair da casa da mãe, ficou em uma circulação errante, por vezes morava na rua e em outros momentos procurava abrigo na casa do pai. Durante sua circulação pelas ruas, passou do uso de cocaína para o uso de *crack*, droga com um custo mais barato e de fácil aquisição. Para conseguir dinheiro para usar a droga, envolvia-se em furtos; em uma dessas vezes ficou três meses presa, sendo depois liberada em condicional. Como podemos observar, o uso do *crack* e sua situação de morar na rua a colocavam em grande risco.

Sua relação com o pai era marcada por muitas brigas, e, em uma dessas, motivada pelo consumo excessivo de drogas, quando tinha dezenove anos, saiu errante pelas ruas, subiu a ponte Rio-Niterói a pé e fez uma tentativa de suicídio: “queria morrer”. Ela foi impedida a tempo por policiais e levada para o hospital psiquiátrico, sendo essa a primeira de muitas internações. Algumas internações posteriores foram motivadas pela agressividade da paciente; ela era trazida por policiais ao agredir pessoas na rua com paus e pedras, com a fala: “tá pensando que o inferno é aqui? Te dou um tapa na cara”. Quando questionada sobre o que motivou sua internação, relatou: “eu bato porque sou nervosa, tenho doença nos nervos”.

Durante sua primeira internação, conheceu seu companheiro, que também estava internado. Apesar de ele ser usuário de cocaína, Clarice se manteve usuária de *crack*. Nos momentos em que não estão internados, eles moram na rua e, para ganhar dinheiro, ele atua como “flanelinha”, cuidando do estacionamento de carros, enquanto ela recolhe materiais recicláveis para vender.

Quando a questioneei sobre porquê ela recorria ao *crack*, disse: “não sei explicar (...) me dava uma maluquice e ia pra rua usar drogas”. Ao longo dos atendimentos, conseguiu me dizer que recorria ao *crack* em obediência à escuta alucinatória, “a voz do diabo”, que ordenava: “vai lá, usa crack, dá dinheiro pra boca (de fumo)”. Apesar de o efeito da droga sobre o corpo provocar certa “anestesia” – “quando fumo a pedra não penso em nada, fico tonta” –, ela dizia que isso não eliminava a escuta das vozes. Dizia que as vozes causavam grande sofrimento. A droga, ao apaziguar pontualmente o gozo mortífero das alucinações, tem como retorno os efeitos mortíferos sobre o corpo: os danos severos à sua imagem corporal, a falta de cuidados pessoais, a falta de alimentação, a despreocupação em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Essa falta de cuidados em relação à preservação da própria vida é evidenciada

pelo relato de Clarice, quando diz que, em um dos muitos episódios de uso de *crack*, ao andar desorientada por entre os carros em uma avenida, acabou sendo atropelada, ficando quatro dias em coma.

Conforme o processo de análise avançou, baseado na relação transferencial, Clarice, ainda na internação, começou a fazer uma construção delirante importante por intermédio da Bíblia. Inicialmente, começou a dar uma interpretação delirante para a voz do diabo. Segundo ela, a voz do diabo que a fazia recorrer ao *crack* era a do “inimigo sujo”. A partir daí, recordou que, além de mandá-la usar *crack*, a voz também ordenava que ela se matasse. Após nomear essa voz como “inimigo sujo”, disse que começou a ouvir a voz de Deus, que a proibia de se matar e a mandava ler os salmos presentes na Bíblia. Após isso, Deus, em vez de falar com ela, passou a enviar mensagens por meio da Bíblia. Em relação às mensagens, dizia:

Tá vendo? A página virou por que Jesus quer que eu leia essa página: o Provérbio 4 – Não entres pela vereda dos ímpios, nem andes no caminho dos maus (...) ele diz para eu não andar com más influências, e é isso o que Deus quer de mim (...) ontem li do Salmos noventa ao cem, que diz para eu sair do caminho das drogas.

Ela interpreta essa mensagem como se Deus lhe dissesse para ela “se afastar dos ímpios”, os quais ela localizou como sendo as pessoas com quem andava – os traficantes e usuários de drogas – e se protegesse deles seguindo os preceitos da igreja. Dizia que Deus passou a falar com ela diariamente, por meio das mensagens, e que isso diminuía a escuta alucinatória e a “vontade” de usar *crack*.

2.3 Considerações sobre a clínica psicanalítica do recurso à substância

A partir das considerações levantadas sobre a construção do caso clínico em psicanálise e das especificidades do recurso à substância nos casos de psicose de Pedro e Clarice, pretendemos, neste ponto da tese, discorrer especificamente sobre o recurso à substância nos casos clínicos em questão.

O questionamento que norteará a investigação de tal especificidade é: o que se entende por recurso à substância para a psicanálise? Retornaremos a Freud a fim de localizar algumas definições sobre o recurso à droga, no primeiro momento de seu ensino (Freud, 1897/1996, 1898/1996e, 1908/1996), como um substituto da satisfação sexual, e, em um segundo momento

(Freud, 1930/1996q), como uma saída ao mal-estar inerente à civilização, entre outras – o amor, a religião, a atividade científica, a arte, o delírio e a sublimação. No texto “O mal-estar na civilização”, a droga é, então, descrita como uma das medidas paliativas para suportar as dificuldades da vida, como um “amortecedor de preocupações” (Freud, 1930/1996q, p.86)⁵.

Naparstek (2005) assinala que, nesse texto, Freud apresenta uma nova definição do fenômeno da intoxicação ao relacioná-lo com a civilização e as restrições pulsionais impostas ao sujeito. Os narcóticos seriam uma das medidas paliativas possíveis – construções auxiliares a serviço do princípio do prazer e que tamponam o mal-estar – que se apresentam como uma saída diante da desconexão entre a livre realização do desejo e as exigências da cultura, ou seja, uma muleta que ameniza a dor de existir. Contudo, a saída pelo recurso à droga revela pontos a favor e contra, na medida em que, apesar de funcionar como um paliativo ao sofrimento, tal recurso também carrega consigo um lado perigoso, nocivo, pois pode alterar a química do organismo, promover efeitos no corpo e também levar ao afastamento da realidade e ao isolamento, “uma satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se-nos como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo seu próprio castigo” (Freud, 1930/1996q, p. 85).

Observamos, assim, que, na teoria freudiana, está presente a concepção da droga como um *pharmakon*, palavra que designa ao mesmo tempo o remédio e o veneno, posto que a droga desempenha uma função específica para cada sujeito, pois pode funcionar tanto como um medicamento, ao promover um apaziguamento do gozo, quanto como um veneno, ao ser nociva e tóxica para o sujeito.

Jacques Derrida (2005), em *A farmácia de Platão*, localiza a utilização do termo *pharmakon*, em o *Fedro*, como remédio; contudo assinala que ali só se apresenta um dos polos de sua definição “Theuth diz: um conhecimento (*máthema*) que terá por efeito tornar os egípcios mais instruídos (*sophoterous*) e mais aptos para se rememorar (*mnemenikotérous*): memória (*mnéme*) e instrução (*sophía*) encontraram seu remédio (*phármakon*)” (p.44). No outro polo, a eficácia do *pharmakon* pode se inverter: agravar o mal em vez de remediá-lo.

⁵ Para um melhor detalhamento sobre as referências freudianas sobre o recurso à droga: Mendonça, J.R.S. (2011). A droga como um recurso ao mal-estar na civilização. *Psicologia em Revista*, 17 (2), 240-260. Recuperado em 10 novembro, 2017 de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.16789563.2011v17n2p240/3242>

Assim, Theuth teria feito um veneno se passar por remédio ao traduzir *pharmakon* somente como remédio, desconsiderando que, mesmo o uso de drogas utilizadas com fins terapêuticos, ainda que sejam manejadas com boas intenções e sejam eficazes, não são exclusivamente benéficas ou inofensivas. O *pharmakon* representa, ao mesmo tempo, o bem e o mal, o agradável e o desagradável. Há em sua estrutura uma ambiguidade e uma reversibilidade: “Se o *phármakon* é ‘ambivalente’, é, pois, por constituir o meio no qual se opõem os opostos, o movimento e o jogo que os relaciona mutuamente, os reverte e os faz passar um no outro (alma/corpo, bem/mal, dentro/fora, memória/esquecimento, fala/escritura etc.)” (Derrida, 2005, p.74).

Essas considerações iniciais nos apontam, assim, que nossa investigação da especificidade do recurso à substância na construção do caso clínico deve se orientar pela investigação da função do recurso à droga para cada sujeito. É a investigação dos determinantes psíquicos envolvidos no recurso à substância, sua função na economia de gozo de cada sujeito, como remédio ou veneno, como o que medica ou intoxica, que permite ao analista construir uma direção do tratamento, que, por conseguinte, o guia na construção do caso clínico.

Uma vinheta clínica apresentada por Abello (2009) nos mostra a delicadeza da construção do caso clínico em psicanálise a partir da localização do momento do desencadeamento do recurso à substância para um sujeito. Trata-se do caso de Mario, um paciente de quarenta anos que faz uma passagem ao ato ao fugir do hospital público onde estava internado por causa de uma pneumonia e de uma gastrite resistente aos tratamentos. O paciente era doente renal crônico; há oito tinha recebido um rim transplantado e voltou a fazer hemodiálise dois meses antes da fuga do hospital. Ele precisava fazer hemodiálise constantemente para tirar o excesso de água. Contudo, sua adicção era justamente pela água, o que ele nomeava “sou adicto à água, é a melhor bebida” (p.22, tradução nossa)⁶. Ele relata seu ritual noturno: quando todos dormiam, ele se levantava, ia à geladeira e tomava toda a jarra d’água: “eu a sugo toda, não posso controlar (...) é meu maior prazer” (p.22, tradução nossa)⁷. Assim, queria que a cada hemodiálise tirassem a maior quantidade de líquido possível justamente para que ele pudesse tomar mais água depois. A localização da especificidade da relação do sujeito com a substância, no caso a água, era de excesso, a água era tóxica para seu organismo.

⁶ Soy adicto al agua, es la mejor bebida.

⁷ Me la chupo toda, no puedo controlarlo (...) es mi mayor placer.

O preciosismo da análise realizada pelo autor é que o objeto água em si não nos diz nada, mas sim a relação do sujeito com o objeto como um modo de gozo que responde a uma causalidade psíquica. Trata-se de um gozo da ordem do excesso, mortífero, que fala, assim, da pulsão de morte. O recurso à substância cumpre, para Mario, a função de tapar, de anestesiá-lo a dor insuportável. O recurso à água como objeto de gozo privilegiado remonta à infância de Mario marcada pela pobreza de sua família. Seus tios e primos tinham um armazém. Mario era chamado pelos outros meninos de “negro batateiro”, pois diziam que ele só comia batatas assadas, pois nem biscoitos tinha para comer. Então, um dia, Mario foi ao armazém, aproveitou que a tia estava distraída e pegou um refrigerante escondido, bebendo-o com extremo prazer, de modo que, “com esse ato Mario deixava de ser o negro batateiro obtendo em troca um gozo que, para esconder sua natureza de furto, deve manter em solidão” (Abello, 2009, p.23, tradução nossa)⁸. A água se apresenta, então, como objeto de demanda imperiosa e promove uma recuperação de um gozo, ao recusar a falta e a castração. O tóxico mantém uma distância em relação ao Outro, promove uma ruptura com o gozo fálico, mas que, no caso de Mario, por seu uso excessivo, se torna tóxica.

Se, nas referências freudianas, podemos localizar o recurso à substância como um casamento feliz, uma vez que o sujeito obtém uma satisfação substitutiva e alívio em relação ao mal-estar, Lacan (1976/2016) promove uma torção em relação à definição da droga, na medida em que a apresenta como aquilo que permite romper o casamento com o falo, ou seja, com o gozo fálico.

Ao descrever a relação entre a angústia e a castração, Lacan retoma o caso do pequeno Hans para localizar a angústia no momento em que o sujeito se dá conta que está casado com o falo quando descobre o pequeno-pipi. Desse modo, ele define a droga como o que possibilita romper com esse casamento:

Porque falei de casamento e tudo o que permite escapar desse casamento é evidentemente bem-vindo. Disso decorre o sucesso da droga, por exemplo. Não há nenhuma outra definição da droga senão esta: é o que permite romper o casamento com o pequeno pipi (Lacan, 1976/2016, p.21).

Miller (2016), no texto “Para uma investigação sobre o gozo autoerótico”, desenvolve a relação do sujeito com a castração e com o falo na toxicomania. Ele retoma a afirmação de Lacan sobre a posição do analista de não recuar diante da psicose para defender esse mesmo

⁸ Con esse acto Mario dejaba de ser el negro batateiro, obteniendo a cambio un goce que, para esconder su naturaleza de hurto, debe mantener en soledad.

posicionamento em relação à clínica das toxicomanias. Se, na psicose, o inconsciente a céu aberto promove dificuldades no manejo da transferência e na direção do tratamento, na toxicomania a ruptura com o gozo fálico, o curto-circuito pulsional, a modificação dos estados de consciência, o encobrimento do sujeito do inconsciente e uma apresentação sintomática fora da palavra e do sentido também acarretam dificuldades para o analista em relação à transferência, ao diagnóstico e ao estabelecimento de uma direção do tratamento. Todos os efeitos causados pela droga apresentam dificuldades tanto na entrada como na manutenção desses sujeitos em análise, bem como no manejo da transferência e na direção do tratamento. Desse modo, Miller apresenta alguns questionamentos muito importantes para se pensar a clínica das toxicomanias: Seria a toxicomania uma categoria bem definida? Como ela se articularia em relação às estruturas clínicas?

Ainda que Lacan tenha proposto uma definição da droga como o que permite romper com o falo, Miller (2016) assinala que essa seria uma definição da droga, e não da toxicomania, na medida em que se entende a toxicomania como a relação entre o sujeito e o objeto droga. De modo que é preciso desenvolver essa relação para que possamos entender os determinantes psíquicos envolvidos no recurso à droga e sua relação com a estrutura clínica.

Miller (2016) situa a droga como um objeto que está mais além do princípio do prazer, na medida em que, na maioria das vezes, o sujeito não faz um uso moderado da droga, e sim um uso que é da ordem do excesso. A droga não seria, então, objeto causa de desejo, e sim causa de gozo, na medida em que dá acesso a um gozo que anula o Outro e livra o sujeito de ter de lidar com os impasses da castração. Nesse sentido, a função da droga pode ser entendida como uma solução, uma saída da angústia decorrente da castração.

Miller (2016) se pergunta se a negação da castração e o gozo que se alcança com a droga, que não passa pelo Outro, caracterizariam a toxicomania como uma perversão e um gozo homossexual. Ao que o autor nos esclarece que o gozo autoerótico obtido pelo toxicômano é diferente do gozo homossexual, porque ele não passa pelo corpo do Outro, “não passa pelo Outro, mas tampouco pelo gozo fálico” (Miller, 2016, p.28). Da mesma forma, o toxicômano não é um perverso, pois, ao romper com o gozo fálico, rompe também com a fantasia, enquanto o perverso se utiliza dela para gozar.

Desse modo, para que possamos aprofundar a investigação sobre a construção do caso na clínica das toxicomanias, devemos estar atentos à estrutura clínica. Considerando a afirmação de

Naparstek (2005) de que a investigação da função da droga é o que nos possibilita fazer o diagnóstico diferencial, estrutural, podemos questionar se a tese de Lacan da droga como ruptura com o falo seria adequada para pensar o recurso à substância na psicose.

Embora Lacan apresente uma definição de droga, e não da relação do sujeito com o objeto droga, Laurent (2014b) questiona a tese da droga como ruptura com o gozo fálico para os casos de psicose. Se Lacan utilizou essa mesma fórmula “ruptura com o gozo fálico” para a psicose, de que ruptura com o gozo fálico se trata na toxicomania? Trata-se de ϕ_0 , uma negativa da castração, da subtração de gozo, ou de Φ_0 , falo índice zero?

Miller (2010), retoma as formulações de Lacan sobre a psicose presentes em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-56/1985a) e no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58/1998b), a fim de assinalar que em função da forclusão do Nome-do-Pai a psicose se caracteriza por P_0 , ruptura da identificação paterna, e por Φ_0 , ruptura com a significação fálica. Desse modo, Miller (2016) defende que a ruptura com o gozo fálico de que se trata na toxicomania não é equivalente à forclusão do Nome-do-Pai “É certo que, na toxicomania, não podemos falar de forclusão enquanto tal porque na psicose, se há forclusão da castração, ela retorna no real – em particular na paranoia” (p.28).

Assim, é possível afirmar que a toxicomania não existe, na medida em que não é uma quarta estrutura, e sim pode ser localizada nas diferentes estruturas (neurose, psicose e perversão) e pode ter diferentes funções nas diferentes estruturas e para cada sujeito. Se, na neurose, o recurso à substância promove um gozo fora da fantasia, fora da castração, ϕ_0 , como assinala Lacan (1976/2016), na psicose, em função de a ruptura com o gozo fálico já estar dada de antemão, obtém-se uma relação diferente com o objeto droga: há um retorno no real do gozo extraído do Nome-do-Pai.

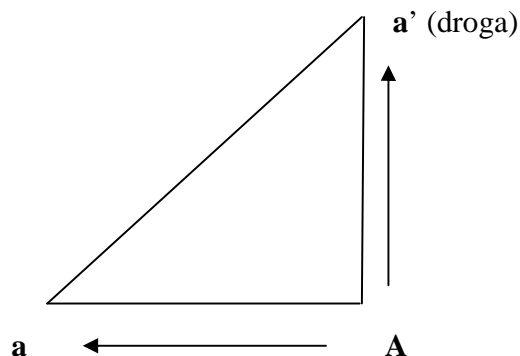
Laurent (2014b) cita dois casos de psicose que evidenciam a teoria do retorno no real do gozo extraído do Nome-do-Pai que se obtém com o recurso à substância. O primeiro caso se refere a um paciente que estava no hospital, segundo ele, por um problema de família, ao que ele dizia “*la question c’est les terres*” (a questão são as terras). Seu vício era justamente o éter, “o éter que ele inalava, vinha no lugar, era o retorno no real desse gozo extraído do Nome-do-Pai, que era, para ele, a herança das terras” (Laurent, 2014b, pp.21-22). No segundo caso apresentado, o recurso à cocaína para um sujeito paranoico cumpria a função de um gozo no real, e não de uma identificação ao pai. Era um sujeito que tinha uma imagem muito forte relacionada com seu

pai, um impressor, que morreu ainda jovem: ele, rodeado de um pó branco decorrente do papel cortado pela máquina de triturar. E, assim, Laurent conclui a apresentação dos casos, ao citar Freda, e ao assinalar que a análise é “o discurso que, para além da censura, tenta manter o sujeito na via do desejo, única via que pode dar limite ao gozo” (Laurent, 2014b, p.25).

Se, como defende Laurent (2014b), a definição de Lacan (1976/2016) da droga como o que permite a ruptura do casamento do corpo com o falo é insuficiente para se pensar os casos de psicose, qual seria, então, a função do recurso à droga na psicose?

Ainda que se considere em psicanálise a especificidade da função da droga para cada caso clínico, Naparstek (2010) localiza duas grandes guias para se pensar o recurso à substância na psicose. Uma é a via da identificação imaginária ao significante dado pelo outro social, o outro da ciência, que faz com que o sujeito se apresente identificado ao significante: “sou toxicômano”. Outra via possível é a do que a droga, como algo químico, produz no organismo, como aplacar a escuta alucinatória. Zaffore (2005a) endossa a definição da droga como moderador de gozo na psicose, como tentativa de se ligar ao Outro, em oposição à definição lacaniana do recurso à droga como ruptura com o falo e com o Outro. O que podemos inferir dessas afirmações é que há uma causalidade psíquica em jogo no uso que o sujeito faz da droga.

Freda (2005, p.125) retoma algumas considerações sobre o Esquema L, formulado por Lacan no texto “O seminário sobre ‘A carta roubada’” (1955/1998), a fim de elaborar um gráfico que representa o recurso à droga por meio do eixo imaginário, em que a relação $a-a'$ corresponde à relação “sou toxicômano” – droga, e o lugar do Outro, o lugar do significante, serve exclusivamente para alimentar “a droga” ou o “sou toxicômano”:



(“sou toxicômano”)

Figura 5 - Gráfico do recurso à droga de Freda
Fonte: Freda (2005, p.125)

Um caso clínico descrito por Naparstek (2010) evidencia essa tentativa de estabilização pela identificação imaginária que pode se alcançar com a droga. Trata-se de um psicótico que consumia cocaína, se masturbava excessivamente e se transvestia de mulher. Ele não conseguia se apropriar do órgão, fazer dele seu instrumento e tinha as sensações no órgão como algo insuportável. O efeito da droga em seu corpo era o retraimento do pênis até seu desaparecimento. Tanto o efeito da cocaína quanto o efeito da masturbação compulsiva promoviam a redução da exponência do órgão, de modo que, ao se olhar no espelho e colocar seus órgãos entre as pernas, ele se via como uma mulher. A identificação imaginária à mulher lhe causava, assim, uma pacificação, uma estabilização do quadro psicótico.

Da mesma forma, o caso clínico de Pedro, apresentado neste capítulo, evidencia uma tentativa de estabilização pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”. Conforme descrevemos anteriormente, para ele, o recurso à cocaína teve início após o momento de desenlace ao Outro, representado pela figura do padre. A droga, que lhe foi apresentada por um homem mais velho com o qual se relacionava sexualmente, funcionava como uma tentativa de estabilização, de modo que a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” forjava, assim, um eu imaginário para o paciente.

Lacan nos ensinou que, diante da forclusão do significante Nome-do-Pai, o psicótico busca soluções para dar um tratamento ao real, uma vez que não pode tratá-lo pelo simbólico; e que essas soluções promovem uma estabilização do quadro psicótico quando conseguem localizar, ou apaziguar, o gozo. Assim, Lacan descreveu, ainda em seu primeiro ensino, alguns modos de estabilização da psicose, que pode ser alcançada pela identificação imaginária – identificação com personagens que lhe darão o sentimento “do que é preciso fazer para ser um homem” (Lacan, 1955-56/1985a, p.233) – ou pela construção de uma metáfora delirante, como no caso de Schreber (Lacan, 1955-56/1985a, p.76), ou ainda pela passagem ao ato, como no caso de Aimée, em que o ato, qual seja, a agressão física ao outro, ao promover uma separação do Outro perseguidor, conduziu a uma estabilização da psicose (Lacan, 1946/1998c, p.171).

Poderíamos, assim, localizar, em alguns casos, o recurso à droga operando uma estabilização do quadro psicótico ao promover uma identificação imaginária. Por isso, destaca-se uma posição fundamental do analista na condução do tratamento de psicóticos que recorrem à droga, a da não exigência da abstinência do uso de drogas, que poderia desencadear um surto psicótico caso a droga esteja cumprindo a função de estabilização da psicose. Esse princípio

básico na prática analítica já era apontado por Freud (1898/1996e), que defendia que a eficácia do tratamento não se observa pela abstinência, e sim pela satisfação pulsional: “O mesmo se aplica a todos os tratamentos para romper com um vício. Seu sucesso será apenas aparente enquanto o médico se contentar em privar seus pacientes da substância narcótica, sem se importar com a fonte de que brota sua necessidade imperativa” (p.262). Ou seja, para que o analista possa entender qual função a droga cumpre na economia de gozo de cada sujeito, é preciso investigar determinantes psíquicos envolvidos no recurso à substância.

Assim, podemos nos perguntar para os casos em que o recurso à substância, ao promover uma identificação imaginária, estabiliza a psicose, se essa seria uma boa solução. Se o sujeito está estabilizado, o que a psicanálise tem a propor como direção do tratamento? Outra pergunta que podemos formular na clínica com psicóticos toxicômanos e que aponta para a hipótese de pesquisa desta tese é se o recurso à droga promove, necessariamente, a estabilização da psicose.

Observamos, na literatura do campo freudiano, principalmente na produção textual de autores da Rede TyA, dois pontos importantes que colocam em questão a relação entre o recurso à droga na psicose e a estabilização. Um deles, apresentado por Naparstek (2005), trata da identificação ao significante “sou toxicômano” como um índice de pouco trabalho do sujeito, como um modo de estabilização que não produz uma verdadeira sutura na estrutura, diferentemente do que observamos no delírio de Schreber, em que se evidencia um trabalho do sujeito de remanejamento do significante e construção de uma metáfora delirante para aplacar o gozo. Desse modo, essa estabilização alcançada com o recurso à droga, por ser precária, deixaria o sujeito no limite da passagem ao ato. Além disso, o tempo de duração da estabilização é variável, ela dura o tempo que dura, ou seja, pode durar pouco tempo. Outra observação a ser destacada é a constatação de casos em que o recurso à droga promove um tratamento do real do gozo (que ameaça o sujeito) pelo real do efeito do tóxico sobre o corpo, que será discutido no terceiro capítulo desta tese.

No caso de Pedro, evidencia-se a fragilidade da estabilização alcançada por meio do recurso à substância em função das diversas passagens ao ato que ele apresentava (agressões à mãe e a irmã, tentativas de suicídio) e na permanência da manifestação de fenômenos elementares, como o sentimento de estranheza em relação a seu corpo e uma grande dificuldade tanto de se relacionar com o outro quanto de “fazer as coisas”. Que estabilização é essa que se

alcança, assim, pelo recurso à droga na psicose? Podemos nos perguntar se não se trata, então, de intervalos entre estabilizações e desestabilizações.

A construção do caso clínico de Clarice permitiu reavivar esse questionamento a respeito da função do recurso à substância: a droga promove a estabilização ou a desestabilização da psicose?

Observamos que o consumo abusivo de *crack* desde a adolescência, para Clarice, não promovia uma identificação imaginária ou laço social com o Outro. Sabemos que o consumo à droga se apresenta como uma tentativa de responder à forclusão do Nome-do-Pai, mas, diante do caso de Clarice, em que a escuta alucinatória não cessava e o consumo excessivo de droga promovia impactos devastadores sobre o imaginário, podemos nos questionar se o recurso ao *crack* não estaria reforçando seu ponto de forclusão. Parece-nos que, assim como a alucinação respondia a um retorno no real do que havia sido foracluído do simbólico, a droga, para a paciente, também cumpria essa função: a de uma invasão de gozo tóxico.

Desse modo, tendo como ponto de partida o encontro com uma frágil estabilização por meio da cocaína, no caso clínico de Pedro, e o encontro com o caso clínico de Clarice, em que o *crack*, além de não promover um laço social, ainda a fixava na posição de dejetos para o Outro, torna-se possível questionar a função estabilizadora do recurso à substância nos casos de psicose. Assim, a construção da hipótese que esta tese pretende demonstrar e discutir a partir do caso clínico de Clarice e de outros casos apresentados por autores do Campo freudiano⁹ se apresenta como um questionamento sobre a função estabilizadora da droga na psicose, posto que, nos casos clínicos destacados, a substância acaba por reforçar a forclusão e promover impactos devastadores sobre o imaginário.

Para que possamos, assim, aprofundar a discussão sobre a função estabilizadora ou não da substância nos casos de psicose, faz-se importante apresentar algumas considerações sobre as estabilizações e desestabilizações na clínica das psicoses e das toxicomanias para a psiquiatria clássica e contemporânea, de orientação biológica, e para a psicanálise; e, da mesma forma,

⁹Lacan criou a **Fundação do Campo freudiano** em 1979. Desde então o Campo Freudiano recebe aqueles que tentam sustentar, difundir e aprofundar a orientação lacaniana na psicanálise em seus países, em suas línguas e em suas culturas. O Campo Freudiano foi o lugar e o antecedente de onde surgiram e foram constituídas sete Escolas do Campo Freudiano que pertencem hoje à Associação Mundial de Psicanálise. As Escolas da AMP tomam como referência a Escola Freudiana de Paris, que Jacques Lacan fundou em 1964, em seu esforço de renovar os fundamentos e a prática da psicanálise, tal como descrito no *site* da Associação Mundial de Psicanálise (http://www.wapol.org/pt/campo_freudiano/Template.asp).

discorrer sobre o que esses diferentes saberes defendem em relação ao diagnóstico diferencial e a direção do tratamento.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS ESTABILIZAÇÕES E DESESTABILIZAÇÕES DA PSICOSE PARA A PSIQUIATRIA E PARA A PSICANÁLISE

Se no capítulo anterior desenvolvemos a importância da construção do caso clínico para o diagnóstico e para a direção do tratamento em psicanálise, especificamente a partir do questionamento sobre a função estabilizadora da droga em dois casos clínicos de psicose, temos como objetivo, no presente capítulo, apresentar algumas considerações sobre o que a psiquiatria e a psicanálise entendem como desestabilização e modos de estabilização da psicose.

Essa análise se faz fundamental, na medida em que tanto o caso clínico de Pedro como o de Clarice foram submetidos a tratamento psiquiátrico anterior ao atendimento psicanalítico; e que, a partir da entrada do psicanalista nos casos, pode-se considerar a relação entre o recurso à substância e a estrutura psíquica a partir de pressupostos diametralmente opostos à psiquiatria biológica.

Desse modo, pretendemos marcar a diferença entre a psiquiatria biológica, que medicaliza tanto o sintoma como o delírio, e a psicanálise, que busca descrever as desestabilizações e os fenômenos elementares a partir da compreensão de que na psicose se trata de um problema da relação do sujeito com o corpo e com o Outro. Da mesma forma, pretendemos destacar que a psicanálise considera o delírio não como um *déficit*, e sim como uma solução diante do real, como uma invenção, como um dos modos, dentre outros, de se alcançar a estabilização da psicose.

3.1 As psicoses e as estabilizações para a psiquiatria clássica

A psiquiatria se constituiu como uma disciplina médica que tinha como objeto a doença mental. Ao mesmo tempo em que a psiquiatria criou, na modernidade, um novo objeto social, a loucura, práticas de vigilância e punição se ergueram no pano de fundo do tratamento proposto aos denominados alienados. Teve início, assim, o que Bercherie (1989) nomeou de primeira psiquiatria clínica.

Até o século XVIII os pacientes com transtornos mentais eram afastados do resto da sociedade e encarcerados em condições precárias, sem nenhuma oferta de tratamento, junto a outros excluídos socialmente como criminosos, mendigos, prostitutas. A internação, como pontua

Foucault (1998), era assunto de política, não da medicina, bem como não tinha a finalidade de curar, e sim de excluir da sociedade aqueles que eram julgados inadequados.

Era a noção de crise que direcionava a intervenção do médico. Ele deveria, a partir da observação do doente e da doença, descobrir o momento em que a crise apareceria. A crise consistia na luta entre a natureza sadia do sujeito e a doença. A doença psiquiátrica era, assim, considerada como uma desestabilização do sujeito e cabia ao médico, dentro das instituições asilares, fazer com que esses sujeitos retomassem suas condutas regulares.

Pinel entrou para a história por ter criado um local exclusivamente destinados aos denominados doentes mentais: as instituições sanitárias, os manicômios. E também por oferecer, de forma inaugural, uma terapêutica para tratá-los: o tratamento moral, que tinha como objetivo normatizar o alienado com ajuda da instituição curativa, através de medidas físicas e higiênicas como duchas, banhos frios, pregações morais, máquinas giratórias, repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório e recompensa. O fim da enfermidade, ou seja, a estabilização do quadro clínico seria, então, alcançada com a eliminação da matéria mórbida (Bercherie, 1989).

Pinel considerava que o conhecimento se baseava na observação empírica dos fenômenos. Desse modo, a loucura, que antes era inscrita no eixo verdade-erro-consciência, passou a ser relacionada à conduta regular e normal, ao eixo paixão-vontade-liberdade. Contudo, Bercherie pontua que Pinel não promoveu nenhuma inovação no campo clínico, nosológico, institucional ou terapêutico, mas sim no plano do método ao fundar uma tradição: a da clínica (Bercherie, 1989).

Em seu livro "Tratado médico-filosófico da Alienação Mental", Pinel descreveu a alienação mental como um problema moral e não como uma enfermidade orgânica, produto de uma lesão cerebral. Ele desenvolveu um sistema de classificação que separava as doenças mentais em: 1. Mania propriamente dita, em que o delírio estava presente, havia o prejuízo de "funções do entendimento" como a percepção, memória, juízo, e uma viva agitação. 2. Melancolia: o delírio se limitava a um objeto ou a uma série de objetos e não havia alterações das faculdades mentais. O estado afetivo e o tema do delírio poderiam ser de natureza triste, alegre, ou exaltada. 3. Demência: presença da incoerência nas manifestações mentais, desordem, e existência "automática". 4. Idiotismo: supressão parcial ou completa da atividade mental, tanto intelectuais como afetivas, existência vegetativa.

Ainda que Pinel considerasse que a loucura tinha diversas causas (físicas, herdadas) ele atribuía maior importância às causas morais, como as paixões intensas e os excessos (Bercherie, 1989). Segundo Pinel, somente a crise promoveria o fim da enfermidade. E para alcançar tal objetivo, os loucos eram colocados em instituições especiais, e assim, afastados do meio familiar, responsável por infundir no paciente as paixões e os excessos. Desse modo, submetidos à ordem, a uma disciplina severa e paternal, e a um mundo regulado pela lei médica, que os subjugava ao seu poder e ao seu saber, eles alcançariam a cura.

Assim, diferente da medicina anterior ao século XVIII, Pinel passou a defender a possibilidade de cura para os alienados. Embora ele considerasse que no caso da demência e idiotismo as curas seriam raras, nos casos de mania e melancolia, por não haver dano material no cérebro, a cura seria possível. Dessa forma, baseado no método da observação empírica e clínica, Pinel promoveu uma mudança de paradigma em relação à loucura, que passou a ser definida como uma doença mental passível de tratamento, ainda que ele lhe atribuísse uma causa moral e social.

Esquirol, discípulo de Pinel, também estava preocupado em delimitar as disfunções psíquicas que caracterizavam a doença mental. Esquirol descreveu sintomas clínicos observados nos transtornos mentais, separou a idiotez, termo que ele utilizou para substituir o idiotismo, de uma demência aguda; dividiu a demência em uma forma aguda, que é passível de cura, da forma crônica e incurável; excluiu da descrição da mania a forma sem delírio; distinguiu a alucinação do delírio; e criou a grande classe das monomanias. Diferente da mania, marcada pelo delírio total com exaltação e por uma alteração generalizada das funções mentais, na monomania os delírios são parciais e há uma preservação das outras funções mentais. Ele também deu continuidade ao tratamento moral iniciado por Pinel, pois considerava que o adoecer era parte da experiência sensorial do sujeito e que a loucura podia ser um estado reversível. Esquirol justificava o isolamento dos loucos para garantir sua segurança pessoal e de seus familiares e para lhes impor novos hábitos intelectuais e morais (Bercherie, 1989).

Entre 1850 e 1860, Falret rompeu com a concepção unitária da doença mental e com a variedade que era proposta de tratamento moral para estabelecer o paradigma das enfermidades, no plural. Começou, então, organizar uma semiologia e uma classificação das doenças mentais que descreviam um conjunto de sintomas físicos e morais com uma evolução própria, o que definia uma terapêutica específica para cada enfermidade (Carofile, 2007).

Ao longo do século XIX a psiquiatria sofreu influência da física, da química e mais fortemente da biologia aliada a estudos sobre anatomia e fisiologia, caracterizando a formação do que Bercherie (1989) nomeou de psiquiatria clássica, que teve uma forte influência de Kraepelin.

Kraepelin estabeleceu uma metodologia de pesquisa dos transtornos mentais que incluía um novo modo de classificação das patologias. Diferentemente de seus antecessores Pinel e Esquirol, Kraepelin (2009) propôs um modelo biológico ao considerar que as patologias psiquiátricas tinham causas orgânicas e eram hereditárias: “Fica claro, portanto, que a compreensão das manifestações patológicas deverá passar primordialmente pela pesquisa das disposições herdadas” (p.176). Observamos, portanto, que Kraepelin incorporou aos seus estudos as contribuições advindas não só da biologia, mas também da anatomia e da fisiologia, com destaque para a degeneração, para a transmissão hereditária dos desvios de conduta, e para as lesões cerebrais, que eram descritas tanto como efeito como causa dos comportamentos desviados (Caponi, 2012).

Kraepelin se utilizou da psiquiatria comparada, por meio de estudos estatísticos comparativos da manifestação das doenças mentais em diferentes culturas, para investigar a questão da degeneração e validar suas classificações nosológicas. Apesar da tentativa de explicação da relação entre os desvios mórbidos, a degeneração, e as relações sociais, “seu objetivo principal é compreender as alterações biológicas que causam as patologias psiquiátricas” (Caponi, 2012, p.128).

Desse modo, o ponto de partida da teoria da degeneração foi a herança mórbida. Apesar das formulações kraepelianas a respeito da relação entre os fatos sociais e os fenômenos patológicos – como o álcool que, segundo Kraepelin, derivava da proletarização –, o autor defendia que os fatos sociais não são a causa da doença psiquiátrica e sim o produto, na medida em que as causas seriam sempre orgânicas. O que determinava, portanto, os fenômenos patológicos era a constituição biológica do sujeito. Desse modo, Kraepelin substituiu os fatos sociais por explicações etiológicas referentes à herança mórbida, às células germinais e às alterações cerebrais. Ele propôs, assim, uma biologização dos fatos sociais ao vinculá-los aos processos biológicos “os estudos epidemiológicos parecem ser a estratégia de validação encontrada por Kraepelin para defender a teoria da degeneração e seus postulados ambientalistas com uma base empírica cientificamente sólida” (Caponi, 2012, p.141).

Como Kraepelin estava preocupado com a transmissão hereditária das patologias mentais e os desvios de conduta, ele defendeu uma psiquiatria preventiva, de modo que tratar passou a ser sinônimo de diagnosticar. Essa busca por uma classificação nosológica, baseada em termos científicos, referenciada aos estudos estatísticos e comparativos, possibilitou a escrita do “Tratado de psiquiatria” que teve um total de oito edições revisadas pelo autor. Retiramos da sexta edição sua classificação e a descrição dos transtornos mentais: 1. Loucuras infecciosas; 2. Loucuras de esgotamento; 3. Intoxicações, 4. Loucuras tireóidicas; 5. Demência precoce; 6. Demência parálitica; 7. Loucuras das lesões do cérebro; 8. Loucuras de involução (melancolia, demência senil); 9. Loucura maníaco-depressiva; 10. Paranoia; 11. Neuroses gerais; 12. Estados psicopáticos (loucura degenerativa); 13. Detenções do desenvolvimento psíquico.

Segundo Kraepelin haveria dois grandes grupos patológicos: a demência precoce e a loucura maníaco-depressiva. Ele localizou a loucura maníaco-depressiva e demência precoce como endógenas – caracterizadas por serem doenças mentais congênitas, decorrentes de lesões cerebrais, de constituição hereditária, de predisposições mórbidas e em sua maior parte incuráveis –, que seriam distintas da loucura exógena – doenças mentais adquiridas que seriam consequência de fatores tóxico-infecciosos, acidentais, ou por uso de medicamentos. Na categoria da demência precoce foram incluídas as formas clínicas: 1. Hebefrênica, em que estavam presentes os distúrbios de linguagem; 2. Catatônica, em que os estados depressivos eram seguidos de uma fase de excitação, estupor catatônico, e por fim uma fase confusional; 3. Paranoide, também definida como delirante, estavam presentes as alucinações e os delírios. Já a loucura maníaco-depressiva, era marcada por três tipos de perturbações fundamentais: perturbações do humor, da ideação e da vontade. Desse modo, Kraepelin, a partir da “descrição e análise minuciosa dos estados de transição e das imbricações das crises maníacas e melancólicas” (Bogochvol, 2014, p.4), passou a defender que havia uma identidade, uma fusão, entre a mania e a melancolia.

Em relação ao termo demência precoce, Kraepelin o tomou de Morel para nomear uma patologia que começava na puberdade, por isso era precoce, e que conduzia a um estado grave e de longa duração, a demência (Bercherie, 1989). Nessa patologia, os sintomas evoluíam progressivamente até um estado de desagregação da personalidade, de modo que havia, assim, uma deterioração mental progressiva. Desse modo, era a evolução da doença que determinava sua forma de classificação. A demência precoce apontava para um empobrecimento cognitivo e

afetivo, evidenciando seu caráter mórbido, o que a diferenciava, portanto, da psicose maníaco-depressiva.

Em “Introdução à psiquiatria clínica. Terceira lição: Demência precoce”, Kraepelin (1905/2001) apresentou uma descrição detalhada da demência precoce a partir de um caso clínico de um homem de vinte e um anos. Esse homem, durante as consultas, não manifestava emoção, permanecendo apático e sem prestar atenção em nada. Relatava sua história de vida em tom monótono, tal como Kraepelin (1905/2001) descreveu: “trata-se de um estado mórbido muito específico, traduzindo-se pela decadência da inteligência e da afetividade” (p.132). A análise do relato do paciente revelava o desenvolvimento progressivo do processo mórbido: sentia-se incapaz de estudar e trabalhar, não tinha nem vontade, nem energia, nem vigor, distanciava-se afetivamente dos familiares, apresentando riso tolo e vazio, estereotípias e um uso da linguagem sem sentido, ou extravagante.

Kraepelin (1905/2001) apresentou ainda mais dois casos clínicos para concluir que no quadro clínico da demência precoce se observava como traços fundamentais: uma emotividade embotada, ausência de vontade espontânea, sugestibilidade e, ainda, alucinações e delírios. Contudo, apesar de discorrer sobre o diagnóstico a partir da observação do paciente, caracterizando uma clínica do olhar, Kraepelin não desenvolveu a questão da direção do tratamento, ainda que considerasse que uma melhora do quadro fosse possível.

Bleuler criticou o termo demência precoce, cunhado por Kraepelin, ao observar que a doença poderia aparecer não só na puberdade, mas também em fases tardias da vida, e que, em alguns casos, não havia uma deterioração completa da personalidade, de modo que “era, pois, necessário criar um conceito que reunisse os quadros mórbidos de igual sintomatologia” (Bleuler, 1985, p.279). Assim, Bleuler elaborou, em 1911, o conceito de esquizofrenia ao agrupar as três formas de demência precoce e incluir a esquizofrenia simples. Na esquizofrenia paranoide estariam em primeiro plano as ideias delirantes e alucinações; na catatonia, os sintomas catatônicos, podendo ser iniciados pelo mutismo ou maneirismo; na hebefrenia, a excitação, o medo ou a hipocondria dominavam o quadro; e na esquizofrenia simples estariam em primeiro plano: a indiferença crescente em relação ao mundo real, a confusão e a falta de clareza de pensamento. Desse modo, ele afirmou que, na esquizofrenia “as perturbações mais elementares pareciam ser uma falta de unidade, uma dissociação e desagregação do pensamento, do sentido e da vontade, e do sentimento subjetivo da personalidade” (Bleuler, 1985, p.279).

O objetivo de Bleuler era marcar que não havia uma unidade mórbida, diferentemente do que defendia Kraepelin, e sim um grupo de esquizofrenias, de modo que defendia que: 1. as esquizofrenias eram psicoses; 2. elas se caracterizavam pela falta de unidade e ordem em todos os processos psíquicos, em que: as ideias e emoções eram antagônicas, havia uma tendência a criar uma visão do mundo própria, e estavam presentes fenômenos como a confusão do pensamento e a despersonalização; 3. a evolução da esquizofrenia era diversa, podia parar em qualquer estágio ou mesmo retroceder; 4. os fatores familiares e a constituição pessoal estavam na gênese das esquizofrenias, bem como “as relações com as outras pessoas desempenham um papel importante das esquizofrenias” (Bleuler, 1985, p.280); 5. os esquizofrênicos precisavam de tratamento.

Bleuler apresentou ainda uma distinção entre os sintomas primários e os secundários e entre os sintomas fundamentais e os acessórios, na esquizofrenia. Os sintomas primários eram manifestações diretas do processo mórbido e incluíam a clivagem das associações entre as funções psíquicas, os estados de obnubilação e as oscilações afetivas. No campo dos sintomas secundários se localizavam as ideias delirantes, as alucinações e a ambivalência afetiva. Já os sintomas fundamentais estavam presentes em todas as formas de esquizofrenia e em qualquer estágio de sua evolução. Ele destacou como funções elementares dos sintomas fundamentais: as perturbações do pensamento e da afetividade, a ambivalência afetiva, o autismo e os transtornos em relação à vontade e ação. Os sintomas acessórios, de modo contrário, eram aqueles que podiam estar presentes ou não, como os delírios, as alucinações e a catatonia.

Bleuler ofereceu contribuições importantes para a clínica e teve uma grande influência sobre o ponto de vista dinâmico da psiquiatria ao considerar a presença não de uma deterioração psíquica, e sim de uma dissociação, uma clivagem, no psiquismo, que atingia a personalidade, o processo associativo e os afetos. Ele apresentou inovações no campo psiquiátrico ao utilizar os termos processo e complexo para explicar que não havia uma gradação do normal ao patológico, e sim uma diferença entre esses processos. Bleuler deu destaque aos fenômenos mentais, aos acontecimentos e as reações a diferentes situações que poderiam vir a desencadear patologias.

Além desses dois grandes grupos de transtornos mentais – a esquizofrenia e a psicose maníaco-depressiva – encontramos na literatura psiquiátrica a descrição de mais dois grandes tipos de psicose: a paranoia e a melancolia. A paranoia em Kraepelin era definida pelo “desenvolvimento insidioso de um sistema delirante duradouro e inabalável conjuntamente com uma manutenção da clareza e da ordem no pensamento, vontade e ação” (Bleuler, 1985, p.353).

Também conhecida como “psicose normal” ou “psicose comum”, na paranoia não havia a presença de alucinações, euforias, nem alterações de linguagem, nem de afeto.

Em relação à melancolia, Cotard e Séglas destacaram a presença de ideias de danação, mutilação, autoagressão, suicídio e do “delírio das negações”. De modo que quando esses sujeitos eram questionados se sentiam dores de cabeça, no estômago ou em alguma outra parte do corpo, respondiam que eles não tinham “cabeça, nem estômago; alguns até não têm corpo. Para alguns a negação é universal, nada existe mais, eles mesmos não são mais nada” (Cotard, 1882, p.157).

Tem-se como eixo de investigação da melancolia, diferentemente do delírio de perseguição presente na paranoia, o mecanismo de autoacusação, em que o sujeito não acusa os outros de o perseguirem, mas a si mesmo: “os doentes acusam a si mesmos, são incapazes, indignos, promovem a desgraça e a vergonha de seus familiares; serão presos, condenados a morte; serão queimados ou esquartejados” (Cotard, 1882, p.159). O termo “hipocondria moral” foi utilizado para definir uma característica marcante na melancolia, qual seja, a de que o melancólico não acreditava nas atribuições positivas nem nas manifestações de afeto que lhe eram dirigidas.

Cotard (1882) apresentou alguns casos interessantes de melancolia por meio dos quais pôde se basear para assinalar a presença do delírio de negação e do mecanismo de autoacusação como índices para o diagnóstico: 1. O caso da Sra. E., de cinquenta e quatro anos, casada, mãe de família, internada em uma casa de saúde após várias tentativas de suicídio. Ela apresentava um quadro de agitação ansiosa, com ideias de culpa, delírio hipocondríaco; imaginava que sua garganta fora estreitada e o coração deslocado. Ela repetia seguidamente que todos os seus órgãos estavam deslocados, que ela nada podia fazer. Esses delírios permaneceram inalterados ao passar dos anos: a Sra. E. repetia que estava perdida, não tinha mais cabeça, não tinha mais corpo; estava morta. Ela gritava, dizia que não tinha braços nem pernas, que todas as partes de seu corpo havia se metamorfoseado; que não conseguia mais se mexer sem o risco de cair em pedaços. Seu quadro foi se agravando de modo que passou a se recusar a comer – por não conseguir engolir –, e recusava-se a andar – por não ter pernas; ela não queria se levantar, nem se deitar, nem se vestir. Por fim, ela sofreu uma queda do útero e do reto, em função dos violentos esforços de expulsão, e faleceu por caquexia – síndrome complexa e multifatorial que se caracterizava pela perda de peso, atrofia muscular, fadiga, fraqueza e perda de apetite. 2. O caso de A., de cinquenta e três anos, internado em uma casa de saúde em função de um quadro melancólico após o

falecimento seguido da mulher e de um filho, os quais ele dizia ter sido a causa da morte. Ele dizia que estava podre, tinha sífilis, estava perdido, era o maior criminoso que já existiu, o Anticristo, e que devia ser queimado em praça pública. Após alguns anos seu quadro permaneceu inalterado: se sentia culpado, dizia que seu corpo inteiro estava podre, que sua cabeça estava vazia, que não tinha sangue, nem rosto humano. Não obteve nenhuma mudança nesse quadro ao longo dos anos, apresentando diversas tentativas de suicídio.

Séglas (1894) também apresentou contribuições importantes para o diagnóstico de melancolia ao assinalar a presença de distúrbios psíquicos, denominados “depressão psíquica”, tais como a apatia, abulia, lentidão, monotonia da fala e a falta de cuidados pessoais. Ele destacou, ainda, a presença de dois fenômenos: a dor moral e o delírio de indignidade. A dor moral consistia em um sentimento de impotência, de anestesia, de uma depressão dolorosa, que fazia com o sujeito se isolasse “cada vez mais do mundo exterior, fechando-se sobre si mesmo. Ele não participa mais do que se passa ao redor dele, tudo lhe parece penoso. (...) Ele vê tudo negro” (Séglas, 1894, p.287). Contudo, segundo Séglas (1894), fazia-se necessário considerar não só os aspectos físicos, e sim todos os sintomas, somáticos e psíquicos, sua aparição, sucessão, relações e sua evolução para a realização do diagnóstico.

Um último grande psiquiatra clássico, Gaëtan Gatian de Clérambault, além de apresentar contribuições sobre a reorganização do grupo das psicoses paranoicas e do estudo dos delírios coletivos, procurou descrever algo que ele identificou como sendo comum às psicoses, ou, pelo menos, à grande parte delas: a síndrome do automatismo mental (Barreto, 2012). O automatismo se caracteriza pelo: “pensamento antecipado, enunciação dos atos, impulsos verbais e tendência a fenômenos psicomotores” (Clérambault, 1924, p.84). A inovação nas formulações de Clérambault reside na definição do automatismo mental como o fenômeno primordial da psicose, anterior ao delírio: “o delírio propriamente dito nada mais é do que a reação obrigatória de um intelecto raciocinante, geralmente intacto, aos fenômenos oriundos de seu subconsciente, isto é, ao automatismo mental” (Clérambault, 1920, p.160).

Maleval (1998) destaca que a originalidade de Clérambault foi a de sustentar o primitivismo e a neutralidade do automatismo mental. A síndrome do automatismo mental, ou síndrome S, não era uma síndrome sensorial, na medida em que os fenômenos clássicos iniciais eram anteriores ao delírio e à alucinação propriamente dita, ou seja, não tinham nenhuma significação em princípio e eram vivenciados com estranhamento. Posteriormente, poderiam se

agregar automatismos motores e sensitivos, constituindo uma síndrome, o “triplo automatismo mental”, caracterizado por transtornos de pensamento e da linguagem, automatismos motores e sensitivos e a alucinação propriamente dita. Diferentemente dos demais psiquiatras clássicos, Clérambault definiu o delírio não como primário, mas como “uma construção intelectual secundária (...) uma superestrutura” em relação com o automatismo mental inicial (Maleval, 1998, p. 40, tradução nossa)¹⁰. É justamente essa a originalidade: pensar o delírio como secundário ao automatismo mental, que teria como “aspecto nuclear o que Clérambault chamou de fenômeno xenopático” (Barreto, 2012, p.4), que Miller (1997a, p.58) aponta como precursor “da grande ‘xenopatia’ que Lacan fundou no campo da linguagem com seu matema do Outro”.

Observamos, então, que a psiquiatria clássica teve como objetivo construir uma descrição e classificação diagnóstica dos transtornos mentais baseada na observação e descrição dos sintomas, de modo que a clínica era caracterizada como uma clínica do olhar: “uma experiência eminentemente descritiva ou fenomenológica, voltada para a caracterização, nomeação, sistematização e classificação das entidades nosológicas” (Barreto, 2012, p.1). Baseados exclusivamente nos fenômenos, os psiquiatras clássicos estabeleceram que tanto as psicoses como os denominados desvios de conduta tinham causas orgânicas e eram transmitidos hereditariamente. Desse modo, tanto a transmissão da herança mórbida deveria ser prevenida, como os sentimentos e atos considerados fora dos padrões esperados deveriam ser contidos através das internações, terapia por coma insulínico, injeções de metrazol e eletrochoques. O tratamento psiquiátrico tinha, assim, como objetivo a reinserção do indivíduo no meio social por meio da readequação de suas funções pragmáticas.

Desse modo, os métodos de tratamento utilizados pela psiquiatria clássica evidenciam que o objetivo principal era, portanto, eliminar o que se definia como os sintomas da loucura – a alucinação, o delírio – a fim de que os sujeitos se tornassem submissos, dóceis e embotados. Maleval (1998) assinala que a psiquiatria clássica ao insistir nos aspectos negativos do mecanismo de construção do delírio – o desvio das ideias em relação às normas, a falsidade do juízo, e uma convicção inabalável – negou todo seu aspecto de invenção, de solução diante do real. Contudo, diante da biologização do sujeito proposta pela psiquiatria da época, que desconsiderava a escuta das singularidades, emergiu a construção de um novo saber. O método teórico-clínico proposto pela psicanálise promoveu, assim, um corte epistemológico com a

¹⁰ Una construcción intelectual secundaria (...) una superestructura.

psiquiatria clássica ao propor uma escuta para além do olhar: a escuta do inconsciente, a atribuição da doença mental não a uma causa orgânica e sim psíquica e a mudança de paradigmas em relação à concepção do diagnóstico e da direção do tratamento.

3.2 Contribuições da psicanálise freudiana sobre as desestabilizações e o delírio como solução estabilizadora da psicose

Como nos aponta Laurent (2000), a clínica psicanalítica teve influência da psiquiatria clássica, principalmente do modelo defendido pela psiquiatria de Kraepelin, na medida em que Freud estabeleceu uma classificação diagnóstica centrada na observação dos sintomas. Então, qual foi a diferença marcante introduzida pela psicanálise em relação ao campo da psiquiatria?

A psicanálise promoveu um corte em relação ao campo da semiologia e da nosologia clássicos ao introduzir o conceito do inconsciente e atribuir uma causalidade psíquica, e não biológica, na base da formação dos sintomas. Da mesma forma, propôs uma nova forma de tratamento, distinta da psiquiatria, o método psicanalítico, que oferecia uma compreensão do sentido e da intenção do sintoma neurótico e do delírio enquanto solução estabilizadora da psicose.

Para exemplificar a distinção entre a psicanálise e a psiquiatria, destacamos a crítica feita por Freud (1916-17/1996f) à classificação de “degenerados”, utilizada pela psiquiatria clássica para se referir aos sujeitos que sofriam de transtornos mentais. Para Freud (1916-17/1996f), essa classificação era “um julgamento de valores – uma condenação, em vez de uma explicação” (p.268).

Para distinguir a posição do psiquiatra e do psicanalista, Freud (1916-17/1996f) apresentou um caso clínico de uma mulher que sofria de delírios de ciúme. Diante desse caso, Freud (1916-17/1996f) assinala que o psiquiatra investigaria a história familiar da paciente e diria: “os delírios aparecem em pessoas em cujas famílias tenham ocorrido, repetidamente, outros distúrbios psíquicos semelhantes” (p.258), o que revela a ênfase dada pela psiquiatria clássica à transmissão hereditária do delírio. Contudo, a psicanálise provocaria um questionamento: esse foi o único motivo que contribuiu para a causação da doença?

Se a psiquiatria clássica se contentava com um diagnóstico e um prognóstico e com sua evolução futura, a psicanálise foi além. Ela partiu da escuta da fala do paciente para entender o

processo de formação e o sentido do delírio, ou seja, os determinantes psíquicos da invenção delirante. No caso da paciente descrita por Freud (1916-17/1996f), seu delírio de ciúmes se manifestou por meio de um deslocamento, na medida em que era ela quem estava apaixonada por um homem mais jovem.

A psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise; foca superficialmente qualquer inferência acerca do *conteúdo* do delírio, e, ao apontar para hereditariedade, dá-nos uma etiologia geral e remota, em vez de indicar, primeiro, as causas mais especiais e próximas (Freud, 1916-17/1996f, p.259, destaque do autor).

Desse modo, Freud (1916-17/1996f) conclui que: “a psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células” (p.262).

Assim, podemos observar que a psicanálise freudiana promoveu uma mudança no conceito de crise em relação à psiquiatria clássica. Se a psiquiatria clássica partiu de uma concepção moral e, posteriormente, se baseou na herança mórbida para a classificação das doenças mentais, a psicanálise propôs um corte epistemológico em relação à associação entre o sintoma e uma causalidade orgânica. Ao fundamentar sua classificação diagnóstica na investigação das estruturas clínicas, a partir de uma clínica da escuta do inconsciente, e em oposição a uma clínica do olhar preconizada pela psiquiatria clássica, a psicanálise defendia que o sintoma falava e, portanto, deveria ser escutado, enquanto a psiquiatria clássica parecia querer calar o que o sintoma revelava.

A originalidade da psicanálise freudiana foi, portanto, a atribuição de uma causalidade psíquica aos sintomas; podemos citar, como exemplo, o sintoma histérico, que seria uma resposta a um trauma de causa sexual. Para a psicanálise os sintomas neuróticos, assim como os atos falhos e os sonhos, tinham um sentido e, portanto, podiam ser decifrados, na medida em que portavam uma mensagem velada, inconsciente.

Em “Conferências introdutórias sobre psicanálise” (Freud, 1916-17/1996) duas conferências nos ajudam na compreensão do sintoma e do tratamento para a psicanálise: “O sentido dos sintomas” e “Os caminhos da formação do sintoma”. Na primeira conferência, Freud (1916-17/1996g) assinala que os sintomas são portadores de um sentido, têm relação com as experiências do paciente e, por isso, podem ser interpretados e traduzidos. Freud apresenta, nesse texto, fragmentos de casos de histeria cujos sintomas obsessivos evidenciam a existência de um

sentido no sintoma, como o caso de uma paciente que, por meio do sintoma compulsivo de correr para a mesa e tocar a campainha para chamar a empregada, repetia uma cena importante de sua noite de núpcias. Miller (1997c) assinala que a repetição da cena revela que a paciente protegia o marido impotente, ela corrigia algo traumático. Na segunda conferência, Freud (1916-17/1996h) destaca outra vertente do sintoma neurótico: que ele é “resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido” (p.361). O sintoma passa a ser compreendido, assim, como uma satisfação substitutiva da libido recalçada: “o sintoma emerge como um derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente” (Freud, 1916-17/1996h, p.363). Freud (1916-17/1996h) aponta, ainda, para a relação dessa satisfação libidinal com a fantasia, na qual o sujeito se relaciona a “uma variedade de objetos e de fins aos quais está voltada sua busca de prazer, e não apenas de prazer sexual” (p.373).

Miller (1997b) assinala a importância desse texto de Freud para a compreensão dos caminhos do sintoma sob o paradigma da neurose (histérica e obsessiva) que vão do sentido à satisfação libidinal, ou seja, ao gozo. Ele defende que não há somente um sentido recalçado no sintoma, um enigma a ser decifrado, interpretado, mas também há um circuito libidinal em jogo no sintoma. Assim, enquanto a histeria localiza o sintoma no registro simbólico, na medida em que o sintoma tem um *Sinn*, uma mensagem a ser lida; a neurose obsessiva localiza o sintoma no registro real, como repetição, *Bedeutung* (Miller, 1997b). Desse modo, o sintoma é uma formação de compromisso entre a satisfação libidinal, o gozo, e a defesa contra esse gozo: “o sintoma tem um sentido a partir do qual se goza” (Miller, 1997c, p.36, tradução nossa)¹¹; o sintoma é uma modalidade de gozo.

A direção do tratamento proposta pela psicanálise tinha como objetivo, assim, o desaparecimento do sintoma por meio da decifração da mensagem que ele carregava. Para a condução do tratamento era necessário o estabelecimento da transferência e uma sensibilidade de escuta do psicanalista, que permitiria que este, no “exame preliminar” – que podemos comparar às entrevistas preliminares –, pudesse realizar um diagnóstico estrutural entre neurose e psicose. Observamos, assim, que Freud “ergue uma disciplina do diagnóstico diferencial que permite estabelecer, para a neurose, a classificação de histeria, obsessão e fobia; e, para a psicose, a distinção entre, de um lado, a paranoia e a parafrenia e, de outro, a mania e a melancolia” (Henschel de Lima, 2010, p.53). Contudo, Freud não se detém sobre a investigação diagnóstica,

¹¹ El síntoma tiene un sentido a partir del cual se goza.

ele avança ao construir um método para o tratamento da neurose fundamentado na hipótese da causalidade sexual e do mecanismo de recalçamento das pulsões. E ele desenvolve tanto a questão da investigação diagnóstica quanto da direção do tratamento a partir da construção dos casos clínicos: Dora, um caso de neurose histérica, Homem dos Ratos, um caso de neurose obsessiva, o pequeno Hans, um caso de neurose fóbica, e Schreber, um caso de psicose paranoica.

Observamos, assim, que, para que o analista possa realizar o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, é preciso que ele tenha clareza sobre as estruturas clínicas. No texto “Neurose e psicose”, Freud (1924[1923]/1996o) define a neurose como resultado de um conflito entre o eu e o isso, e a psicose como um distúrbio na relação entre o eu e o mundo externo. É importante que se faça aqui um acréscimo a partir da leitura de Lacan em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-56/1983a) e no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58/1998b), que marca uma diferença entre a neurose e a psicose a partir da relação com o Outro da linguagem. Enquanto na neurose há uma afirmação primordial, a *Bejahung*, que promove o acesso ao simbólico pela inscrição do significante paterno, na psicose, trata-se da *Verwerfung*, da rejeição ou forclusão do significante do Nome-do-Pai.

Ainda que Freud tenha discorrido sobre as características da psicose e da neurose e sobre o processo de formação dessas duas diferentes estruturas clínicas, o paradigma do tratamento analítico freudiano era o da neurose. De modo que encontramos, em sua teoria, uma formulação sobre a direção do tratamento e a posição do analista diante da clínica da neurose, que trata da escuta do sintoma do sujeito que sofre de um retorno do recalcado. Contudo, embora Freud (1916-17/1996j) tenha se referido a paranoia e a esquizofrenia como inadequadas ao método de tratamento psicanalítico, ele não recuou diante da investigação das especificidades presentes nos quatro diferentes tipos de psicose: a mania, a melancolia, a paranoia e a esquizofrenia.

Embora Freud tenha considerado algumas características propostas pela psiquiatria para a psicose, como a definição apresentada por Bleuler de que na esquizofrenia havia um afastamento do mundo externo, ele apresentou uma teoria inovadora em relação ao campo da psiquiatria: a tese sobre o delírio. Diferentemente da psiquiatria, Freud positivou o delírio ao considerá-lo não como um sintoma da psicose, mas como uma tentativa de cura. Freud (1924 [1923]/1996o) defendeu que enquanto o neurótico ignorava a realidade através de uma fuga, do mesmo modo

que tentava substituí-la pela construção da fantasia, o psicótico repudiava a realidade e tentava substituí-la pela criação de uma nova realidade por meio do delírio:

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 eu com o mundo externo (...) no quadro clínico da psicose, as manifestações do processo patogênico são amiúde recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução (p. 168).

Desse modo, a novidade da teoria freudiana em relação à psiquiatria da época foi o entendimento de que os fenômenos indicadores da paranoia – o delírio e a alucinação – eram um modo patológico de defesa do aparelho psíquico, marcado pelo afastamento do julgamento e da censura da instância do eu. Enquanto a psiquiatria clássica definia o delírio como sintoma primário da psicose, que deveria ser eliminado a fim de se alcançar a estabilização do quadro, Freud (1911/1996p) passa a considerar o delírio como secundário, como uma tentativa de estabilização da psicose “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (p.78).

E no que se baseou Freud para apresentar uma teoria sobre o delírio oposta àquela defendida pela psiquiatria clássica? Assim como ele utilizou o caso clínico de Dora e o caso do Homem dos Ratos para estabelecer sua teoria, respectivamente, sobre a histeria e a neurose obsessiva, ele baseou suas formulações sobre a fenomenologia da psicose no livro de um paranoico, Daniel Paul Schreber – *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken [Memórias de um doente dos Nervos]*. Em “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)”, Freud (1911/1996p) apresentou seu primeiro paradigma sobre a paranoia ao localizar a paranóia no caso de Schreber na manifestação da libido homossexual e na defesa projetiva¹² contra esse desejo. As defesas contra esse desejo eram apresentadas como contradições da proposição única: “*eu* (um homem) o *amo* (um homem)” e se expressavam por meio dos delírios de perseguição, erotomaníacos, de ciúmes e megalomaníacos:

a) No delírio de perseguição a proposição original se converte em: “Eu não o *amo* – Eu o *odeio*”. A transformação ocorre por projeção em “*Ele me odeia* (persegue), o que me desculpará por odiá-lo”. Essa deformação consiste numa transformação do afeto.

¹² Segundo Freud (1911/1996p), na projeção: “uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa” (p.73).

b) No delírio erotomaníaco, a transformação implica na frase substitutiva: “Eu não o *amo* – eu a *amo*”, justamente porque, para velar a fantasia homossexual, ele a justifica como “Eu noto que *ela* me ama”. Isso faz com que possamos entender, *a posteriori*, o modo como os paranoicos conduzem compulsivamente o gozo de se sentirem amados. Muitas vezes perseguem o objeto amado, uma vez que tais delírios se apresentam em conjunto.

c) Nos delírios de ciúmes, o paranoico apresenta a contradição: “Não sou *eu* quem ama o homem – *ela* o ama”. Assim, suspeita da mulher diante de todos os homens a quem ele próprio é incitado a amar.

d) Um quarto tipo de contradição é aquele em que sujeito rejeita a proposição original como um todo: “*Não amo de modo algum – não amo ninguém*”, logo, “Eu só amo a mim mesmo”. No mecanismo de negação na paranoia o indivíduo apresenta uma relação alterada com o mundo e uma perda de investimento libidinal nos objetos externos. A libido retirada do objeto vincula-se ao eu e é utilizada para o engrandecimento dele, caracterizando um retorno ao estágio do narcisismo e outras formas de delírio, como o de grandeza (megalomania).

A retomada do mecanismo de projeção para explicar a defesa contra o desejo homossexual na paranoia apontava para uma “regressão” que se estende “a um completo abandono do amor objetal e um retorno ao autoerotismo infantil” (Freud, 1911/1996p, p.84). Assim, a paranoia e a *parafrenia* – termo que ele utiliza em substituição à demência precoce de Kraepelin e a esquizofrenia de Bleuler – seriam tipos clínicos distintos em que haveria uma fixação disposicional primitiva na parafrenia que a situaria “mais atrás do que na paranoia, e residir em algum lugar no início do curso do desenvolvimento entre o autoerotismo e o amor objetal” (Freud, 1911/1996p, p.84). Do mesmo modo, haveria na parafrenia um afastamento total da libido do mundo externo e uma tentativa de estabilização a partir do delírio e não do mecanismo de projeção, próprio da paranoia, em que tanto o conteúdo da ideia como o afeto por serem referidas ao mundo externo assumem o estatuto de um delírio de perseguição. Desse modo, a investigação sobre a função do delírio na parafrenia evidencia a diferença entre a psiquiatria clássica, que o considerava como um fenômeno a ser combatido e suprimido por meio do tratamento psiquiátrico, e a psicanálise, para a qual o delírio assume a função de uma tentativa de cura, uma tentativa de estabilização da estrutura psicótica.

Em relação à mania e a melancolia, Freud (1917[1915]/1996n), em “Luto e melancolia”, defendia que, apesar de seus conteúdos não serem distintos os sintomas apresentados eram

opostos: enquanto a mania se caracterizava pela alegria, exaltação, na melancolia havia a depressão e a inibição. Apesar de lidarem com o mesmo “complexo”, qual seja, a perda de objeto, na melancolia “o eu sucumbe ao complexo”, enquanto na mania o eu “domina-o ou o põe de lado” e passa a procurar vorazmente novos objetos de investimento libidinal” (Freud, 1917[1915]/1996n, p.259).

Segundo Freud (1895/1996s), a melancolia se caracterizava pelo desejo de recuperar algo que foi perdido na vida pulsional; perda que promovia um “empobrecimento da excitação – uma ‘hemorragia interna’” (p.252), uma inibição psíquica e um grande sofrimento. Freud (1917[1915]/1996n) assinala que, apesar da melancolia se constituir a partir da perda de um objeto amado, o sujeito “sabe *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém” (p.251, destaque do autor). A característica marcante da melancolia é que a libido em vez de se deslocar para os objetos é retirada para o próprio eu, de modo que há uma identificação do eu com o objeto “a sombra do objeto cai sobre o eu” (Miller, 2005a, p.268). A não separação/extração do objeto na melancolia marca o apagamento do desejo nesses sujeitos, cujo efeito compreende a automutilação, os fenômenos alucinatórios (voz imperativa, injuriosa) e até a passagem ao ato suicida, em que se faz uma tentativa radical de separação do Outro. Freud (1917[1915]/1996n) apresenta como traços distintivos da melancolia:

Um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriminação e autoenvilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (p.250).

Soler (2007) assinala que o analista pode se valer do modo como o sujeito se relaciona ao Outro para traçar um diagnóstico diferencial entre o paranoico, inocente, e o melancólico, culpado. O caso de Schreber demonstra como o paranoico se sente vítima: ele não é culpado, e sim perseguido, o Outro goza de seu corpo “essa rejeição da culpa é uma recusa em admitir no simbólico os significantes que constituem vestígios da implicação do sujeito – é uma recusa a responder por ela” (Soler, 2007, p.58). Em oposição ao paranoico, o melancólico se apropria de toda a culpa, evidenciada por meio da autorrecriminação e de uma inibição vital. A perda do objeto, da libido e da pulsão vital, como nos disse Freud, se traduz em uma clínica da degradação e da depreciação, que pode mesmo levar o melancólico à passagem ao ato suicida.

Segundo Bogochvol (2008, p.54), a descrição freudiana da melancolia como uma neurose narcísica equivale à psicose na terminologia lacaniana, na medida em que ela não corresponde a uma formação do inconsciente, e sim a um efeito no eu diante do encontro com a foraclusão, em função da perda do objeto. A perda do objeto de amor provoca um abalo do Ideal do Eu, $I(A)$ e do eu ideal, $i(a)$. Como o objeto vela a inexistência de um $i(a)$ sustentado pela função fálica da castração, sua perda faz com que o sujeito se depare com a foraclusão, de modo que “o buraco produzido no Outro pela perda do objeto provoca um abalo profundo do funcionamento psíquico, da homeostasia, das relações consigo e com o mundo” (Bogochvol, 2014, p.9). Como efeito dessa perda e do desvelamento da foraclusão e da falta de significação fálica há, como nos ensinou Freud, uma hemorragia interna, um escoamento da libido, que tem como efeito a mortificação, um esvaziamento do sujeito.

Observamos, portanto, que a novidade da teoria freudiana em relação à psiquiatria clássica foi a subordinação dos sintomas neuróticos e dos fenômenos psicóticos – como o delírio – a uma causalidade psíquica, ou seja, segundo Freud havia uma teoria pulsional na base do funcionamento psíquico. Desse modo é que os sintomas, tanto na neurose como na psicose, deveriam ser investigados a partir de sua função na economia psíquica de cada sujeito. Assim, destacamos a importância do psicanalista estar atento para os diferentes modos que cada psicótico encontra, ou inventa, para lidar com o retorno no real do que foi foracluído no simbólico, seja através do delírio, como nos mostra Freud a partir do caso de Schreber, ou por meio de outras soluções, que serão descritas posteriormente quando apresentarmos as formulações lacanianas sobre os diferentes modos de estabilização na psicose.

3.3 A psiquiatria contemporânea de orientação biológica: o avanço da ciência e a medicalização do sujeito

A psiquiatria contemporânea de orientação biológica pôs fim ao tratamento moral, proposto pela psiquiatria clássica, baseado na internação e na terapia de choque como modelo de estabilização da psicose para, atrelada ao progresso da ciência, propor uma revolução terapêutica medicamentosa. De modo que os parâmetros que ditavam o diagnóstico e a direção do tratamento da psiquiatria clássica foram substituídos, ao longo da passagem do século XIX para o século XX, pela psiquiatria biológica, de orientação classificatória, que, ao fazer uma equivalência entre

os sintomas observados e o diagnóstico, prescinde do sujeito e da compreensão do que um sintoma revela sobre o funcionamento psíquico (Figueiredo & Tenório, 2002).

A partir de 1950 o modelo biológico centrado na hereditariedade e na degenerescência começou a ser substituído pela ascensão do modelo bioquímico e pela produção das primeiras medicações antipsicóticas e antidepressivas. A revolução terapêutica no campo dos medicamentos teve início do final de 1950 com o uso da Clorpromazina, descoberta por acaso¹³, inaugurando a série dos neurolépticos, seguida da Imipramina, em 1960, que inaugurou a série dos antidepressivos. Por fim os benzodiazepínicos passaram a ser prescritos como ansiolíticos, o que permitiu uma ampliação do recurso ao medicamento para além do tratamento da psicose, como nos aponta Laurent (2004). Nesse sentido, Viganò (2002) acrescenta que além de exigências psicóticas, o fármaco é também objeto de demandas neuróticas e usos perversos. O fármaco promoveu, assim, não só uma revolução na relação do sujeito com a demanda, mas também “estabelece ideais de eficácia, transforma as instituições de cura, substitui a tradição e os seus significantes-mestres” (Viganò, 2002, p.64).

Ainda que buscasse uma solução medicamentosa, a psiquiatria da época sofria enorme influência da psicanálise, tal como podemos observar nos dois primeiros Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais (DSM), elaborados pela Associação Psiquiátrica Americana. O DSM é uma classificação própria para os Estados Unidos e tem como objetivo padronizar a classificação das doenças mentais em categorias diagnósticas. Tanto o DSM-I, publicado em 1952, como o DSM-II, publicado em 1968, eram baseados em informações estatísticas. Entretanto, como surgiram no contexto do pós-guerra, os manuais tiveram forte influência da psicanálise, que ganhou terreno no campo científico ao apresentar uma teoria e propor um tratamento para os traumas de guerra. Os dois primeiros DSMs articulavam, assim, tanto as perspectivas psicanalítica, como a social e a biológica dos transtornos mentais (Caponi, 2012, p.163).

Em função da influência do modelo psicodinâmico e da psicanálise, as categorias propostas pelo DSM-II consideravam a oposição entre neurose e psicose, entre ansiedade ou depressão, entre alucinações ou delírios e entre quadros em que havia o contato com a realidade e

¹³ Ao ser usada como anti-histamínico e antialérgico a clorpromazina promovia um estado de sedação reduzindo a agitação psicomotora, a euforia e algumas formas de delírios alucinatórios.

aqueles em que havia a perda significativa do contato com a realidade para a realização do diagnóstico psiquiátrico.

No entanto, a partir dos anos setenta teve início um movimento na psiquiatria de reformulação do DSM a fim de padronizar, uniformizar e validar o diagnóstico psiquiátrico, de modo que “os pontos de vista psicodinâmicos e fisiológicos deram lugar a um modelo regulamentar ou legislativo. Um novo eixo 'multiaxial' foi criado” (Dunker & Neto, 2011, p.615). Assim, foi publicada na década de 80 a terceira versão do manual, o DSM III, que baseou as classificações psiquiátricas somente em sinais e sintomas, enfatizou a superfície e a visibilidade dos sintomas e extinguiu a oposição entre as estruturas.

O DSM-III promoveu uma ruptura com o embasamento teórico, até então psicanalítico, dos dois manuais anteriores ao propor uma classificação “ateórica” e um modelo de avaliação multiaxial, que defendia que a diferença entre o normal e o patológico estava na frequência que o comportamento era apresentado. Contudo, segundo Stagnaro (2007), a classificação psiquiátrica proposta pelo DSM-III baseada supostamente em um modelo ateórico, ou seja, sem apoio em nenhuma teoria psicopatológica, ocultaria um multiteoricismo. Haveria, portanto, referências teóricas não declaradas, na medida em que os autores do referido manual estariam impregnados pelas teorias de Bleuler e Schneider para a classificação da esquizofrenia, pela neurobiologia, utilizada para categorizar os transtornos de ansiedade e os transtornos orgânicos, etc.

Observamos, assim, que a partir desse manual houve um aumento progressivo das categorias diagnósticas como, por exemplo, a subdivisão da neurose de angústia em transtorno de pânico com e sem agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada. De modo que Laurent (2000) afirma que o efeito paradoxal do retorno da psiquiatria à medicina e o avanço da biologia “longe de reintegrar simplesmente a doença mental na ciência e solucionar o problema, esse retorno torna manifesta a fabricação de novas formas para o patológico” (pp.7-9).¹⁴

Sauvagnat (2012) assinala que DSM III foi marcado por um retorno às teses kraepelianas com o objetivo de excluir qualquer relação com conhecimentos que a psiquiatria moderna não julgasse como sendo científicos, como a psicanálise. Tal manual tinha como finalidade propor um modo objetivo e descritivo para a classificação das doenças mentais. Os chamados “neokraepelianos” eram um grupo de psiquiatras americanos, que debatiam sobre a cientificidade

¹⁴ Lejos de reintegrar simplemente la enfermedad mental en la ciencia y clausurar el problema, hace patente la fabricación de nuevas normas para lo patológico.

da psiquiatria e de suas classificações. Eles retomaram o radicalismo médico de Kraepelin, que excluía o espaço de escuta da fala do paciente e baseava a investigação diagnóstica em bancos de dados quantitativos, na neurologia e na genética. Os neokraepelianos defendiam que a psiquiatria era um ramo da medicina, e como tal, deveria se basear em conhecimentos científicos para tratar aquelas pessoas que apresentavam doenças mentais. Além disso, eles defendiam a existência de uma fronteira, ou limite, entre normalidade e doença, de modo que a psiquiatria deveria ter como alvo o aspecto biológico e se preocupar com o diagnóstico e a classificação das doenças mentais. Da mesma forma, eles se baseavam nos critérios objetivos e nas categorias de hereditariedade e de degenerescência. A partir desse manual, pode-se observar o desaparecimento das estruturas clínicas em detrimento da multiplicação dos transtornos e síndromes.

O DSM se tornou, assim, um ícone da psiquiatria contemporânea de orientação biológica, que tem por objeto de pesquisa os fatores e marcadores (clínicos, cognitivos, bioquímicos, infecciosos, genéticos e de imagem cerebral) de vulnerabilidade e baseia seu diagnóstico na observação e na objetivação dos sintomas. A procura pelos “fatores de risco” aponta para um tratamento preventivo e para um diagnóstico antecipado. E o privilégio dado à herança mórbida e a localização cerebral para a classificação das doenças psiquiátricas, revela um modelo geral de regulação biológica do comportamento, que não considera o sofrimento e a causalidade psíquica.

No DSM-IV, publicado na década de 90, observamos o recrudescimento do caráter ateuórico, objetivo e descritivo do manual por meio da proliferação da classificação diagnóstica em “transtornos”. A psicose, nesse manual, é apresentada ao lado de outros transtornos associados como Transtorno Esquizofrênico, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico Compartilhado, Transtorno Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral, Transtorno Psicótico Induzido por Substância e Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação. Os sintomas presentes na esquizofrenia incluem disfunções cognitivas e emocionais, e o diagnóstico envolve ainda o reconhecimento de sinais e sintomas associados com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social. Os sintomas podem ser positivos – delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico –, e/ou negativos – embotamento afetivo, restrições na fluência e produtividade do pensamento (alogia) e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objetivo (avolição). Para o diagnóstico de esquizofrenia – dividida em cinco tipos: paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado,

residual – é necessário que os sintomas durem pelo menos seis meses e incluam pelo menos um mês de sintomas da fase ativa: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico. O DSM-IV critica as classificações propostas pelos manuais anteriores, descritos como demasiado abrangentes e focalizados na gravidade do prejuízo funcional, ao defender uma classificação baseada estritamente nos sintomas observados. Desse modo, ao marcar sua diferença em relação aos manuais anteriores e a influências psicanalíticas, tal manual busca afirmar seu caráter “ateórico”.

Assim, destacamos no DSM-IV algumas mudanças importantes em relação à exclusão da estrutura como categoria diagnóstica em prol de uma classificação dos sintomas em transtornos: a neurose obsessiva se converteu em transtorno obsessivo-compulsivo, a psicose maníaco-depressiva passou a ser denominada transtorno do humor bipolar e o transtorno de personalidade paranoide – caracterizado por um padrão de comportamento global de desconfiança e suspeita para com os outros – passou a ser definido como “transtorno delirante” e a pertencer a um grupo de transtornos de causa desconhecida no qual o sintoma principal é o delírio.

Na versão mais atual do manual, o DSM-V, publicado em 2014, verifica-se um novo aumento da categoria diagnóstica e, conseqüentemente, uma ampliação da lista de transtornos mentais. Tal manual, além de considerar a perspectiva categorial para a classificação dos transtornos mentais em tipos, passou a adotar, também, um sistema dimensional para descrever os fenômenos cujos limites não são claros. Mas o que significam os sistemas categorial e dimensional? Laia (2011), ao investigar as diferenças entre a classificação dos transtornos mentais pelo DSM-V e a orientação lacaniana, assinala que segundo a classificação categorial os transtornos são do tipo binário (presença-ausência), que não permitem exceções. Contudo, a psiquiatria se deparou com a sobreposição de sintomas e com proliferação de comorbidades e com o excesso de categorias sem outra especificação (SOE). Assim, para lidar com esses impasses, a psiquiatria biológica passou a adotar uma perspectiva dimensional, de modo que “pautados por esse tipo de proposição, os transtornos mentais passariam a se distinguir em função de graus e quantidades de dimensões e não apenas pelos limites rígidos entre categorias” (Laia, 2011, p.8). Como exemplo, citamos a utilização da abordagem dimensional na classificação do “espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”. Os subtipos de esquizofrenia proposto pelo DSM-IV foram eliminados com a justificativa de que eles tinham uma estabilidade diagnóstica limitada, uma baixa confiabilidade e pouca validade (DSM-V, 2014, p.810). Assim, o

“espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”, que inclui a esquizofrenia, outros transtornos psicóticos e o transtorno (da personalidade) esquizotípica, passou a ser definido a partir da localização de “anormalidades em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos” (DSM-V, 2014, p.87).

A psiquiatria procurou, ainda, uma forma de definir a concomitância de duas patologias consideradas distintas; se inicialmente utilizou o termo comorbidade¹⁵, atualmente emprega o termo “patologia dual” a fim de relacionar dois transtornos considerados independentes, como, por exemplo, para definir a coexistência da dependência de drogas e algum tipo de transtorno psiquiátrico (Borderías, 2005, p.175). A patologia dual tornou possível a formulação da classificação presente no DSM-V dos “transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de substância psicoativa”. Contudo, Viganò (2003b, p.8) pontua que esse diagnóstico dual, também definido como “duplo diagnóstico”: 1. tem um limite diagnóstico em função de sua base observativo-estatístico, que reproduz a lógica classificatória que não considera a singularidade do caso clínico; 2. considera o uso de substância como um transtorno psiquiátrico; 3. não é resolutivo, uma vez que não resolve a questão da direção do tratamento.

Viganò (2003b) destaca que apesar da categoria comorbidade ter aberto um novo capítulo na clínica, a psiquiatria não soube demonstrar as razões estruturais da conexão entre o uso de substância e a doença mental. As possíveis razões seriam: a mudança atual do discurso social, das formas do mal-estar, da forma de apresentação sintomática, e o declínio dos ideais. Essas mudanças apontam para uma função do pai no contemporâneo que difere daquela descrita por Freud no complexo de Édipo. O declínio da autoridade paterna na atualidade revela uma vertente do pai que é condição de gozo, que pode se manifestar como um excesso de gozo em sua face destrutiva e mortífera. Desse modo, Viganò (2003b) defende que um novo sentido ao “duplo diagnóstico” deve ser criado a partir das contribuições da psicanálise de orientação lacaniana, transformando-o em um diagnóstico a dois níveis e a dois tempos: da consideração do sintoma social, da relação do sujeito com o Outro simbólico e com a realidade; e do sintoma subjetivo, referente a economia de gozo.

¹⁵ A comorbidade define patologias distintas, que não tem necessariamente relação com outra: “se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas” (Matos, 2005, p.315).

Observamos, assim, que, atrelado ao mercado da indústria farmacêutica, o DSM buscou ampliar as doenças, descritas sob uma enorme variedade de diagnósticos, a fim de explicar e controlar cientificamente tanto os comportamentos, como os sentimentos e os sintomas por meio dos medicamentos. Da mesma forma, os consensos diagnósticos e as estatísticas foram substituindo a riqueza da clínica e do relato do caso, que era realizado pela psiquiatria clássica. De modo que podemos verificar que tais manuais classificatórios: “excluem a subjetividade, eliminam a psicopatologia, restringem a forma do pensar a clínica e contribuem para o término da psiquiatria” (Campos, 2009, p.3).

As constantes atualizações do sistema de classificação DSM levaram a uma extinção da ideia da causalidade psíquica e da categoria clínica como eixo de diagnóstico na psiquiatria, na medida em que o diagnóstico passou a basear em sintomas visíveis e superficiais. Ao reduzir a estrutura clínica ao fenômeno e converter os sintomas em transtornos, as últimas versões do DSM desconsideram “o sentido e a experiência íntima dos sujeitos psicóticos” que tem “cada vez menos importância no novo paradigma baseado nos sintomas” (Leader, 2013, p. 43). Como nos aponta Maleval (1998), o DSM evidencia como a psiquiatria moderna de orientação biológica, colada nos manuais diagnósticos e no discurso da ciência, produz uma exclusão do sujeito, do sujeito do inconsciente.

A clínica psicanalítica nos revela, então, que é preciso que se escutem os sujeitos de modo responsável e por um período de tempo considerável para que se possa investigar o lugar que um sintoma, ou um delírio, ocupa na vida dos sujeitos, na economia de gozo de cada um. Diferentemente da psiquiatria biológica, ancorada no DSM-V, que busca rotular os sujeitos excluindo suas singularidades ao inclui-los em uma infinidade de classificações, a psicanálise defende que “os sujeitos de um tipo, portanto, não tem utilidade para os outros do mesmo tipo”, de modo que “só existe análise do particular” (Lacan, 1973/2003a, p.554). Segundo a psicanálise, “há algo na constituição dos sujeitos e na economia libidinal de seus sintomas que se furta à classificação diagnóstica e que diz respeito tanto à evanescência do sujeito como efeito significativo” (Laia, 2011, p.4).

Como podemos observar, a partir de uma breve retomada do caso clínico de Pedro e de Clarice, que foram apresentados no primeiro capítulo, a psicanálise marca sua diferença em relação à psiquiatria ao considerar a investigação da função da droga na economia de gozo de

cada sujeito como fundamental para a construção do diagnóstico diferencial e de uma direção do tratamento.

No caso de Pedro, a psiquiatria era marcante em toda sua história clínica: desde a internação psiquiátrica em função de uma tentativa de suicídio até o tratamento psiquiátrico ambulatorial, que lhe deu o diagnóstico de transtorno por uso de substância e de transtorno do humor bipolar. Como tratamento, o psiquiatra lhe receitou lítio e Rivotril. O primeiro tinha como objetivo reduzir a oscilação de humor, a fim de evitar que ele ficasse irritado, agressivo ou deprimido, e o segundo visava a medicar sua dificuldade de dormir. Ainda que Pedro se sentisse mais calmo com a medicação e conseguisse dormir, o tratamento exclusivamente medicamentoso denunciava que a psiquiatria tratava o sintoma, e não o sujeito, de modo que Pedro continuou a se queixar dos fenômenos elementares próprios de sua estrutura psicótica: “eu sinto uma dificuldade de estar presente, fico perdido em meus pensamentos, no que tenho pra fazer, quando vejo a hora já passou”. Segundo Pedro, o psiquiatra “não me ouvia”, o que nos aponta que tanto o diagnóstico como o tratamento farmacológico podem ser rasos, caso se restrinjam a sintomatologia apresentada, sem analisar a história de vida do sujeito ou as causas psíquicas do recurso à substância. A investigação da função do recurso à droga para o paciente, feita posteriormente por um psicanalista, revela sua relação com o momento do desencadeamento de sua psicose. O desencadeamento ocorreu quando Pedro, ao se confessar na igreja sobre sua prática masturbatória, encontrou um padre diferente do habitual e este, de modo contrário ao padre anterior, lhe disse que a masturbação era normal para jovens na sua idade. Se a interdição do padre anterior funcionava como regulador do gozo, não regulado pelo falo, as palavras do novo padre o deixaram desorientado, perdido. Esse é o momento em que Pedro rompe com a igreja e fica desbussolado, tendo início sua “vida marginal”, da qual a cocaína era protagonista. Ao retomarmos o momento do desencadeamento de sua psicose, foi possível questionar a função da droga em sua economia de gozo. Na medida em que a cocaína lhe dava “ânimo” para sair de casa, reduzia sua inibição de falar e sua identificação ao significante “sou toxicômano” lhe permitia algum laço social, podemos afirmar que a droga teria uma função estabilizadora para esse sujeito?

No caso de Clarice, assim como o de Pedro, a psiquiatria lhe deu o diagnóstico de transtorno por uso de substância e de esquizofrenia. Ela passou por diversas internações em um hospital psiquiátrico no município de Niterói (RJ). Em suas internações, observamos que a

psiquiatria tratava o recurso à substância e a psicose como patologias distintas. Como seu diagnóstico se restringia aos sintomas apresentados, Clarice era internada ora no Serviço de Internação para Usuário de Álcool e Outras Drogas (SAD), ora no Serviço de Internação para Agudos Feminino (SIAF). Quando avaliavam que o uso de *crack* era excessivo e a paciente poderia apresentar sintomas de abstinência, eles a internavam no SAD, e quando entendiam que seus sintomas psicóticos estavam mais agudos a internavam no SIAF. Independente de onde estava internada, ela era medicada com haldol a fim de reduzir os fenômenos alucinatórios e com um benzodiazepínico para reduzir sua vontade de usar a droga e deixá-la mais calma. Um acontecimento, então, marcou uma descontinuidade no tratamento da paciente. No primeiro dia em que Clarice teve licença para ir ao local de tratamento extra-hospitalar, ela fugiu. Retornou somente dois dias depois para pegar a medicação com uma profissional de saúde da equipe de enfermagem. Houve, então, uma divergência em relação à direção proposta pelo psiquiatra que a acompanhava no ambulatório, que exigia que ela retornasse à internação por ter fugido, e a direção proposta pela psicanalista que a acompanhou durante a internação, que, ancorada no discurso analítico, defendia a possibilidade do tratamento extra-hospitalar, considerando: 1. a escuta da decisão da paciente de se internar nos momentos em que a morte se anunciava; 2. o início de uma construção delirante que poderia estabilizar os fenômenos elementares da psicose resultando na diminuição progressiva do consumo de *crack*.

Se, como nos aponta Miller (2003b) o espírito do DSM é marcado pelo nominalismo, pragmatismo e artificialismo, pela redução da estrutura aos fenômenos, a psicanálise aponta para um mais além da medicação ao retomar o que há de singular no sujeito, na medida em que o “sujeito” é o “efeito que desloca, sem parada, o individuo da espécie, o particular do universal e o caso da regra” (p.8). O que a psicanálise propõe é uma escuta do sujeito para além da observação dos fenômenos, uma escuta dos modos de gozo, fundamental para a realização do diagnóstico diferencial.

Contudo, é importante ressaltar que a psicanálise não se opõe à internação nem a prescrição de medicamentos nos casos de psicose. O que a psicanálise defende que é deve-se investigar a função do recurso à substância para cada sujeito, bem como a função da internação. É o que podemos observar no caso de Clarice, em que a analista pôde escutar sua recusa em retornar à internação após sua fuga ao apostar na continuidade de tratamento extra-hospitalar, já que era a própria paciente quem pedia pela internação quando reconhecia sua submissão ao gozo

mortífero alcançado com a droga: “se eu continuar desse jeito eu vou morrer, estou pele e osso, esse corpo não é meu (...) preciso ganhar corpo”. Ela pedia pela internação como uma barreira ao excesso de gozo.

Como afirmou Freud (1930/1996q), em “O mal-estar na civilização”, os sujeitos podem recorrer às substâncias tóxicas como medidas paliativas, como soluções ao mal-estar, que ajudam a suportar as dificuldades da vida ao funcionar como um “amortecedor de preocupações” (p.86). Freud localiza a intoxicação como a solução mais eficaz ao mal-estar, pois ao influir sobre o organismo e alterar a química do mesmo, promove efeitos no corpo. Porém, o uso de drogas como uma solução têm seus prós e contras. Apesar de causar prazer, apresenta um grande perigo, na medida em que pode levar ao afastamento da realidade e ao isolamento: “uma satisfação irrestrita de todas as necessidades apresenta-se-nos como o método mais tentador de conduzir nossas vidas; isso, porém, significa colocar o gozo antes da cautela, acarretando logo seu próprio castigo” (Freud, 1930/1996q, p.85). Essa definição da substância tóxica para Freud, como já assinalamos anteriormente no primeiro capítulo, se assemelha a definição de *pharmakon*, o que denuncia que um remédio não pode ser separado de seu avesso, o veneno. De modo que, o que Freud nos aponta não é que a substância em si faça mal ao sujeito, e sim seu uso generalizado, abusivo ou além do que foi prescrito.

Conforme assinala Laurent (2004) a psicanálise se interessa por investigar os determinantes psíquicos envolvidos no recurso à substância, por esse “‘a mais’ do medicamento que interessa ao sujeito”, pela “outra dimensão do medicamento que se refere mais à libido” (p.34). Apesar de o medicamento ser um objeto produzido pela ciência, o sujeito “o reintroduz na estrutura”, de modo que a psicanálise não trata do medicamento como objeto epistêmico, e sim como objeto libidinal, sob as formas de *pharmakon*, placebo, “mais de vida” e anestésico (Laurent, 2004, p.38). Assim, o analista deve investigar qual a função que a substância ocupa na economia de gozo de cada sujeito e como os medicamentos se reinscrevem na categoria do dito – simbólico, imaginário e real. O medicamento se articula ao simbólico como demanda, pela fixação na repetição da demanda pela medicação, pelos significantes que nomeiam o medicamento, ou pela relação do remédio ao Outro. Em relação ao imaginário, trata-se dos efeitos de significação do medicamento, de seus efeitos no corpo. Já a relação da medicação com o real traduz-se em um efeito “fora de sentido”, de modo que “o sujeito recorta seu organismo de outro modo”, o que promove um “efeito de nomeação no real” (Laurent, 2004, p.41). Podemos

observar tal relação em dois casos clínicos de psicose que o autor descreve: o de um sujeito cuja droga de eleição, o éter [*l'ether*], remonta as terras [*les terres*] das quais o pai foi privado de sua herança; e outro que, diante do imperativo do gozo do Outro, ao se sentir perseguido pelas imposições do pai, exige tomar Haldol, ao que ele justifica “É haloperidol, *Allo père idole* [Alô pai ídolo], diz ele com ironia” (Laurent, 2004, p.41).

Assim, como nos aponta Laurent (2004), “a psicanálise não se opõe à prescrição medicamentosa”; o que significa dizer que a psicanálise pode servir-se do poder contingente do medicamento como um auxiliar de “‘aparola’ [*l'apparole*]¹⁶ para o sujeito psicótico” (p.43). Considerando ainda que o medicamento é indicador de um modo de gozo, cabe ao psicanalista questionar: o que a substância busca tratar? O que ela revela sobre o modo de gozo de cada sujeito?

Desse modo, nos perguntamos se não poderíamos localizar o recurso à substância, tanto a droga como os diversos medicamentos psiquiátricos, em sua dupla vertente tanto como remédio/tratamento, o que levaria a uma estabilização da psicose, quanto como intoxicante. Para que possamos dar prosseguimento a esse eixo de investigação, pretendemos localizar, no ensino de Lacan, as diferentes soluções encontradas, construídas, inventadas, que promovem uma estabilização do quadro psicótico quando conseguem localizar, ou apaziguar, o gozo.

3.4 Sobre as estabilizações da psicose no ensino de Lacan

Na mesma década da publicação do DSM-III, em 1980, Miller escreve um texto em que analisa a relação entre a psicanálise e a psiquiatria. Segundo Miller (1997a), apesar de ambas oferecerem um tratamento para o sofrimento do qual os sujeito se queixam há uma antinomia entre a posição do psiquiatra e a do psicanalista. Lacan (1966/2001), no texto “O lugar da psicanálise na medicina”, já havia assinalado que a psicanálise sempre teve tanto um lugar marginal como extraterritorial em relação à medicina e, podemos acrescentar, em relação à psiquiatria. Marginal, por parte da medicina, que considera a psicanálise como um tipo de ajuda externa, como uma assistência terapêutica; e extraterritorial por parte dos psicanalistas, pois,

¹⁶ O termo aparola [*l'apparole*] se refere a uma concepção da linguagem para além do simbólico, enquanto um aparelho de gozo. A aparola é diferente da fala, pois enquanto esta se dirige ao Outro, a aparola é um monólogo: “não há diálogo, não há comunicação, há autismo (...) A aparola não tem por princípio o querer-dizer ao Outro ou a partir do Outro” (Miller, 2012, p.13).

diferentemente da medicina, não lidam com um organismo, mas com um corpo marcado pelo desejo e pelo gozo (Barreto, 2014, p.5). Para a medicina o corpo é biológico, uma máquina complexa, que deveria ser explicado, ao se estudar cada fragmento, cada órgão, “ser inteiramente fotografado, radiografado, calibrado, diagramado e capaz de ser condicionado” (Lacan, 1966/2001, p.4). A psicanálise considera o que a medicina deixou de lado ao propor uma nova concepção de corpo marcado pelo desejo, pelo inconsciente, por “algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos” (Lacan, 1966/2001, p.5). Da mesma forma, a psicanálise ressalta a importância do lugar do Outro para a constituição do sujeito e da relação do corpo com o gozo, de modo que Lacan (1966/2001, p.4) assinala que “um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo”.

Em relação à demanda com a qual lidam o psicanalista e o psiquiatra, Lacan (1966/2001) assinala que elas não têm a mesma estrutura, pois enquanto a demanda de tratamento psicanalítico parte de uma exigência do ideal do próprio paciente, a demanda de tratamento psiquiátrico é social e muitas vezes não parte do paciente, e sim da família, do poder público, etc. O mesmo acontece em relação ao sintoma: se a psiquiatria considera o sintoma no campo do fenômeno – quer seja pela sua observação, descrição ou classificação –, a psicanálise considera que o sintoma se produz no discurso, dentro do dispositivo analítico (Miller, 1997a). Contudo, a psicanálise não é contra a psiquiatria, e sim contra a diluição, na psiquiatria contemporânea, biológica, dos sintomas em transtornos e das estruturas clínicas em fenômenos.

Desse modo, pretendemos demonstrar como a psicanálise lacaniana permite um posicionamento mais rigoroso e sofisticado em relação às noções de categoria e dimensão propostas pela psiquiatria, na medida em que apresenta como pontos cruciais para a realização do diagnóstico e da direção do tratamento, a relação com o Outro, o processo de constituição subjetiva e a investigação dos modos de gozo de cada sujeito.

Segundo Lacan, o diagnóstico diferencial em psicanálise vai além da observação dos fenômenos, na medida em que ele se baseia na localização da estrutura: neurose, psicose ou perversão. O primeiro ensino de Lacan é, assim, marcado pela clínica estrutural e descontínuista. A referência estrutural da linguística possibilita a afirmação de Lacan de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e que, portanto, a fala e a linguagem ocupam lugar central na experiência psicanalítica. Da mesma forma, a descontinuidade entre as estruturas caracteriza o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, marcado pela inscrição do Nome-do-Pai, no

primeiro caso, e pela forclusão do Nome-do-Pai, P_0 , e ausência da significação fálica, Φ_0 , nos casos de psicose:

Se se retirar o pai como abonador, como aquele que garante a estabilização significante/significado, então a significação fálica desaparece, e o sujeito é invadido por coisas inomináveis. Ele tem que se haver com Deus que quer efeminá-lo, ele tem que se haver com fenômenos que o invadem e que não têm nome algum, que vão da excitação maníaca até ao estupor, passando por ondas de gozo não localizadas (Laurent, 2006, p.18).

Os fenômenos psicóticos que correspondem a P_0 são as alucinações e as alterações de linguagem, ou seja, as diferentes formas de automatismo mental. Em relação à ausência da significação fálica podemos citar as ideias delirantes ligadas à sexualidade e ao corpo, a perda do sentimento de vida, as passagens ao ato e certos tipos de disfunções corporais (Morel & Wachsberguer, 2009, p.7). No caso de Schreber – retomado tanto por Freud como por Lacan para exemplificar a psicose –, diante de uma falha na função limitadora do falo, Φ_0 , ele procura remediar a “impossibilidade de ser o falo que falta a mãe” por meio da solução delirante “ser a mulher que falta aos homens” (Maleval, J-C., Michel, G. & Druel-Salmane, G., 2009, p.15). Podem-se observar, ainda, fenômenos que concernem ao sentido e à verdade, como o sentimento de certeza absoluta relatados por sujeitos psicóticos.

Miller (1997a) assinala que o analista, para realizar um diagnóstico diferencial de psicose, deve buscar os fenômenos elementares, descritos como “fenômenos psicóticos que podem anteceder o delírio e o desencadeamento de uma psicose, e que podem não existir na atualidade do paciente, mesmo que pertença a seu passado e apareça apenas uma vez em sua lembrança” (p.227). São eles:

1. Fenômenos de automatismo mental: concerne a irrupção de vozes e de discursos alheios na mais íntima esfera psíquica. São mais evidentes na psicose desencadeada, mas podem estar presentes em silêncio durante anos, apenas uma ou duas irrupções na infância ou adolescência.
2. Fenômenos de automatismo corporal: são fenômenos de decomposição, como a sensação de estranheza em relação ao próprio corpo e de desmembramento (sentir que partes do corpo não lhe pertencem). Também podem estar presentes distorções corporais em relação à percepção do tempo e/ou do espaço.
3. Fenômenos concernentes ao sentido e a verdade: vivências inefáveis, inexprimíveis, ou de certeza absoluta.

Lacan utilizou o termo fenômeno elementar para descrever os “os elementos mínimos, os elementos primeiros a partir dos quais foi construído, desenvolvido e elaborado o resto” (Miller, 2009a, p.2) presentes na psicose. O fenômeno elementar revela uma relação singular do psicótico com a linguagem, já apontada por Clérambault, ao qual Lacan nomeou como seu único mestre em psiquiatria. Clérambault apresentou alguns instrumentos para a compreensão da psicose, dos quais Lacan se apropria da noção de automatismo mental, a fim de defender: 1. que a psicose não é um *déficit*, mas uma estrutura subjetiva; e 2. que o delírio não é primário e sim secundário ao desencadeamento da psicose. A causalidade do fenômeno elementar seria um sentimento de estranheza e de inquietude que invade o sujeito e que não tem antecedentes em sua personalidade. Lacan (1955-56/1985a) destaca a importância da causalidade psíquica em jogo na psicose ao afirmar que a diferença entre a psicologia e a fisiologia e o questionamento sobre a psicose ser ou não orgânica já estavam superadas:

Não se torna louco quem quer (...) Mas nem por isso deixa de ser menos verdade que é a uma certa maneira de manejar a relação analítica que consiste em autenticar o imaginário, em substituir o reconhecimento no plano simbólico pelo reconhecimento no plano imaginário, que é preciso atribuir os casos bem conhecidos de desencadeamento bastante breve de delírio mais ou menos persistente, e às vezes definitivo (p.24).

Lacan (1955-56/1985a) defende que o fenômeno elementar representa para a psicose o que a formação do inconsciente representa para a neurose. Para exemplificar tal afirmação ele utiliza a metáfora da planta: “são elementares como o é, em relação a uma planta, a folha em que se poderá ver certo detalhe do modo como as nervuras se imbricam e se inserem – há alguma coisa de comum a toda planta que se reproduz em certas formas que compõem sua totalidade” (Lacan, 1955-56/1985a, p.28).

Miller (2009a, p.7) assinala que a metáfora da planta revela toda a estrutura da enfermidade, de modo que ele escreve a estrutura do fenômeno elementar na psicose em oposição à estrutura da formação do inconsciente na neurose. Se a neurose tem como base a alienação significativa – o significativo representa o sujeito para outro significativo –, o fenômeno elementar, por sua vez, representa não se sabe o quê para alguém, o sujeito.

formação do inconsciente ~ neurose

fenômenos elementares ~ psicose

Em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-56/1985a) e no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”(1957-58/1998b), Lacan descreve tanto os índices de forclusão no campo da clínica estrutural, dentre eles o fenômeno elementar, como o desencadeamento e a desestabilização da psicose. Desses textos, destacamos as seguintes afirmações: 1. a estrutura emerge como guia diante da insuficiência da observação dos fenômenos para o diagnóstico e tratamento do sujeito, o que caracteriza, assim, uma mudança do paradigma fenomenológico para o estrutural; 2. a fala e a linguagem passam a ocupar um lugar central na experiência psicanalítica; 3. o fenômeno elementar, na psicose, é estruturado como uma linguagem.

Tal como assinalamos anteriormente, Lacan, assim como Freud, se baseia em casos clínicos para construir sua teoria, de modo que se utiliza da obra escrita de Schreber – *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken [Memórias de um doente dos Nervos]* (1903) – como paradigmática para fundamentar a realização do diagnóstico diferencial de psicose. Lacan defende que o diagnóstico é realizado a partir da investigação da relação do sujeito com o significante, da presença de fenômenos delirantes e/ou alucinatórios e da localização do momento de desencadeamento da crise. Laurent (2014a) pontua que o termo “desencadeamento” foi introduzido no campo das psicoses por Lacan para marcar a existência de uma diferença e uma descontinuidade em relação ao significante.

O argumento de Lacan, neste momento de seu ensino, é que apesar dos fenômenos serem compreendidos na experiência analítica por meio do simbólico, do imaginário e do real, é pela via do simbólico que se deve realizar o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. Dessa forma, a investigação psicanalítica do diagnóstico diferencial baseia-se na estrutura da linguagem, na relação do sujeito com o significante. A psicose é, assim, caracterizada pela não-inscrição de um significante fundamental: o significante do Nome-do-Pai. A forclusão desse significante impede ao sujeito a entrada na ordem simbólica e tem como efeito a produção de fenômenos elementares, como a alucinação, que consiste no retorno no real daquilo que foi forcluído do simbólico. Do mesmo modo, a função da mediação simbólica é substituída pela proliferação imaginária.

Assim, o estudo dos fenômenos de linguagem é central para o diagnóstico de psicose, na medida em que tais fenômenos se articulam a própria estrutura clínica “em torno dos fenômenos de linguagem mais ou menos alucinados, parasitários, estranhos, intuitivos, persecutórios de que

se trata no caso Schreber, que vamos esclarecer uma dimensão nova na fenomenologia das psicoses” (Lacan, 1955-56/1985a, p.120). O fenômeno psicótico é descrito, então, como:

A emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema de simbolização –, mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício (Lacan, 1955-56/1985a, p.102).

Desse modo, a investigação acerca dos fenômenos de linguagem possibilitou a construção do conhecido aforismo lacaniano de que o inconsciente funciona a descoberto, a céu aberto, na psicose.

Lacan defende que a psicose não se organiza em torno do mecanismo de projeção, e sim em função do ciclo pergunta-resposta. Para tal, descreve o caso de uma paciente atendida no hospital Sainte-Anne que lhe relata uma escuta alucinatória: o amante da vizinha havia lhe dirigido a injúria “porca”. Recusando a ideia de projeção, Lacan pergunta o que poderia ter-se proferido no instante anterior à escuta alucinatória. Ao que consegue obter da paciente a frase que precede a ofensa: “ela admitiu ter de fato murmurado, ao avistar esse homem, estas palavras (...) ‘Eu venho do salsicheiro’” (Lacan, 1957-58/1998b, p.539). Assim, tratava-se de “uma resposta que se articula no lugar de uma pergunta impossível de formular ‘Quem sou eu’ (...) Lacan sublinha que no ‘porca’ está o ser do sujeito: ‘Eu, a porca, falo...’” (Laurent, 2014a, p.15, tradução nossa).¹⁷

Miller (2013) assinala que o ponto fundamental da análise de Lacan é que essas duas frases, a princípio isoladas, formariam uma cadeia significativa que foi quebrada. A palavra “porca” “opera uma ruptura na continuidade da cadeia significativa e uma rejeição para o real” (Miller, 2013, p.13). E por não poder ser assumida pelo sujeito, a palavra “porca” é rejeitada e retorna no real na forma de alucinação, atribuída, assim, a voz do Outro: “É assim que o discurso vem realizar sua intenção de rejeição na alucinação. No lugar em que o objeto indizível é rechaçado no real, uma palavra faz-se ouvir” (Lacan, 1957-58/1998b, p. 541). Desse modo, Lacan (1957-58/1998b) destaca que as alucinações verbais: se impõem ao sujeito, assumem como tal uma realidade proporcional ao tempo e tem sua estrutura própria.

Ao retomarmos o caso clínico de Clarice, apresentado no primeiro capítulo, podemos destacar a escuta alucinatória como um dos índices de foraclusão que a analista pôde pinçar para

¹⁷ Una respuesta que se articula en el lugar de una pregunta imposible de formular, la pregunta “Quién soy yo?”(...) Lacan subraya que en “marrana” está el ser del sujeto: “Yo, la marrana, hablo...”.

realizar o diagnóstico diferencial de psicose. Como nos aponta Naparstek (2009), a escuta alucinatoria na psicose é diferente de uma alucinação produzida pela intoxicação em sujeitos neuróticos. A intoxicação na neurose pode causar alucinações visuais, que cumprem a função de cobrir um vazio, de modo que “se vê uma ligação entre o aspecto visual e imaginário que vai no lugar do que o simbólico não pode nomear” (Naparstek, 2009, p.65, tradução nossa).¹⁸ De modo contrário, na psicose, a alucinação traz o aspecto de certeza e corresponde ao retorno no real do que foi foracluído do simbólico sob a forma do objeto *a*¹⁹ voz. Miller (2013) assinala que o objeto voz não pertence ao registro sonoro nem ao domínio do sentido; a voz, em sua concepção lacaniana, é “tudo que, do significante, não concorre para o efeito de significação”, “é essencialmente fora do sentido” (p.7).

Para Lacan o objeto voz é correlato à pulsão invocante, ao supereu. Lacan retoma Freud a fim de destacar como este descreveu inicialmente o supereu como uma instância crítica, herdeiro do complexo de Édipo, uma voz que acusa, que culpabiliza o sujeito. A definição do supereu permaneceu durante algum tempo pouco desenvolvida na obra freudiana. Somente no artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução” (Freud, 1914/1996v) é que se opera uma novidade na teoria das pulsões a partir de suas investigações sobre o narcisismo: a possibilidade de investimento da libido não somente nos objetos, libido objetal, mas também no próprio eu, libido do ego.

Freud (1914/1996v) alerta que no início não existe uma unidade comparável ao eu, ele tem que ser desenvolvido. Nesse caso, às pulsões autoeróticas primordiais se agrega “uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo” (Freud, 1914/1996v, p.84). O autoerotismo descreve a pulsão que se satisfaz no próprio corpo, típica de um momento em que o ser a advir ainda não conhece nenhum objeto sexual de investimento. Uma vez que tal investimento é realizado – mais precisamente sobre o seio materno – o narcisismo primário é constituído e deverá, posteriormente, sucumbir ao recalque.

O narcisismo primário, recalcado, continua a mobilizar o sujeito em suas origens, mais exatamente no momento em que ele apreende os efeitos da castração e da intervenção paterna, na

¹⁸ Se ve una ligazón entre el aspecto visual y imaginário que va al lugar de lo que lo simbólico no puede nombrar.

¹⁹ Conforme apresentado no primeiro capítulo, Lacan formaliza o objeto *a* a partir de seu segundo ensino ao incluir o real da experiência, o gozo, que persiste para além da remissão do sintoma “Se Lacan escreve o objeto com a letra *a*, é para distingui-lo de todas as notações do significante ou do significado, para as quais ele usa diferentes tipos de S – maiúsculo, minúsculo, itálico, etc. Lacan apresenta o objeto à parte da estrutura linguística escrevendo-o com uma letra que ele não declinará” (Miller, 2013, p.3).

fase do complexo de Édipo. Como efeito da dissolução do Édipo forma-se o caráter e o Ideal do Eu construídos a partir das identificações parentais introjetadas. Deste modo, o Ideal do Eu é dissociado do eu e entra em conflito com este. O Ideal do Eu contém múltiplas funções, como a auto-observação, a consciência moral, a censura onírica e tem influência fundamental na constituição dos distúrbios narcísicos, melancólicos e na neurose obsessiva, por ocasião do recalçamento. Ou seja, o Ideal do Eu é a instância de identificação que fixa as proibições paternas e regula a satisfação da pulsão sexual. Vemos, desse modo, que nesse momento do ensino de Freud o supereu era definido como o herdeiro do complexo de Édipo, como regulador das pulsões. Nesse primeiro momento do ensino de Freud, o Ideal do Eu e o supereu eram expressões equivalente, equivalência esta que Lacan recusa completamente ao marcar uma diferença entre ambos: enquanto que o Ideal do Eu se refere a uma função de idealização, identificação, concernente ao registro imaginário, o supereu sustenta uma função de proibição, referente ao registro simbólico (Miller, 2006).

Contudo, a partir dos textos “Além do princípio de prazer” (1920) e “O eu e o isso” (1923) o supereu passa a ser visto de uma nova forma: não só como uma proibição, mas também como um imperativo de gozo, como um nome de gozo (Miller, 2006).

No texto “Além do princípio de prazer”, Freud (1920/1996b) investigou, a partir da teoria e da prática clínica, os sonhos traumáticos, a transferência e o jogo infantil nomeado como *fort-da*. Segundo ele, a observação dessas três experiências demonstrava a existência de fenômenos que não se restringiam aos momentos prazerosos marcados pela repetição. Por meio delas, Freud constatou que a oposição entre a pulsão do eu e a pulsão sexual não era mais válida para explicar o funcionamento do aparelho psíquico. Ele submeteu o aparelho psíquico a um novo dualismo pulsional ao unificar a pulsão sexual e a de autoconservação em pulsão de vida, e contrapô-las à pulsão de morte, a tendência inerente a todo ser vivo de retornar ao estado inorgânico, isto é, livre de tensões.

Se na primeira tópica Freud defendia que o princípio da realidade limitava o prazer – alucinatório, inconsciente –, na segunda tópica ele apontou a presença de algo que estava mais além do princípio de prazer. Ao defender que a pulsão era um impulso inerente à vida orgânica cujo objetivo era restaurar um estado anterior de coisas, Freud (1920/1996b) concluiu que: “o objetivo de toda a vida é a morte” (p.49). Assim, a renúncia pulsional não ocorria em função de um ideal e sim da pulsão de morte. Deste modo, os ideais adotados em prol de uma identificação

sintomática ao Pai, ao preço da renúncia da satisfação, se tornavam uma exigência. A satisfação extraída da renúncia pode ser localizada em Freud por meio do ganho secundário que o indivíduo obtém com o sintoma.

Portanto, ao propor uma redefinição do aparelho psíquico a partir das três instâncias psíquicas – o eu, o supereu, e o isso –, Freud apresenta uma nova versão do supereu que não se aproxima tanto da proibição. O supereu ao ser “incluído em uma série comum com a pulsão de morte e com o masoquismo primordial” (Miller, 2006, p.139, tradução nossa)²⁰ passa a ser descrito como exigência de gozo: “a gulodice pela qual Freud denotou o supereu estrutural – não é um efeito da civilização, mas um ‘mal-estar (sintoma) na civilização’” (Lacan, 1974/2003c, p.528). Assim, Lacan (1955/1998e) destaca essa outra face do supereu não mais associado à interdição ou a lei moral, e sim à repetição, à pulsão de morte, ao imperativo de gozo. De modo que Lacan (1955/1998e) descreve o supereu como uma “figura obscena e feroz (...) e que convém compreender como a hiância aberta no imaginário por toda a rejeição (*Verwerfung*) dos mandamentos da fala” (p.362).

A investigação da função do recurso ao *crack* no caso de Clarice evidencia uma relação com a escuta alucinatória. Em seu relato ela diz que começou a escutar vozes na adolescência, que lhe diziam que ela iria morrer, que iria para o inferno. Posteriormente, passou a escutar a voz do diabo, que ordenava que ela fizesse o uso da droga: “vai lá, usa *crack*, dá dinheiro pra boca (de fumo)”. No caso de Clarice, observamos o que nos diz Santiago (2009) sobre a escuta alucinatória: “a voz do Outro se faz presente como efeito da não-extração do objeto *a*, ou seja, por meio de um objeto puro e desencarnado” (p.55). Em obediência à escuta alucinatória, ao imperativo mortífero do gozo do Outro, ela usava o *crack*, cada vez mais e mais.

Outro índice de foraclusão, descrito por Lacan (1955-56/1985a), são os transtornos de linguagem, como os neologismos, que evidenciam a importância da fala em suas decomposições e refrações. Lacan (1955-56/1985a) destaca, no caso de Schreber, dois tipos de fenômenos em que se projeta o neologismo: um deles é a intuição delirante, que observamos na língua fundamental, e o outro é a fórmula, que se repete com uma insistência estereotipada, que não remete mais a nada e é oposta a palavra, o ritornelo. Sobre a língua fundamental de Schreber, Laurent (2006) pontua que ela “desnuda um mecanismo comum a toda psicose: o estabelecimento de um uso particular da língua para circunscrever o gozo” (p.17).

²⁰ Incluído em una serie común con la pulsión de muerte y el masoquismo primordial.

No caso clínico de Pedro, apresentado no primeiro capítulo, destacamos a perplexidade enquanto um transtorno de linguagem próprio da psicose. Diante da ferocidade do supereu materno, que além de não cobrir o seu corpo não dava lugar para ele em seu desejo, Pedro, em vez de apresentar uma postura reivindicativa ao dito materno – “uma mãe não deve se sacrificar pelo seu filho” – reage com um esvaziamento. Ele fica perplexo por que não tem recurso ao significante. Submetido ao gozo materno, Pedro se ausenta da realidade, fica paralisado. A perplexidade evidencia um fenômeno elementar da psicose, em que o sentido não aparece satisfatoriamente, não há uma compreensão, nem satisfação, nem uma metonímia, posto que, em vez do deslizamento dos significantes, há uma fixação, uma imobilização do sujeito:

O fenômeno elementar assemelha-se a uma metonímia imóvel, se nos permitirmos este oxímoro, ou se apresenta como uma metáfora impotente. A metáfora situa um significante que permite a emergência do sentido: é a unicidade do significante, porém impotente para fazer surgir um sentido. O fenômeno elementar, como metonímia imóvel, em lugar de um deslizamento produz um estado de confusão difuso, e como metáfora impotente, uma fixação absoluta (Miller, 2009a, pp. 16-17).

Outro ponto fundamental para o diagnóstico de psicose é a localização do momento de desencadeamento da crise, que ocorre quando algo que não foi simbolizado, ou seja, que foi foracluído do simbólico, *Verwerfung*, reaparece no real. Lacan retira a expressão *Verwerfung* dos textos freudianos “A negativa” (1925/1996d) e “História de uma neurose infantil” (1918[1914]/1996m) para caracterizar a psicose.

No texto “A negativa” (1925/1996d), Freud assinala que para haver a *Verneinung*, denegação, é preciso que tenha havido uma afirmação anterior, a *Bejahung*, instauradora da ordem simbólica. Já a *Verwerfung* é a rejeição da *Bejahung*. Maleval (2002) assinala que a *Verwerfung* é uma negação mais fundamental, um rechaço fundador, que é diferente, portanto, da denegação enquanto uma formação tardia que está a serviço do recalque. A concepção da *Verwerfung* como o que foi deixado de fora do simbólico é a que será utilizada por Lacan quando ele assinala a falta do significante primordial que está na base do mecanismo da psicose.

Lacan retoma o texto de Freud “História de uma neurose infantil” (1918[1914]/1996m) a fim de analisar a alucinação relatada pelo Homem dos lobos, que consiste na falsa lembrança de que havia cortado seu dedo mínimo da mão e que este estava preso somente pela pele. Nesse ponto, Lacan extrai do texto o termo *Verwerfung* para destacar que Freud não se referia ao recalque na alucinação do dedo cortado do Homem dos Lobos, e sim a uma *rejeição*, um processo que tem como efeito “uma abolição simbólica” (Lacan, 1954/1998d, p.388). Lacan

(1954/1998d) assinala que nesse caso podemos observar que o sujeito nada quer saber do recalque, na medida em que não houve a simbolização primordial, e como tal “o que não veio à luz do simbólico aparece no real” (p.390); ou seja, o que foi foracluído do simbólico retorna no real. A fim de aprofundar a análise do caso, Lacan retoma o terror inexprimível diante do dedo cortado e o sentimento de grande ansiedade e nenhuma dor para destacar a presença de um traço de “mutismo aterrorizado”, que revela uma falta do significante para nomear tal acontecimento. Segundo ele, diferentemente do sujeito inscrito na ordem simbólica, em que “os vazios são tão significativos quanto os cheios” (p.394), o conteúdo da alucinação do homem dos lobos, de modo contrário, é “maciçamente simbólico, deve seu aparecimento no real ao fato de não existir para o sujeito (...) este continuou fixado, em seu inconsciente, numa posição feminina imaginária que tira todo o sentido de sua mutilação alucinatória” (Lacan, 1954/1998d, p.394).

Briolle (2004) assinala que a tradução do termo *Verwerfung* por rejeição caracteriza o primeiro tempo na teorização da foraclusão. O segundo tempo trata da foraclusão de um significante primordial; enquanto no terceiro tempo está presente a afirmativa que esse significante primordial é o Nome-do-Pai (NP). Contudo, ele assinala que a esses três tempos é preciso acrescentar um quarto tempo: o da foraclusão generalizada, que “remete ao modo generalizado da foraclusão que faz com que, para todo sujeito, não somente psicótico, haja um ‘sem-nome, um indizível’” (Briolle, 2004, p.58).

No texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, Lacan (1957-58/1998b) utiliza o termo *Verwerfung* para descrever a falta inaugural na psicose, ou seja, a foraclusão do significante do Nome-do-Pai: “na foraclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose” (p.582). Desse modo, para o psicótico, a metáfora paterna não opera enquanto um ponto de basta, não detém o deslizamento do significado sobre o significante, que permitiria algum efeito de sentido.

Na neurose, de modo contrário, o pai é uma metáfora, na medida em que é “um significante que surge no lugar de outro significante” (Lacan 1957-58/1998b, p. 180). O pai opera como uma metáfora, como um significante, quando interdita o desejo da mãe, que mantinha a criança como objeto de desejo. A entrada do pai simbólico na relação mãe-falo-criança marca a passagem do plano imaginário, em que a lógica era de ser ou não ser o falo, para o plano simbólico, em que se trata de ter ou não ter o falo, isto é, o falo torna-se um significante.

Entretanto, na psicose, em que a metáfora paterna não opera, em função da forclusão do significante do Nome-do-Pai, o sujeito apresenta um embaraço em relação ao sentido.

Para que haja o desencadeamento da psicose, Lacan (1957-58/1998b) assinala que “é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito” (p.584). Ou seja, é preciso que esse significante foracluído surja no real a partir de um pai real, o pai do sujeito, o Um-pai: “Esse Um-pai surge no real no momento em que algum personagem de figura paterna se impõe ‘em posição terceira’, isto é, fazendo uma triangulação numa relação que tinha anteriormente por base o par imaginário *a-a*” (Drummond, 2000, p.8). É o que observamos no caso de Schreber quando ele inicialmente apresenta sua candidatura ao Reichstag, e posteriormente quando ele assume prematuramente o lugar de presidência no tribunal de apelação, o que representa um furo no significado, e “dá início a cascata de remanejamento do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário” (Lacan, 1957-58/1998b, p.584). Ao se deparar com a forclusão do Nome-do-Pai, com a falta de um significante que opere como um ponto de basta, o psicótico busca, então, soluções “até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizem” como, por exemplo, através da “metáfora delirante.” (Lacan, 1957-58/1998b, p.584).

Desse modo, podemos dar continuidade a nossa investigação acerca da psicose não mais a partir de um *déficit* que a caracteriza, a forclusão do significante Nome-do-Pai, e sim a partir das soluções que o psicótico encontra, ou inventa, para dar um tratamento ao real que o invade, já que não pode tratá-lo pelo simbólico. Essas soluções promovem uma estabilização do quadro psicótico quando conseguem circunscrever, localizar, ou apaziguar o gozo.

Miller (2003a, p.6) atribui à invenção realizada pelo psicótico o valor de “bricolagem” – criação a partir de materiais existentes. Segundo ele, o esquizofrênico precisa lançar mão de invenções em função de não poder resolver seus problemas por meio de discursos estabelecidos e soluções típicas para dar conta da relação enigmática que tem com seu corpo e com seus órgãos. Miller (2003a) retoma e comenta um caso clínico de um esquizofrênico, apresentado por Samyra Assad, para exemplificar como um paciente pode inventar recursos para poder usar seu corpo e seus órgãos: para se ligar ao seu corpo o paciente usava anéis nos dedos, que funcionavam como laços com o corpo, e para ligar sua cabeça ao corpo ele utilizava uma faixa na cabeça.

Observamos, assim que Lacan, ao longo de seu ensino, descreve diferentes modos de estabilização da psicose, o que evidencia que a psicanálise, em oposição à psiquiatria biológica,

se preocupa com as tentativas de estabilização realizadas pelos sujeitos. Ainda que a metáfora delirante seja o modo de estabilização da psicose mais explorado no primeiro ensino de Lacan, encontramos uma primeira hipótese de estabilização pela passagem ao ato em sua tese sobre a paranoia (Lacan, 1932/1987). Posteriormente, em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-56/1985a) e no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58/1998b), Lacan apresenta outros dois outros modos de estabilização psicótica: pela compensação via identificação imaginária – identificação a personagens que lhe darão o sentimento “do que é preciso fazer para ser um homem” (Lacan, 1955-56/1985a, p.233) –, ou pela construção de uma metáfora delirante – na qual há um remanejamento do significante, como se constata no caso de Schreber.

Lacan descreve a tentativa de estabilização pela passagem ao ato em sua tese sobre a paranoia “Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade” (1932/1987). Ele se utiliza do caso de Aimée, um caso de paranoia de autopunição, para demonstrar como o sujeito pode alcançar a estabilização pela passagem ao ato ao promover uma separação do Outro perseguidor. Dessa forma, Miller (2014, p.7) destaca que “no cerne de todo ato há um ‘Não!’ proferido em direção ao Outro”.

Lacan (1932/1987) apresenta uma análise do caso de Aimée a fim de destacar alguns pontos da estrutura paranoica, dentre eles a perseguição, que convocam a paciente a uma necessidade crescente de agressão. Ele assinala que o momento do desencadeamento do surto psicótico ocorreu quando Aimée engravida, aos vinte e oito anos, e começa a pensar que as pessoas a desprezavam, caluniavam. Ela também dizia que nos jornais havia alusões dirigidas a ela, ao que interpretava “Eles querem a morte do meu filho. Se esta criança não viver, eles serão os responsáveis” (Lacan, 1932/1987, p.156). Contudo, ao dar à luz a uma criança natimorta surge a primeira sistematização do delírio. Ela tinha certeza de que sua amiga C. de la N. era responsável pela morte de sua filha, pelo fato dela ter ligado logo após o parto para saber notícias. Segundo Lacan (1932/1987), a amiga surge como substituto da própria irmã e transforma-se em uma perseguidora. Na segunda gravidez, Aimée volta a apresentar um estado depressivo, angústia e delírio persecutório em relação ao filho, o que aumentava sua hostilidade. De tal maneira que ela decide, sem comunicar ao marido, viajar para os Estados Unidos em busca de seu sucesso como romancista. Porém, sua família tenta dissuadi-la dessa ideia. Após sofrer uma intervenção da irmã, que a destitui de seu lugar de esposa e mãe, ocorre o desencadeamento da psicose e o

surgimento dos fenômenos elementares. Aimée começa a dizer que fizeram um complô para lhe tirarem o filho e ocorre sua primeira internação. Mas ela teve alta logo após e, sem estar curada, suas ideias delirantes persecutórias permaneceram: ela dizia que seria “uma grande romancista” e que seu filho seria “um embaixador” (Lacan, 1932/1987, p.235). Após a alta ela não quis retornar ao trabalho, se questionava quais eram seus inimigos misteriosos que a perseguiram e se diante disso ela não deveria realizar um grandioso destino?

Além do delírio persecutório, que versava sobre o tema da perseguição sobre ela e seu filho, havia também um conteúdo de grandeza, que caracterizava sua crença de ter um destino superior, em que realizaria uma grande missão social. Em seus delírios megalomânicos ela queria realizar o reino do bem, “a fraternidade entre os povos e as raças”. Essa ideia de um destino ou uma vocação a fez se mudar sozinha para Paris na tentativa de ser uma grande escritora, deixando o filho com seu marido e sua irmã. Contudo, isso a levou a um grande isolamento e teve início uma construção progressiva da organização delirante que antecipou sua passagem ao ato: “como eu trabalhava no escritório, enquanto procurava, como sempre, em mim mesma, de onde podiam vir essas ameaças contra meu filho, escutei meus colegas falarem da Sra. Z. compreendi então que era ela quem nos queria mal” (Lacan, 1932/1987, p.159).

Observamos que Aimée não reagia agressivamente em relação à irmã, por ter-lhe retirado seu filho, mas transferia para outras pessoas as acusações de seu ódio amoroso o transformando em delírio persecutório. Foi o que ela fez ao atacar à faca uma importante atriz parisiense, Huguette Duflos, na saída do teatro, logo após a mesma ter encenado uma peça. Ainda que tenha ferido somente a mão da atriz, Aimée foi presa, e justificou sua passagem ao ato em função de delírios megalomânicos e persecutórios: ela disse que a atriz fazia parte de uma rede de perseguidores, que ela encenava no teatro passagens de sua vida com o objetivo de ridicularizá-la e de matar seu filho. Contudo, logo após ser presa, ainda antes de ser internada no hospital psiquiátrico de Sainte-Anne, “todo o delírio e todos os seus temas, temas de idealismo altruísta e de erotomania, como os temas de perseguição e de ciúme, ‘o bom e o ruim’, segundo seus próprios termos, caem de uma só vez” (Lacan, 1946/1998c, p.250).

Lacan (1946/1998c) defende que se pode falar em cura, em estabilização da psicose, nesse caso, na medida em que Aimée realiza seu castigo: ao agredir o outro acaba atingindo a si mesma, de modo especular (se torna culpada perante a lei, punida com a prisão, separada da família e do filho). Observamos que a tendência agressiva é estrutural na psicose paranoica e que, no caso da

paranoia de autopunição, o ato agressivo desfaz a construção delirante. No caso de Aimée a passagem ao ato operou como uma detenção e possibilitou a estabilização da psicose ao promover um furo no Outro, uma separação em relação ao Outro perseguidor.

Em *O Seminário, livro 10: a angústia* (1962-63/2005), Lacan faz uma distinção entre passagem ao ato e *acting out*. Enquanto o *acting out* se situa no campo do sintoma, a passagem ao ato está situada no campo da angústia. A passagem ao ato não apresenta nem um sentido nem um endereçamento e sim uma ruptura. Se no *acting out* o sujeito exige e se orienta em direção ao Outro, na passagem ao ato se obtém uma satisfação imediata, contrária à satisfação obtida no circuito da fantasia.

Lacan utiliza o termo “evadir-se da cena” para caracterizar a passagem ao ato. Relembra o caso de Dora a fim de destacar como correlato a passagem ao ato da paciente, o *laisser tomber*, o deixar cair. O momento em que a paciente se coloca fora de cena, o momento de maior embaraço, em que a angústia se instala, é quando esta é surpreendida pela frase do Sr. K: “minha mulher não é nada para mim”. Dora lhe responde com uma bofetada, como expressão da angústia que a invade: “Freud nos diz que a angústia é um fenômeno de borda, um sinal que se produz do eu [*moi*], quando este é ameaçado por alguma coisa que não deve aparecer. Esta é o *a*, o resto, abominado pelo Outro” (Lacan, 1962-63/2005, p.133).

Miller (2014) pontua, assim, que a passagem ao ato é uma transgressão marcada pela ultrapassagem de uma lei, é fora do sentido. Com o ato o sujeito abandona “os equívocos do pensamento, da fala e da linguagem” (Miller, 2014, p.7). Diferentemente do *acting out*, a passagem ao ato não é uma cena dirigida para o Outro e sim é sempre auto, como evidencia o caso de Aimée; o ato uma tentativa de separação radical do Outro.

Outro modo de estabilização da psicose descrito por Lacan é a construção da metáfora delirante. Assim como Lacan se utilizou do caso de Aimée para discorrer sobre a estabilização pela passagem ao ato, ele recorreu ao caso de Schreber a fim de demonstrar, como já dissemos anteriormente, que o delírio não é um sintoma primário na psicose, como defende a psiquiatria biológica, e sim uma tentativa de cura por meio da construção de uma cadeia de significações, um excesso de significação. A relação singular de cada psicótico com a linguagem cria a possibilidade de construção de uma nova realidade através do recurso ao delírio, que pode levar a uma estabilização. Tal foi o caso de Schreber, que por meio da construção delirante, em que acreditava ser A mulher de deus, pôde dar uma resposta, ou um tratamento, aos fenômenos

elementares que o invadiam – como os raios, os nervos divinos, e as vozes. Para Schreber sua transformação em mulher, antes sentida como uma calamidade, tornou-se “consonante com a Ordem das coisas” (Freud, 1911/1996p, p.57) quando seu médico Flechsig foi substituído pela figura superior de Deus, de modo que Schreber afirma: “minha emasculação pode, mesmo agora, ser realizada e resultar numa nova geração que saia de meu ventre por fecundação divina” (Schreber, 1903, p.293 apud Freud, 1911/1996p, p.57).

O delírio de Schreber passou por diversas fases após sua segunda internação. O ponto central de seu delírio era a função dos nervos: “o essencial depende da relação com os nervos (...) segundo a qual as impressões que eles registram tornam-se depois matéria-prima que reincorporada aos raios, alimenta a ação divina e pode ser sempre retomada, reempregada, utilizada em criações ulteriores” (Lacan, 1955-56/1985a, p.36). Contudo, a sistematização de seu delírio ocorre quando Deus sai de uma posição persecutória para assumir o lugar de parceiro, de modo que a “transformação em mulher” se apresenta, para Schreber, como um dever baseado na ordem do universo, em que lhe cabe “a missão de redimir o mundo e restituir o estado perdido de beatitude” (Lacan, 1955-56/1985a, p.27). Dessa forma, ele encarna o Um da exceção ao instituir uma relação amorosa com um Outro sem furo por meio da construção delirante “ser A mulher de Deus”, o que promove uma localização do gozo circunscrito a prática transexualista e a estabilização de seu quadro psicótico. Lacan desenvolve, então, o esquema I para elucidar a estabilização schreberiana:

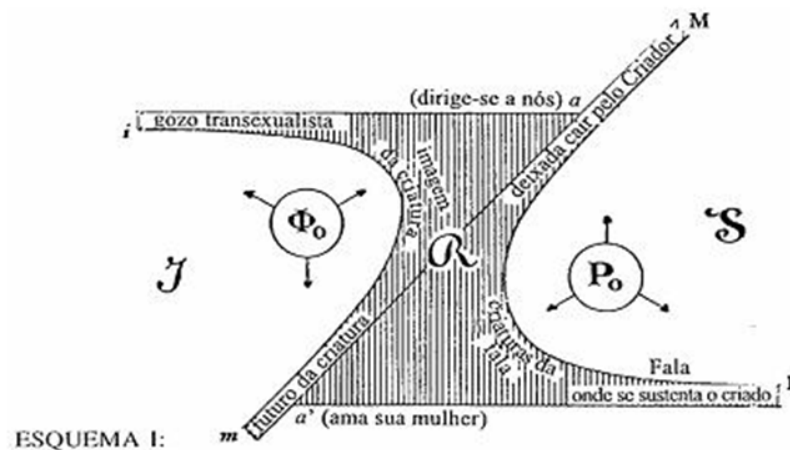


Figura 6 - O esquema I
Fonte: Lacan (1957-58/1998b, p.578)

Podemos observar que Lacan introduz a infinitização nas duas vertentes da hipérbole do esquema I, para localizar o gozo transexual de Schreber, voltado para o Ideal e, na outra vertente, o futuro da criatura, em que existe uma infinitização do ser, sua dispersão. A infinitização surge na medida em que não há objeto e não existem intervalos entre os significantes, de modo que, quando o intervalo desaparece, surge a infinitização no lugar da metonímia (Laurent, 2014a).

Maleval (1998) assinala que existe uma lógica no delírio e uma estrutura evolutiva que se pode depreender do ensino de Lacan a partir do texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, no ponto em que ele discorre sobre a redenção de Schreber. Ao passar de um horror inicial para a ideia de ser mulher, houve um apaziguamento por meio da construção delirante “ser A mulher de Deus”. Maleval descreve, então, quatro períodos do delírio:

1. Deslocalização do gozo a perplexidade angustiante (P₀): Esse primeiro período, também chamado de incubação, de mal-estar, de inquietude, de perplexidade, é caracterizado pela forclusão do Nome-do-Pai. Suas principais consequências são o desencadeamento do significante e a deslocalização do gozo. O desencadeamento do significante, a ruptura inicial da cadeia significativa, produz no psicótico um sentimento de uma perturbação da ordem do mundo, o que gera uma angústia extrema e perplexidade. Essa sensação de proximidade do buraco tem como efeito perturbações de linguagem e fenômenos de automatismo mental. O psicótico fica espantando com a emancipação de seu pensamento e não se reconhece mais autor de seus enunciados.

A deslocalização do gozo corresponde à falta de significação fálica, tal como Lacan descreve no esquema I, e se refere a fenômenos no corpo que podem ser vivenciados como agradáveis, penosos, dolorosos, com excesso de voluptuosidade, ou êxtase. Quando o Outro goza sobre o sujeito, sobre seu corpo, sem nenhuma mediação simbólica, o sujeito fica no lugar de objeto do gozo do Outro. Pode haver, também, uma ausência de orientação existencial, o surgimento de questões referentes ao corpo, ou a emergência de transtornos hipocondríacos, na medida em que, na psicose, trata-se de um corpo no qual a função de cada um dos órgãos é um problema. Contudo, nessa primeira fase, ainda não há uma construção que modere a invasão do gozo do Outro.

2. Tentativa de significação do gozo do Outro (P_1): durante esse período o sujeito inventa um enorme aparato significante (P_1) para remediar a falha simbólica inicial (P_0). O sujeito tenta criar significantes, metáforas delirantes, que ocupem o lugar do buraco no simbólico. Ele tenta criar algo onde não havia nada, tenta construir uma explicação que justifique a invasão do gozo do Outro. No caso de Schreber, pode-se observar que ele faz uma primeira tentativa de significação do gozo deslocalizado por meio da intuição de como seria belo ser uma mulher. Contudo, nessa primeira tentativa de solução, Schreber permanecia como objeto de gozo de um perseguidor todopoderoso. Todavia, em certo momento, ele passa a uma outra construção, em que a figura de Deus assume o lugar central ao conspirar para assassinar sua alma e usar seu corpo para cumprir os desígnios de Deus. Esse sacrifício pelo qual Schreber passa, da morte do sujeito, traduz uma despossessão do valor fálico, uma separação em relação à cadeia significante, uma afânise do sujeito realizada fora do simbólico; o que possibilita que o sujeito saia da posição passiva diante das mensagens do real e torne-se organizador daquilo que o invade.

3. Identificação do gozo do Outro (P_2): nesse período o delírio se sutura, se assenta no significante e se organiza em um quadro rígido, possibilitando que o sujeito organize as mensagens que lhe chegam do real, que antes se apresentavam como invasivas.

Nessa fase o psicótico passa a identificar o gozo no Outro: “o gozo deslocalizado se adere ao significante, de forma que o psicótico se torna capaz de identificar com certeza o gozo ilegal que perturba a ordem do mundo” (Maleval, 1998, p.210, tradução nossa).²¹ Mas, ao identificar esse gozo ilegal em um perseguidor, o sujeito continua em uma posição paranoica.

4. Consentimento do gozo do Outro (P_3): esse período se caracteriza por um sentimento de comunhão com o Pai. O sujeito se iguala ao criador e adquire certezas inquebráveis. No caso de Schreber pode-se observar que, quando o delírio persecutório se transforma em delírio de grandeza, sob a forma da megalomania, o perseguidor perde seu caráter odioso. Maleval (1998) faz uma correlação entre essa fase de evolução do delírio, mais sistematizada, em que há uma localização e apaziguamento do gozo, e a “parafrenia”. Schreber, ao término da elaboração da metáfora delirante, através da elevação da feminilização, ele alcança “uma redenção que concerne ao universo” (Maleval, 1998, p.245, tradução nossa).²² Ou seja, ele passa a consentir sem reservas ao gozo do Outro e os nervos divinos, antes sentidos como invasivos, passam a lhe

²¹ El goce delocalizado se adhiere al significante, de manera que el psicótico se vuelve capaz de identificar con certeza el goce ilegal que perturba el orden del mundo.

²² Una redención que concierne al universo.

causar um bem-estar, de modo que “o curso das coisas aparece então como o grandioso triunfo da ordem do universo” (Maleval, 1998, p.245, tradução nossa),²³ triunfo ao qual Schreber crê haver contribuído.

Ao retomarmos o caso clínico de Clarice, apresentado no primeiro capítulo, observamos que a paciente também tenta construir uma metáfora delirante por intermédio da Bíblia. Inicialmente, ela começa a dar uma interpretação delirante acerca da escuta alucinatoria: ela diz que escuta a voz do diabo. Segundo ela, essa voz, que ordenava tanto que ela usasse o *crack* como que ela se matasse, era a voz do “inimigo sujo”. Contudo, a voz do diabo foi substituída pela voz de Deus, que a proibia de se matar e a mandava ler os salmos presentes na bíblia. Mas Deus, em vez de falar com ela, passou a enviar mensagens por meio da Bíblia. Em relação às mensagens ela dizia: “tá vendo? A página virou por que Jesus quer que eu leia essa página: o provérbio 4 – Não entres pela vereda dos ímpios, nem andes no caminho dos maus”, “ele diz para eu não andar com más influencias, e é isso o que Deus quer de mim”, “ontem li do salmos noventa ao cem, que diz para eu sair do caminho das drogas”. Ela dizia que Deus falava, por meio das mensagens, para ela se afastar dos “ímpios”, os quais ela localizou como sendo as pessoas com quem andava – os traficantes e usuários de drogas – e se protegesse deles seguindo os preceitos da igreja. Clarice passou a receber diariamente essas mensagens de Deus, o que amenizou as alucinações e, conseqüentemente, o recurso ao *crack*.

Em relação ao modo de estabilização pela identificação imaginária, Lacan (1955-56/1985a) assinala que o psicótico também pode alcançar a estabilização por meio de uma série de identificações com personagens que proporcionam o sentimento “do que é preciso fazer para ser um homem” (p.233). A identificação imaginária consiste em uma tentativa de restauração da realidade pela colonização de Φ_0 com figuras estereotipadas às quais o sujeito se identifica, como a identificação com figuras da atualidade, personagens de filmes, músicos, escritores.

Diante da proliferação, da invasão imaginária da subjetividade própria da estrutura psicótica, o sujeito procura se identificar, se colar, com a imagem de uma pessoa, ou de um grupo, para tentar solucionar a dissolução do outro enquanto identidade. Essas identificações possibilitam que os sujeitos permaneçam compensados, ou estabilizados, por muito tempo. Lacan

²³ El curso de las cosas aparece entonces como el gradioso triunfo del orden del universo.

(1955-56/1985a) relata um caso de um rapaz na puberdade, em um período pré-psicótico²⁴, para exemplificar como um sujeito pode alcançar a estabilização pela identificação imaginária, em que encontramos um funcionamento “como se”. Helen Deutsch avalia que tal funcionamento “como se” é um dos índices da sintomatologia dos esquizofrênicos, um mecanismo de compensação imaginária do significante do Nome-do-Pai ausente (Lacan, 1955-56/1985a). No caso apresentado por Lacan, o rapaz tenta conquistar uma tipificação da atitude viril por meio da imitação de um de seus companheiros de grupo. De modo que ele tem seus primeiros contatos sexuais na puberdade e chega até a se interessar pela mesma menina de um de seus companheiros; entretanto, há um momento em que o delírio se manifesta justamente no ponto em que o Outro se presentifica para o sujeito.

Maleval (1996) assinala que o funcionamento “como se” – também descrito como “personalidade como se”, “sintomas como se”, “traços de caráter como se”, “pseudo-estados como se” – é um modo de compensação imaginária da forclusão do Nome-do-Pai que tende a remediar a inconsistência do significado e a carência da fantasia fundamental. Tal mecanismo “como se”, pode ser percebido anos antes do desencadeamento da psicose, inclusive desde a infância; tal como podemos observar no caso de Madame T., relatado pelo autor, que desde a infância, conforme relata o pai da paciente, era muito influenciável e aderiu facilmente ao outro. Ela vivia em função do ambiente e dos amigos. Quando estava em boas companhias era formidável, mas quando estava em “más companhias” era capaz de ficar pelas ruas, de modo que ela “não tinha um comportamento próprio, o que acontecia porque ela carecia de critério pessoal” (Maleval, 1996, p.630, tradução nossa)²⁵. Além disso, o autor pontua que ela imitava os outros, se comportava como um espelho do outro. Maleval utiliza o termo “signo do espelho”, de Abély, para caracterizar esses sujeitos que não reconhecem a imagem especular, ou que se mostram tão preocupados com sua imagem que se examinam frequentemente diante de superfícies refletoras. A presença de uma falta de capacidade de distinguir o lugar de onde ele se vê daquele de onde ele se olha promove uma sensação ter “caído dentro do espelho” e é efeito de uma carência radical da função do traço unário, que sustentaria o Ideal do Eu, e de uma deslocalização do gozo. Esse fenômeno se distingue da despersonalização, na medida em que no “signo do espelho” há tanto

²⁴ Lacan (1955-56/1985a) define a pré-psicose como “o sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco (...) Trata-se de conceber, não de imaginar, o que se passa para um sujeito quando a questão lhe vem dali onde não há significante, quando é o buraco, a falta que se faz sentir como tal.” (pp.230-231).

²⁵ No tiene un comportamiento propio. Le ocurre esto porque carece de criterio personal.

um aspecto repetitivo no recurso ao espelho como o reconhecimento da própria imagem. Dois aspectos marcantes seriam, portanto, a observação incessante e a recusa da autoscopia, que ocorre quando o objeto *a* se prende a imagem, de modo que o sujeito é acometido por um horror angustiante. Maleval (2003) cita dois casos para exemplificar esses fenômenos: o primeiro é o caso de uma paciente que dizia ter se transformado, e quando mais se examinava “mais me parece que eu possuo uma cabeça de pato”. No outro caso tratava-se de um sujeito esquizofrênico, que dizia evitar os espelhos, pois ele se via “lívido, a tez azul, perdendo seus cabelos, uma imagem de cadáver” (p.140). Esses sujeitos se aderem com grande facilidade a grupos sociais, éticos ou religiosos, em função de sua busca por pertencer a um grupo que funcione como um ideal que valide sua existência por meio da identificação. Suas características principais, segundo Helen Deutsch, são: uma atitude passiva, e uma rápida plasticidade para substituir sinais do mundo exterior e modelar seu comportamento, de forma que não importa qual objeto sirva como ponto para a identificação (Maleval, 1996).

Maleval (2003) propõe uma ampliação dos mecanismos “como se” como um modo de estabilização frequentemente utilizado pelos psicóticos. De modo que ele defende que não se trata de distinguir esse mecanismo da despersonalização ou do signo do espelho, mas de reuni-los dentro do vasto conjunto dos transtornos de identidade, que surgem como efeito da carência da identificação primordial ao traço unário, da falta de um significante amo que opere como lastro do Ideal do Eu. Carente do Ideal do Eu, o funcionamento “como se” permite que esses sujeitos se apoiem nos ideais de um semelhante, ou de um grupo, o que dá acesso a um substituto do Ideal do Eu.

Contudo, Maleval (1996) assinala que “as identificações imaginárias dos psicóticos são tão mais estáveis quanto mais estreita seja sua conexão com o sintoma” (p.646, tradução nossa).²⁶ Assim, somente quando a identificação se elabora a um modo de suplência é que ocorre a edificação das identificações imaginárias, como é o caso da escrita de Joyce e de seu ego de artista, que são indissociáveis, como veremos a seguir. Assim, tanto o funcionamento “como se” como as estabilizações baseadas em reparações imaginárias a imagem do outro parecem dar alguma consistência ao corpo, por meio de um enquadramento ao objeto *a* para o sujeito que não dispõe do significante fálico que assegure a conexão entre o gozo e a fala.

²⁶ Parece que las identificaciones imaginarias del psicótico sean tanto más estables cuanto más estrecha sea su conexión con el síntoma.

Com a introdução da categoria de psicose ordinária, no final da década de noventa, Maleval (2003) retoma o funcionamento “como se” para relacioná-lo ao modo de compensação específico da psicose ordinária:

As identificações imaginárias, não sustentadas pelo traço unário, constituem um sinal clínico de primeira importância, pois elas respondem aos dois dados exigidos para o discernimento da psicose ordinária: testemunham uma falha subjetiva e a compensação desta (p.150).

A psicose ordinária também descrita como psicose não desencadeada ou pré-psicose – nos termos de Lacan – possui manifestações discretas da forclusão do Nome-do-Pai diferentes do fenômeno elementar. O termo psicose ordinária foi introduzido por Miller em *A Convenção de Antibes*, 1998, e *A Conversação de Arcachon*, de 1997 por meio da discussão dos casos raros e inclassificáveis da clínica psicanalítica, com o objetivo de propor uma compreensão sobre as novas apresentações sintomáticas no contemporâneo ao localizar uma psicose não desencadeada, caracterizada pela presença de uma externalidade social, corporal e subjetiva. Ele resitua a relação do sujeito psicótico com o Outro não mais em termos da inscrição ou forclusão do Nome-do-Pai, mas em termos de “desligamentos” do Outro da linguagem, “ligamentos” e “reliamentos”.

Em *La psicosis ordinaria*, Miller *et al.* (2009b) apresenta uma atualização em relação ao desencadeamento da psicose e aos índices para o diagnóstico de psicose. Em relação ao desencadeamento, Castanet e De Georges (2009, p.22) assinalam que este ocorre diante de um desenodamento da estrutura ocasionada pela insuficiência da relação imaginária com o corpo, em que não é mais possível colocar um limite ao gozo. O desencadeamento pode ocorrer, assim, não necessariamente pelo encontro com Um-Pai, mas a partir do encontro com um gozo enigmático por falta da significação fálica. Há uma nova forma de se entender o desencadeamento como expressão dos desligamentos, dos desenlaces gradativos em relação ao Outro, e ainda como uma crescente marginalização. Observa-se também o desligamento sucessivo dos laços familiares e sociais, que pode levar a uma vida errante, perdas identificatórias e vivências impossíveis de serem significantizadas, bem como uma reação de perplexidade ou angústia diante do gozo do Outro.

Miller (2010) retoma a afirmação de Lacan de que se trata na psicose de uma “desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito” (Lacan, 1957-58/1998b,

p.565) para propor que a desordem do sentimento de vida no sujeito pode ser organizada em relação a uma tripla externalidade: 1. social; 2. corporal; e 3. subjetiva.

1. A externalidade social se refere a uma relação negativa do sujeito com sua identificação social, ele não consegue se conectar ao social, não consegue se ajustar. Desse modo, a psicose pode se desencadear quando um sujeito perde seu trabalho, onde ter o trabalho operava como Nome-do-Pai, como uma função, “ser nomeado para” (Miller, 2010, p.16).

2. A externalidade corporal corresponde ao Outro corporal, o corpo como Outro para o sujeito, sendo que a desordem mais íntima se remete a um corpo que se desfaz e “onde o sujeito é levado a inventar para si laços artificiais para apropriar-se de seu corpo” (Miller, 2010, p.17).

3. A externalidade subjetiva é observada nos casos de psicose ordinária em que há um vazio e um vago que não são possíveis de dialetizar e se manifestam tanto por meio da identificação ao dejetivo como por meio de um maneirismo extremo (Miller, 2010, p.18).

Maleval (2003) assinala que na atualidade devemos repensar a psicose ao considerar a não-extração do objeto *a* como “uma indicação maior para apreender a especificidade da estrutura psicótica” (p.129), evidenciada pela:

1. Emergência de um gozo fora do limite, não falicizado, que se apodera do corpo.
2. Carência da fantasia fundamental, caracterizada por uma “sensação de uma ausência de direção pessoal, labilidade dos sintomas, incapacidade de lidar com a malignidade do Outro” (Maleval, 2003, p.131). Como não há uma separação do objeto de gozo e a fantasia não opera como anteparo, o sujeito fica reduzido a objeto de gozo do Outro.
3. Embotamento afetivo, em que o sujeito apresenta uma desconexão do pensamento com a vida afetiva, de modo que o sujeito não manifesta sentimentos de raiva, ou qualquer outro, ao sofrer uma violência, por exemplo: “um elemento imaginário revela-se necessário para que os afetos tornem-se expressivos. Se aquele falta, acontece destes não serem mais sentidos” (Maleval, 2003, p.134).
4. Os esboços do empuxo-à-mulher: são fenômenos que revelam tanto uma identificação do sujeito ao objeto de gozo do Outro como uma tentativa de significantizar essa posição.
5. O sinal do espelho: em que o sujeito se mostra tão preocupado com sua imagem que se olha frequentemente e detidamente diante de superfícies refletoras, conforme descrevemos anteriormente.

Da mesma forma, Maleval (2003) aponta como fundamentais para o diagnóstico de psicose, além da não-extração do objeto *a*, as falhas discretas no ponto de basta, na amarração realizada pelo significante do Nome-do-Pai e as “discretas rupturas da cadeia significante que implicam rateios no enodamento do simbólico às outras dimensões” (p.142). Do mesmo modo, são índices para o diagnóstico de psicose: os transtornos de identidade e a prevalência das identificações imaginárias, evidenciados pelos fenômenos de transitivismo. As identificações imaginárias revelam, assim, uma resposta do psicótico diante do Outro invasivo, uma tentativa de estabilização da psicose. Contudo, ainda que certos psicóticos ordinários se apresentem sob um aspecto excessivamente conveniente, isso não implica que eles estejam amarrados borromeamente.

Tanto as formulações sobre a psicose ordinária, quanto sobre a clínica dos nós, ou continuísta, nos ajudam a pensar as novas apresentações sintomáticas. A clínica nodal foi desenvolvida por Lacan a partir dos anos setenta. Ele se utilizou dos nós borromeanos para explicar as formações subjetivas, sintomáticas, no contemporâneo diante da insuficiência do diagnóstico estrutural, pautado na presença ou ausência do Nome-do-Pai. No entanto, é importante ressaltar que a clínica nodal não desmente ou substitui a clínica estrutural, o que ocorre é uma consideração do gozo e do real na economia psíquica e uma retirada do significante do Nome-do-Pai enquanto único elemento operador.

Se o Nome-do-Pai enquanto significante mestre permitia uma repartição de três estruturas – neurose, psicose e perversão –, a clínica dos nós propõe a disseminação do Nome-do-Pai nos elementos da cadeia borromeana, em que os três registros – real, simbólico e imaginário – se equivalem (Maleval, 2002). Esses registros se tornam homogêneos em função da propriedade borromeana de manter os nós enlaçados sem que haja interpenetração entre eles, de modo que nenhum nó passa através do furo do outro nó. Os três registros ao se enlaçarem borromeamente formam uma cadeia e a ruptura de qualquer um desenoda o conjunto.

Contudo, o nó borromeano de três é sempre falho. Assim, é preciso que haja um quarto elemento para enlaçar os três registros, que por meio de uma ação suplementar dá consistência aos nós, impedindo que eles se soltem: “digo que é preciso supor tetrádico o que faz o laço borromeano” (Lacan, 1975-76/2007, p.21). Esse elemento refere-se à função dita do Pai; entretanto, ele pode ou não ser o Nome-do-Pai. O pai é um *sinthoma*, que ao operar como o quarto elemento, liga os outros três, conforme ilustra Lacan:

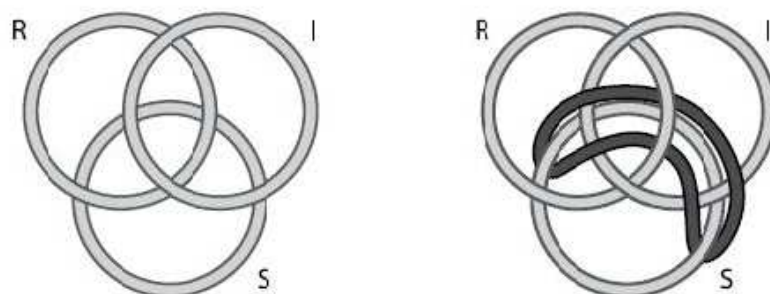


Figura 7 - O nó borromeano
Fonte: Lacan (1975-76/2007, p.21)

Utiliza-se, então, o termo suplência para nomear a operação do quarto elo em manter os três registros enlaçados. O quarto elemento, que permite obter uma solução borromeana, são as suplências, os Nomes do Pai. Observamos, assim, que se no primeiro ensino de Lacan, marcado pela clínica estrutural, o modelo de suplência era considerado como uma compensação para dar conta do Nome-do-Pai foracluído, a partir da clínica dos nós há uma mudança importante em relação ao seu significado. De modo que a suplência se generaliza e passa a ser considerada como o que mantém os três registros juntos graças a um quarto.

Por isso, é importante traçarmos uma distinção entre a estabilização alcançada pela compensação imaginária daquela alcançada pela suplência, na medida em que na primeira se trata de um espelhamento ao Outro que, por meio do gozo, nomeia o sujeito dando consistência ao “eu”. Por não ser sustentada pelo traço unário e por não implicar uma amarração, a identificação imaginária promove uma compensação da foraclusão. Como foi dito anteriormente, no mecanismo de compensação imaginária há um funcionamento “como se”, um *compensatory make-believe* - CMB (“faz-de-conta compensatório”), que também é muito encontrado nos casos de psicose ordinária. Por outro lado, a suplência pela metáfora delirante, no caso de Schreber, e via obra, no caso de Joyce, a ser apresentado a seguir, promove a amarração em função de três características fundamentais: se trata de uma invenção do sujeito, permite amenizar o gozo, e permite sustentar os três anéis - R, S e I - juntos (Maleval, 2003).

Lacan (1975-76/2007) utiliza o caso de James Joyce, para demonstrar a estabilização pelo *sinthoma*, em que ocorre uma suplência em um ponto específico, uma tentativa de amarração que

opera um remendo no ego por meio de sua Obra escrita. Sua arte, qual seja, a escrita de uma obra – *Finnegans Wake* –, funciona como uma compensação da carência paterna.

No esforço que faz desde seus primeiros ensaios críticos, logo depois em *O retrato do artista*, enfim em *Ulisses*, para terminar em *Finnegans Wake*, no progresso de certo modo contínuo que sua arte constituiu, é difícil não ver que uma certa relação com a fala lhe é cada vez mais imposta – a saber, essa fala que, ao ser quebrada, desmantelada, acaba por ser escrita –, a ponto de ele acabar por impor à própria linguagem. Ele acaba por impor à própria linguagem um tipo de quebra, de decomposição, que faz com que não haja mais identidade fonatória (p.93).

Joyce produz uma língua nova, sua própria língua, a partir do saber. Ele promove uma transformação na língua que não tem a ver com a verdade do inconsciente, e sim com o saber (Laurent, 2006), que funciona como um modo de nomeação e que promove a estabilização da psicose. É importante destacar que não se trata de uma produção de sentido, mas de gozo, na medida em que seu texto não é traduzível e há inúmeros sentidos possíveis através de uma decomposição das palavras, o que evidencia a operação singular que ele faz sobre a linguagem. Laurent (2006) pontua que Aimée também fez um nome, mas pela passagem ao ato “eu sou aquele que golpeou o Outro” (p.21). Desse modo, ele apresenta uma leitura sobre a função estabilizadora da passagem ao ato pela produção de uma nomeação no *a posteriori* do ato.

Baseado em um acontecimento na infância de Joyce, relatado em seu romance autobiográfico *Um retrato do artista quando jovem*, Lacan (1975-76/2007) localiza o abandono do corpo próprio como índice de sua estrutura psicótica “a forma de Joyce *deixar cair* a relação com o corpo próprio é totalmente suspeita para um analista, pois a ideia de si como um corpo tem um peso. É precisamente o que chamamos de ego” (p.146). No referido episódio os colegas de classe de Joyce o prenderam em uma cerca de arame farpado e lhe deram uma surra. Mas o que salta aos olhos é que após ser libertado ele não sente rancor, ele sente sua ira cair “tão facilmente quanto um fruto é despojado de sua casca madura e macia” (Joyce, 1916/1982, p.611 apud Maleval, 2003, p.121). Maleval (2003) destaca a “quase ausência de afeto” e o “distanciamento do corpo” (p.121) como marcantes nesse episódio.

O episódio da surra evidencia, assim, o “rateio” no nó borromeano de Joyce na articulação entre o simbólico e o real em que só resta ao imaginário “cair fora”, de modo que “ele desliza, exatamente como o que acontece com Joyce depois de ter levado aquela surra” (Lacan, 1975-76/2007, p.147). Diante de uma ruptura do ego que libera a relação imaginária, a escrita de Joyce fez um remendo do ego, o que impede o imaginário de deslizar:

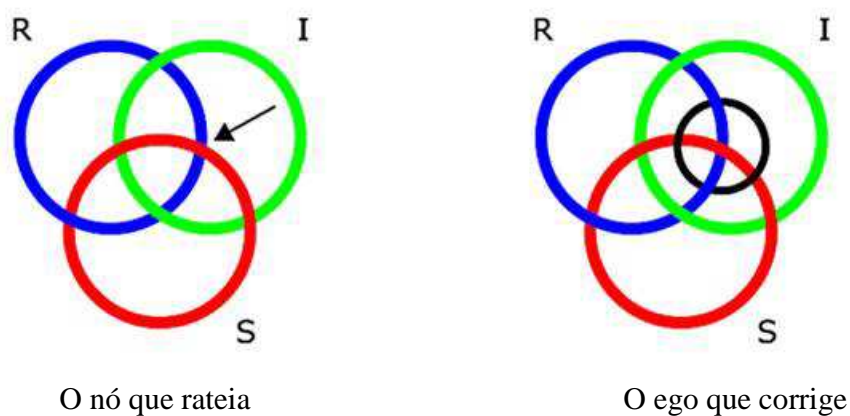


Figura 8 - O nó de Joyce
Fonte: Lacan (1975-76/2007, pp.146-147)

Pelo artifício da escrita o nó borromeano se recompõe em Joyce, conforme afirma Lacan (1975-76/2007). Diferentemente de Schreber, que alcança a estabilização por um excesso de significação pela construção da metáfora delirante, Joyce alcança a estabilização, ou, melhor dizendo, a suplência, pela falta de sentido, pela dissolução que ele promove da linguagem por meio de sua Obra. Isso nos traz a riqueza do trabalho de invenção da psicose, cada um constrói soluções singulares diante da forclusão do Nome-do-Pai e alcança a estabilização quando há uma localização ou um apaziguamento do gozo.

Desse modo, Laurent (2006) pontua, no texto “Os tratamentos psicanalíticos das psicoses”, que no tratamento possível da psicose não se trata de ajudar o sujeito a delirar, mas de ajudá-lo a nomear o inominável, acompanhando e mantendo a experiência de tradução do que acontece com o sujeito “É escolher, no trabalho do delírio, o que conduz, o que vai em direção a uma nomeação possível”, do “fazer-se um nome” (p.20).

Portanto, partindo do entendimento que o tratamento possível da psicose pressupõe um analista secretário da psicose, que recolha o testemunho das invenções singulares que cada psicótico faz a fim de alcançar a estabilização, nos valem dos casos clínicos de Clarice e Pedro a fim de investigar qual é a função da droga para cada sujeito. Assim, retomaremos no capítulo seguinte, algumas questões apresentadas no primeiro capítulo que nos permitem avançar na clínica com psicóticos toxicômanos: se a droga promove a estabilização da psicose pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, como no caso de Pedro, qual deve ser a posição do analista? Já que o sujeito está estabilizado podemos afirmar que essa é uma solução

a ser sustentada clinicamente? Podemos afirmar, ainda, que a estabilização pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” é tão eficaz quanto a estabilização delirante? E, ainda, com base no caso de Clarice, podemos afirmar que a droga promove, necessariamente, a estabilização da psicose? Esses questionamentos nos permitirão ressituar a função do recurso à substância na psicose a partir da clínica dos enlaces, desenlaces e reenlaces, e, da mesma forma, repensar a direção do tratamento proposta pela psicanálise diante da clínica com toxicômanos psicóticos, para os quais a função do recurso à droga não opera como uma solução estabilizadora da psicose, na medida em que reforça a forclusão e promove efeitos devastadores no corpo, se apresentado, em alguns casos, como um dos nome do pior.

4 A FUNÇÃO DO RECURSO À SUBSTÂNCIA NA PSICOSE: ENLACES E DESENLACES

Nesse capítulo desenvolveremos os questionamentos decorrentes do encontro com os impasses dos casos clínicos apresentados a partir de novos paradigmas propostos pela clínica nodal e pela clínica da psicose ordinária, que nos fornecem novas ferramentas para que possamos pensar a relação entre a psicose e a toxicomania no contemporâneo.

Desse modo, pretendemos ressituar a função do recurso à substância na psicose a partir da clínica dos enlaces, desenlaces e reenlaces e discutir qual a direção do tratamento proposta pela psicanálise diante da clínica com toxicômanos psicóticos. Diante do encontro com sujeitos para os quais o recurso à droga não opera como uma solução estabilizadora ou como uma saída clínica a ser sustentada, pretendemos retomar nossa hipótese de pesquisa de que o recurso à droga pode promover um desenlace em relação ao Outro, reforçar a forclusão, e causar efeitos devastadores no corpo ao funcionar como um dos nomes do pior; hipótese que pretendemos verificar nos servindo do material clínico do caso de Clarice e de outros casos clínicos que apresentaremos a seguir.

4.1 O recurso à substância na clínica dos enlaces, desenlaces e reenlaces

Como vimos no último capítulo, os psicóticos, diante da forclusão do significante Nome-do-Pai, buscam soluções para dar um tratamento ao real, já que não podem tratá-lo pelo simbólico. Essas soluções, ao localizarem o gozo, promovem a estabilização do quadro psicótico, seja pela identificação imaginária, pela construção de uma metáfora delirante, ou pela passagem ao ato.

No caso de psicóticos toxicômanos, interessa-nos, em especial, a estabilização pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”. Como destaca Naparstek (2010), existem duas grandes guias para se pensar o recurso à substância na psicose, ainda que não sejam as únicas: uma é a função que a droga pode ter de aplacar a escuta alucinatória e a outra a identificação imaginária ao significante dado pelo Outro social, que faz o sujeito nomear-se “sou toxicômano”. Dois casos clínicos descritos no primeiro capítulo evidenciam a tentativa de estabilização pela identificação imaginária que se pode alcançar com a droga na psicose: o caso

clínico descrito por Naparstek (2010), em que tanto o efeito da cocaína como o efeito da masturbação compulsiva promoviam a estabilização pela identificação imaginária à mulher; e o caso clínico de Pedro em que a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” forjava um eu imaginário, que lhe permitia alguma inserção no laço social.

No primeiro capítulo, assinalamos que a definição da função da droga como estabilizadora da droga na psicose, como moderadora de gozo (Laurent, 2014b), opõe-se a definição lacaniana da droga como formação de ruptura, ruptura com o gozo fálico (Lacan, 1976/2016), válida para os casos de neurose. Zaffore (2005b) retoma o texto de Laurent (2014b), “três observações sobre a toxicomania”, a fim de desenvolver que a tese lacaniana sobre a droga é insuficiente para se pensar os casos de psicoses, na medida em que na psicose a foraclusão do Nome-do-Pai e da significação fálica – P_0 e Φ_0 – estão dadas de antemão. Se na psicose há, por estrutura, uma ruptura radical com o falo, a autora defende que o recurso à droga tem uma função estabilizadora: “não se verifica que a droga venha a romper com o falo, a romper com o Outro, mas o contrário. Tem-se encontrado casos em que os psicóticos consomem, mas como um modo de enlaçar-se ao Outro e não de romper com o Outro” (Zaffore, 2005b, p.96, tradução nossa).²⁷ Laurent (2014b) utiliza o termo monomania, de Esquirol, para se referir ao modo de gozo do psicótico que recorre à substância. Seriam casos em que o gozo estaria limitado, dirigido a uma única substância. Diferentemente da monomania, os toxicômanos “não querem nada de preciso”, ou seja, eles gozam com diferentes substâncias de acordo com as leis do mercado. Laurent (2014b) pontua, assim, que a toxicomania na neurose trata da ruptura com a significação fálica sem que haja a foraclusão do significante paterno, ou seja, é uma ruptura do falo por fora da psicose.

Assim, observamos que a localização da função da droga na estrutura é fundamental tanto para a realização do diagnóstico quanto para a orientação da direção do tratamento. Diante do aumento do número de sujeitos que se apresentam como “toxicômanos” é importante que se investigue qual sua função na economia de gozo de cada sujeito.

Como nos aponta Naparstek (2008), constatamos clinicamente uma quantidade crescente de usuários de drogas que se identificam com esse significante dado pelo Outro social, pela ciência e que são diagnosticados como psicóticos. Esse é um dos três antecedentes que poderiam

²⁷ No se verifica que la droga venga a romper con el falo, a romper con el Otro, sino lo contrario. Él há encontrado casos donde los psicóticos consumen pero, más bien, como un modo de enlazarse ao Outro y no de romper con el Otro.

nos orientar na investigação do diagnóstico nos casos de toxicomania. Outra indicação importante é a insuficiência da tese lacaniana das drogas como o que permite romper com o gozo fálico não só para se pensar a psicose, mas para se pensar a clínica atual de um modo geral. O que nos aponta para o terceiro e último antecedente, de que há uma necessidade de ressituar a clínica da toxicomania a partir das contribuições advindas de *A Convenção de Antibes* (1998) e de *A Conversação de Arcachon* (1997), que apresentam uma alternativa à classificação da psicose pautada nos fenômenos clínicos em função da forclusão do Nome-do-Pai e da falência do significante fálico.

Tanto *A Convenção de Antibes* como *A Conversação de Arcachon*, reunidos em *Los inclassificables de la clínica psicoanalítica* (Miller *et al.*, 2008a), como as discussões presentes em *La psicosis ordinaria* (Miller *et al.*, 2009b), permitem uma reformulação do que Miller chamou de “formas clínicas”, ou das classificações clínicas, apresentadas por Lacan em sua segunda clínica. Conforme abordamos no capítulo anterior e pretendemos desenvolver nesse capítulo, a clínica dos nós e os novos índices de psicose, que se somam aos descritos por Lacan em seu primeiro ensino, nos fornecem novas ferramentas para que possamos pensar a clínica das toxicomanias no contemporâneo.

Da mesma forma que Freud introduziu na teoria o conceito de pulsão de morte para dar conta dos fenômenos encontrados na clínica que apontavam para uma satisfação além do princípio do prazer, Lacan também começa a pensar a clínica de outra maneira a partir dos anos setenta, ao considerar o gozo e o real da experiência e ao retirar o Nome-do-Pai do lugar de único elemento operador.

A primeira clínica, estrutural, se pautava no binarismo – inscrição ou forclusão do Nome-do-Pai (NP–NP₀) –, era centrada no inconsciente, no significante, no desejo e tinha uma concepção do sintoma como metáfora. O paradigma da psicose era Schreberiano, em que o desencadeamento da psicose ocorria a partir do encontro com Um-pai e tentativa de estabilização se dava pela metáfora delirante. Os índices de psicose eram os fenômenos de linguagem, delirantes, alucinatórios. Já na segunda clínica, nodal, as categorias da experiência analítica são descritas como real, simbólico e imaginário. Nessa segunda clínica, também descrita como continuísta, os fenômenos são “transestruturais”. A clínica nodal considera o real da experiência e é centrada na letra e no gozo.

Na segunda clínica o paradigma é Joyceano, em que os três registros se equivalem e se enlaçam uns aos outros: se um se solta, se soltam todos. Não se trata mais da clínica da pergunta, mas de uma clínica diferencial da solução, solução do sujeito diante do lapso do nó. Trata-se do modo como nos arranjamos, psicóticos ou não, diante do real. Desse modo, nem sempre ocorrem desencadeamentos, e sim desligamentos ou desenlaces em relação ao Outro. E diante desses desenlaces há as soluções, borromeanas ou não, que cada um constrói para se enlaçar ao Outro. Como essa mudança de paradigma afeta, então, os índices de psicose da clínica estruturalista – desencadeamento, transtornos de linguagem, e foraclusão do significante paterno? Podemos afirmar que eles ainda são paradigmáticos para o diagnóstico diferencial de psicose?

É importante destacar que a segunda clínica não desmente nem substitui a clínica estrutural, mas a suplementa, na medida em que nos permite abordar os impasses da primeira clínica ao considerar o sintoma do sujeito “não como algo a interpretar ou a suprimir, mas como algo a utilizar” (Alvarenga, 2015, p.6). Desse modo, a oposição radical entre as estruturas é suplementada pela noção de equivalência entre os registros real, simbólico, imaginário na clínica nodal, em que um registro não tem predominância sobre os outros.

Um dos achados clínicos que evidencia o novo paradigma para se pensar a clínica contemporânea por meio da clínica dos nós é a psicose ordinária, que introduzimos no capítulo anterior. Miller *et al.* (2009b) apresenta uma atualização em relação ao desencadeamento da psicose e aos índices para o diagnóstico de psicose a partir da investigação da psicose ordinária, que nos permite considerar uma psicose em que não houve um desencadeamento franco e que não há alterações de linguagem nem alucinações verbais. Não se trata uma psicose florida, com a presença marcante dos fenômenos elementares, como a de Schreber, mas bem sutil, discreta, silenciosa. Os fenômenos se apresentam de um modo que se assemelha a pré-psicose tal como descrita por Lacan, marcada pelo “sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco” (Lacan, 1955-56/1985a, pp.230-231).

As psicoses comuns, ordinárias, evidenciam uma ampliação dos fenômenos índices de psicose para além do significante e nos permitem pensar a psicose a partir dos fenômenos no corpo, marcados pelo gozo deslocalizado. Em vez das estabilizações, considera-se que o sujeito é marcado, em sua relação ao Outro, por enlaces, desenlaces e reenlaces, representados pelas amarrações e suplências que enlaçam os três registros –R,S e I– e que não são restritas à psicose.

Como nos aponta Miller *et al.* (2008a), as novas formações sintomáticas no contemporâneo promoveram um chamado a uma outra formalização diante da insuficiência do binário neurose-psicose, enquanto uma classificação que era centrada na predominância do registro simbólico sobre o real e o imaginário. Frente à primeira clínica marcada pela oposição e descontinuidade, constrói-se uma nova formalização que considera a gradação entre as estruturas clínicas, uma clínica elástica. Nessa clínica, o *sinthoma* é considerado como o que corrige um lapso no nó, promovendo uma amarração dos três registros, ou seja, o *sinthoma* é o que amarra cada sujeito de modo singular (Schejtman, 2015). Miller (2008a) assinala que na perspectiva borromeana sintoma e Nome-do-Pai se equivalem $S \equiv NP$ (p.320), o que nos indica que o Nome-do-Pai não é mais o único significante que pode enlaçar borromeamente os três registros. A análise das amarrações singulares que cada sujeito faz é o que nos permite diagnosticar, na clínica contemporânea, uma psicose mesmo que ela não apresente alterações de linguagem a partir de certas manifestações sutis no corpo (Miller *et al.*, 2008a).

Miller *et al.* (2008a) propõe, então, repensar as categorias clínicas, suas construções, sua semiologia a partir do que surpreende o analista na clínica e dos casos raros, inclassificáveis. Em *Los inclassificables de la clínica psicoanalítica* (2008a), a proposta foi reunir psicanalistas que apresentassem casos raros que não se classificariam pela tripartição clássica entre neurose, psicose e perversão. Entretanto, a primeira conclusão a que se chegou foi que esses casos não eram raros, ao contrário eram mais comuns na atualidade do que se pensava. Do mesmo modo, observou-se que a maioria dos casos era de psicose, mas não da psicose tal como descrita por Lacan em seu primeiro ensino. As psicoses que se agruparam nos inclassificáveis não tinham as características descritas na psicose clássica, pois não se observavam grandes fenômenos elementares, nem grandes desencadeamentos ou transtornos de linguagem, mas sim, psicoses débeis, frágeis e flexíveis. Nas psicoses ordinárias, portanto, não há uma bipartição temporal, um antes e depois do desencadeamento. O paradigma do desencadeamento dá, então, lugar aos enlaces, reenlaces e desenlaces, de modo flexível, em relação ao Outro. Desse modo, há uma substituição da versão presente em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (Lacan, 1957-58/1998b) e em *O seminário, livro 3: as psicoses* (Lacan, 1955-56/1985a) por uma versão da clínica diferencial baseada na topologia dos nós que inclui tanto a neurose como a psicose, em sua concepção tradicional, como os casos difíceis de classificar e as psicoses não desencadeadas, ordinárias. Assim, Deffieux (2008) assinala que o analista deve estar atento

aos detalhes, aos efeitos clínicos mínimos que evidenciam algo que “manca” na amarração entre os registros que podem ser “uma predominância do imaginário junto a uma ancoragem simbólica bastante leve, ou bem uma relação de estranhamento entre o eu e o corpo; ou bem o exercício desenfreado da pulsão, desconectada de toda captura em uma dialética de discurso” (p.202, tradução nossa).²⁸

Para exemplificar a clínica dos inclassificáveis, De Georges (2008), descreve o caso clínico de um jovem que foi a uma única entrevista. O jovem relata que estava com depressão há quatro meses e procurou o analista justamente para corroborar essa afirmativa diante do pai, para tranquilizar o pai de que se tratava de uma depressão e, portanto, de “um processo puramente químico” (De Georges, 2008, p.41, tradução nossa).²⁹ A depressão do jovem era posterior a um estado de agitação ansiosa e uma febre, segundo ele, sem motivo aparente. Contudo, o jovem se referiu a um acontecimento marcante, que Miller (2008a), ao comentar o caso, destaca como a conjuntura do desencadeamento: quando estava de férias encontrou uma jovem excitante, mas um homem, que tinha a idade para ser seu pai, se aproximou dela e a beijou. De Georges (2008) assinala que nesse momento há a irrupção de Um-pai e então vem uma palavra à cabeça do paciente: *gata*, ao que ele, com um riso desconfortável, atribui o significado *sexo*. O jovem diz que essa palavra é “uma explosão nuclear em seu espírito” (De Georges, 2008, p.42, tradução nossa).³⁰ Segundo o autor, esse acontecimento é o princípio de uma reação em cadeia, que marca uma desordem do pensamento e da conduta do paciente, que depois de um tempo o leva a sua depressão atual (De Georges, 2008, p.43).

De Georges (2008) destaca que há um vazio enigmático da significação diante da irrupção deste *im-pair* – jogo de homofonia entre *im-pair* (impar) e *un-père* (um-pai) – e por outro lado há a emergência de um sentido obscuro e íntimo que surge por meio da palavra “gata” que irrompe, marcando um desencadeamento. Miller (2008a), ao comentar o caso, marca que essa palavra pode constituir a significação fálica no real.

Como tentativa de solução para lidar com o real que irrompe, o paciente recorre à ciência. Ele se utiliza do discurso da ciência para dizer que vive uma experiência depressiva e que seu processo é puramente químico, conhecido, autônomo e que não responderia a nenhuma outra

²⁸ Una pregnancia de lo imaginario unida a un anclaje simbólico bastante leve, o bien una relación de extrañamiento entre el yo y el cuerpo; o bien, en outro, el ejercicio desenfreado de la pulsión, desconectada de toda captura en una dialéctica de discurso.

²⁹ Un processo puramente químico.

³⁰ Una explosión nuclear en su espíritu.

causalidade (psíquica). Ao recorrer a uma palavra do vocabulário de medicina para se nomear “sou depressivo” ele busca uma solução diante do desencadeamento. Ele tenta nomear esse gozo desregulado, de modo que “a palavra ‘depressão’ parece mais adequada para traduzir de maneira precisa e explícita não tanto uma perturbação do humor como uma experiência de abandono. Descreve para ele o desmoronamento das marcas imaginárias, a regressão especular e o abandono do Outro” (De Georges, 2008, pp.44-45).³¹

Em outro caso clínico, apresentado por Deffieux (2008), observamos que a interrogação sobre a estrutura do paciente, encaminhado com um diagnóstico de neurose histérica, apontou para uma estrutura psicótica a partir da localização de algo que mancava no enodamento dos três registros. Segundo o autor, apesar de não apresentar claramente fenômenos elementares – efeitos da forclusão do Nome-do-Pai –, alguns elementos apresentados pelo paciente faziam supor a vigência de um falo índice zero (Φ_0) e de uma operação paterna inoperante (P_0). Assim, Deffieux (2008) analisa o caso clínico a partir da investigação dos enodamentos sintomáticos do sujeito: tratava-se de um homem, de trinta e seis anos, herdeiro de uma grande família do norte da Europa, cujo pai era industrial. Ele apresentava uma queixa repetitiva “não tenho energia” (Deffieux, 2008, p.203, tradução nossa).³² Dizia que não podia tomar nenhuma decisão, não tinha vontade, era incapaz, estava parado na vida. Aos dezessete anos parou os estudos e montou três empresas de marcenaria, obtendo êxito nos negócios. Em 1993 parou de trabalhar, justamente após ter obtido um artigo que elogiava seu trabalho, em uma revista de decoração. Em 1994 se produziu uma nova desordem, afetiva, ao ter um encontro homossexual, sendo que até então só havia se relacionado com mulheres. Em 1995 nada andava bem, ele se inscreveu em uma faculdade para continuar seus estudos, mas não conseguia aprender. Da mesma forma, relatava uma superficialidade em seus laços sociais. Ele apresentava também um emagrecimento repentino em 1990, em três semanas perdeu doze quilos.

O analista orienta, então, as entrevistas que se seguiram a partir da dúvida sobre a estrutura clínica do paciente. Ao pontuar certa repetição em relação à data que dos eventos relatados, o paciente se recorda de um acontecimento marcante em sua vida, uma cena infantil: aos oito anos de idade, quando estava indo ao clube onde praticava natação, um homem lhe ofereceu carona em sua bicicleta, e o paciente aceitou sem vacilar. Porém o homem o levou a um

³¹ La palabra “depresión”

³² “No tengo energía”.

bosque, o golpeou em todo o corpo com um pedaço de pau, sacou uma faca e ameaçou lhe cortar o pênis, então o paciente conseguiu escapar. Ele relata, em relação à surra, que “de nenhum modo sei se senti dor” (Deffieux, 2008, p.205, tradução nossa).³³ Ao voltar para casa ele conta o ocorrido ao seu pai, que não acreditou nele. Ao detalhar ainda mais essa cena infantil, ele refere que quando o homem começou a bater nele se recorda de ter abandonado seu corpo, se distanciando dele, ter desaparecido “em um momento vi um menino, era eu; então escapei” (Deffieux, 2008, p.206, tradução nossa).³⁴

A partir desse caso, Deffieux (2008) assinala que a clínica do *sinthoma* revela uma apresentação da psicose que não é explicada pela noção de déficit do significante, já que muitos psicóticos (ordinários) se encontram em um modo de enodamento sintomático que, em geral, dura bastante tempo, por vezes uma vida toda.

Miller (2008a, p.321) apresenta um extenso comentário feito por Aflalo sobre o caso clínico apresentado por Deffieux, no qual ela enumera nove pontos ao qual Miller se propõe a discutir, e que nos permitem considerar novas ferramentas teóricas e clínicas para que possamos compreender as psicoses a partir de: 1. um enlace ao Outro sem perturbação de linguagem, uma ligeira ancoragem simbólica, com pregnância do imaginário, uma relação de estranheza entre o eu e o corpo e uma desconexão da pulsão e da pegada do inconsciente; 2. a presença de um laço social mínimo; 3. a presença do pai real; 4. o estatuto da homossexualidade – a partir do questionamento se se trata do ser do sujeito, como na histeria, ou de um empuxo-à-mulher, como na psicose?; 5. a ausência do desencadeamento propriamente dito; 6. o amor narcisista, que pode ser observado nas sessões de foto que o paciente faz diante do espelho; 7. a metáfora da madeira, enquanto uma metáfora delirante; 8. a diferença entre o delírio, na psicose, da fantasia, na neurose; 9. esse caso se relaciona com o que Freud assinalava para o Homem dos Lobos como o empuxo-à-mulher.

Assim, tal como descrevemos no segundo capítulo da presente tese, podemos localizar a estrutura psicótica em função de novos paradigmas em relação ao desencadeamento e suas apresentações sintomáticas, a partir da presença de uma externalidade social, corporal e subjetiva (Miller *et al.*, 2009b). Da mesma forma, outros elementos se destacam como índices para um diagnóstico diferencial: o “novo desencadeamento”, a “nova transferência” e a “nova conversão”.

³³ “De ningún modo sé si sentí dolor”.

³⁴ “En un momento vi a um chico; era yo; entonces escapé”.

Miller *et al.* (2009b) descreve que as “novas formas de desencadeamento” se expressam como desligamentos, desenlaces gradativos do Outro e ainda uma crescente marginalização. Observa-se também o desligamento sucessivo dos laços familiares e sociais, que pode levar a uma vida errante e, ainda, a perdas identificatórias e vivências impossíveis de serem significantizadas, bem como uma reação de perplexidade ou angústia diante do gozo do Outro.

Se a psicose, na clínica estruturalista, era marcada por um desencadeamento a partir do encontro com o Um-pai, no neodesencadeamento não se trata mais de rupturas, mas de desenlaces do Outro a partir de problemas em relação ao sexual. Trata-se da soltura de algo que enlaçava os três registros, do desaparecimento de algo que funcionava como um ponto de basta para o sujeito. Diante de um encontro sexual traumático o sujeito se depara com uma “impossibilidade de produzir uma significação fálica para dar conta da situação vivida” (Castanet & De Georges, 2009, p.22, tradução nossa)³⁵, o que leva o sujeito ao desamparo e a uma impossibilidade de lidar com o gozo. Como exemplo de um desencadeamento atípico, em que não há um encontro com Um-pai e sim com o sexual, Castanet e De Georges (2009) citam o caso de uma jovem que apresentava dezessete anos de cuidados psiquiátricos, tratamento medicamentoso para depressão e internações. Em sua primeira internação ela trouxe uma associação entre sua mãe e a morte: “quando minha mãe vinha me ver, eu via avançar minha morte até a mim” (Castanet & De Georges, 2009, p.27, tradução nossa).³⁶ A primeira descompensação surgiu de sua relação com os homens: em sua primeira relação sexual sentiu uma desfalicização radical, se viu fora do corpo. A relação sexual marcava, então, para a paciente, um encontro com um gozo enigmático por falta da significação fálica.

Em relação à “nova transferência” nas psicoses, Miller *et al.* (2009b) a explica a partir da hipótese da criação e do uso da *lalíngua*³⁷ da transferência. Na clínica da psicose não é o sujeito-suposto-saber que motiva a transferência, posto que o saber está do lado do psicótico, mas *lalíngua*, na medida em que se apresenta “como um novo tear para tecer o laço social” (Henry, 2009, p.132, tradução nossa).³⁸ *Lalíngua* é definida como fundadora, língua única e última, que

³⁵ La imposibilidad de producir una significación fálica para dar cuenta de la situación vivida.

³⁶ “Cuando mi madre venía a verme, yo veía avanzar mi muerte hacia mí”.

³⁷ Miller (2012) assinala que *lalíngua* é diferente de a língua, ou da linguagem conforme Lacan define em seu primeiro ensino. Enquanto no primeiro ensino Lacan se referia a linguagem como uma estrutura, em que o sentido aparece como efeito da relação dos significantes entre si, em *lalíngua*, de modo contrário, “o fenômeno essencial não é o sentido – é preciso se dar conta disso –, mas o gozo” (p.11).

³⁸ Como un nuevo telar pra tejer el lazo social.

possibilita que um significante possa assinalar algo que está fora do sentido, por exemplo, através de onomatopeias, cifras e marcas apresentadas.

Na “nova conversão”, observamos fenômenos ligados ao corpo, apresentando um campo de intercessão entre a neurose histérica, o fenômeno psicossomático e os fenômenos corporais determinados pela ausência da significação fálica. Se a conversão histérica, tal como descrita por Freud, consistia em uma apresentação pela via simbólica, as novas conversões concernem ao campo do real. O uso que se faz do corpo na atualidade já não está marcado pela castração, e isso dificulta nossa leitura da parte subjetiva que depende da conversão. Nesses casos o corpo mostra como o sujeito se arranja com seu desejo para gozar.

Diante de uma clínica da psicose que não é mais baseada no desencadeamento, nos fenômenos elementares e no desastre do imaginário, cabe ao analista tomar caso a caso para que possa localizar o momento de desenlace em relação ao Outro e quais são as soluções inventadas por cada sujeito, que irão promover novos enlaces, novas amarrações. E, na medida em que pensamos que há uma ampliação do campo da psicose, devido às contribuições advindas das formulações propostas pela clínica dos nós e da psicose ordinária, poderíamos falar também que há uma ampliação das funções possíveis do tóxico?

Naparstek (2010) assinala que existe uma relação íntima entre o aumento de toxicômanos na atualidade e a psicose. Segundo ele, tornou-se mais comum encontrar psicóticos na clínica do que antes em função do declínio dos ideais e da autoridade paterna. Da mesma forma, o aumento de toxicômanos nos faz pensar que existem cada vez mais toxicômanos que poderiam ser diagnosticados como psicóticos. Desse modo, vemos como as teorizações da psicanálise em torno da clínica nodal e da noção de psicose ordinária trouxeram avanços que nos permitem questionar a tese lacaniana do recurso à droga como ruptura com o falo. Da mesma forma que o paradigma das grandes rupturas e desencadeamento tornou-se insuficiente para se pensar a psicose no contemporâneo, podemos nos perguntar se a teoria da droga como ruptura também não pode ser revista como um modo de enlaces ou desenlaces do outro. De modo que os casos clínicos nomeados como “toxicômanos”, nos dias de hoje, convidam o analista a re-interrogar a relação entre esse modo de consumo, esse modo de gozo, e o lugar do Outro no contemporâneo: “este sintoma moderno se desenrola na denuncia generalizada da impostura do Outro e por uma sorte

de rejeição ao laço social, em que um se pergunta o que se alcança da função simbólica” (Aucremanne, 2008, p.298, tradução nossa).³⁹

Desse modo, podemos nos perguntar se a inexistência do Outro está na base dos fenômenos clínicos atuais? A terminologia “novo” (novo desencadeamento, nova conversão, nova transferência) se refere à uma mudança no ensino de orientação lacaniana ou concerne principalmente a nossa época atual, em que o discurso da ciência e poderíamos acrescentar, o discurso do capitalista, assumem prevalência sobre o discurso do amo, ou do inconsciente?

4.1.1 Uma identificação ao significante que não enlaça: “sou toxicômano” e o discurso do capitalista

Em função do aumento de sujeitos que se nomeiam “toxicômanos” é fundamental que o analista possa investigar qual a função que a droga ocupa na economia de gozo de cada sujeito. Desse modo, pretendemos desenvolver, nesse ponto da pesquisa, que nem sempre essa identificação pode promover um enlace ao Outro, na medida em que pode indicar um excesso de gozo. Nesse sentido, faz-se importante desenvolver a relação entre o aumento de casos que se apresentam como “sou toxicômano” e as formas que o discurso do amo assume na atualidade.

Como nos aponta Miller (2005b), no artigo “Uma fantasia”, o discurso do mestre, ou do inconsciente, perde lugar na atualidade para o discurso do capitalista, em que ocorre uma inversão: não é mais o S_1 , o significante mestre, que ocupa o lugar de ideal e sim o objeto a , que se impõe como bússola da civilização atual em que o Outro não existe. Deste modo, o objeto a *mais-de-gozar* ascende ao zênite social, isto é, ao ponto mais alto da civilização, o que caracteriza o predomínio do gozo sobre os ideais. Beneti (2014) assinala que se, anteriormente, a civilização era marcado pela fórmula $I > a$, em que os ideais eram maiores que os objetos a *mais-de-gozar*, atualmente essa fórmula se inverte. Na atualidade o declínio do mestre, a queda dos ideais, o declínio da função do significante, tem como efeito o empuxo ao consumo de objetos, de modo que os objetos a *mais-de-gozar* passam a ser maior que os ideais. Todos se tornam consumidores, “todos toxicômanos!” (Beneti, 2014, p.35). Desse modo, a relação com a droga na atualidade

³⁹ Este síntoma moderno se despliega en la denuncia generalizada de la impostura del Otro y por una suerte de rechazo al lazo social, em que uno se pregunta lo que se alcanza de la función simbólica.

apresenta o sujeito numa posição de objeto, de resto; o uso de drogas é alienante, não promove laço social.

Encontramos em *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (Lacan, 1969-70/1992b) uma análise detalhada sobre os discursos. Nesse Seminário, Lacan introduz a estrutura de uma nova forma, isto é, pelo discurso, por meio do qual demonstra que a castração não é efeito da inscrição do Nome-do-Pai e sim do discurso, pois desde o encontro com a linguagem o sujeito é marcado por uma perda de gozo. Lacan (1969-70/1992b) formaliza uma topologia discursiva por meio da combinação de quatro letras que se arranjam ordenadamente em quatro lugares fixos, dispostos da esquerda para a direita seguindo um movimento de giro: agente, saber do Outro, produção/perda, e verdade. As quatro letras que compõem os quatro discursos, o do mestre (M) ou do amo, o da universidade (U), o da histórica (H) e o do analista (A), são: S_1 , significante-mestre que inicia a série significante; o S_2 que revela o saber do Outro, e que juntamente com o significante anterior traduz o campo do saber estabelecido no binômio S_1 - S_2 ; o a , o objeto designado por uma perda, de onde o *mais-de-gozar* toma corpo. Outra letra que compõe o discurso é o $\$$, o sujeito do inconsciente, sujeito dividido pela inserção na linguagem. Assim, todo discurso é uma articulação entre o sujeito e o Outro, sendo que o lugar do agente é que ordena o discurso:

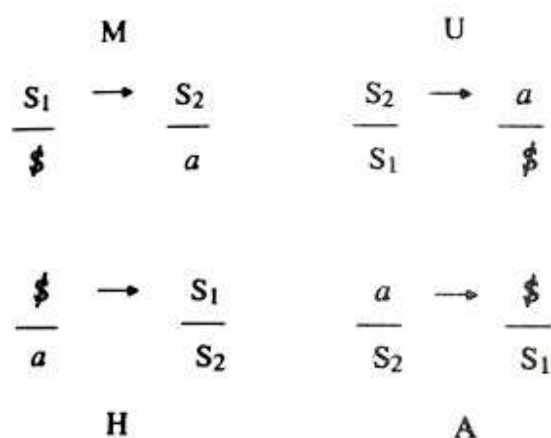


Figura 9 - O matema dos quatro discursos
 Fonte: Lacan (1969-70/1992b, p.65)

Os quatro discursos demonstram que a escrita é do campo da lógica, por isso são as letras e não as palavras que compõem os discursos. Em *O seminário, livro 20: mais, ainda*, Lacan (1972-73/1982) retoma essa afirmativa ao ressaltar que “o significante como tal não se refere a nada, a não ser que se refira a um discurso, quer dizer, a um modo de funcionamento, a uma utilização da linguagem como liame” (p.43).

O discurso do mestre ou do inconsciente se enuncia, então, a partir de um significante que representa o sujeito para outro significante. Esse discurso foi designado por Lacan (1969-70/1992b) como o ponto de partida, na medida em que através de um quarto de giro obtemos os outros discursos. Na estrutura desse discurso o S_1 ocupa o lugar do agente e o S_2 se encontra na posição do saber. O pai pode vir em posição de significante-mestre, S_1 , e exercer a função de representar um sujeito para o outro significante. No intervalo de ligação entre S_1 e S_2 abre-se uma falha que constitui o sujeito e tem-se no lugar da produção/perda o objeto *a*. O objeto *a* representa tanto um bônus de gozo, um *mais-de-gozar*, termo criado em analogia ao aforismo da *mais-valia* de Marx que significa o trabalho a mais, o *mais-de-trabalho*, como uma perda de gozo. Lacan pontua que apesar de se referir ao objeto *a* como *mais-de-gozar*, ele não é nomeável, pois do objeto podemos afirmar somente que é ele causa de desejo, ou seja, é como falta que ele se manifesta.

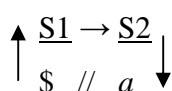
Lacan assinala que na atualidade há uma mudança do elemento que atua como agente no discurso. De modo que passamos a ser determinados não mais pelos significantes S_1 - S_2 do binário original, mas pelos objetos, definidos por Lacan (1969-70/1992b, p.153) como “*latusas*”. Os objetos de consumo, também definidos como *gadgets*, oferecem ao sujeito um meio de recuperação da satisfação pulsional total e imediata, mas que além da ideia de satisfação revela seu valor de gozo. A possibilidade de que o sujeito a mercê dos objetos adentre em um consumo da ordem do excesso revela a natureza de dejetivo, de resíduo da civilização, dos *gadgets*. Santiago (2001) defende que podemos equivaler a droga aos *gadgets*, na medida em o termo *gadget* contém tanto a ideia de satisfação como de dejetivo:

Ainda que considerados fúteis, os *gadgets* são dotados de intenso fascínio. E, se o homem lhes devota tanto interesse, é porque, neles, capta algo do gozo do corpo. (...) Torna-se possível, então, recorrer à figura da droga como *gadget* para caracterizar o essencial desse modo de gozo solitário do homem moderno. A indagação que resulta da constatação dessa adesividade libidinal do toxicômano a esse objeto vai, portanto, muito além do problema do aumento da ocorrência do uso de droga, para exprimir-se como uma questão sobre quem é o *outro* ou, ainda, quem é o *parceiro* desse sujeito (p.161).

Rosa (2010) assinala que o deslizamento do “consumismo” a “consumidor” e a passagem da posição de consumidor para a de objeto consumido quando “o ato de consumir(-se), o efeito de consumir” leva a uma mortificação do sujeito, a um desabonamento do inconsciente, tão característico da clínica das toxicomanias: “a particularidade das parcerias com esses objetos, os *gadgets*, que não interpelam o sujeito quanto ao seu desejo, quanto ao seu amor e nem quanto ao seu gozo, parcerias nas quais ele acaba fazendo economia do laço social com o Outro” (p.169).

Segundo Lacan (1972), o discurso do capitalista é o discurso do mestre contemporâneo que se constrói a partir de uma operação de subversão no discurso do mestre antigo, no discurso do inconsciente, indicando que “o que se opera entre o discurso do senhor antigo e o do senhor moderno, que se chama capitalista, é uma modificação no lugar do saber” (Lacan, 1969-70b/1992, pp. 29-30):

Discurso do Mestre



Discurso do Capitalista

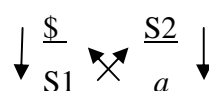


Figura 10 - O discurso do capitalista
Fonte: Lacan (1972/1978, p.40)

Observamos que na passagem do discurso do mestre antigo para o discurso do capitalista há uma inversão marcada pela troca de lugares entre o S1 e o \$, bem como das setas que orientam o discurso. Com a ascensão do objeto *a mais-de-gozar* ao zênite social, este se dirige ao \$ sem a mediação do Outro do saber, ou seja, o sujeito tem uma relação direta com o gozo, sem nada que o faça barra. Desse modo, o sujeito, antes orientado pelo S1, pelo ideal, passa a ser orientado, no contemporâneo pelo objeto *a*, pelo gozo. Portanto, ao contrário do discurso do mestre, o discurso do capitalista não faz laço social. Outro ponto importante é que o discurso do capitalista surge colado ao discurso da ciência, o que caracteriza uma estrutura discursiva na qual o sujeito demanda do saber científico a produção de um objeto que promova um gozo ilimitado e que o livre de lidar com sua própria castração.

Considerando a teoria dos discursos, podemos localizar uma mudança em relação à função do recurso às drogas na passagem da hegemonia do discurso do mestre para o discurso do capitalista. Na época em que havia a primazia dos ideais, em que o discurso do mestre era dominante, o consumo de drogas se apresentava como uma resposta entre outras ao mal-estar na

civilização (Freud, 1930/1996q). Era um uso localizado e pontual, que promovia certo laço social e podia estar relacionado à religião ou ao grupo social. Contudo, na atualidade, observamos que o consumo de drogas evidencia um “vazio de sentido”, uma resposta única e globalizada ao mal-estar, um gozo unitário, igual para todos. Naparstek (2010) retoma o texto *A era do vazio*, de Lipovetzky a fim de assinalar que na atualidade o consumo localizado dá lugar a um consumo generalizado, a “toxicomania generalizada”, ou banalizada. Naparstek (2010) utiliza o que ele nomeia como “alcoólico romântico” para exemplificar a mudança em relação à função do recurso à droga na atualidade: se antes o recurso ao álcool tinha um sentido, qual seja, a perda do amor, e promovia o laço social com os outros homens que também sofriam com essas perdas não simbolizadas, na atualidade, de modo contrário, “toma-se álcool porque sim (...) a causa não está ligada a sentido algum, não é sentimental ou amorosa e em princípio nem a nenhuma perda registrável” (p.22, tradução nossa).⁴⁰

A clínica dos sintomas contemporâneos – toxicomania, depressão, anorexia – permitem verificar, assim, a ocorrência do declínio do Nome-do-Pai e de efeitos da pregnância do gozo, o que torna a sintomatologia atual irreduzível à equação válida para a direção do tratamento da neurose (histeria, fobia, obsessão) em que a fórmula sintoma-metáfora era válida.

Naparstek (2010) destaca que os sintomas de nossa época têm o aspecto do que Freud (1916-17/1996i, p.388) descrevera como o sintoma das “neuroses atuais”, marcado pela invasão da pulsão no corpo, pela ausência da fantasia inconsciente e pela falta de sentido. Naparstek (2010) assinala que o preciosismo dessa descrição apresentada por Freud é o destaque para a toxidade presente no sintoma: “o tóxico não está nem na substância, nem no sujeito, mas no sintoma. Um sintoma que amarra ao sujeito de maneira singular e aditiva. Acrescentando que o sintoma mostra a céu aberto sua toxicidade quando está separado dos sentidos” (p.27, tradução nossa).⁴¹ Nesse sentido é que podemos entender a definição de libido tóxica. Se pulsão tóxica era contida pelos ideais, em um momento que havia o predomínio do discurso do mestre, no contemporâneo, de modo contrário, em função da queda dos ideais e da hegemonia do discurso do capitalista e dos objetos da pulsão, a toxidade avança sobre o sujeito levando a um *mais-de-gozar*, a um excesso de gozo.

⁴⁰ Hoy se toma alcohol porque sí (...) la causa no está ligada a ningún sentido, ni sentimental o amoroso y en principio tampoco a ninguna perdida registrable.

⁴¹ Lo tóxico no está ni en la sustancia, ni en el sujeto, sino en el síntoma. Un síntoma que amarra el sujeto de manera singular. Agregando que el síntoma muestra a cielo abierto su toxicidade cuando está separado de los sentidos.

Desse modo, vemos como a hegemonia do discurso da ciência e do capitalista promove uma substituição do eixo simbólico pelo eixo imaginário nas novas formações sintomáticas, evidenciada pela proliferação da identificação ao significante “sou toxicômano”, dada pelo outro social e referendada pelo discurso da ciência que produz os objetos de consumo como uma promessa de felicidade. Na medida em que não há ideal que faça limite ao gozo, o sujeito faz um uso excessivo da droga, que, em vez de promover o laço social, conduz a um desenlace em relação ao Outro. Contudo, conforme assinala Unterberguer (1995), há casos em que essa apresentação do sujeito como “sou toxicômano” pode funcionar como uma identificação ao significante, na medida em que vem no lugar de um ponto de ruptura, ou desenlace, na relação do sujeito com o Outro. Contudo, essa identificação promove um gozo, um nome de gozo, e não um nome próprio, na medida em que este não é simplesmente um traço identificatório tal como Freud defende no texto “Psicologia de grupo e análise do eu” (1921), em que coloca a lógica de identificação como fundamento da construção do grupo, e sim um nome que traz uma marca identificatória, unária, e que passa a marcar o sujeito em sua singularidade. O que aponta, assim, para a importância de se investigar qual a função dessa identificação na economia de gozo de cada sujeito.

4.1.2 A identificação a um significante que faz laço: “sou toxicômano”

A falha estrutural da linguagem descrita na topologia dos discursos tem lugar na topologia dos nós: diante da falha, do lapso do nó, os sujeitos constroem soluções singulares a fim de promover a amarração dos três anéis. Desse modo é que a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” pode promover uma estabilização da psicose caso funcione como um enlace ao Outro, caso promova uma amarração dos registros real, simbólico e imaginário. Assim, o que nos orienta clinicamente é a localização do momento em que “um sujeito se ‘desenlaça’ em relação ao Outro. Esta localização aclara, retroativamente, o elemento que funcionava como ‘enlace’ para esse sujeito, e permite dirigir a cura no sentido de um eventual ‘reenlace’” (Castanet & De Georges, 2009, p.18, tradução nossa).⁴²

⁴² Un sujeto se “desengancha” en relación con el Otro. Esta localización aclara, retroactivamentr, el elemento que hacía de “enganche” para ese sujeto, y permite dirigir la cura en el sentido de un eventual “reenganche”.

Desse modo, as contribuições propostas pela clínica dos nós nos auxiliam a pensar as invenções que funcionam como estabilizadoras da psicose e promovem a pacificação do gozo, a partir dos enlaces em relação ao Outro.

Naparstek (2010) assinala que a clínica dos enlaces e desenlaces nos permite localizar o ponto em que algo se solta e a tentativa de enlace que se constrói a partir daí e é isso que faz com que a toxicomania não seja uma classe uniforme “não há nada mais diferente de um toxicômano que outro toxicômano” (p.109, tradução nossa),⁴³ uma vez que estamos diante de respostas singulares!

Naparstek (2010) utiliza três vinhetas clínicas para demonstrar a função da droga como uma tentativa de enlace: a) uma mulher que usa cocaína em função de seu parceiro, com o objetivo de manter o laço com ele, sem o qual se sente solta e vazia; b) uma mulher que ao deixar de usar comprimidos para emagrecer se desenlaça bruscamente dos significantes “adicta” e “anoréxica” e apresenta uma descompensação como efeito; c) um homem para o qual uma droga específica, a maconha, atua como o único tranquilizante para o vazio que decorre da separação de sua parceira. Esses casos evidenciam que o tóxico pode ter a função de enlace quando opera enquanto um significante que nomeia o sujeito, tal como Velásquez (2012) destaca em uma entrevista que faz com Naparstek:

Em muitos casos, esse uso do tóxico não somente não é uma ruptura, como é o que permite que o sujeito se enlace ao campo do Outro. Temos que refletir sobre o que fazer com esse modo de enlaçar-se ao campo do Outro, e que, claramente, lhe pode trazer sofrimento, mas pode, ao mesmo tempo, cumprir uma função de compensação para o sujeito (p.4).

Retomando o caso clínico de Pedro, apresentado no primeiro capítulo, podemos, à luz da clínica dos enlaces e desenlaces, localizar o momento em que algo “se solta”, ou seja, o momento de desenlace em relação ao Outro e a tentativa de enlace que o sujeito faz a partir desse momento pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”. O momento de desenlace ocorre quando vai à igreja e um padre diferente daquele ao qual se confessava lhe diz que sua masturbação excessiva era normal. Esse dito leva a uma deslocalização do gozo, de modo que o sujeito fica sem referências, sem uma palavra que nomeie, que limite seu gozo, como fazia o padre por meio do dito sobre sua masturbação ser um “pecado”. A partir da localização do momento de desenlace, ele pôde ir contanto sua história marcada pela dificuldade de “se

⁴³ No hay nada más diferente a un toxicómano que outro toxicómano.

relacionar com as pessoas”, o que remonta a dificuldade de relacionamento com sua mãe, que o ameaçava e o agredia física e verbalmente e dizia que “uma mãe não deve se sacrificar pelo seu filho”. Diante da invasão do gozo do Outro – inúmeras agressões da mãe e da irmã, a obscenidade materna, o som alto no ônibus, os olhares dirigidos a ele nas ruas – ele respondia com a perplexidade, descrita por ele como uma “paralisia (...) não consigo estar presente”. Entendemos que o quadro do paciente evidencia um gozo deslocalizado que retorna no próprio corpo. Em função de um lapso na amarração entre o real, o simbólico e o imaginário, os dois primeiros se interpenetram, o que deixa o imaginário solto, ou seja, o corpo. Efeito disso é a relação de estranheza do paciente com seu próprio corpo. A falta da significação fálica que oriente o desejo, que possibilite que se ocupe um lugar na partilha dos sexos, pode levar a ideias delirantes em relação à sexualidade e ao corpo, tal como podemos observar na fala de Pedro, que ora se via com um corpo feminino “vejo meu corpo no espelho como um corpo feminino, meus quadris são largos, minhas coxas grossas, como minha mãe e minha irmã” –, ora via seu corpo como “amorfo, alienígena (...) esse corpo não me pertence”.

Após o momento de desenlace, Pedro tenta se reenlaçar ao Outro social por meio do recurso à droga. A identificação ao significante “sou toxicômano” promove, para Pedro, uma estabilização pela identificação imaginária, que se apresenta justamente no ponto em que o imaginário se soltou da cadeia borromeana. Como assinalamos anteriormente, a estabilização pela identificação imaginária ao “sou toxicômano” não é sinônimo de suplência e sim de compensação, na medida em que é um espelhamento que não é sustentada pelo traço unário. Essas identificações funcionam como bengalas imaginárias ao permitirem uma compensação do Nome-do-Pai foracluído. Lacan utiliza a metáfora do tamborete, banquinho, de três pés para exemplificar a pré-psicose, momento em que o sujeito permanece compensado por estar identificado imaginariamente a um significante:

Nem todos os tamboretos têm quatro pés. Há aqueles que ficam em pé com três. Contudo, não há como pensar que venha faltar mais um só senão a coisa vai mal. Pois bem, saibam que os pontos de apoio significantes que sustentam o mundinho dos homenzinhos solitários da multidão moderna são em número muito reduzido. É possível que de saída não haja no tamborete pés suficientes, mas que ele fique firme assim mesmo até certo momento, quando o sujeito em certa encruzilhada de sua história biográfica, é confrontado com este defeito que existe desde sempre. Para designá-lo, contentamo-nos até o presente com o termo *Verwerfung*. (Lacan, 1955-1956/1985a, p. 231).

De modo contrário, a estabilização via metáfora delirante e via obra, nos casos de Schreber e de Joyce, ao sustentarem R, S e I juntos tem o estatuto de suplência (Maleval, 2003). A identificação imaginária promove uma estabilização porque se trata de um espelhamento ao Outro que, por meio do gozo, nomeia o sujeito dando consistência ao “eu”, mas que, por não ser sustentada pelo traço unário, promove apenas uma compensação da forclusão. O que nos leva a questionar sobre a consistência dessa estabilização pela identificação imaginária: se ela coloca o sujeito no limite da passagem ao ato, como no caso clínico de Pedro, que reagia agressivamente às ofensas da mãe e da irmã e apresentava histórico de tentativa de suicídio, podemos afirmar que o recurso à substância é uma solução eficaz a qual se deve manter clinicamente?

Encontramos na literatura psicanalítica uma quantidade considerável de casos clínicos em que o recurso à droga, ao funcionar como uma identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, promove um apaziguamento do gozo na psicose. Sillitti (1994) apresenta o caso de um homem de trinta e um anos que procura tratamento após sua mulher ter descoberto que ele usava cocaína. As discussões e brigas se tornam constantes e por vezes os episódios de violência terminam com a presença da polícia. Esse era seu segundo casamento, no primeiro a mulher não era bem vista por seu pai, homem severo e exigente que esperava que seu filho tivesse êxito na vida. Após o fim do casamento passa a se relacionar com outras mulheres e se torna um “grande consumidor” de cocaína. Seu pai decide interná-lo e após a internação ele se casa novamente, tem dois filhos e volta a montar uma empresa. Contudo, ele tem uma recaída após a morte do pai e passa apresentar relatos delirantes de que sabe que seu sócio, associado a sua mulher, o estava roubando. Ao analisar a função do recurso à droga para o paciente, Sillitti (1994) localiza o momento em que a droga se fez necessária quando, após a morte do pai, ele passa a ir ao cemitério todos os dias para “falar com ele”. Porém, em certo momento, ele deixa de receber as “palavras do pai” (Sillitti, 1994, p.140, tradução nossa)⁴⁴ e recorre à droga para resolver essa ausência. Verifica-se, assim, que as palavras do pai lhe davam uma orientação, possibilitavam que ele mantivesse um ritmo no trabalho e seu lugar com chefe de família por meio de seus ditos “siga assim”, “está indo bem” (Sillitti, 1994, p.140, tradução nossa).⁴⁵ Quando essas palavras faltam, a cocaína passa a operar possibilitando uma distância com o retorno do gozo do Outro,

⁴⁴ “Palabras del padre”.

⁴⁵ “Sigue así”, “vas bien”.

funcionando como “um modo particular de gozo que põe fim ao insuportável da falta da palavra do Outro” (Sillitti, 1994, p.145, tradução nossa).⁴⁶

Nesse caso clínico se apresentam como índices de uma estrutura psicótica: 1. a relação do desaparecimento da “voz do pai” com a certeza da associação dos sócios com sua mulher para lhe roubar; 2. o retorno do gozo no corpo que só era aliviado pelo uso da droga, ao que ele chamava “o chamado do nariz”; 3. o retorno do gozo por meio do delírio de ser despojado de seus pertences e suas posses, na medida em que ele não apresenta nenhuma dialetização sobre essa ameaça. Desse modo, podemos pensar que o “drogar-se” nesse caso, se apresenta como um ato estabilizador, assim como o atentado de Aimée, na medida em que sua identificação ao significante adicto permite sustentar um laço, ainda que precário, em relação ao Outro.

Em outro caso de psicose, não desencadeada, podemos verificar que a droga também cumpre a função de estabilização pela identificação imaginária. Aucremanne e Josson (1995) se referem a um paciente que após sofrer um acidente com traumatismo craniano diz que perdeu sua personalidade e faz uma regressão a infância. O pai lhe dizia que após o acidente o filho era incapaz de ser um homem. O recurso à droga (heroína) promove, então, uma identificação ao significante “sou toxicômano” que lhe permite a inserção em um grupo, uma inserção no laço social. É, portanto, a identificação ao significante que estabiliza, que enlaça, que amarra, e não a substância em si. Esse entendimento da clínica com toxicômanos psicóticos é um ponto fundamental que distingue o tratamento psicanalítico daqueles oferecidos pela psiquiatria biológica, pelas comunidades terapêuticas e pelos serviços públicos de saúde de orientação higienista, que operam a partir da substância e não a partir da relação, de gozo, do sujeito com os objetos e com o Outro.

Aucremanne e Josson (1995) descrevem ainda, outro caso clínico, um paciente que chega a instituição demandando uma desintoxicação. Contudo, sua estadia, repetidas vezes, dura um ou dois dias, ao que ele vai embora dizendo “é demasiado para mim”. Ao escutar esse significante o analista promove um corte e um recorte do Outro ao reduzir o contrato de internação a um período de dois dias, renováveis. A partir desse corte o sujeito passa por várias renovações desse contrato, em que é possível retomar alguns pontos de sua história que apontam para a função do recurso à droga em sua economia de gozo. Seu consumo teve início quando sua mulher pediu que ele parasse de vender drogas, ao mesmo tempo em que ele rejeitou um presente importante de seu

⁴⁶ Un modo particular de goce que pone fin a lo insupportable de la falta de la palabra del Otro.

pai para não magoar seus irmãos e irmãs, o que acabou ferindo seu pai. Ao falar sobre esse presente que o pai lhe deu, ele retoma o significante “era demais pra mim”. O autor destaca a importância da intervenção do analista nesse caso ao considerar que algo falhava nesse tratamento – evidenciado pelas interrupções da internação pelo paciente – e ao propor uma nova possibilidade de tratamento por meio da renovação de sua demanda. O analista auxiliou esse sujeito ao precisar esse insuportável, esse “demasiado”, não fazendo nenhuma outra promessa, senão a de extrair suas consequências e os motivos de seu consumo a partir da relativização da fixação ao significante “toxicômano” e de sua afirmativa comum de que “não posso me arranjar sem ela” (Aucremanne & Josson, 1995, p.59, tradução nossa).⁴⁷

Desse modo, esse caso clínico apresenta uma indicação clínica importante ao destacar que ao psicanalista não interessa interromper ou estabilizar o consumo, e sim investigar a relação do sujeito com a droga, a função do recurso à droga na estrutura. Isso é o que nos permite, na clínica com psicóticos toxicômanos, “ser testemunhas ou acompanhantes em seu caminho para negociar uma relação mais pacífica com o gozo” (Aucremanne & Josson, 1995, p.57, tradução nossa).⁴⁸

Encontramos, em Mattos (2006), outra referência a um caso de um psicótico que inicia seu recurso à droga na adolescência. O paciente descreve alguns momentos marcantes de sua adolescência: aos dezesseis anos levou um chute durante uma partida de futebol, aos dezessete anos levou uma paulada forte na cabeça e precisou ficar de repouso e também foi expulso da escola. Nessas situações o paciente relata que sentiu “ficar de fora”. A autora pontua que esses momentos destacados pelo paciente evidenciam que quando sua sustentação fálica foi colocada em questão, ele se deparou com seu furo foraclusivo. Quando criança, os colegas o chamavam de “coroinha afeminado”, ao que ele sucumbe a esse significante que vem do Outro. Se o outro diz, ele realmente é; diante do outro ele diz que seu “bigode desaparece e fica de saia”. Apresentava também uma queixa de ter sido lesado, de não ter recebido a herança da mãe. A droga se relacionava, assim, a um desenlace em relação ao Outro. Sem recursos simbólicos para lidar com o real, ele recorre à droga, de modo que a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” passa a funcionar como uma orientação e produz certa barreira ao gozo. A droga o distinguia dos irmãos: ele não recebeu a herança justamente por ser drogado. Da mesma forma, a droga localizava um Outro que o lesou, lhe retirou algo. Se inicialmente o significante “drogado”

⁴⁷ “No puedo arreglármelas sin ella”.

⁴⁸ Ser testigos o acompanhantes en su caminho para negociar una relación más pacífica con el goce.

possibilitou um tratamento do gozo, posteriormente lhe conferiu um lugar de adoecido, que o fez formular uma demanda de atendimento: “o que está em jogo para ele não é tanto a droga enquanto objeto, enquanto uma substância, encontrado nas toxicomanias, e, sim, esse valor significativo que ela adquire para esse sujeito” (Mattos, 2006, p.96).

Em outro caso de psicose, apresentado por Naparstek (2011), um homem procura encontros sexuais com prostitutas e faz uso do Viagra em função não de um desejo sexual, mas para tratar as frequentes ereções de seu órgão sem motivos aparentes. As ereções ocorriam em lugares ou situações que não tinham nenhuma referência à sexualidade, tais como quando escutava um disco, ou discutia com alguém, o que denunciava um gozo deslocalizado, ou seja, não regulado pela significação fálica. As ereções insuportáveis eram acompanhadas de alucinações verbais e outros fenômenos psicóticos. Antes do Viagra ele não mantinha relações, mas depois do Viagra passou a ser, segundo ele mesmo diz, como os demais, na medida em que a substância promovia uma regulação das ereções do seu órgão, um limite ao gozo. Assim, quando ele tinha ereções fora da relação, justificava como sendo resíduo de sua elevada atividade sexual, ao que ele dizia “posso ter uma sexualidade controlada”, “uma vida como os outros” (Naparstek, 2011, p.106, tradução nossa).⁴⁹ Observamos, então, que a ausência do significativo fálico na psicose faz com que o órgão não se torne um instrumento, ligado à palavra, de modo que o sujeito pode recorrer à substância para tentar tratar o insuportável da invasão do gozo do órgão “nestes casos de psicose se vê claramente que a droga não somente não é uma ruptura com o falo, mas que é o que tenta ligar esse pequeno pipi com o corpo” (Naparstek, 2010, p.95, tradução nossa).⁵⁰

4.1.3 A função da substância nos distintos tipos de psicose (paranoia e esquizofrenia)

Se afirmarmos que a droga cumpre diferentes funções para o sujeito de acordo com sua estrutura clínica (neurose ou psicose) podemos também afirmar que ela cumpre funções diferentes para os distintos tipos de psicose? Se, como desenvolvemos no segundo capítulo, Freud e Lacan descrevem diferentes tipos de psicose de acordo com a relação do sujeito com o

⁴⁹ “Pouvoir avoir une sexualité contrôlée”, “une vie comme les autres”.

⁵⁰ En estos casos de psicosis se ve muy bien que la droga no solamente no es una ruptura con el falo sino que es lo que intenta ligar ese pequeño pipí con el cuerpo.

gozo do Outro, podemos, ao situarmos a relação do sujeito com a droga, a partir da clínica nodal, afirmar que a função do recurso à droga se relaciona ao tipo de enodamento da psicose?

Em sua tese de doutorado, defendida em Paris, Naparstek (2011) assinala que há uma diferença importante no uso da droga dentro do quadro da psicose, principalmente em relação à paranoia e a esquizofrenia. Entendemos, a partir do ensino de Lacan, que na paranoia o gozo vem do Outro, como nos casos de Schreber e de Aimée. Enquanto, na esquizofrenia, o gozo localiza-se ou retorna no próprio corpo, como no caso de Joyce. Desse modo, entende-se que na paranoia o recurso à droga está atrelado ao significante, enquanto na esquizofrenia o recurso à substância pode funcionar pacificando o retorno do gozo no corpo (Naparstek, 2011). Essa diferença de onde o gozo retorna decorre da diferença dos enodamentos borromeanos nos distintos tipos de psicose.

No caso da mania e da melancolia, ocorre um lapso no enodamento entre imaginário e real, de modo que eles se interpenetram e o simbólico fica solto (Schejtman, 2015). Há, portanto, no quadro de psicose melancólica, um empobrecimento do simbólico, que pode ser evidenciado a partir da fala desses sujeitos; enquanto na psicose maníaca há uma verborragia e fuga de ideias. Se na melancolia o real avança sobre o imaginário causando a depressão, a pulverização do narcisismo e o delírio de indignidade; na mania é o imaginário que avança sobre o real, reduzindo o sujeito a uma pura imagem inflada e completa (Dafunchio, 2008).

Na psicose paranoica não há um lapso do nó que separa os registros real, simbólico e imaginário, de modo contrário, os registros se fundem, são contínuos “na medida em que um sujeito enoda a três o imaginário, o simbólico e o real, ele é suportado apenas pela continuidade deles. O imaginário, o simbólico e o real são uma única e mesma consistência” (Lacan, 1975-76/2007, p.52):

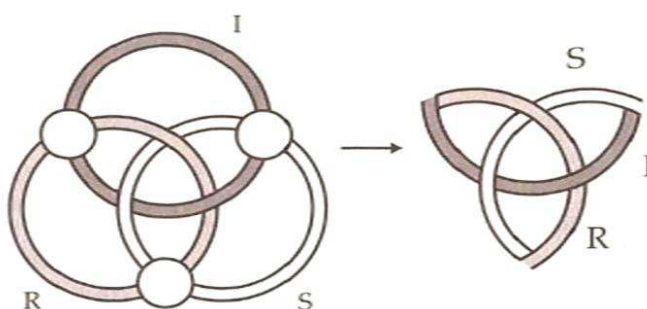


Figura 11 - Nó de trevo da paranoia
Fonte: Lacan (1975-76/2007, p.84)

Na esquizofrenia há um lapsus que faz com que o real e o simbólico se interpenetrem, ficam enganchados, o que deixa o imaginário solto “o que se solta na esquizofrenia é o registro imaginário, ou melhor dizendo, o corpo” (Dafunchio, 2008, p.129, tradução nossa)⁵¹, o que explica as alucinações verbais e os fenômenos elementares característicos da esquizofrenia:

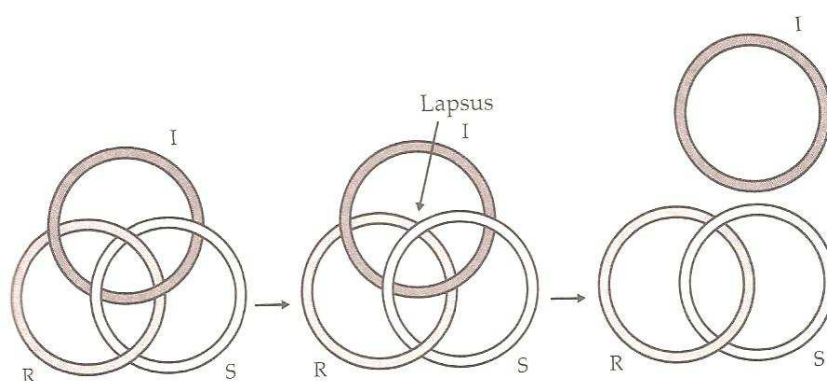


Figura 12 - Nó da Esquizofrenia
Fonte: Schejtman (2015, p.233)

É o que nos mostra o caso de Joyce, descrito por Lacan (1975-76/2007), em que o abandono do corpo próprio se apresenta como índice de esquizofrenia. Maleval (2003) destaca o episódio da surra que Joyce sofreu na infância, como algo que evidencia a “quase ausência de afeto” e o “distanciamento do corpo” (p.121). Esses índices são demonstrativos da falha do nó borromeano na articulação entre o simbólico e o real, em que só resta ao imaginário “cair fora”, de modo que “ele desliza, exatamente como o que acontece com Joyce depois de ter levado aquela surra” (Lacan, 1975-76/2007, p.147). Diante de uma ruptura do ego que libera a relação imaginária, Joyce busca uma solução por meio da escrita. A escrita ao fazer um remendo do ego, impede o imaginário de deslizar. Na medida em que solução de Joyce vem no mesmo lugar do lapsus do nó, ela o corrige e retém o “desastre crescente do imaginário” (Lacan, 1957-58/1998b, p.584), se apresentando como uma solução mais eficaz e que tem menos efeitos secundários quando comparada com as outras tentativas de estabilização da psicose (Dafunchio, 2008, p.69).

Dafunchio (2008) nos apresenta um fragmento de um caso de esquizofrenia à luz da teoria dos nós para exemplificar os possíveis arranjos, enodamentos, diante do retorno do gozo no corpo. Trata-se de uma paciente de vinte e oito anos de idade atendida em um serviço de

⁵¹ Lo que se suelta en la esquizofrenia es el registro imaginário, es decir, el cuerpo.

internação de agudos. Aos dezenove anos Silvia começa a apresentar problemas familiares como a perda de emprego do pai, discussões com a mãe e a tia, e, segundo a fala da paciente “problemas de relacionar-se com as pessoas” (Dafunchio, 2008, p.123, tradução nossa).⁵² Ela relata escutar vozes de sua avó falecida e de Satanás, o que agrava quando as vozes começam a lhe dar ordens. Por obediência as vozes ela tenta agredir sua mãe e a tia com uma faca.

A autora pinça da história da paciente o momento que marcou seu desenlace ao Outro, que ocorreu após uma pergunta de uma professora suplente, em relação à qual a paciente se sentiu acusada de mentirosa. Nesse momento algo mudou, e ela começou a ser “calada”, “introvertida”, “a afastar-se dos companheiros” (Dafunchio, 2008, p.127, tradução nossa).⁵³ Observam-se no caso da paciente alguns fenômenos que evidenciam a soltura do imaginário, característicos da psicose esquizofrênica: a paciente se via como uma extensão da mãe, apresentava passagens ao ato, havia atacado a mãe e a tia com uma faca e a seu próprio corpo, e tentou de suicídio ao cortar os pulsos com um pedaço de vidro. A análise de outro fenômeno psicótico, a escuta alucinatória da voz de Satanás, nos revela como o gozo, sem um ideal que o regule, retorna sobre o corpo da paciente “Aí onde o sujeito recorre ao Nome-do-Pai, se encontra com um buraco, e nesse lugar irrompe Um-Pai no real e é esta figura de um Outro gozador que invade o corpo dela com seu gozo a empurrando a passagem ao ato” (Dafunchio, 2008, p.134, tradução nossa).⁵⁴ Contudo, a partir da escuta analítica a paciente pôde ir fazendo sua historização ao falar de sua infância, de seus trabalhos, e de sua dificuldade de se relacionar com os outros. Silvia começou, então, a escrever sobre o que acontecia com ela, sobre sua dificuldade de integração. A partir desse momento ela começou a apresentar melhoras, o que teve como efeito a redução da escuta alucinatória. A hipótese da autora é a de que a escrita, o real da letra, deteve o retorno do gozo intrusivo da voz o que permitiu a reconexão com o imaginário e a possibilidade de enlaçamento ao Outro, o que ocorre inicialmente por meio de um cuidado com o corpo e posteriormente quando passa a frequentar a academia de ginástica.

Vemos, assim, que o psicótico busca saídas para tratar o real que o invade, como fez Silvia por meio do recurso à escrita, do retorno às aulas de inglês e do cuidado com o corpo. A partir dessas construções, a paciente pode se enlaçar ao Outro. Esses enodamentos, ainda que não

⁵² “Problemas de relacionarse con la gente”.

⁵³ “Ser calada”, “introvertida”, “a alejarse de los compañeros”.

⁵⁴ Ahí donde el sujeto recorre al Nombre del Padre, se encuentra con un agujero, y en esse lugar irrumpe Um-Padre en lo real, y es esta figura de um Outro gozador que invade el cuerpo de ella con su goce empujándola al passaje al acto.

operem como suplência, como no caso de Joyce, funcionam como estabilizadores ao conterem o avanço do gozo sobre o corpo da paciente.

Naparstek (2011) defende que tanto na paranoia, ao apaziguar o retorno do gozo que vem do Outro, como na esquizofrenia, ao funcionar como uma maneira de pacificar o corpo, como um remédio corporal, o recurso à droga funciona como uma tentativa de estabilização da psicose. O autor baseia essa hipótese na construção de casos clínicos de psicóticos toxicômanos por ele atendidos, tal como apresenta em um de seus artigos. Faremos referência a um caso clínico trabalhado pelo autor e que foi relatado brevemente no primeiro capítulo. Naparstek (2010) apresenta o caso de um homem que relata o uso sistemático de cocaína uma vez por semana. Trata-se de um consumo que não prejudica seu trabalho, na medida em que ele faz um arranjo no trabalho, tem um bom rendimento, êxito, e reconhecimento em sua carreira profissional. O paciente falta ao trabalho somente no dia seguinte em que faz uso da droga, sendo que essa falta faz parte de seu arranjo com seu chefe. Contudo, sua queixa ao analista não é sobre o uso que faz da droga e sim sobre seu *partenaire*, que pede que ele deixe de consumir, e sobre sua falta de desejo sexual. Quanto ao problema sexual ele dizia que não se tratava de um “poder pouco” ou um “não posso”, e sim um “não tenho desejo”, “não tenho vontade” (Naparstek, 2010, p.91, tradução nossa).⁵⁵ A questão principal para ele era “o que fazer com essa coisa que tenho entre as pernas” (Naparstek, 2010, p.91, tradução nossa),⁵⁶ o que evidencia uma relação de estranheza com seu próprio órgão. Ele não conseguia se apropriar do órgão, fazer dele seu instrumento e tinha as sensações no órgão como algo insuportável. Sobre o momento específico de seu consumo ele relata que quando consumia geralmente se travestia de mulher. Ao se olhar no espelho, travestido, ele alcançava, como efeito da droga em seu corpo, um retraimento do pênis até o ponto de fazê-lo desaparecer. Ao consumo de cocaína ele acrescentava uma masturbação compulsiva, de modo que ambas serviam para reduzir o órgão a exponencial do órgão: ao olhar no espelho e colocar seus órgãos entre as pernas ele se via como uma mulher. A identificação imaginária à mulher lhe causava, assim, uma pacificação, uma estabilização do quadro psicótico. Observamos que o recurso às drogas amenizava o retorno do gozo no corpo, ao localizar esse gozo a um consumo de uma vez por semana para limitar a irrupção de um gozo invasivo no órgão.

⁵⁵ “Poder poco”, “no puedo”, “no tener deseo”, “no tengo ganas”.

⁵⁶ “Qué hacer con esa cosa que tiene entra las piernas”.

Em outro caso de psicose, apresentado por Zaffore (2005b), o tóxico também operava como ordenador de gozo, como uma solução diante de um desenlace do Outro. Trata-se de um paciente de vinte e três anos que desde os dezoito anos consome maconha, mas que passa a consumir pasta base no começo do ano, e a partir desse momento afirma “perdi tudo”. Sobre as perdas refere ter perdido sua equipe de música, seus livros, seu quarto ficou vazio (após ele vender seus bens para comprar droga), e que perdeu 30 Kg. O início do consumo da pasta base se articula a uma série de questões sexuais em sua relação com a namorada que demanda ficar grávida, casar-se e se mudar. Além dos efeitos do consumo da droga em seu corpo, ele relata alguns fenômenos que não se relacionam diretamente ao consumo, como um acontecimento em que fica confuso: quando ele estava em uma reunião com algumas pessoas aparece repentinamente em outro lugar, em uma estação de trem. Mas isso ocorre sem que ele estivesse sobre efeito do uso, e isso é o que o surpreende. Dessa forma, Zaffore (2005b) pontua que esse acontecimento não tem característica de uma amnésia e sim de um buraco, há um branco. O paciente também relata ouvir vozes quando consome pasta base: ele escuta a voz da mãe que diz “por que não faz?”. Em outro momento relata que ao ver garrafas de sidra e outros trabalhos (de bruxaria) passa mal e vê isso como um sinal de que lhe fizeram um trabalho, de modo que o Outro começa a se apresentar como persecutório, quer lhe fazer mal. Ele recorre, assim, à droga como uma tentativa de solução diante de fenômenos de vazio de significação fálica. O recurso à droga funciona para o paciente como um regulador do gozo “o tóxico não vai no lugar de ruptura, mas bem a tratar de solucionar essa ruptura” (Zaffore, 2005b, p.105, tradução nossa).⁵⁷

Contudo, diante do paradigma da função da droga como estabilizadora, alguns achados clínicos nos levam a questionar: a droga promove, necessariamente, a estabilização da psicose? Podemos equivaler a solução pela droga às soluções alcançadas pela metáfora delirante, no caso de Schreber e pela obra, no caso de Joyce? Se a droga estabiliza o sujeito, essa é uma saída a ser sustentada clinicamente?

De início é importante reforçarmos que quando falamos em função estabilizadora da droga estamos dizendo que o sujeito pode alcançar a estabilização pela droga pela identificação ao significante “sou toxicômano”, é o significante que estabiliza! Tanto que vemos casos de psicóticos que se estabilizam pela identificação com esse significante mesmo sem fazer uso da droga.

⁵⁷ El tóxico no va a un lugar de ruptura, sino más bien a tratar de solucionar esa ruptura.

Entretanto, um ponto fundamental a ser trabalhado é que as identificações imaginárias, ainda que possam servir de suporte para a estabilização, são instáveis. Ou seja, duram o tempo que duram. Elas podem ser uma boa solução num dado momento, mas duram só um tempo. Por isso é que não podemos afirmar que se trata da mesma coisa uma suplência pelo delírio e a ingestão de uma droga (o tratamento do real pelo real). A natureza frágil da estabilização é evidenciada pela permanência no caso de Pedro, apresentado no primeiro capítulo, dos fenômenos elementares, do sentimento de estranheza em relação a seu corpo, e da grande dificuldade tanto de se relacionar com o outro como de “fazer as coisas”. Porém, isso não quer dizer que devemos desidentificar, a todo o custo, esses sujeitos do significante “sou toxicômano”. Naparstek (2011) assinala que o analista deve ter prudência quanto a isso e sugere pensarmos o caso a caso. Cessar o uso da droga pode ser extremamente perigoso para alguns sujeitos, pois, muitas vezes, podemos nos deparar com o desencadeamento de uma psicose ou um desarranjo na solução que o sujeito encontrou.

Observamos, na clínica contemporânea, que nem sempre o recurso à droga possibilita uma demarcação do gozo pela identificação ao significante sou toxicômano, ou seja, que nem sempre promove um enlace ao Outro. A droga pode operar para além da identificação imaginária como um “tratamento do real pelo real”. O recurso à droga se dá, nesses casos, orientado pela tentativa desesperada de estabilizar o fenômeno elementar ou justificar sua ocorrência pelo consumo da mesma, promovendo impactos devastadores sobre o imaginário. Considerando que “o problema da tentativa que um psicótico pode fazer de regular seu gozo por via das drogas é que, precisamente, é difícil que regule a dose necessária, e entre nos excessos próprios de uma adicção” (Salamone, 2011, p.75, tradução nossa),⁵⁸ podemos observar o perigo do uso excessivo da droga, o que coloca o sujeito no limite da passagem ao ato e revela sua face mortífera quando o que aparece são corpos devastados e lançados ao abandono.

Assim, retomamos o ponto de discussão desta presente tese, que se refere à função de desenlace que o recurso à droga pode promover, não somente em casos de neurose (como defendia Lacan, 1976/2016), mas também em casos de psicose. Desse modo podemos pensar não só a psicose, bem como o recurso à droga, em relação aos enlaces e desenlaces ao Outro, o que remonta a concepção clássica da droga como *pharmakon* em sua dupla significação. Na medida

⁵⁸ El problema del intento que un psicótico puede hacer de regular su goce por la vía de las drogas es que, precisamente, es difícil que regule las dosis necesarias, y entre en los excesos propios de una adicción.

em que para cada sujeito a droga assume uma função específica, ela pode funcionar tanto como remédio, ao dar um tratamento ao gozo, quanto como ruína, veneno, podendo mesmo levar a morte.

Temos, assim, dois pontos importantes:

1. A droga como função de tratamento ou como função tóxica: dependendo da dosagem e da função que ela opera para cada sujeito pode promover um enlace ou um desenlace ao Outro.
2. A função da droga se relaciona ao tipo de enodamento da psicose apresentada por cada sujeito.

4.2 A função da substância como desenlace, nomes do pior, devastação

Diante de nosso questionamento sobre a função do recurso à substância como estabilizadora da psicose, baseado, principalmente, no caso de Clarice, em que o recurso ao *crack* não promovia um apaziguamento do gozo nem um enlace ao Outro, foi possível formular nossa hipótese de pesquisa de que a droga não promove necessariamente a estabilização na psicose, na medida em que pode operar um desenlace ao Outro, como algo que reforça a forclusão e promove impactos devastadores sobre o imaginário.

Como vimos anteriormente, em alguns casos apresentados neste capítulo, ainda que inicialmente a droga funcione como estabilizadora essa função deve ser questionada, pois ela permite uma compensação da forclusão do Nome-do-Pai e não uma suplência, o que demonstra a fragilidade dessa solução. Isso nos leva a questionar se mesmo nesses casos o recurso à droga na psicose se apresenta como uma solução a ser sustentada clinicamente?

De fato, defender que a função da droga é estabilizadora, a partir da identificação ao significante “sou toxicômano”, pode apresentar como um perigo caso o analista considere que essa não deve ser uma solução a ser questionada, ou que ela seja uma solução eficaz e que, portanto, deva ser sustentada clinicamente. Contudo, não estamos defendendo que o analista deva, em um *furor sanandis*⁵⁹, querer desidentificar o sujeito ao significante “sou toxicômano” a qualquer preço. Mas trata-se de ressaltar a importância do analista questionar essa solução e, na posição de secretário da psicose, ajudar o sujeito a inventar novas soluções que possibilitem uma estabilização mais duradoura.

⁵⁹ Freud (1912/1996t), no texto “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, se referiu ao *furor sanandis* sob o termo “ambição terapêutica” (p.132).

Desse modo, propomos não só para a neurose, mas também para psicose, uma retomada da função do valor do tóxico como *pharmakon*, função já destaca por Freud (1930/1996q) em “O Mal-estar na civilização”. Nesse texto, Freud (1930/1996q) descreve a função da droga como uma das saídas ao mal-estar, ou seja, como algo que medica o mal-estar próprio da civilização, um “amortecedor de preocupações” (p.86), mas também como algo que pode funcionar como um veneno ao alterar a química do organismo, ao promover efeitos no corpo, e ao afastar o sujeito da realidade. De modo que Naparstek (2008) assinala que ainda que o recurso à substância possa ser uma tentativa do psicótico fazer laço, é “uma forma perigosa, na medida em que o tratamento do real pelo real pode levar a um verdadeiro desenlace com o Outro” (p.45, tradução nossa).⁶⁰

A função do recurso à droga como desenlace é pouco abordada para se pensar a toxicomania na psicose, pois vai na contramão da tese do recurso a droga como o que estabiliza a psicose. Contudo, a partir da investigação sobre a função do recurso ao *crack* como desestabilizador para Clarice foi possível aprofundar a investigação na literatura do campo freudiano, principalmente na produção textual de autores da Rede TyA sobre tal função. Nos casos clínicos a serem apresentados a seguir encontramos pontos de convergência com o caso de Clarice, na medida em que se observa um questionamento sobre a função estabilizadora do recurso à droga na psicose.

Bem como apresentamos nos primeiro capítulo, alguns antecedentes nos levaram a questionar a função estabilizadora do recurso à droga na psicose: 1. A afirmação de Naparstek (2010), de que a identificação ao significante “sou toxicômano” é um índice de “pouco trabalho do sujeito”, ou seja, é um modo de estabilização que não produz uma verdadeira sutura na estrutura, diferentemente do que observamos no delírio de Schreber, em que se evidencia um trabalho do sujeito de remanejamento do significante e construção de uma metáfora delirante para aplacar o gozo. O que evidencia a precariedade da estabilização alcançada com a droga, na medida em que deixa o sujeito no limite da passagem ao ato; 2. O tempo de duração dessa estabilização é variável, ela dura o tempo que dura, o que aponta para a importância de se buscar, inventar, soluções mais duradouras (Naparstek, 2010); 3. Há casos em que o recurso à droga promove um tratamento do real do gozo (que ameaça o sujeito) pelo real do efeito do tóxico sobre o corpo “Não havendo trabalho simbólico sobre a invasão do gozo, o que há é o tratamento

⁶⁰ Una forma peligrosa en la medida em que el tratar lo real por lo real puede conducir a un verdadero desencante con el Otro.

do real pelo real da ingestão do tóxico” (Galante & Naparstek, 2008, p.44, tradução nossa).⁶¹ Podemos considerar esses antecedentes em relação ao caso de Pedro, que evidencia a fragilidade da estabilização alcançada por meio da identificação ao significante “sou toxicômano”, na medida em que o coloca no limite da passagem ao ato – constantes agressões físicas mútuas à mãe e à irmã, e tentativas de suicídio pela ingestão de álcool e medicamentos.

Ao retomarmos algumas construções de casos clínicos apresentadas por psicanalistas da Rede TyA, podemos observar casos em que o recurso à substância não promove necessariamente uma estabilização do quadro psicótico. No caso clínico descrito por Briolle (2009) o recurso à droga em vez de estabilizar a psicose promove efeitos devastadores sobre o corpo, ao não colocar um limite ao excesso de gozo. Briolle (2009) assinala que a função da droga para o paciente não promove o laço social, de modo contrário o recurso à droga é correlato a um quadro clínico em que o corpo do sujeito está solto. Do mesmo modo que esse sujeito pode apresentar um afastamento dos amigos, um sentimento de vazio, ele “também pode experimentar sentimentos persecutórios ou de hostilidade do ambiente e, às vezes, fenômenos estranhos - escutados, vistos, sentidos no corpo - que o aterrorizam e o empurram ainda mais ao consumo de droga” (p.44, tradução nossa).⁶²

Para exemplificar os efeitos devastadores da droga sobre o corpo, o autor descreve o caso de Blanche, uma mulher de vinte e cinco anos, que foi apresentada ao álcool e aos soníferos pela mãe. Ela diz se lembrar pouco do pai, humilhado por sua mãe, que o enganava a vista de todos. Sua mãe desvalorizava os homens. Blanche, por sua vez, passa se entregar brutalmente a todo tipo de droga e também ao primeiro homem que lhe aparecia, apesar de dizer que tinha um marido bonito e dois filhos pequenos. Esses estragos que a paciente promove em seu corpo revelam que ela “encarna a parte má do Outro materno” e que apresenta “uma posição melancólica em que não pode existir para o Outro senão sob a forma de dejetos” (Briolle, 2009, p.46, tradução nossa).⁶³ Desse modo, o recurso à droga em vez de promover um enlace ao Outro, reforçava a forclusão e sua posição de objeto/dejeto “o que Blanche não pode jamais expressar toca a relação com sua mãe marcada pela devastação desde a primeira infância” (Briolle, 2009,

⁶¹ No habiendo trabajo simbólico sobre la invasión de goce, lo que hay es tratamiento de lo real por lo real por la ingesta del tóxico.

⁶² También puede experimentar sentimientos persecutórios o de hostilidade del ambiente y, a veces, son fenómenos extraños – escuchados, vistos, sentidos en el cuerpo – que le aterrorizan y le empujan aun más al consumo de droga.

⁶³ Una posición melancólica en la que no puede existir para el Otro sino bajo la forma del desecho.

p.45, tradução nossa).⁶⁴ Os significantes pelos quais ela se descrevia, como uma “mulher medíocre, má filha, vulgar”, “uma drogada louca” (Briolle, 2009, p.46, tradução nossa)⁶⁵ não funcionavam como estabilizadores, e sim como um dos “nomes do pior”.

Quando os significantes com os quais o sujeito está identificado não promovem a estabilização e sim um desenlace em relação ao Outro, podemos afirmar, como no caso de Blanche e de Clarice, que eles funcionam como um dos “nomes do pior”, terminação que nos é apresentada por Lacadée (2006) para contrapor à nomeação fornecida pelo Nome-do-Pai, orientada pelo ideal.

Os nomes do pior se apresentam mais na vertente do gozo que do sentido. As nomeações que se apresentam na vertente do sentido são aquelas que promovem a identificação imaginária a um significante, como no caso do “sou toxicômano” que funciona como um S_1 , como uma significação absoluta, fornecendo uma identidade ao sujeito e, portanto, uma estabilização do quadro psicótico. De modo contrário, no caso clínico de Blanche a identificação aos significantes “mulher medíocre, má filha, vulga, uma drogada louca”, e no caso de Clarice a identificação ao significante “sou drogada”, por estarem colados ao real, reforçam a posição de dejetivo/objeto de gozo do Outro ao qual o sujeito está submetido na psicose.

Essas identificações rígidas aos nomes do pior, essas identidades pelo pior, deixam os corpos desses sujeitos “vulneráveis aos prejuízos clínicos da inundação cocaínica do crack” (Henschel de Lima *et al.*, 2013, p.188), marca da degradação, do abandono e de sua identificação ao dejetivo. Tal como podemos observar no caso de Clarice, cujo efeito da droga em seu corpo provoca um grave emagrecimento, comprometimentos dentários, atos ilícitos e violentos, e tentativas de suicídio.

Outro autor da Rede TyA, Secondo (2011), apresenta dois casos clínicos em que a substância a princípio parece cumprir a função de estabilizar a psicose, mas logo revela a fragilidade dessa solução, ao que ele aponta para a necessidade da construção de novas soluções mais duradouras, novos enlacs para apaziguar o gozo.

Um dos casos descrito por Secondo (2011) é de um jovem que inicia um uso desmedido de álcool e maconha entre dezesseis e dezoito anos. Porém, ele consulta o analista em função de um uso atual de cocaína, que começa a utilizar nos últimos quatro meses, e que lhe promove uma

⁶⁴ Lo que Blanche no há podido jamás expresar toca a la relación com su madre marcada por el estrago desde la primera infancia.

⁶⁵ Mujer mediocre, mala hija, vulgar, “una drogada loca”.

identificação ao significante “ser adicto”. O consumo se enlaça a uma série de medos: medo de ter HIV, de se sentir enfraquecido caso tenha essa doença, e de que tem mau hálito devido a dentes cariados. Esses ditos evidenciam um corpo deslibidinizado, o que indica a falta do significante fálico. O pai do paciente era um empresário endinheirado que nunca deixava faltar nada para o filho, de modo que a dificuldade de lidar com a falta facilita sua identificação com o “ser adicto” e a uma série de outras identificações imaginárias, como ser “empresário” como o pai, ser famoso, etc. Mas, o paciente não apresentava recursos simbólicos para colocar essas ideias expansivas em prática. Em função da falta de um significante que promovesse uma regulação de seu gozo, os fenômenos psicóticos ficam evidentes: períodos de ausência, estados confusionais, despersonalização, e fenômenos persecutórios. O sujeito apresentava, ainda, vários episódios que anunciavam o desencadeamento iminente da psicose: acreditava que as pessoas queriam lhe roubar, sentia ruídos na cabeça. Observamos, nesse caso, que o recurso à cocaína ao promover uma identificação imaginária a um traço do pai e do tio, estabilizava a psicose, mas que a identificação imaginária ao “ser adicto” era um “recurso que é índice do trabalho pobre do simbólico e que também produz um excesso de gozo que deixa o sujeito no limite da passagem ao ato” (Secondo, 2011, p.151, tradução nossa),⁶⁶ o que demonstrava a fragilidade dessa solução.

Outro caso clínico descrito pelo autor trata de um psicótico que tem por volta de vinte e seis anos. O desencadeamento de sua psicose foi provocado por um intenso desenvolvimento da angústia decorrente de uma série de fatores relacionados a dificuldades econômicas. Inicialmente a maconha cumpria a função de “acalmar a angústia e poder fazer algo” (Secondo, 2011, p.147, tradução nossa);⁶⁷ contudo, como seu efeito durava pouco tempo, logo voltava a fumar mais. Desse modo, seu uso se tornou excessivo e ele não conseguiu frear o desencadeamento de sua psicose. Ele começou, então, a apresentar delírio de megalomania e sintomas persecutórios, sentia que os outros o olhavam com preocupação, não parava de pensar e falar, e de tentar decifrar os sinais que todos lhe enviavam, de modo que precisou ser internado. Foi a internação, portanto, que cumpriu uma função estabilizadora da psicose ao permitir uma regulação dos vínculos familiares do sujeito e possibilitou certo distanciamento da mãe invasiva. A partir da estabilização ele foi recuperando suas atividades relacionadas à música, ou melhor, a sua profissão de músico.

⁶⁶ Recurso que es índice del pobre trabajo de lo simbólico y que también produce un exceso de goce que deja al sujeto al borde del pasaje al acto.

⁶⁷ Calmar la angustia y poder hacer algo.

Desse modo, o autor destaca que não foi a toxicomania que operou como estabilizadora da psicose, e sim a profissão de músico que funcionou como um *sinthoma* para o sujeito. Contudo, o autor destaca que se em um primeiro momento a maconha funcionava como algo que acalmava a angústia, em um segundo momento, quando o paciente volta a usar maconha para afrontar a situação de exposição pública, o que ocorre junto a uma interrupção do tratamento, abre-se uma nova crise psicótica. Os efeitos do consumo da maconha passam a provocar “uma manifesta deslocalização do gozo no corpo, começa a experimentar movimentos energéticos, as más energias das pessoas entram em seu corpo sem poder descarrega-las e provocam uma revolução, da mesma maneira volta a aflorar a atividade delirante” (Secondo, 2011, p.148, tradução nossa).⁶⁸ Observamos, então, que a dosagem da substância pode se revelar tóxica, na medida em que promove efeitos de deslocalização do gozo, e um desenlace em relação ao Outro.

Andropoulou (2009) também assinala a função da droga como desenlace, como um objeto de desinserção subjetiva, a partir da análise do modo de gozo e da relação com o Outro em um caso clínico. Nicos, um jovem de vinte e três anos, inicia o uso de drogas aos quatorze anos, apresentado, a partir daí, episódios de criminalidade, prisão e prostituição. Sua mãe o abandona aos quatro anos, e como o pai é enfermo ele acaba sendo cuidado pela avó paterna. Nicos se apresenta como um sujeito fora do discurso, ele rechaça o desejo do Outro, e apresenta fenômenos índices de uma estrutura psicótica como a perplexidade e a passagem ao ato. A autora assinala que, para o paciente, a droga tem uma dupla função: apesar de inicialmente promover um apaziguamento do gozo, o aumento de sua dosagem, seu uso excessivo, torna sua função tóxica, o conduzindo “a exclusão social e a fixação ao estado de objeto do outro” (Andropoulou, 2009, p.84, tradução nossa).⁶⁹

Aucremanne (2011) se refere à função de ruptura que a droga pode operar nos casos de sujeitos que não estão separados do Outro, que ocupam a posição de objeto do gozo do Outro, “objeto não desejado, ou demasiado ‘querido’, objeto de capricho” (p.63, tradução nossa).⁷⁰ O gozo alcançado nesses casos pode aparecer sob a forma do “demasiado”: excesso, persecutório, intrusivo, violento; ou sob a forma de um “demasiado pouco”: nos casos do deixar cair e da negligência. Nesses casos a droga opera como um desenlace em relação ao Outro. Nesse viés, o

⁶⁸ Uma manifesta deslocalización del goce en el cuerpo, comienza a experimentar movimientos energéticos, las malas energías de las personas le entran en el cuerpo sin poder descargarlas y provocan una revolución, de la misma manera vuelve a aflorar la actividad delirante.

⁶⁹ A la exclusión social y a la fijación al estado de objeto del otro.

⁷⁰ Objeto no deseado, o demasiado “querido”, objeto de capricho.

autor cita o caso de um paciente para o qual o uso excessivo de heroína era devastador. Roberto, de quarenta anos, apresentava várias internações nos últimos oito anos. Relatava um consumo devastador de heroína, que, contudo, nem sempre foi da ordem do excesso. O paciente fazia um uso regular de heroína desde a adolescência, em relação ao qual não precisou recorrer a nenhum tratamento. Ele trabalhava regularmente, ainda que com algumas mudanças de emprego, de modo que o recurso às drogas cumpria a função de “suportar a farsa social”, o que tinha relação com algo que seu pai lhe transmitiu, segundo relata o paciente, que “a sociedade é um mundo de máscara” (Aucremanne, 2011, p.64, tradução nossa).⁷¹ Contudo, seu uso se tornou excessivo e devastador após a morte de sua mãe e venda da casa familiar, e também em função de uma convocação de seu filho ao lugar de pai. A partir desse momento, o que passa a promover certo apaziguamento é a internação hospitalar, que o permite se afastar tanto dos impasses sobre a paternidade, como do consumo excessivo da heroína.

É interessante destacarmos a função da droga, tal como descrita por Aucremanne (2011), como devastadora. O termo devastação foi formulado por Lacan (1975-76/2007) em *O seminário, livro 23: o sinthoma*, para falar da relação mãe-filha, mas que também pode estar presente na relação da mulher com o homem quando “o homem toma o relevo da mãe, em lugar de falicizar-la, fazê-la desejável” (Salamone, 2003, p.56, tradução nossa).⁷² Segundo Lacan (1975-76/2007):

Se uma mulher é um sinthoma para todo homem (...) posto que o sinthoma se caracteriza justamente pela não-equivalência. Pode-se dizer que o homem é para uma mulher tudo o que quiserem, a saber, uma aflição pior que um sinthoma. (...) Trata-se mesmo de uma devastação (p.98).

Lacan (1972/2003b) havia se referido a relação entre mãe-filha como devastadora em “O aturrito”. Lacan (1972/2003b) define a devastação em seu aspecto estrutural para designar tanto a relação da mulher com sua mãe, como a relação que uma mulher pode estabelecer com um homem. Assim, diante da frustração da menina em sua passagem pelo Édipo, diante da perda do amor da mãe e da hostilidade e ódio em relação a esta, a qual aponta como responsável pela sua falta de pênis, a mulher pode transferir ao seu parceiro homem “esses signos de amor, que a

⁷¹ “La sociedad es un mundo de máscara”.

⁷² El hombre toma el relevo de la madre, em lugar de falicizarla, hacerla deseable.

deixam em uma posição de dependência absoluta” (Carbone & Pais, 2011, p.128, tradução nossa).⁷³

Considerando o recurso à droga sob o paradigma da clínica da sexualização, Tarrab (2003) defende que “a droga também pode ser ‘uma aflição pior que um sintoma’” (p.77, tradução nossa).⁷⁴ A relação do recurso à droga com a posição sexualizada que cada sujeito se inscreve a partir do gozo fálico deve ser tomada caso a caso. A divisão do sujeito ante o sexual não é uma divisão entre os dois sexos, mas entre dois modos gozos: enquanto do lado do homem o gozo aparece limitado pelo significante fálico, um todo fálico, do lado da mulher encontra-se um gozo que vai além do falo, um gozo Outro, suplementar, o gozo não-todo (Lacan, 1972-73/1982); e é a partir dessa localização, que os tipos de saídas, ou soluções toxicômanas, podem ser pensados.

Utilizando esse viés como guia de investigação do recurso às drogas, Alvarenga (2014) apresenta o caso de um homem psicótico, para o qual o recurso à droga, no caso, à anfetamina, cumpria a função de amuleto que o possibilitava conviver com as mulheres, que ele tanto temia. Somente a partir da localização dessa função, em análise, é que ele pôde “desintoxicar-se”, ou seja, buscar outras soluções que não o recurso à substância. A droga para as mulheres, então, pode tanto ser sustentada pelo gozo fálico, ao promover uma identificação viril – como no caso de mulheres que recorrerem à droga para trabalhar ou sustentar a família –, quanto pode promover a devastação. Alvarenga (2014) apresenta um outro caso clínico, de uma mulher internada em uma enfermaria psiquiátrica, que relata ter realizado um aborto aos dezessete anos, em que perde um casal de gêmeos. Esse aborto, que foi decorrente de uma injunção materna, revela uma relação de devastação com a mãe. Após começar a usar crack ela apresenta, progressivamente, uma série de perdas: perde a profissão, a vida acadêmica, um casamento, e dois filhos. Contudo, a partir da escuta da analista, que oferece o discurso como outra forma de tratar o gozo, “a paciente se surpreende ao perceber que repete, com sua adição, a devastação vivida na adolescência” (Alvarenga, 2014, p.91).

Quando a relação entre o recurso à droga e a sexualização, pontuada por Tarrab (2003), é tomada em relação à questão do *partenaire* há uma ampliação da clínica do sujeito, centrada na relação sujeito-Outro, para a clínica da sexualização, mais referida à lógica do feminino, do não-todo, ao S (A) – que constitui o significante de uma falta no Outro –, ou seja, à relação entre

⁷³ Esos signos de amor que la dejan em una posición de dependência absoluta.

⁷⁴ La droga también puede ser “...una aflicción peor que un síntoma”.

falasser-parceiro-sintoma. Desse modo, o recurso à droga se aproximaria do gozo feminino no que se refere ao gozo ilimitado, absoluto, impossível de ser colocado em palavras. Assim é que, segundo Tarrab (2003), a droga pode ser uma aflição pior que um sintoma, algo pior que um sintoma, na medida em que obedece à lógica da devastação.

García e Leguizamón (2003) apresentam alguns pontos de articulação e de dificuldades entre a função da droga e a devastação: 1. A droga operaria como devastação da mesma forma que a mãe ou um homem podem ser para uma mulher? 2. Qual seria a relação entre a posição masculina e a devastação; 3. A droga operaria como uma solução à devastação ou promoveria a devastação? 4. A concepção da função da droga como devastação rompe com as formulações anteriores sobre a toxicomania?; 5. Pode-se afirmar que existe uma analogia entre a devastação que a droga promove e a devastação feminina, ou seja, haveria uma analogia entre gozo toxicômano e o gozo da devastação feminina?

Segundo Salamone (2003), a droga promove a devastação justamente no ponto em que ela aciona o supereu materno, essa dimensão devastadora do desejo da mãe, essa “boca do jacaré” que coloca para o sujeito a ameaça de devorá-lo, o empurrando a um gozo desmedido. Assim, do lado do homem a inscrição do significante fálico permite que se coloque um rolo, de pedra, na boca do crocodilo que é a mãe “Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão – a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar sua bocarra. O desejo da mãe é isso” (Lacan, 1969-70/1992b, p.105). Enquanto do lado feminino, como não há o significante fálico que limite o gozo, a mulher pode ocorrer à devastação ou a construção de alguma barreira ao gozo pela via do amor. Pode-se relacionar, assim, o desejo da mãe ao supereu feminino, que Freud descrevia como sendo menos severo do que o supereu nos homens, como representante de um gozo não limitado pelo falo. Desse modo, Carbone e Pais (2011) assinalam que o abuso de drogas “pode precipitar a ruptura com a medida e localização do gozo que promove o falo, conduzindo a devastação. Isso é justamente o que causa estrago: a perda de contabilidade do gozo que implica o risco do desenlace, do sem limite” (pp.126-127, tradução nossa).⁷⁵

A partir dessas contribuições teóricas e dos casos clínicos da literatura citados, podemos retomar nossa hipótese de pesquisa a respeito da função nem sempre estabilizadora do recurso à droga na psicose. Na medida em que os casos evidenciam que o recurso à droga na psicose pode

⁷⁵ Puede precipitar la ruptura con la medida y localización del goce que promueve el falo, conduciendo a la devastación. Eso es justamente lo estragante: la pérdida de contabilidad de goce que conlleva el riesgo del desenlace, del sin límite.

promover um gozo da ordem do excesso, efeitos devastadores sobre o corpo, e um desenlace em relação ao Outro, observamos uma função diferente de algo que trata, ou apazigua o gozo, e sim como algo que funciona como tóxico. Desse modo, a substância revela sua outra face, ou função, ao intoxicar, reforçar a forclusão, e mesmo levar o sujeito à ruína, ao pior, ou mesmo, a morte.

Para concluir esse ponto, retomaremos o material clínico do caso de Clarice, apresentado no primeiro capítulo, que nos permite verificar como o recurso à substância, no caso específico o recurso ao *crack*, objeto-resto da cocaína, reforça sua forclusão originária e a (re)lança no lugar de objeto/dejeto para o Outro.

O recurso ao *crack* para Clarice parece, de início, ser uma tentativa de apaziguar o gozo mortífero das alucinações. Porém, apesar do efeito da droga sobre o corpo provocar certa “anestesia” - “quando fumo a pedra não penso em nada, fico tonta” -, ela relata que o uso do *crack* não eliminava a escuta alucinatória da voz do diabo. O recurso à droga se dava em obediência à escuta alucinatória, que ordenava “vai lá, usa *crack*, dá dinheiro pra boca (de fumo)”. Quanto mais ela usava, mais a voz a ordenava que usasse, não havia uma saída, nenhuma regulação do gozo, havia, sim, um grande sofrimento psíquico. Diante do abandono do tratamento ambulatorial, seu consumo de crack havia aumentado de duas para seis pedras por dia nos últimos três meses que antecederam a internação. A droga se tornou tóxica para seu organismo, passando a causar efeitos mortíferos sobre o seu corpo: os danos severos a sua imagem corporal – suja, emagrecida, com a cabeça raspada, sem roupas, acessórios ou adornos femininos–, ferimentos, tentativas de suicídio e atos de violência.

Assim como a alucinação respondia a um retorno no real do que havia sido forcluído do simbólico, a droga para a paciente também cumpria essa função: a de uma invasão de gozo tóxico. O recurso à droga para ela tratava-se, fundamentalmente, de uma invasão de gozo tóxico que respondia à forclusão do Nome-do-Pai. Em vez de promover algum laço social, a identificação imaginária ao significante “sou drogada” reforçava o ponto de forclusão ao (re)lançá-la na posição de objeto dejeto para o Outro e ao promover impactos devastadores sobre o imaginário. Desse modo, o “sou drogada” não amenizava o retorno do gozo em seu corpo; de modo contrário, funcionava como um dos nomes do pior, ao que a paciente relatava “meu pai dizia que minha mãe não valia muita coisa, era uma drogada (...) via ela usando e fiz igual”. O “ser drogada”, como a mãe, em vez de fazer laço marcou seu destino para o pior, tal como podemos destacar em suas falas: quando foi morar com a mãe e começou a usar drogas “acabei

perdendo o amor do meu pai”; quando a mãe não a protegeu diante de uma tentativa de abuso sexual: “aquilo não é mãe, é o diabo”; quando saiu da casa da mãe e passou a viver nas ruas tinha o sentimento constante de que as pessoas estavam falando dela na rua “olha lá a drogada, essa aí tem que morrer mesmo”; quando agredia as pessoas na rua e dizia “eu bato porque sou nervosa, tenho doença nos nervos”; e quando tentou se matar, ao que justificava “queria morrer”.

4.3 O que pode a psicanálise na clínica com toxicômanos psicóticos?

A toxicomania se apresenta como um dos grandes “males” do século, de modo que seu aumento exige um posicionamento da saúde pública. Os diversos saberes concorrem, então, para propor uma solução ao impasse diante do quê fazer com esses sujeitos: institucionalizá-los, exigir a abstinência e medicá-los (como defende a psiquiatria biológica)? Propor um modelo de residência e tratamento como a comunidade terapêutica, que muitas vezes se baseiam no modelo dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, em uma moral religiosa, na disciplina, e na abstinência, a fim de promover mudanças no comportamento? Propor uma mudança do comportamento compulsivo para comportamentos socialmente aceitos, a partir da terapia?

Vemos, assim, que muitas práticas ditas terapêuticas defendem uma ética moralista e coercitiva visando a regular o gozo em excesso nas toxicomanias. Contudo, a psicanálise, em oposição a um discurso biopolítico – que se apresenta na forma de um clamor higienista de solução urgente para o problema das toxicomanias – e às práticas que tendem a generalizar os toxicômanos, defende que não há nada mais diferente de um toxicômano do que outro toxicômano! A ética da psicanálise, portanto, é do um a um, da singularidade, da defesa de uma prática clínica que prima pela investigação da função que a droga cumpre na economia de gozo de cada sujeito. A proposta da psicanálise é que somente ao se considerar a função da droga na estrutura, para cada sujeito, é que se pode reconstruir a relação desse sujeito com o Outro e resgatar a subjetividade inconsciente excluída, no caso da neurose, ou construir novas soluções mais eficazes e duradouras, e menos danosas, do que aquelas alcançadas com a droga, na psicose. Conforme assinala Beneti (2014):

Dever-se-ia pensar uma nova modalidade de lidar com essas novas toxicomanias, diferente da do mundo de ontem. E o crack é o representante maior. Nós temos, hoje, drogas diferentes, com o discurso da ciência produzindo o ecstasy, skank, óxi, etc... são drogas completamente violentas, que colocam o sujeito numa alienação, numa posição de objeto, resto degradado, lixo da sociedade, que quando sai dessa dimensão, é

sob a forma de uma passagem-ao-ato homicida, como se fossem delinquentes, mas então vamos retroceder. Esse é um problema que nós temos que pensar: como construir soluções novas, contemporâneas (pp.36-37).

Frente a esse gozo desenfreado que se obtém na relação com a droga e que afasta o sujeito do laço social, o psicanalista se apresenta com a tarefa de questionar tanto a psiquiatria biológica como a política pública de saúde, que reforça a segregação social ao defender que a toxidade está na substância e não no sujeito. A política de orientação higienista em favor da manutenção da ordem pública no caso de toxicômanos, principalmente daqueles usuários de *crack* que vivem em situação de rua, desconsidera a interrogação sobre a casualidade psíquica do consumo abusivo de substâncias e a elaboração de uma direção do tratamento.

Levato e Salamone (2008) assinalam que mesmo diante dos começos de difícil prognóstico na clínica da toxicomania e da dificuldade em relação ao diagnóstico diferencial, pode-se encontrar um canal de tratamento quando o sujeito encontra “com alguém animado pelo que chamamos desejo do analista” (p.37, tradução nossa).⁷⁶ Conforme assinalamos no primeiro capítulo, Lacan (1958/1998a) se refere à questão do desejo do analista como fundamental na transferência. O desejo do analista surge para além da demanda do paciente, trata-se de uma presença que implica a escuta e promove a condição de fala. O desejo do analista se localiza no registro simbólico, na função de morto que o analista opera, mas não se reduz a esse registro, na medida em que há um real em jogo, a presença de algo inominável, irreduzível ao simbólico. Esse real em jogo na experiência analítica é que causa o desejo do analista, de modo que Lacan (1960-61/1992a) afirma que em relação à transferência “parece-me que não é possível compreendê-la fora do registro daquilo que apontei como o lugar de *a*, o objeto parcial, o *agalma*, na relação de desejo” (p.194). Se do lado do sujeito sua relação com objeto *a* “constitui a fantasia fundamental, como o que instaura o lugar onde o sujeito pode se fixar como desejo”, do lado do analista o objeto *a* caracteriza a parte faltosa (Lacan, 1960-61/1992a, p.194). O analista no lugar da falta, no lugar de morto, promove não só a interpretação ou decifração das repetições inconscientes dos significantes, mas também “modificações nos modos de gozo” (Levato & Salamone, 2008, p.41, tradução nossa).⁷⁷

Como pontuamos anteriormente o analista deve ter cautela na clínica com toxicômanos, tanto em relação ao diagnóstico como em relação à direção do tratamento, na medida em que sua

⁷⁶ Com alguien animado por lo que llamamos deseo del analista.

⁷⁷ Modificaciones en los modos de goce.

intervenção em relação ao consumo depende de uma escuta singular sobre a solução toxicômana de cada um. Dessa forma, o analista deve ter como guia não somente a clínica estrutural, mas também as contribuições propostas pela clínica dos nós e da psicose ordinária, que possibilitam uma investigação da função do recurso à droga para cada sujeito a partir dos enlaces e desenlaces em relação ao Outro. Assim, não se trata de desidentificar o sujeito a qualquer custo da identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, na medida em que, conforme abordamos anteriormente, essa identificação pode levar a uma estabilização do quadro psicótico. Trata-se, então, de promover um questionamento sobre essa identificação, na medida em que ela pode ser índice de pouco trabalho do simbólico, contudo sem promover a desestabilização do sujeito. Além da observação da fragilidade da identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, destacamos, também, que em vez de funcionar como estabilizadora pode levar a um desenlace ao promover um gozo excessivo, tóxico, mortífero. E que ainda pode funcionar como um dos nomes do pior para o sujeito, tal como nos evidencia o caso de Clarice.

Como podemos observar o trabalho analítico na clínica das toxicomanias não é fácil. Mas é preciso que se sustente nessa clínica árida o desejo do analista, que nos permite avançar no sentido de um consumo mais regulado, localizado, ou ainda, no sentido da construção, pelos sujeitos, de novas soluções, novos modos de gozo, que tenham menos efeitos secundários do que a droga, ou seja, que sejam mais eficazes e menos danosos.

A retomada da hipótese da função do recurso à droga na da psicose, enquanto enlace ou desenlace, no caso dos pacientes citados, nos permite verificar que o analista se ocupa de, na posição de secretário (inventivo) do alienado, “traduzir e estabilizar corpos, formas de corpos, participar do empreendimento de estabilização das formas de escrita no sujeito psicótico” (Laurent, 2006, p.23).

Assim, no caso clínico de Pedro, podemos observar que ao longo da análise sua fala, que era predominantemente monossilábica, teve desdobramentos, na medida em que ele pôde ser escutado pela analista sem ser julgado, como o era pela mãe e pela irmã. A posição de não saber da analista, mas seu desejo em ouvir a fala do paciente, e seu interesse pelos desenhos, pinturas e fotos que ele trazia, bem como um posicionamento contrário ao de sua psiquiatra, que lhe exigia a abstinência do uso da cocaína, possibilitaram sua permanência na análise. De modo que a analista pôde localizar a função da droga como estabilizadora a partir da identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”. O momento do desencadeamento ocorreu diante de um

desenlace em relação à figura paterna, representado pelo padre. A identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” permitia um novo enlace ao outro ao lhe conferir uma identidade e o pertencimento a um grupo. A droga fazia com que ele saísse de um gozo autoerótico para um gozo compartilhado, na medida em que seu uso possibilitava que ele se encontrasse com outros homens em boates, conversasse, produzisse, e estudasse, o que promoveu um apaziguamento do gozo e uma estabilização, ainda que frágil, do seu quadro psicótico.

Assim, considerando o recurso às drogas na psicose por meio dos enlaces e desenlaces, pode-se observar que o tóxico pode cumprir uma função de estabilização, de compensação, de enlace ao Outro. De modo que cabe ao analista ter prudência em relação ao uso que cada sujeito faz da substância, até o momento em que possa entender qual lugar essa substância ocupa na economia de gozo de cada um. E, considerando, a precariedade dessa tentativa de enlace, o sujeito pode, a partir da análise, construir novos modos de enlaces, novas soluções para tratar o gozo.

Nesse sentido, a análise, ofertava um lugar em que Pedro pudesse falar de suas dificuldades em relação à mãe – suas agressões, obscenidade e seus ditos ofensivos –, de modo que aos poucos, ao traçar minimamente uma diferença entre ele e o Outro, pôde se afastar da submissão ao gozo materno, e dar lugar ao pai em sua fala, antes descrito como um “fracassado, banana”. Como efeito, o pai, que nunca interpelava a posição de Pedro enquanto objeto de demanda da mãe, pôde barrar o gozo materno, em relação aos seus ditos e agressões, e, ainda, ajudar Pedro a sair de casa. Depois disso, Pedro passou a falar na análise como pode “servir-se do pai” (Lacan, 1975-76/2007, p.125), e como a partir daí surgiram novas questões referentes à sua identidade, sua relação com o Outro e com seu próprio corpo.

Ao se mudar para uma casa nova com o pai, o paciente começou a falar mais de seus desenhos de prédios e paisagens, que em algum momento deram lugar ao projeto de fazer faculdade de arquitetura. Temos como hipótese que essas duas construções – de uma casa em que seja possível viver separado da mãe e de uma profissão que o permita criar – estão fortemente relacionadas. De fato, ele promoveu modificações nessa casa, ornamentando-a com orquídeas e colocando cortinas para “separar o dentro e o fora”. Da mesma forma, ele dizia que queria fazer arquitetura para “mudar o mundo”, na medida em que ele era responsável pelo mundo diante da destruição causada pela exploração massiva dos recursos naturais. Entendemos, então, que a partir da análise ele tentou construir novas soluções para tratar o gozo, tanto que ele apresentou

uma redução progressiva do recurso à cocaína, até parar totalmente de recorrer à droga. Observamos que essa tentativa de enlace é mais eficaz que o recurso à cocaína, que o colocava no limite da passagem ao ato, e em situações de risco e vulnerabilidade. É importante ressaltar que o paciente, por vezes, ainda recorre a outras substâncias, como à Ritalina, para dar conta das dificuldades decorrentes de “estar presente”, contudo, diferentemente do recurso à cocaína, o uso de medicamentos é localizado, utilizado conforme prescrito por seu novo psiquiatra.

Pedro define a análise como um lugar em que pode dar seu “testemunho”, pois sente que a analista, na contramão do supereu, dá crédito aos seus ditos e lhe proporciona um pouco mais de segurança e muitas dúvidas: “Será que vou conseguir me conectar da realidade? (...) será que eu tenho um tipo de autismo? (...) eu preciso tomar Ritalina para me concentrar, ou algum remédio para ter ereção na hora da relação sexual?”.

Diante dessas questões e de seu esforço para estar mais presente na realidade, ele diz que voltou até a rezar o Pai-Nosso, que define como uma “oração para Deus”. Para ele, “Deus é um analista bondoso”, que se pode pedir algo e obter algum conforto. Do analista, ele diz, “não se obtém o que se pede, mas aquilo que se precisa”. Podemos acrescentar que o analista, ao dar o que é preciso, possibilita que cada um construa um saber-fazer com o real, tal como Pedro aponta no trabalho em análise por vir ao referir que já conseguiu “superar a mãe”, e que agora só falta “superar a questão da criação”, que, para ele, não concerne a uma “inspiração divina” e sim à sua relação com a “realidade”. Ele também apresentou uma construção importante ao dizer que tanto a madrinha, como a análise, e a faculdade funcionam como “âncoras”, mas que agora percebe que está construindo “uma estrutura interna, um eu” e que com isso se sente “mais livre, e mais seguro” para levar a sua vida.

No caso clínico de Clarice destacamos um momento importante em seu tratamento a partir da posição da analista em relação à paciente. No primeiro dia em que teve licença da enfermagem, em que estava internada, para ir ao local de tratamento extra-hospitalar, Clarice fugiu, retornando apenas dois dias depois para pegar a medicação com uma profissional de saúde da equipe de enfermagem. Houve, então, uma divergência em relação à direção proposta pelos serviços: enquanto a exigência do ambulatório, no qual ela se tratava quando estava de alta, era de retorno imediato da paciente à internação, por ter fugido, sua psicóloga de referência na internação, ancorada no discurso analítico, defendia a possibilidade do tratamento extra-hospitalar, pautada:

1. Na escuta da decisão da paciente de se internar nos momentos em que a morte se anunciava.

2. Na relação de transferência iniciada entre a paciente e a analista a partir de um pedido para não ser internada novamente, marcado por um compromisso de continuar se tratando com a analista ambulatorialmente.

A escuta analítica, sustentou a hipótese clínica de que a alucinação de Clarice não derivava do *crack*, mas do ponto de foraclusão em sua estrutura, o que foi crucial para um trabalho efetivo de regulação dos efeitos mortíferos da droga. Entendemos que o recurso ao *crack* para a paciente obedecia a um tratamento do real pelo real, sendo irreduzível a um transtorno por uso de substâncias ou um caso de co-morbidade. Tratava-se, fundamentalmente, de uma invasão de gozo tóxico que respondia à foraclusão do Nome-do-Pai. Seu consumo reforçava, assim, o ponto de foraclusão, promovendo enormes danos ao imaginário e empurrando a paciente para uma posição subjetiva em que ela se reduzia a um dejetivo para o Outro.

Assim, a partir de um tratamento orientado pela psicanálise desde a internação, a paciente começou a apresentar o início de um processo de estabilização da psicose, que resultou na diminuição progressiva do consumo de *crack*. Como desenvolvido anteriormente, o processo de estabilização se deu com o início de uma construção delirante por intermédio da Bíblia. Nesse processo, Deus, em vez de falar com ela, passou a enviar mensagens por meio da Bíblia, nas quais dizia para ela se afastar dos “ímpios”, que seriam as pessoas com quem andava – os traficantes e usuários de drogas –, e se proteger deles seguindo os preceitos da igreja. Clarice passa a receber diariamente essas mensagens, o que amenizava a escuta alucinatória e, conseqüentemente, o recurso ao *crack*.

Após ter alta da internação, ela continuou em atendimento ambulatorial com a analista, que pediu autorização à direção do Hospital Psiquiátrico para continuar atendendo a paciente para além da internação, ancorada no desejo do analista, na transferência, e no processo de construção delirante da paciente por meio das mensagens que recebia na Bíblia, o que apaziguava o gozo em sua vertente alucinatória. Como efeito da redução da escuta alucinatória a paciente começou a cuidar do corpo, dos cabelos, dos dentes, a se arrumar, de modo que “algo do laço com o próprio corpo e com o semelhante se pacifica” (Dafunchio, 2008, p.136, tradução nossa).⁷⁸

⁷⁸ Algo del lazo con el próprio cuerpo y con el semejante se pacifica.

Dessa forma, a paciente pôde ir se vinculando ao serviço das Oficinas integradas, onde além de poder tomar banho, guardar suas roupas e outros pertences, cuidar da higiene pessoal, também podia frequentar atividades manuais. Nesse serviço, ela fez uma vinculação específica às atividades de bordado e à oficina de geração de renda, em que, a partir de um trabalho de reciclagem com o lixo que recolhia na rua, ela conseguia se manter financeiramente. Parece-nos assim, que há uma mudança subjetiva importante na relação de Clarice com o Outro, na medida em que ela pôde sair da posição de objeto/dejeto, posição essa reforçada pelo recurso ao *crack*. Não mais colada ao lugar de dejeto, de lixo, ao “sou drogada”, que funcionava como um dos nomes do pior, ela pôde fazer do lixo alguma outra coisa. Em seu processo inventivo ela cria uma solução mais eficaz: faz do lixo arte, faz dinheiro do lixo, e assim passa a se “sustentar”. Nesse processo de construção de uma identidade ela pede ajuda da analista para comprar produtos de beleza e roupas, e para tirar a segunda via dos documentos, que jogou no lixo “sem querer” quando estava na favela do Jacaré. Ela diz que precisa reaver seus documentos porque precisava ter de novo sua “identidade”.

5 CONCLUSÃO

Conforme assinalamos no início deste trabalho, a presente pesquisa teve como objetivo investigar a função do recurso à substância na psicose a partir de dois casos clínicos. A importância deste estudo decorre não só do aumento de toxicômanos na clínica contemporânea, mas de toxicômanos que revelam uma estrutura psicótica, o que nos levou a marcar a diferença entre o diagnóstico e a direção do tratamento proposta pela psicanálise em relação aos outros saberes orientados pela psiquiatria biológica ou pela terapia comportamental. A psicanálise, ao defender que não existe nada mais diferente de um toxicômano do que outro toxicômano, põe ênfase sobre o que o singular de cada caso clínico pode nos ensinar sobre essa clínica tão difícil e complexa que é a clínica das toxicomanias.

Partindo, então, do pressuposto de que, para a realização do diagnóstico diferencial e a construção de uma direção do tratamento, se faz necessário investigar qual a função da droga na economia de gozo de cada sujeito, pesquisamos, no primeiro capítulo, a importância da construção do caso clínico. A partir da análise do caso clínico de Pedro e de Clarice, foi possível demonstrar a relação do recurso à substância na psicose com o ponto de foraclusão. Diferentemente da neurose, em que a droga promove uma ruptura com o gozo fálico, tal como defende Lacan (1976/2016), na psicose, em função de a ruptura com o falo estar dada de antemão (Laurent, 2014b), defende-se a hipótese da função do recurso à droga como estabilizadora. Contudo, se no caso de Pedro foi possível observar que a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” promovia a estabilização da psicose, no caso de Clarice não foi observada tal função estabilizadora.

Diante dos impasses referentes à função estabilizadora, ou não, do recurso à droga na psicose, pudemos avançar para o segundo capítulo, em que discorremos sobre as estabilizações e as desestabilizações na psicose para a psiquiatria e para a psicanálise. Dessa forma, foi possível marcar uma diferença fundamental entre a psiquiatria de orientação biológica e a psicanálise em relação à clínica com toxicômanos psicóticos. Primeiramente, a de que, como a psiquiatria biológica considera a toxicomania e a psicose como patologias distintas, a psicanálise, de modo contrário, investiga a função do recurso à droga para cada sujeito de acordo com sua estrutura. Assim, em vez de medicar o sintoma e o delírio, a psicanálise entende que o delírio é uma solução, uma invenção do psicótico para dar conta da foraclusão. Nesse sentido é que a droga

pode funcionar como estabilizadora da psicose caso promova uma compensação do Nome-do-Pai foracluído por meio da identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”.

Contudo, como vimos, nem sempre o recurso à droga promove uma estabilização da psicose, como evidenciam o caso clínico de Clarice e os outros casos trabalhados ao longo da tese, o que sustenta nossa hipótese de pesquisa de que o recurso à droga pode operar um desenlace em relação ao Outro, quando não promove o laço social nem o apaziguamento do gozo.

A partir do trabalho de pesquisa realizado, podemos concluir que a estabilização pela identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” na psicose é precária, instável, dura o tempo que dura, ou seja, são soluções que estão sujeitas a desarranjos. Entretanto, é importante salientar que, apesar de a estabilização pelo recurso à droga na psicose não ser uma saída a ser sustentada clinicamente, devemos ter cautela em desidentificar o sujeito do significante “sou toxicômano” até definirmos qual a função dessa identificação na economia de gozo de cada sujeito. E, como vimos, para que possamos localizar a função do recurso à droga na estrutura, devemos ultrapassar o primeiro ensino de Lacan, centrado no paradigma da oposição entre neurose e psicose, inscrição ou forclusão do Nome-do-Pai. As contribuições advindas da clínica nodal e da clínica das psicoses ordinárias nos permitem ressituar a investigação da função do recurso à substância na psicose em função dos enlaces, desenlaces e reenlaces em relação ao Outro. Assim, não só na neurose ou na psicose, mas também na clínica das toxicomanias, o que nos orienta clinicamente é a localização do momento de desenlace e das soluções que cada sujeito constrói a partir daí, a fim de se enlaçar novamente ao Outro. Por isso a importância da teoria dos nós para a compreensão das amarrações que o recurso à droga pode promover para cada sujeito.

Desse modo, foi possível desenvolver, ao longo desta pesquisa, a ideia de que o recurso à droga na psicose pode promover um desenlace em relação ao Outro, pode reforçar a forclusão, promover efeitos devastadores no corpo e, ainda, funcionar como um dos nomes do pior, o que ocorre quando a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, “sou drogado(a)” desempenha uma função contrária àquela fornecida pelo Nome-do-Pai, na medida em que se coloca mais na vertente do gozo que do sentido. De modo que um tratamento possível para psicóticos que recorrem à droga se delinea no sentido da construção de novas soluções que tenham menos efeitos secundários do que a droga, que sejam mais eficazes e menos danosos para os sujeitos.

Por fim, alguns questionamentos permanecem como restos a serem trabalhados futuramente, como a pergunta sobre se a inexistência do Outro estaria na base dos fenômenos clínicos atuais. E qual seria sua implicação sobre a localização da função do recurso à droga para cada sujeito de acordo com as amarrações ou desenlaces que esta opera? E, ainda, se a terminologia “novo” (novo desencadeamento, nova conversão, nova transferência) trataria de uma mudança no ensino de orientação lacaniana ou concerniria principalmente à nossa época atual, em que o discurso da ciência e, poderíamos acrescentar, o discurso do capitalista assumem prevalência sobre o discurso do amo, ou do inconsciente? Outro campo de investigação, que se apresenta, sobretudo, a partir da investigação dos casos clínicos apresentados ao longo desta pesquisa, é sobre a relação do toxicômano psicótico com o corpo, tanto em função da relação do sujeito com o Outro, Outro que na atualidade deixa de ser somente lugar do significante, quanto em relação aos efeitos do uso abusivo das drogas no corpo. E, ainda, os questionamentos apresentados por García e Leguizamón (2003), no último capítulo desta tese, sobre os pontos de articulação e de dificuldades entre a função da droga e a devastação – Se a droga operaria como devastação da mesma forma que a mãe ou um homem podem ser para uma mulher? Sobre qual seria a relação entre a posição masculina e a devastação? Se a droga operaria como uma solução à devastação ou promoveria a devastação? Se a concepção da função da droga como devastação rompe com as formulações anteriores sobre a toxicomania? E se podemos afirmar que existe uma analogia entre a devastação que a droga promove e a devastação feminina, ou seja, se haveria uma analogia entre gozo toxicômano e o gozo da devastação feminina? –, ficam como restos a serem pesquisados e evidenciam a importância de uma investigação sobre a função do recurso à droga sob o paradigma da clínica da sexuação e da teoria do *partenaire*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abello, E. (2009). El Agua tóxica de Mario. In: F. Naparstek (Org). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo II*. Buenos Aires: Grama Ediciones, pp. 21-26.
- Alvarenga, E. (2014). As mulheres e suas drogas. In: M. Mezêncio, M. Rosa & M. Wilma (Orgs). *Tratamento possível das toxicomanías*. Belo Horizonte: Scriptum, pp. 87-92.
- Alvarenga, E. (2015). A ação lacaniana nas Instituições. *Revista Eletrônica do IPSM – MG – Almanaque*, 8.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais DSM III-R*. São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Andropoulou, D. (2009) Toxicomanía: un síntoma social de desinserción subjetiva. *Pharmakon: El Lazo Social Intoxicado*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 81-86.
- Ansermet, F. (2014). Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção lacaniana online*, 13. Recuperado em 26 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf
- Aucremanne, J-L & Josson, J.M. (1995). Toxicomanía: diagnóstico y tratamiento. In: E. Sinatra, D. Sillitti, & M. Tarrab. (Orgs). *Sujeito, goce y modernidad III: De la monotonía a la diversidad*. Buenos Aires: Ed. Atuel.

- Aucremanne, J-L. (2008). Tener paz. In: Miller *et al.* (Orgs). *Los inclasificables de La clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Aucremane, J-L. (2011). Las Conversaciones del TyA. *Pharmakon: Chifladuras Adictivas*, 12. Buenos Aires: Grama Ediciones, 61-66.
- Barreto, F. P. (2012). *S* ou a *Síndrome do Automatismo Mental*, de Clérambault. *Opção lacaniana online*, 9. Recuperado em 26 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_9/A_sindrome_do_autismo_mental.pdf
- Barreto, F.P. (2014). Os efeitos da ciência sobre o corpo: o corpo-máquina da medicina, o corpo neuronal da psiquiatria biológica, o corpo remodelado da medicina plástica. *Opção lacaniana online*, 13. Recuperado em 30 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Os_efeitos_da_ciencia_sobre_corpo.pdf
- Beneti, A. (2014). A toxicomania não é mais o que era. *Revista Eletrônica do IPSM – MG – Almanaque*, 19.
- Bercherie, P. (1989). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Ed: Manantial.
- Bleuler, E. (1985). *Psiquiatria*. Tradução Eva Nick. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (Tradução do original em Alemão Lehrbuch der Psychiatrie. Spriger-Verlag Berlin Heidelberg, 1923).
- Bogochvol, A. (2008). A melancolia e os objetos *a*. *Opção lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 51. São Paulo: Eolia.
- Bogochvol, A. (2014). Bipolar, maníaco, depressivo. *Opção lacaniana online*, 15. Recuperado em 29 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_15/Bipolar_manico_e_depressivo.pdf

- Borderías, A. (2005). Clases, etiquetas, nominaciones: contribución al debate sobre patología dual. *Pharmakon: Efectos de tratamientos de toxicómanos en instituciones*, 10. Belo Horizonte: TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.
- Briolle, G. (2004) Os esquizofrênicos. In: A. Murta e C. Murtaet (Orgs). *Incidências da psicanálise na cidade*. Vitória: EDUFES, pp. 49-67.
- Briolle, G. (2009) Toxicomanía. Um lazo social entre otros? *Pharmakon: El Lazo Social Intoxicado*, 11. Buenos Aires: Grama Ediciones, 43-50.
- Campos, S. (2009). O dsm e o grão do sintoma. *Horizontes, Boletim eletrônico semanal*, 87. XIV Jornada da EBP-MG. Recuperado em 17 abril, 2017, de <http://livrozilla.com/doc/817102/arquivo-pdf>
- Caponi, S. (2012). *Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Carbone, R. & Pais, M. (2011). De es-tragos. *Pharmakon: Chifladuras Adictivas*, 12. Buenos Aires: Grama Ediciones, 126-130.
- Carofile, A. (2007). La institución de la locura. In: Laurent *et al.* (Orgs). *Psiquiatria y psicoanálisis: diagnóstico, institución y psicofármaco sem la clínica actual*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Castanet, H. & De Georges, P. (2009). Enganches, desenganches, reenanches. In: Miller *et al.* (Orgs). *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. Buenos Aires: Paidós.
- Clérambault, G. G. D. (1920). Automatismo mental e cisão do Eu (Apresentação de pacientes). *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* [online]. 1999, 2 (1), pp.158-168. Recuperado em 07 abril, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n1/1415-4714-rlpf-2-1-0158.pdf>

- Clérambault, G. G. D. (1924). Definição de automatismo mental. In: A. Harari. (Org.). *Clínica lacaniana da psicose – de Clérambault à inconsistência do Outro*. Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa, 2006.
- Cotard, J. (1882). Do delírio das negações - 1882. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 1 (4), 156-177. Recuperado em 08 março, 2016, de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume01/n4/do_delirio_da_s_negacoes.pdf
- Dafuncho, N. S. (2008). *Confines de las psicosis*. Buenos Aires: Del Bucle.
- Deffieux, J-P. (2008). Um caso no tan raro. In: Miller *et al.* (Orgs.). *Los inclasificables de La clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- De Georges, P. (2008). Paradigma de desencadenamiento. In: Miller *et al.* (Orgs.). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Derrida, J. (2005). *A Farmácia de Platão*. São Paulo: Iluminuras.
- Drummond, C. (2000). Formas de desencadeamento. *Revista Curinga*, 14. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas.
- Dumézil, C., & Brémond, B. (2010). *L'invention du psychanalyste. Le trait du cas*. Toulouse: Érès.
- Dunker, C. I. L. & Neto, F. K. (2011). A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 14 (4), 611-626. Recuperado em 06 janeiro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v14n4/v14n4a03.pdf>

- Freud, S. (1996a). A dinâmica da transferência. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996b). Além do princípio de prazer. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1996c). Análise terminável e interminável. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1996d). A negativa. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1996e). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. III). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1898).
- Freud, S. (1996f). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17).
- Freud, S. (1996g). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17).
- Freud, S. (1996h). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17).

- Freud, S. (1996i). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXIV: O estado neurótico comum. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17).
- Freud, S. (1996j). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII: Transferência. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (1996l). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVIII: Terapia analítica. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-1917).
- Freud, S. (1996m). História de uma neurose infantil. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914]).
- Freud, S. (1996n). Luto e melancolia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915]).
- Freud, S. (1996o). Neurose e psicose. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924[1923]).
- Freud, S. (1996p). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996q). O mal-estar na civilização. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).

- Freud, S. (1996r). Os três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996s). Rascunho G. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (1996t). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996u). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996v). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914).
- Figueiredo, A. C. & Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 1, 29-43. Recuperado em 20 março, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v5n1/1415-4714-rlpf-5-1-0029.pdf>
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7 (1), 75-86. Recuperado em 07 agosto, 2016, de http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/a_construcao_do_caso_clinico_uma_contribuicao_da_psicanalise_a_psicopatologia_e_a_saude_mental.pdf
- Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- Freda, H. (1995). Conclusión. In: Sinatra, D. Sillitti, M. Tarrab (Orgs.). *Sujeto, goce y modernidad III: De la monotonía a la diversidad*. Instituto del Campo Freudiano. Buenos Aires: Atuel – TyA.
- Galante, D. & Naparstek, F. (2008). Monotoxicomanías y politoxicomanías: la función del tóxico en la psicosis. In: L. D. Salamone *et al.* (Orgs). *Lo inclasificable de las toxicomanías*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- García, A. & Leguizamón, D. (2003). Del estrago y la droga. In: Botto, F. Naparstek & L. D. Salamone (Orgs). *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Belo Horizonte: TYA, pp. 75-81.
- Guimarães, L. (2007). Sou gorda. *Agente-digital, revista eletrônica da Escola na Bahia*, 1. Recuperado em 05 outubro, 2016, de http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/001/agente_digital_01.pdf
- Guimarães, L. (2008). Como formalizar um caso clínico? *Revista Eletrônica no Núcleo Sephora: aSEPHallus*, 3 (3), 73-83. Recuperado em 06 agosto, 2016, de http://www.isepol.com/asephallus/numero_06/asephallus06.pdf
- Henry, F. (2009). La lengua de la transferencia en las psicosis. In: Miller *et al.* (Orgs.). *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. Buenos Aires: Paidós.
- Henschel de Lima, C. (2010). Diagnóstico diferencial e direção do tratamento na atualidade: do DSM-IV à psicanálise. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62 (1). Recuperado em 05 abril, 2017, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100006
- Henschel de Lima, C., Valentim, A. P., Rocha, C. E. F., & Rodrigues, N. F. (2013). Crack: Uma Abordagem Psicanalítica de seu Consumo entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 13 (1-2), 155-194.

- Kraepelin, E. (1905). Introdução à psiquiatria clínica. Terceira lição: Demência precoce. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 4 (4), 130-137. Recuperado em 07 março, 2016, de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume04/n4/introducao_a_psiquiatria_clinica.pdf
- Kraepelin, E. (2009). As formas de manifestação da insanidade. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 12 (1), 167-194. Recuperado em 10 março, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a12v12n1>
- Kuhn, T. S. (1998). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A.
- Lacadée, P. (2006). A modernidade irônica e a cidade de Deus. *Revista Curinga: Invenções Paternas*, 1 (23), 35-54.
- Lacan, J. (1978). Du discours psychanalytique. In : *Lacan in Italia*. Milão: La Salamandra, pp. 32-55. (Trabalho original publicado em 1972).
- Lacan, J. (1982). *O seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Lacan, J. (1985a). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1955-1956).
- Lacan, J. (1985b). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (1987). *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. (Trabalho original publicado em 1932).
- Lacan, J. (1992a). *O Seminário livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1960-1961).

- Lacan, J. (1992b). *O Seminário livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1998a). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (1998b). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (1998c). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1946).
- Lacan, J. (1998d). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In: *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1954).
- Lacan, J. (1998e). Variantes do tratamento-padrão. In: *Escritos* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1955).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.32. São Paulo: Eolia. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2003a). Introdução à edição alemã dos Escritos. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1973).
- Lacan, J. (2003b). O aturdido. In: *Outros Escritos* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1972).

- Lacan, J. (2003c). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1967).
- Lacan, J. (2003d). Televisão. In: *Outros Escritos* (Vera Ribeiro, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1974).
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original publicado em 1962-1963).
- Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1975-1976).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário. Livro 16. De um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1968).
- Lacan, J. (2016). Encerramento das jornadas de estudos de cartéis da Escola Freudiana. *Pharmakon digital*, 2. Recuperado em 9 de dezembro, 2016 de http://www.pharmakondigital.com/ed002/conferencias/pt/jacques_lacan_pt.html (Trabalho original publicado em *Letres de l'École Freudienne*, 1976, 18, 263-270).
- Laia, S. (2011). A Classificação dos Transtornos Mentais pelo DSM-V e a Orientação Lacaniana. *CliniCAPS*, 5 (15). Recuperado em 07 setembro, 2017 de http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_15/LaiaS.pdf
- Laurent, É. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Trê Haches.
- Laurent, É. (2003). O relato de caso, crise e solução. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, 6 (9).
- Laurent, É. (2004). Como engolir a pílula? In: Miller. (Org). *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll*, 1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

- Laurent, É. (2006). Os tratamentos psicanalíticos das psicoses. *Papéis de Psicanálise: As pequenas invenções psicóticas*, 2 (2), 15-24.
- Laurent, É. (2014a). *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurent, É. (2014b). Três observações sobre a toxicomania. In: M. Mezêncio, M. Rosa & M. Wilma. (Orgs). *Tratamento possível das toxicomanias*. Belo Horizonte: Scriptum, pp. 19-26.
- Leader, D. (2013). *O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Levato, M. & Salamone, L. D. (2008). La eficacia del psicoanálisis em sujetos que recurren al consumo de sustancias tóxicas. In: Salamone *et. al.* (Orgs). *Lo inclasificable de las toxicomanias: respuestas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Malengreau, P. (2003). Nota sobre a construção do caso. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, 6 (9).
- Maleval, J-C. (1996). Identificaciones imaginarias y estructura psicótica no desencadenada. *Rev. Ame. Esp. Neuropsiq.*, 16 (60), 629-646.
- Maleval, J-C. (1998). *Lógica del delírio*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Maleval, J-C. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre: El concepto y su clínica*. Buenos Aires, Paidós.
- Maleval, J-C. (2003). Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária. (J. Birman & R.S. P. Henriques, Trad.). *Clínica & Cultura*, 3 (1), 105-169. Recuperado em 07 janeiro, 2016 de <http://www.seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/download/2841/2993>

- Maleval, J-C., Michel, G. & Druel-Salmane, G. (2009). Sobre a fantasia no sujeito psicótico: de sua carência e seus substitutos. In: V. L. Besset & H. F. Carneiro (Orgs). *A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Matos, E. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista Psiquiatria*, 27(3). Recuperado em 08 janeiro, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>
- Mattos, C. P. (2006). Uma psicose disfarçada de toxicomania “foi a droga...”. *Papéis de Psicanálise: As pequenas invenções psicóticas*, 2 (2), 15-24.
- Miller, J-A. (1987). *Percurso de Lacan: uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Miller, J.-A. (1995). *A lógica na direção da cura – elaborações sobre o Seminário IV de Jacques Lacan, A Relação de Objeto*, Belo Horizonte, EBP-MG.
- Miller, J-A. (1996). A Marginalia de Construções em Análise. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira de internacional de psicanálise*, 17, 92-107.
- Miller, J-A. (1997a). *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Miller, J-A. (1997b). O sintoma e o cometa. *Opção lacaniana*, 19, 5-13.
- Miller, J-A. (1997c). Seminario de Barcelona sobre Die Wege der Symptombildung. *Revista Freudiana. Escuela Europea de Psicoanalisis – Catalunya*, 19, 7-56.
- Miller, J-A. (2003a). A invenção psicótica. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 36.

- Miller, J.-A. (2003b). O rouxinol de Lacan. *Carta de São Paulo*, Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 10 (5), 18-32.
- Miller, J.-A. (2005a). *Silet – Os paradoxos da pulsão de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Miller, J.-A. (2005b). Uma fantasia. *Opção lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 42.
- Miller, J.-A. (2006). Clínica del superyó. In: J.-A. Miller. (Org). *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Ed. Manantial
- Miller, J.-A. (2008a). Apertura. In: Miller *et al.* (Orgs). *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2008b). *El partenaire-síntoma*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2009a). A invenção do delírio. *Opção Lacaniana online*, 5. Recuperado em 12 novembro, 2016 de <http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/pdf/artigos/JAMDelir.pdf>
- Miller, J.-A. (2009b). *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2010). Efeito do retorno à psicose ordinária. *Opção lacaniana online*, 3. Recuperado em 4 de novembro, 2015 de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_3/efeito_do_retorno_psicose_ordinaria.pdf
- Miller, J.-A. (2012). O monólogo da aparola. *Opção lacaniana online*, 9. Recuperado em 19 de dezembro, 2017 de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_9/O_monologo_da_aparola.pdf

- Miller, J-A. (2013). Jacques Lacan e a Voz. *Opção Lacaniana online*, 4 (11). Recuperado em 22 janeiro, 2016, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_11/voz.pdf
- Miller, J-A. (2014). Jacques Lacan: observações sobre seu conceito de passagem ao ato. *Opção lacaniana online*, 13. Recuperado em 29 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Passagem_ao_ato.pdf
- Miller, J-A. (2016). Para uma investigação sobre o gozo autoerótico. *Pharmakon digital*, 2. Recuperado em 12 de dezembro, 2016 de http://www.pharmakondigital.com/ed002/classicos/pt/miller_pt.html
- Morel, G. & Wachsberger, H. (2009). Investigaciones sobre el inicio de la psicosis. In: J-A. Miller, *et al.* (Orgs). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Naparstek, F. & Colaboradores. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Naparstek, F. (2009). La alucinación en la intoxicación y en la psicosis. *Pharmakon: El Lazo Social Intoxicado*, 11. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Naparstek, F. (2010). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Naparstek, F. (2011). *La direction de la cure dans le toxicomanies et l'alcoolisme*. Tese de doutorado, Université Paris VIII, Saint Dennis, France.
- Rosa, M. (1999). "Uma tensão essencial" ou um breve comentário sobre "paradigmas". *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, 2. Recuperado em 13 janeiro, 2017, de <http://www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/publicacoes/almanaque2.htm#asaude2>

- Rosa, M. (2010). Jacques Lacan e a clínica do consumo. *Psicol. clin.* [online], 22 (1). Recuperado em 9 de outubro, 2017 de <http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n1/a10v22n1.pdf>
- Salamone, L D. (2003). La droga: síntoma o estrago?. In: S. Botto, F. Naparstek, & L. D. Salamone. (Orgs). *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Belo Horizonte: TyA, 53-62.
- Salamone, L D. (2011). *Cuando la droga falla*. Venezuela: Editorial Pomaire.
- Santiago, J. (2009). A pragmática do sintoma no tratamento possível das psicoses. In: V. L. Besset, L. & H. F. Carneiro. (Orgs). *A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Sauvagnat, F. (2012). Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. *Analytica, 1* (1). Recuperado em 12 janeiro, 2016, de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/231/281>
- Schejtman, F. (2015). *Sinthome, ensayos de la clínica psicoanalítica nodal*. Olivos: Grama Ediciones.
- Secondo, A. (2011). Toxicomanías y psicosis: dos casos clínicos em tensión. *Pharmakon: Chifladuras Adictivas*, 12. Buenos Aires: Grama Ediciones, 145-151.
- Séglas, J. (1894). De la mélancolie sans délire. In: Asselin & Houzeau (Ed.). *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*. Paris. Salpêtrière.
- Sillitti, D. (1994). La presencia de la droga y el problema del diagnóstico diferencial. In: D. Sillitti, E. Sinatra, & M. Tarrab. (Orgs). *Sujeito, goce y modernidad II*. Buenos Aires: Ed. Atuel.

Sinatra, E. (2000). La nominación, la función del tóxico y las fórmulas de la droga. In: D. Sillitti, E. Sinatra & M. Tarrab. (Orgs). *Más Allá de las drogas*. Bolívia: Plural Editores.

Solano-Suarez, E. (2007) Comentários de um caso clínico. *Agente-digital, revista eletrônica da Escola na Bahia*, 1. Recuperado em 05 outubro, 2016, de http://www.institutopsicanalisebahia.com.br/agente/001/agente_digital_01.pdf

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

Stagnaró, J. C. (2007). Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. In: E. Laurent *et al.* (Orgs). *Psiquiatría y psicoanálisis: diagnóstico, institución y psicofármacos en la clínica actual*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Tarrab, M. (2003). Algo peor que um síntoma. In: Botto, F. Naparstek, & L. D. Salamone (Orgs). *El psicoanálisis aplicado a las toxicomanías*. Belo Horizonte: TyA, 75-81.

Unterberger, M. (1995). Estatuto del “yo soy” em la toxicomanía y el alcoholismo. In: D. Sillitti, E. Sinatra, & M. Tarrab. (Orgs). *Sujeito, goce y modernidad III: De la monotonía a la diversidad*. Buenos Aires: Ed. Atuel.

Velásquez, D. (2012). Entrevista com Fabián Naparstek. *Almanaque On-line*, 11. Recuperado em 14 maio, 2016, de <http://almanaquepsicanalise.com.br/entrevista-com-fabian-naparstek/>

Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga, Belo Horizonte*, 13, 39-48.

Viganò, C. (2002). O fármaco e a droga. *Revista Clique: Palavras e Pímulas*, 1.

Viganò, C. (2003a). A construção do caso. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, 6 (9).

Viganò, C. (2003b). Assunção múltipla de substâncias e comorbidade psiquiátrica. *Mental, I* (1). Recuperado em 05 janeiro, 2016, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42010102>

Viganò, C. (2010). A construção do caso clínico. *Opção Lacaniana online*, 1. Recuperado em 14 setembro, 2016, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf

Zaffore, C. (2005a). Diagnóstico de psicose e consumo de drogas. *Pharmacon: Efectos de tratamientos de toxicómanos en instituciones*, 10. Belo Horizonte: TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.

Zaffore, C. (2005b). Toxicomanía y Psicosis. In: Naparstek y colaboradores. *Introducción a la clínica com toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama Ediciones.