



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA DE LOURDES NOGUEIRA BRITO

**MANEJO COM PACIENTES PSICÓTICOS: QUAL LUGAR O ANALISTA
OCUPA NA CLÍNICA DAS PSICOSES?**

Juazeiro do Norte
2021

MARIA DE LOURDES NOGUEIRA BRITO

**MANEJO COM PACIENTES PSICÓTICOS: QUAL LUGAR O ANALISTA
OCUPA NA CLÍNICA DAS PSICOSES?**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Raul Max Lucas da Costa

Juazeiro do Norte
2021

MARIA DE LOURDES NOGUEIRA BRITO

**MANEJO COM PACIENTES PSICÓTICOS: QUAL LUGAR O ANALISTA
OCUPA NA CLÍNICA DAS PSICOSES?**

Trabalho de Conclusão de Curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Raul Max Lucas da Costa.

Aprovado em: 02/07/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Raul Max Lucas da Costa
Orientador

Prof. Me. Larissa Maria Linard Ramalho
Avaliadora

Prof. Esp. Cícera Jaqueline Sobreira Andriola
Avaliadora

MANEJO COM PACIENTES PSICÓTICOS: QUAL LUGAR O ANALISTA OCUPA NA CLÍNICA DAS PSICOSES?

Maria de Lourdes Nogueira Brito¹

Raul Max Lucas da Costa²

RESUMO

Somente a partir da segunda metade do século XIX surge o termo psicose para substituir o vocábulo loucura e definir os doentes da alma, numa perspectiva psiquiátrica. Contudo, coube a Freud o desenvolvimento da abordagem psicanalítica inicial sobre a psicose, na análise das memórias autobiográficas do juiz Schreber. Em seguida, Lacan possibilita o aprofundamento do estudo da psicose, afirmando que, o que a define e caracteriza é o processo da foraclosure do Nome-do-Pai. Freud acreditava que a psicanálise era contraindicada ao tratamento com o psicótico, por não conseguir estabelecer o laço de amor transferencial, porém, Lacan constatou que ela se presentifica no tratamento analítico através de uma forma de amor erotomaníaca. Posto isto, a importância desse trabalho está relacionada à contribuição do manejo do analista na clínica com pacientes psicóticos. Deste modo, esse trabalho teve como objetivo geral investigar o lugar do analista na clínica das psicoses. Do ponto de vista metodológico, pretendeu-se elaborar uma pesquisa bibliográfica com a intenção de investigar o lugar do analista na clínica das psicoses. Este trabalho mostrou uma possibilidade de tratamento pelo viés psicanalítico das psicoses, considerando que nessa abordagem, o instrumento de suma relevância é a escuta.

Palavras-chave: Psicose. Analista. Manejo. Psicanálise.

ABSTRACT

Only in the second half of the 19th century did the term psychosis appear to replace the word madness and define the sick of the soul, in a psychiatric perspective. However, it was up to Freud to develop the initial psychoanalytic approach to psychosis, in the analysis of judge Schreber's autobiographical memories. Then, Lacan enables the deepening of the study of psychosis, stating that what defines and characterizes it is the process of foreclosure of the Name-of-the-Father. Freud believed that psychoanalysis was contraindicated to the treatment with the psychotic, as it was not able to establish the transferential love bond, however, Lacan found that it is present in the analytic treatment through a form of erotomanic love. That said, the importance of this work is related to the contribution of the analyst's management in the clinic with psychotic patients. Thus, this work aimed to investigate the role of the analyst in the clinic of psychosis. From a methodological point of view, it was intended to elaborate a bibliographical research with the intention of investigating, under the prism of the psychoanalyst approach, the place of the analyst in the clinic of psychoses. This work showed a possibility of treating

¹ Mestra em Estudos Literários pela Universidade Federal de Viçosa – UFV – MG (2012). Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO. E-mail: malubrito.lb@gmail.com

² Doutor em Psicologia pela Universidade de Fortaleza – UNIFOR (2018)
Professor do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO. E-mail: raulmax@leaosampaio.edu.br

psychoses through the psychoanalytical bias, considering that, in this approach, the most relevant instrument is listening.

Keywords: Psychosis. Analyst. Management. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o trabalho clínico com o paciente psicótico demanda do analista um manejo peculiar, uma busca de alternativas que perpassam as formas de tratamento que apenas lidam com o paciente psicótico a partir do saber próprio da ciência, reafirmando a posição deste sujeito como objeto. Portanto, tomando como perspectiva a teoria psicanalítica e suas indicações e pressupostos no que concerne ao tratamento possível da psicose, esse trabalho propôs-se investigar o lugar do analista nessa clínica, através do manejo da transferência, nas perspectivas de Freud, Lacan e de psicanalistas contemporâneos, envolvidos com a prática de trabalho e pesquisa nessa estrutura clínica.

O termo psicose foi introduzido em 1845 por Ernst von Feuchtersleben (1806/1849), para substituir o vocábulo loucura e definir os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica. Retomado por Freud como um conceito, a partir de 1894, o termo foi empregado para designar a reconstrução inconsciente, por parte do sujeito, de uma realidade delirante ou alucinatória. Em linhas gerais, por definição, a psicose é caracterizada como formas acentuadas de falta de organização psíquica, pensamento desorganizado e/ou paranoide, acentuada inquietude psicomotora, sensações de angústia intensa e opressão, crises alucinatórias ou delirantes, alteração no contato com a realidade e profundas irregularidades do Ego (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Emil Kraepelin (1856/1926), considerado o grande sistematizador da psicopatologia descritiva, desenvolveu a teoria sobre a doença mental, enfatizando a clínica médica para sua elaboração, classificou os grupos de doenças mentais, e também todos os componentes que permitem a sua compreensão, consolidando a propensão nosológica, distinguindo os diversos modos de sofrimento mental com base na clínica, e assim, a doença mental passou a ter o mesmo estatuto das doenças físicas que a medicina tratava (ROUDINESCO; PLON, 1998).

A abordagem psicanalítica inicial sobre a psicose foi desenvolvida por Freud (1911/1996), que, apesar de inicialmente ter contraindicado esse tratamento, realizou extenso estudo sobre essa estrutura clínica desde o início de sua produção, ainda em seus rascunhos e cartas, postumamente publicados, como se observa na análise das memórias autobiográficas do juiz Schreber, nas quais giravam em torno de seu delírio paranoico, afirmando, que os delírios

e alucinações de um psicótico são formações que decorrem das mesmas questões, em face das quais o sujeito dito “normal” se constitui. Os delírios e as alucinações não são uma mera reação desordenada, pelo contrário, é, na verdade, a tentativa de restabelecimento, uma forma de reconstrução. Conforme Lacan (1958), essa análise de Freud foi mais inaugural do que a própria descoberta do inconsciente, um começo absoluto.

Freud (1924/1996) relata que em decorrência da defesa estrutural do psicótico em retirar a libido dos objetos, em função de seu modo singular de estruturação, marcado pelo desinvestimento libidinal, os psicóticos são incapazes de estabelecerem o amor transferencial. Por conta dos efeitos subjetivos da operação de rejeição, a energia libidinal se volta para o corpo na esquizofrenia (autoerotismo), para o Outro na paranoia (narcisismo primário) e se dispersa no eu, escoando-se, pela identificação ao objeto perdido, na melancolia. Portanto, dessa forma, os psicóticos seriam incapazes de investir na figura do analista.

Inicialmente, Freud (1924/1996) acreditava que a psicanálise era contraindicada ao tratamento com o psicótico, por não conseguir estabelecer o laço de amor transferencial com o analista, algo essencial a uma análise. Porém, invertendo a ideia de que o delírio seria um sintoma da estrutura psicótica, ele formula o aforismo do delírio como tentativa de cura, ou de solução, nas psicoses. Dessa forma, o delírio seria um movimento do psicótico em direção à estabilização.

Contudo, a partir de algumas elaborações a respeito do tema, os seus escritos apresentaram outros contornos para a condução dessa clínica. Com o desenvolvimento do conceito de narcisismo Freud, verifica uma regressão e uma fixação do paranoico no nível do narcisismo primário. O paranoico constitui-se como objeto de investimento, a partir da imaginação de um eu unificado no corpo que opera de maneira especular com os outros. A especularidade e a ausência da inscrição da falta no campo do simbólico propiciam a subjetivação de um Outro denso, pleno e tirano, na paranoia, um Outro gozador. Assim, há, pois, uma modalidade de transferência tipicamente persecutória ou erotônica a ser manejada conforme a matiz que apresenta (GUERRA, 2010).

Lacan (1988), aprimorando o método psicanalítico, possibilita o aprofundamento do estudo da psicose, afirmando que não se deve recuar diante da psicose, mas, antes, aprender com ela a reconhecer seu estilo e suas saídas. O autor discutiu a particularidade da manifestação da transferência nas psicoses constatando que ela se presentificava no tratamento analítico através de uma forma de amor que ele denominou erotomaníaca, a partir dos estudos freudianos. A erotomania implica uma forma de amor projetiva, exacerbada e delirante que precisa ser

manejada, com a finalidade de que o psicótico possa produzir, durante seu percurso analítico, uma solução subjetiva.

Porém, Lacan (1988) adverte que tudo isso não seja tomado como déficit, pois essas manifestações devem ser trabalhadas ao pé da letra, na sua verdadeira acepção ou sentido estrito, ou seja, o que dizem os psicóticos precisa ser bem observado, assim como Freud já havia ensinado a realizar com as histéricas, com as quais descobriu o método clínico de escuta do inconsciente através da associação livre, também Lacan se pôs a ouvir as produções dos psicóticos para delas extrair a direção para seu tratamento.

Ainda conforme Lacan (1988), o que define e caracteriza a estrutura psicótica é o processo da *foraclusão* do Nome-do-Pai, isto é, a omissão da função paterna, onde um fragmento da realidade é rejeitada e retorna no real, forçando a abertura na vida psíquica. A falta desse significante resulta, no comprometimento da função simbólica, a qual permite que o sujeito construa seu saber e interação com o mundo, incluindo sua relação com os outros indivíduos e objetos.

A estrutura psicótica é marcada por outra lógica de funcionamento, outra organização, onde um mecanismo específico da psicose, através do qual se produz a rejeição de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito, algo de primordial quanto ao ser do sujeito não ganha representação, sendo, antes, rejeitado, *foracluído*, como o retorno é no real, ou seja, fora do simbólico, emprega-se o neologismo “*foraclusão*” criado por Lacan, como aquilo de que não se pode mais falar, porque legalmente não mais existe.. A ausência estrutural do Nome-do-Pai, sua não operatividade no Édipo, provoca, como efeito, uma coincidência entre os campos do imaginário e do simbólico, como se o ser se resumisse ao seu organismo ou à sua própria imagem. E o que não foi simbolizado vai se manifestar no real, retornar no real (registro do irrepresentável) (QUINET, 2018). Portanto, a pergunta que norteia esse trabalho é a seguinte: Qual é o lugar que o analista ocupa na clínica das psicoses?

De acordo com Lacan (1988), a possibilidade de haver estabilização no sujeito psicótico é através da escuta dos seus delírios, onde são utilizados alguns mecanismos de estabilização que poderão dar suporte ao tratamento que são: estabilização pela metáfora delirante, estabilização pela passagem ao ato, e a estabilização a partir da obra artística, seja ela pelo viés da música, pintura ou escrita. A estabilização por meio da inclusão da metáfora delirante, ocorre uma forma de suprir a falta do Nome-do-Pai, ou seja, é necessário que algo consiga fazer um enlaçamento entre os três registros (real, simbólico e imaginário), para que eles consigam se associar e, de certa forma, criar um simbólico de suplência. No mecanismo da passagem ao ato, as ações estão relacionadas à automutilação e heteromutilações, em que o

sujeito pratica atos violentos tanto em si mesmo como nos outros, e, por fim, a estabilização através da obra, em que por meio da sublimação, consegue-se fazer uma retificação do simbólico.

A importância desse estudo está relacionada à contribuição do manejo do analista na clínica com pacientes psicóticos, tendo a percepção da oposição déficit versus estrutura, ou seja, compreender com ética e criticidade a diferença, e não a deficiência, pois a Psicose não é demência, ou atraso no desenvolvimento, sendo outro modo de funcionamento, em que o sujeito está submetido.

Destarte, esse trabalho teve a intenção de, através do manejo do analista, propiciar uma forma de entender o sujeito psicótico em seu sofrimento, levando em consideração aquilo que esse sujeito sabe de si, e até aquilo em que mais ignora, inconscientemente. Pois, acredita-se, que quando há disponibilidade no acolhimento da diferença, que define o discurso do sujeito psicótico, ouvindo suas produções delirantes, compreendendo seu lugar existencial, ou não-lugar, o delírio poderá ser sua forma de criação de um lugar de existência, de uma versão de si e de sua história, um constante encontro com o real. Portanto, a justificativa desse trabalho está calcada no manejo do analista na clínica das psicoses.

Deste modo, procurou-se investigar sobre o manejo do analista na clínica das psicoses, sob o prisma da abordagem psicanalítica, na visão dos principais estudiosos do assunto, tais como: Freud, Lacan, Quinet, Soler, Rabinovitch, Maurano, Guerra e Calligaris. Especificamente, quais manejos são utilizados pelo analista com os psicóticos, as dificuldades no manejo, as possíveis relações entre o analista e o psicótico, o motivo do desencadeamento psicótico, e o que promove sua estabilização.

2 METODOLOGIA

De acordo com Birman (2003), observou-se na história da Psicanálise o movimento freudiano inicial de incluir a Psicanálise na denominação de ciência e, assim, afastá-la definitivamente de um saber especulativo. Com a descoberta do Inconsciente, tornando-se potencialidade teórica e subvertendo os saberes sobre o psiquismo da época, Psiquiatria e Psicologia, Freud (1911/1996) afasta-se, de forma progressiva e definitiva, da epistemologia científica positivista do final do século XIX, criando uma nova forma de fazer ciência, cujas técnicas também seguem uma especificidade ao aproximar-se de seu complexo objeto de estudo, o Inconsciente. Nessa direção, enfatiza-se a condição investigativa propiciada pelo exercício de escuta na clínica psicanalítica.

Relacionado ao processo de distanciamento da Psicanálise do discurso científico vigente, Birman (2003) argumenta que, “[...]o saber psicanalítico, como um discurso com a pretensão intelectual de se inscrever no *logos* da ciência, se deslocou para outro lugar simbólico, onde pretendia ser reconhecido como uma ética[...].” (BIRMAN, 2003, p. 29). Porém, segundo o autor, não se trata de uma ética como uma moral, mas, sim, de uma ética do desejo que funda o sujeito desde a concepção do Inconsciente. Portanto, para a Psicanálise, são os impasses e a complexidade reconhecidos e afirmados nos meandros do desejo que instituem, definitivamente, seu caráter investigativo.

Destarte, conforme explicitado inicialmente no objetivo desse trabalho, pretendeu-se elaborar uma pesquisa bibliográfica com a intenção de compreender, sob a ótica da abordagem psicanalista, o lugar do analista na clínica das psicoses. O método utilizado para realização dessa pesquisa é uma revisão bibliográfica exploratória do tema e assuntos relacionados a partir de livros e bancos de dados, tais como: Revista Brasileira de Psiquiatria, *Scielo*, *pepsic* e *Bvs-Psi*.

Para a elaboração deste estudo buscou-se fazer um levantamento bibliográfico sobre o tema através de distintas combinações dos seguintes descritores: conceito de psicose, condição psicótica e lugar do analista. Foram pré-selecionados dez (10) artigos, e destes, selecionaram-se cinco para base teórica, publicados nos últimos dez anos, cujo critério de seleção pautou-se principalmente em abordar os temas dos descritores apontados anteriormente. Selecionaram-se ainda publicações em livros que abordam a temática psicose e loucura.

Vale destacar que não existe apenas um método para se aplicar em todos os trabalhos, mas sim um conjunto de técnicas que se adequem a cada tipo de pesquisa. Para o presente trabalho, será utilizada a coleta de dados de cunho bibliográfico através de literaturas publicadas nos últimos dez anos, servindo assim para constituir o referencial teórico do mesmo.

Para corroborar essa assertiva, a pesquisa bibliográfica é, para Marconi e Lakatos (2010), construída sob bases literárias mencionadas por vários autores, que publicaram materiais comprovados cientificamente, permitindo ao pesquisador um acesso a documentos históricos.

Em suma, as principais fontes bibliográficas podem ser oriundas de livros, publicações periódicas e impressos diversos. Os livros são fontes bibliográficas por natureza e podem ser de leitura corrente (romance, poesia etc.) ou de referência, também conhecidos como livros de consulta. As publicações periódicas abrangem jornais e revistas (GIL, 2002).

3 O ESTUDO DA PSICOSE NA ÓTICA PSICANALÍTICA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E ESTRUTURAIS

A palavra psicose foi escrita pela primeira vez em 1845 no Jornal de Psiquiatria e Medicina Forense, pelo psiquiatra austríaco Ernst Von Feuchtersleben, para substituir o vocábulo loucura e definir os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica, ganhando destaque no trabalho de Möbius, em 1892, quando ele divide as doenças mentais em psicoses exógenas e endógenas (LOPES, 2001).

Entretanto, a palavra psicose era pouco utilizada no século XVIII e XIX, pois havia a ideia de que a psicose tinha uma base orgânica e por isso não havia possibilidade de tratamento para psicóticos, ou seja, o indivíduo, uma vez acometida por essa ‘doença’ jamais voltaria à normalidade de antes. Sendo considerados indivíduos transgressores das normas sociais, isto é, desordeiros, intolerantes, portanto, dever-se-ia segregá-los (SAGGESE, 2001).

Deste modo, a noção de “psicose” designava as doenças mentais graves demarcadas das doenças neurológicas e da neurose, onde, Kraepelin, no final do século XIX e começo do século XX, reordenou a nosografia psiquiátrica em termos de três grandes entidades clínicas, quais sejam, “loucura maníaco-depressiva”, “paranoia” e “demência precoce” (logo renomeada, por Bleuler, “esquizofrenia”). Assim, o termo psicose (ou psicoses), passa a ser entendido como psicose maníaco-depressiva, paranoia e esquizofrenia (KAHLBAUM 1999).

Kraepelin (1856/1926), denominou de “demência precoce”, a esquizofrenia, termo cunhado em 1911 por Eugen Bleuler, e cujos sintomas fundamentais são a incoerência do pensamento, da afetividade e da ação, o ensimesmamento (ou autismo) e uma atividade delirante. Contornado por Freud, que preferia chamar de “parafrenias”, o termo impôs-se, entretanto, na psiquiatria e na psicanálise, para caracterizar, ao lado da paranoia e da psicose maníaco-depressiva provenientes da melancolia, um dos três componentes modernos da psicose em geral. Antes mesmo de receber esse nome, a esquizofrenia, essa forma de loucura foi descrita pelos médicos do século XIX como uma demência em estado puro, caracterizada por um retraimento do sujeito para dentro de si mesmo. Assim, em sua classificação, Kraepelin, distinguiu três grupos de psicoses: a paranoia, a demência precoce e a psicose maníaco-depressiva (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Emil Kraepelin (1856/1926), procurando “aspectos essenciais” para usá-los como critérios diagnósticos de transtornos mentais, gerou uma nosologia baseada no curso natural da doença. A dicotomia fundamental entre doença maníaco-depressiva e *dementia praecox* apoia-se nos seus respectivos cursos evolutivos. A *dementia praecox* é constituída a partir do

agrupamento da catatonia de Kahlbaum e da hebefrenia de Hecker, juntamente com a *dementia paranoides*. A correta classificação de Kraepelin das psicoses endógenas em categorias distintas, baseada na história natural da doença, influenciou intensamente a classificação, do DSM-IV e do CID-10 (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Conforme Lopes (2001), Freud iniciou seus estudos sobre a psicose com base na psicanálise, impulsionado a buscar novas concepções e a compreensão sobre a psicose por outro viés diferente da psiquiatria, uma mudança dos paradigmas do imaginário da doença mental do século XX. Ainda de acordo com o autor, antes da criação da psicanálise, ainda não havia uma definição do que era psicose, as opiniões divergiam sobre o assunto. A partir de então, iniciaram-se novos estudos que ocasionaram em descobertas que assinalavam uma nova visão do regime criado a respeito do delírio, rompendo inteiramente com a tradição psiquiátrica, sendo uma quebra de paradigma.

Segundo Postel (2003), os clássicos critérios psiquiátricos utilizados para caracterizar a psicose foram os seguintes: a gravidade dos transtornos, conduzindo a deficiências importantes ou incapacitação; a ausência de consciência de morbidade dos distúrbios (por exemplo, a convicção do delirante em seu delírio, a ausência de crítica do maníaco); o caráter estranho e bizarro dos distúrbios, que produzem no entorno um mal-estar ligado a essa estranheza; a dificuldade de comunicação ou mesmo a incomunicabilidade total do psicótico; fechamento sobre si mesmo, ruptura com a realidade; perturbação profunda da relação do sujeito com a realidade, da qual os delírios e alucinações são sintomas.

O termo psicose é utilizado para conceituar as formas mais acentuadas de falta de organização psíquica, que inclui: pensamento desorganizado e/ou paranoide, acentuada inquietude psicomotora, sensações de angústia intensa e opressão, além de muitas vezes insônia severa. Tais períodos de crises, quando mais intensos, podem ocorrer alucinações ou delírios, como também uma falta de percepção ou discernimentos que permita reconhecer o caráter estranho do comportamento. A característica principal do sujeito psicótico é “[...] sua incapacidade de adaptação social, pela perturbação em sua faculdade de comunicação, por sua falta de consciência da enfermidade, pela alteração no contato com a realidade e pelas profundas irregularidades de seu Ego” (MAUER; RESNIZKY, 1987, p.51).

O Tratado de Psiquiatria (1856/1926), que coroa a psiquiatria do século XIX e inaugura a do século XX, define a psicose como um termo utilizado para descrever o comportamento de uma pessoa em determinado momento da vida, ou um transtorno mental no qual, em alguma circunstância do seu curso, o sujeito apresenta comprometimento na consciência da realidade. Para tal, o sujeito psicótico é aquele que apresenta uma ampla

desordem da percepção da realidade e pensamentos, sendo distinta a percepção da maioria das pessoas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2003).

Desde Freud (1911/1996), algumas soluções subjetivas são traçadas para tratar a impossibilidade da linguagem apreender a experiência com o corpo e com a realidade. Neurose, psicose e perversão são os nomes das estruturas clínicas que foram cuidadosamente isoladas como formas particulares de resposta do sujeito diante do impasse colocado pela castração, dito de outra forma, por essa insuficiência da linguagem de dar conta da experiência pulsional.

Apesar de Freud (1913/1996), em princípio, ter contraindicado o tratamento psicanalítico das psicoses, ele realizou extenso estudo sobre essa estrutura clínica. Com o estudo do presidente Schreber, formulou-se a sentença do delírio como tentativa de cura, ou de solução, nas psicoses. Ou seja, há um movimento do psicótico em direção à estabilização através dos delírios. Segundo o autor, como formas particulares de resposta do sujeito diante do impasse colocado pela castração, ou seja, pela insuficiência da linguagem de dar conta da experiência pulsional, a paranoia surge como um modo patológico de defesa do psicótico como resultante de um radical mecanismo de defesa inconsciente.

Em seus primeiros rascunhos, discutindo a paranoia, Freud (1924/1976) a toma como um modo patológico de defesa e apresenta a proposta da psicose como resultante de um radical mecanismo de defesa inconsciente. Concebe-se o aparelho psíquico como sendo alimentado pelo afeto, investido nas representações. As representações das coisas são aquelas que se encontram como registro no sistema inconsciente. Do investimento energético nas representações que as coisas ganham no aparelho psíquico, somado ao investimento das representações das palavras, constitui-se a representação do objeto, utilizada pelo pensamento lógico, consciente e racional e pela linguagem.

Percebe-se que, quando se fala e se expressa sobre algo, lida-se com as representações desse algo, desse objeto, porém nem sempre essas representações se encontram dispostas da maneira como foi explicado. Assim, a relação entre as representações conscientes e inconscientes do objeto pode se dispor de outras maneiras. Freud (1911/1996) explica que, na esquizofrenia – um tipo clínico das psicoses –, as palavras podem ser tomadas como se fossem coisas. Haveria um superinvestimento nas representações das palavras como forma de suprir a não inscrição das representações das coisas no inconsciente.

Dessa feita, as palavras são tomadas como coisas, por exemplo, um paciente psicótico, paranoico, que deseja ser um homem direito, com a missão de resgatar a honestidade perdida no delírio, que tem acerca de sua família, candidata-se a uma vaga universitária de um curso de

direito. Não há dialética, não há simbolização, para ser um homem direito, ele precisa cursar direito (GUERRA, 2010).

Conforme Freud (1911/1996), no psicótico, as palavras são tidas como reais, onde o eu rejeita a representação que lhe é incompatível juntamente com seu afeto, e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Ou seja, o que é vivido como traumático, como afetivamente intenso pelo psicótico não ganha uma representação capaz de favorecer o escoamento energético ou a vinculação desse excesso a uma ideia ou a uma representação.

Freud (1913/1976) pontua que rejeição na psicose atinge a própria situação real, que nunca precisou se tornar consciente. Trata-se de uma defesa tão eficaz que nega a realidade mesma da percepção ligada à representação incompatível. Enfim, tanto na neurose quanto na psicose, ocorre uma perda da realidade. Na neurose, num primeiro momento haveria um recalque das exigências pulsionais, enquanto na psicose ocorreria uma rejeição do fato desagradável da realidade. Portanto, a diferença entre a neurose e a psicose se localiza não no rompimento com a realidade, mas no caminho para restaurá-la. Em qualquer dos casos, porém, haveria perda na relação com a realidade externa e a posterior construção de uma saída diante dessa perda, seria na neurose pela fantasia, e na psicose seria pelo delírio.

Para Guerra (2010), a psicose aflora no indivíduo quando ele começa a fazer questionamentos sobre seu ser, partindo de si mesmo, um posicionamento diferente do neurótico, que quando faz alguns questionamentos sobre si, esses partem da ordem do Outro e da sua alienação a ele. Portanto, para que ocorra o desencadeamento psicótico, é preciso o encontro com o fato concreto que induza à desestabilização imaginária (quebra da identificação na qual o sujeito se apoiava imaginariamente). “E, como consequência, que convoque simbolicamente o sujeito ali onde ele não encontra meios de significar seu enigma [...]”. (GUERRA, 2010, p. 36) — Desencadeada a psicose, o sujeito começa a trabalhar na reconstrução de seu mundo.

De acordo com Quinet (2018), não há dúvida de que algo funciona diferente nas psicoses. O psicótico delira e parece inventar histórias com ou sem sentido, sem substrato verídico, alucina imagens e sensações irreais, desconfia, deprime-se com virulência, chegando ao risco de um ato suicida. Enfim, o psicótico parece operar numa lógica que nem sempre se consegue apreender. Em outras situações, a violência de suas manifestações é tal que exige uma intervenção imediata, o que nem sempre deixa ao sujeito uma possibilidade de manifestar-se.

Segundo Lacan (1998), na psicose há um distúrbio na linguagem, tendo como paradigma as vozes alucinadas. Encontram-se também intuições delirantes, nas quais o sujeito atribui uma significação enigmática a um determinado evento sem conseguir explicitá-la, ecos

de pensamento, onde o sujeito ouve seus pensamentos repetidos, e atribui a alguém essa ressonância. O sujeito psicótico não reconhece como sua, a cadeia de significantes, a qual adquire uma autonomia ao ponto de não poderem ser submetidas a dúvidas e a questionamentos, impõem-se como blocos rígidos, indivisíveis, como certezas.

Ainda segundo Lacan (1998), a dúvida é característica do neurótico, porque denota uma divisão do sujeito, já na psicose, a certeza é certeza delirante por excelência, mostrando-se, portanto, um distúrbio na linguagem. No psicótico, a foracção do Nome-do-Pai implica a “zerificação”, ou seja, a não inscrição do significante fálico, tendo como efeito a impossibilidade de o sujeito se situar na partilha dos sexos como homem ou mulher, efeito que poderá manifestar-se em uma série de fenômenos, que vão da vivência de castração à transformação em mulher).

Na visão de Quinet (2018), o que caracteriza o neurótico para Freud (1911/1996), é o processo de recalcamento, enquanto para Lacan o que define e caracteriza a psicose é o processo da foracção do Nome-do-Pai. Assim, a diferença entre neurose e psicose é o fato que na psicose um fragmento da realidade rejeitada retorna sem parar, para forçar a abertura na vida psíquica.

Lacan (1988), argumenta que quando o processo de metaforização não ocorre, a falta do Nome-do-Pai, inscrita no significante, abre no significado um furo, uma lacuna, que tomará o lugar da significação fálica. O que não entra no simbólico retorna no real, seria o Outro, não articulado no basteamento. A psicose é a desorganização da não-dissidência do Nome-do-Pai, é o lançamento do sujeito numa espécie de sentido, significação endereçada ao próprio sujeito, que retorna, mas não de forma invertida. O real é o lugar da lacuna, da não-existência, do irrepresentável. É um lugar esvaziado de representações, é um *Lucky* freudiana, produzido pelo tecido psíquico, é o vazio deixado pela abolição de um significante. Se o retorno do foracuído se dá nesse vazio, ele não tem como se escrever e não cessa de reaparecer, como voz, ou no que se vê. Na psicose, um excesso de gozo esvazia o lugar do Outro, e ao sujeito não lhe resta outra alternativa senão articular-se ao Outro do corpo como lugar de gozo.

Dessa forma, Lacan (1998), afirma que o psicótico fica preso à relação especular com o outro, no eixo imaginário ($a - a'$), sem a mediação simbólica necessária à operação de separação que lhe permitiria advir como sujeito desejante. Dito de outro modo, a ausência da operação do Nome-do-Pai leva à dissolução da estrutura imaginária que chega a desnudar a relação especular em seu caráter mortal, onde proliferam os fenômenos duais de agressividade, de transitivismo, mesmo de derpersonalização.

Lacan (1998), assevera que o Nome-do-Pai é o que estabelece o ponto de basta na cadeia significante, atando o significante ao significado e organizando o discurso. Ele ratifica a mensagem enviada ao Outro enquanto lugar do código e da lei simbólica. Na psicose, o Nome-do-Pai é evocado no lugar de onde poderia ter advindo, mas onde nunca esteve. O desencadeamento ocorre quando em algum momento na vida do sujeito a metáfora paterna é convocada por Um-Pai que, é aquele que entra como terceiro em uma relação estabelecida que tenha por base o eixo imaginário ($a - a'$), desestabilizando essa ligação. Quando o apelo a esse significante essencial responde um furo no significado do lado do Outro, o psicótico é então invadido pela linguagem, falado por ela através de fenômenos como as alucinações verbais, distúrbios de linguagem e diferentes manifestações no campo do imaginário. É em torno desse vazio em que falta ao sujeito o suporte da cadeia significante que ele procura restituir seu mundo.

Diante da falta do Nome-do-Pai, o psicótico procura supri-la por meio de diferentes “[...] remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante[...]” (LACAN, 1998, p. 584). A metáfora delirante pode ser entendida como o ponto de basta utilizado na psicose como recurso de significação, unindo de maneira inédita significante e significado. A metáfora delirante substitui a metáfora paterna e, embora não gere o mesmo efeito que esta exerce no discurso, permite um certo ordenamento significante que abre para a possibilidade de uma estabilização

De acordo com Lacan (1988), na psicose, trata-se um fragmento desagradável da realidade que é rejeitado e substituído pelo delírio, essa rejeição atinge a própria situação real, tratando-se de uma defesa tão eficaz que nega a realidade não passível de alteração. Para Freud (1913/1996), na psicose haveria perda da realidade, uma rejeição do fato desagradável da realidade, uma perda na relação com a realidade externa, onde a construção para a saída dessa perda, seria através do delírio.

A psicose é uma estrutura clínica, que se revela no dizer do sujeito e que corresponde a um modo particular de articulação dos registros do real, simbólico e imaginário. Apostando na sugestão de Freud (1913/1996), de que uma mudança no método psicanalítico permitiria o atendimento das psicoses por psicanalistas, Lacan (1988) constatou a diferença da linguagem e a forma dos psicóticos se posicionarem na vida e no laço transferencial, conseguindo assim, discernir, nomear e articular com a clínica os vários caminhos percorridos por eles na trilha de sua estabilização.

3.2 A POSIÇÃO DO ANALISTA E O MANEJO DA TRANSFERÊNCIA

A retomada de Freud e do conceito de transferência é o que permite Lacan inaugurar a clínica psicanalítica da psicose e designar considerações preliminares que diferenciam a clínica da psicose, da clínica da neurose. Este momento inicial de uma possibilidade de tratamento da psicose pela Psicanálise tem sustentação freudiana e indica a necessidade de uma fidelidade aos fundamentos da Psicanálise.

Desde Freud (1913/1996), a transferência é, sem dúvida, o fundamento de todo o processo psicanalítico. Esse fenômeno, segundo o autor, é imprescindível para que se possa pensar na condução clínica, por isso, afirma-se categoricamente que não há tratamento psicanalítico sem transferência. A transferência é o mecanismo no qual se dá o deslocamento do investimento libidinal insatisfeito para a figura do analista, com vistas à satisfação. O analisando inclui o analista numa das séries psíquicas através das quais estabelece um modo de conduzir-se na vida erótica.

De acordo com Freud (1911/1996), no processo transferencial, o indivíduo, de forma inconsciente, tende a repetir as escolhas dos objetos amorosos ao longo da vida. Esta repetição deve-se tanto à influência das disposições congênitas, como das experiências afetivas da primeira infância, quando foram moldadas as primitivas formas de satisfação das pulsões. Conscientemente o sujeito não consegue responder à questão que se coloca diante de si: por que os objetos amorosos elegidos durante a vida são semelhantes entre si? Para obter tal resposta, o sujeito, então, recorre para um outro conceito, o inconsciente, com suas características peculiares (atemporalidade, amoralidade etc.) e suas próprias leis de funcionamento (o processo primário, marcado pelos mecanismos de condensação e de deslocamento e pela compulsão à repetição).

Para compreender o porquê dos objetos se repetirem, faz-se necessário lembrar da questão da satisfação libidinal ou, mais especificamente, na constituição inicial do sujeito estar ligada à satisfação pulsional, isto é, aquilo que na história do sujeito se inscreveu como simbolização por ocasião do recalcamento primordial. Como tudo o que é da ordem do inconsciente insiste, aquilo que no campo pulsional não foi satisfeito e ficou reprimido tende a retornar e exigir satisfação. Nesse sentido, é esperado que o paciente, sob as condições favorecidas pelo dispositivo analítico, vá buscar o caminho da gratificação não promovida no passado e tentar resolver suas demandas afetivas insatisfeitas (o reprimido infantil), reactualizando-as perante a figura do analista (FREUD, 1911/1996).

Na transferência, o analisando atribui ao seu analista certas posições correlativas àquelas nas quais se encontram as figuras primordiais para ele desde o início de sua vida. Onde, é mister que apareça um traço pelo qual a pessoa do analista seja identificada com uma pessoa do passado. Nesse processo, encontra-se solidificado aquilo que o sujeito espera do Outro a quem ele se dirige, uma experiência que o sujeito tem muito próxima da verdade do seu desejo, revelando sua forma de lidar com ele, demonstrando que o inconsciente não é um reservatório do passado, mas algo que se atualiza no presente (FREUD, 1913/1966).

Para Lacan (1974), a transferência é um fenômeno ilusório, na qual o sujeito acredita que o analista terá respostas para sua demanda e que suas verdades encontram-se já dadas no analista e que este a conhece de antemão. Esse “erro subjetivo” é imanente à entrada em análise. Essa subjetividade correlata ao saber como efeito constituinte da transferência é o que Lacan formulará como sujeito suposto saber. Para o autor, cada vez que, para o sujeito, essa função do sujeito suposto saber é encarnada por quem quer que seja, analista ou não, isso significa que a transferência já está estabelecida.

Porém, Lacan (1974) adverte que se o analista aceita essa posição de sujeito suposto saber, ele não deve de maneira alguma identificar-se com essa posição de saber, pois é um erro, uma equivocação. A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada no “mal-entendido”. Sua posição, muito mais do que a posição de saber, é uma posição de ignorância, não a simples ignorância ignara, mas a ignorância douta, um convite não apenas à prudência, mas também à humildade, uma precaução contra o que seria a posição de um saber absoluto. Pois, identificar-se com essa posição é transformar a análise em uma prática baseada em uma teoria (ou uma teologia), que não inclui a falta.

Lacan (1974) mostrou que o suporte, o estímulo da transferência com a estrutura neurótica é o sujeito suposto saber (SsS), uma suposição que o paciente tem, pois acredita que o analista sabe algo sobre seu sintoma. Na análise, trata-se de uma fala dirigida a um suposto saber, e não há análise sem essa ocorrência, mas não se trata de um saber qualquer, mas de um saber sobre o Inconsciente, onde a fala dirigida ao saber contém alguns questionamentos, tais como: “quem sou eu?”, “por que ajo assim?”, “onde estou no meu sintoma?”, “qual é o meu desejo?”. Como o saber é da ordem do gozo, Lacan pontua que é precisamente na análise do psicótico que se observa a correlação entre saber e gozo, isto é, a paridade do sujeito suposto saber com o sujeito suposto gozar. A suposição de saber que o neurótico atribui ao analista é substituída no psicótico por uma certeza que o Outro tudo sabe a seu respeito e isso é para ele coisa certa.

Ainda de acordo com o autor, na análise do neurótico há uma junção do desejo do analista com o desejo do Outro, que fala pela boca do analisante. Já na análise do psicótico, o desejo do analista está sozinho, pois não há inclusão da falta do Outro, o que emerge na figura do analista, é um Outro que goza, e não um sujeito suposto desejar. À medida em que o desejo é correlacionado à falta, à falta-a-ser, própria do neurótico, é difícil falar-se de desejo na psicose, onde não há inclusão da falta do Outro, que emerge na figura do analista, o que emerge é um Outro que goza, e não um sujeito suposto desejar.

Segundo Lacan (1998), o amor é o efeito da transferência, mas efeito sob o aspecto de resistência ao desejo como desejo do Outro. Ao surgimento do desejo, sob a forma de questão, o analisante responde com amor; cabe ao analista fazer surgir nessa demanda a dimensão do desejo, que é também conectado ao estabelecimento do sujeito suposto saber. Pois, de acordo com o autor, a transferência é definida como o amor que se dirige ao saber. Porém, sua finalidade, como a de todo amor, não é o saber, e sim o objeto causa do desejo. A transferência como repetição em que os significantes da demanda são endereçados ao Outro do Amor, ao analista vem contrapor-se a transferência como um encontro da ordem do real do sexo. É o objeto “a” que, ao vir obturar a falta constitutiva do desejo, torna esse objeto maravilhoso, tão desejado.

Em conformidade com qualquer prática psicanalítica, o trabalho com o psicótico acontece a partir do sujeito. Contudo, não se trata de um sujeito dividido pela linguagem e que vai se endereçar ao analista como sujeito que supostamente sabe sobre seu sintoma. A psicose se endereça ao analista como sujeito para que este testemunhe sobre sua experiência na linguagem e sobre a maneira como consegue se posicionar nesse lugar (LACAN, 1988).

O psicótico, desde o início, mantém uma relação peculiar com o campo do Outro, não há uma barreira simbólica. Dessa forma, o que permanece, então, é uma relação especular, imaginária. Uma vez que, o psicótico não conseguiu, ou perdeu esse Outro. Assim, ele encontra o outro puramente imaginário. Portanto, é nesse lugar que o analista será colocado por seu paciente psicótico, cabendo-lhe manejá-la essa relação imaginária que será instaurada (LACAN, 1988).

Desse modo, fica evidente que o analista não ocupa a mesma posição quando trabalha com o sujeito neurótico. Nas psicoses, o analista precisa se prevenir de incorporar o Outro, buscando um lugar vazio de gozo que possa produzir um corte capaz de convocar esse sujeito. É necessário barrar o gozo do Outro, criando intervalos nos quais o sujeito possa se alojar. Seja pela via imaginária, pela via simbólica, ou pela via real, isto é, procurar orientar-se pelo estilo

de construção de respostas de cada sujeito pelo vetor que orienta a clínica das psicoses (LACAN, 1958).

Lacan (1998) propõe que o analista estabeleça uma concepção apropriada sobre a manobra da transferência em relação à análise do psicótico, criando estratégias no intuito de criar uma situação favorável para alcançar seu objetivo, ou seja, a direção da “cura”, (estabilização). Esse movimento, tem por objetivo manobrar a transferência e dirigi-la com o objetivo estratégico de barrar o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose. Essa estratégia utilizada pelo analista tem a intenção de não se colocar em posição de objeto de uma erotomania mortífera, a qual o paciente tenta colocar o analista, em decorrência da lógica dessa estrutura. Para tanto, é necessário que o analista apreenda sempre em que lugar o analisante o situa, para poder se contrapor com outra manobra, visando que o analisante se instaure como sujeito e não como objeto do gozo do Outro. Posto isto, a postura do analista diante de um psicótico deve ser a de dizer não ao gozo do Outro para que o significante possa advir.

De acordo com Quinet (2018), a possibilidade de haver estabilização no sujeito psicótico ocorre quando o analista se propõe a escutar seus delírios, e deles extrair estratégias de manejo, utilizando alguns mecanismos de estabilização que poderão dar suporte ao tratamento, quais sejam: estabilização pela metáfora delirante; estabilização pela passagem ao ato; e a estabilização a partir da obra artística, seja ela pelo viés da música, pintura ou escrita.

Na estabilização, por meio da inclusão da metáfora delirante, ocorre uma forma de suprir a falta do Nome-do-Pai, ou seja, é necessário que algo consiga fazer um enlaçamento entre os três registros (real, simbólico e imaginário), para que eles consigam se associar e, de certa forma, formar um simbólico de suplência. O advento da metáfora delirante tem como função suprimir o Nome-do-Pai foracluído do simbólico. “A indução do significante permite-lhe instituir uma ordem, apesar de delirante, e reconstruir o mundo, permitindo ao sujeito dar significação aos seus significantes e daí a construir o mundo por intermédio da significação delirante” (QUINET, 2018, p. 46).

No mecanismo da passagem ao ato, o sujeito começa a viver numa relação dual com o Outro, como se fosse por um reflexo especular. Nesse processo, seu sistema psíquico começa a trabalhar de forma excludente, querendo excluir a si mesmo, ou ao outro dessa relação dual. Podendo ocorrer automutilação e heteromutilações, em que o sujeito pratica atos violentos tanto em si mesmo como nos outros. Este tipo de estabilização não é indicado pelos especialistas (QUINET, 2018).

E, por fim, a estabilização através da obra, em que, por meio da sublimação é realizada uma retificação do simbólico, onde se consegue moldar o delírio, para o que seja esteticamente

aceito dentro da sociedade, através da criação, através da arte, seja ela a música, a pintura e até a escrita (como acontece com Schreber, ao escrever suas memórias), em que deposita o gozo incessante do Outro, fazendo com que ele se localize fora do corpo, no caso, sendo posto na obra (QUINET, 2018).

De acordo Soler (1993), no processo transferencial com psicóticos, o analista é colocado em uma relação especular que não conta com uma barra simbólica. Diante da ausência desse espaço, a tendência para o psicótico, é se misturar a este Outro. Dessa forma, uma resposta dada pelo analista pode ser interpretada no campo de um gozo invasivo. Portanto, para a autora, posicionar-se como testemunha (supõe-se um sujeito não gozar, não saber, que apresenta um vazio no qual o sujeito poderá colocar seu testemunho) significa disponibilizar ao psicótico um espaço para que ele direcione a interpretação dos fenômenos que lhe concernem. O psicótico testemunha sua condição de objeto perante o Outro, interpretando os fenômenos e incutindo-lhe algum sentido. Essa interpretação poderá se tornar uma construção delirante e será facilitada quando o psicótico encontra no analista este Outro menos invasivo.

Ainda segundo Soler (2007), a possibilidade de intervenção do analista em um tratamento com neuróticos, tem-se a interpretação como a principal intervenção, haja vista o gozo recalado possível de se interpretar. Em contrapartida, na psicose, a interpretação está do lado do sujeito psicótico, pois não há recalque, mas invasão de gozo, diante desse gozo, o sujeito que se colocará a interpretar delirantemente. Portanto, de acordo com a autora, é possível pensar, então, que a clínica da psicose envolverá alguns manejos específicos, onde o analista ocupará a posição de testemunha e a de orientador do gozo do sujeito psicótico.

3.3 O LUGAR DO ANALISTA NA CLÍNICA DAS PSICOSES

No tratamento da psicose, conforme Quinet (2018), caberá ao analista não impor as possibilidades do simbólico, mas manter os significantes que são trazidos pelos psicóticos, nos quais dão forma ao real. E é a partir desses significantes, que poderão surgir outros significantes capazes de fazer com que o sujeito consiga manter sua estabilidade. Trata-se, para o analista, de exercitar eticamente sua posição para atingir o real da incidência do significante, a despeito de sua falta de sentido no discurso psicótico.

O trabalho do analista com psicóticos, em princípio, deve ser de secretário do alienado, ou seja, tomar ao pé da letra o que este sujeito conta, o que não quer dizer ser, uma posição de impotência. Trata-se de saber escutar aquilo que os psicóticos manifestam de sua relação com o significante. Trata-se de secretariar, constituindo-se o analista como testemunha da relação

do sujeito com o Outro. Entretanto, entre a posição de testemunha e a posição de perseguidor, entre ser seu secretário e ser o objeto de sua erotomania, existe uma grande aproximação entre essas duas posições. Pois, ocupar o lugar do Outro absoluto para o psicótico é uma consequência lógica da análise, é assim que se manifesta a sua transferência (QUINET, 2018).

A dificuldade do analista nessa situação, segundo o autor, está em não aceitar essa posição e ao mesmo tempo manter o laço analítico, orientando a direção da cura do psicótico no sentido de passar do Outro não barrado ao Outro barrado. Isto significa promover o esvaziamento do Outro, provocar a falta no Outro, criando condições para fazer advir o significante e barrar o gozo proibido àquele que fala. Se a única maneira de cingir o real é por intermédio do simbólico, é pela fala que algo de esvaziamento do gozo pode vir a se produzir (QUINET, 2018).

Para Soler (2007), no atendimento com pacientes psicóticos, o analista deve abster-se de dar respostas quando convocado a suprir o vazio da forausão por meio do dizer do paciente, quando este tenta preencher esse vazio com seus imperativos, esquivando-se assim, da erotomania. Outrossim, cabe ao analista intervir como uma função de limite ao gozo do Outro. Este processo propicia uma inversão na forma como se trabalhar com as estruturas clínicas: no neurótico há uma retificação do sujeito, já no psicótico, há uma retificação do Outro. Desse modo, se na psicose a desestabilização se dá devido à falta da significação fálica, consequência lógica da falta da metáfora paterna, a construção de uma metáfora delirante pode servir como ponto de basta, criando um ponto de parada no deslizamento do significado sob o significante (SOLER, 2007).

Quinet (2018) argumenta que irremediavelmente não há como evitar que o analista venha a ocupar o lugar de erotomania mortífera no tratamento com o psicótico. Porém, cabe ao analista manobrar a transferência de uma forma que ela barre esse gozo mortífero que invade o sujeito psicótico, fazendo com que ele saia da posição de objeto de gozo do Outro, e passe a ocupar a posição de sujeito, para que possa haver um tratamento adequado. A postura do analista diante de um psicótico deve ser a de dizer não ao gozo do Outro para que o significante possa surgir.

Calligaris (2013) pontua que no tratamento com psicóticos a transferência pode aparecer como um Outro devorante, principalmente quando o paciente se encontra em crise, ou seja, o sujeito psicótico se coloca no lugar de sacrifício ao gozo do Outro. Desse lugar de “Outro Devorante”, surgiu, o termo “saco de objetos”, utilizado pelo autor, para ilustrar como é a relação do psicótico com o seu corpo, e elucidar esse sacrifício ao gozo do Outro em que este aparece como “[...] pedaços espalhados proposta à Demanda Imaginário do Outro”

(CALLIGARIS, 2013, p. 87), permanecendo nessa posição até conseguir elaborar uma metáfora delirante.

A respeito da Demanda Imaginário do Outro, Calligares (2013) assevera que o sujeito psicótico, ao se deparar com o Outro, realiza um sacrifício para atingir essa demanda endereçada ao Outro: “[...] o que o sujeito recebe, vindo do Outro, é um pedido de entrega não negociável simbolicamente, ao qual ele responde ou com uma entrega Real, ou com uma entrega alucinada” (CALLIGARIS, 2013, p. 93). O autor resgata o lugar de certeza que essa estrutura carrega, não havendo referência a um Sujeito Suposto Saber, pois é ele (o próprio sujeito psicótico) quem irá sustentar essa posição em todas as situações que surgem e, na análise, não será diferente. A posição do psicótico, ao se deparar com o analista, é a de que este último não sabe absolutamente nada ao seu respeito, pois o único capaz de saber algo, é ele mesmo.

Calligaris (2013) argumenta que é possível trabalhar a transferência com pacientes psicóticos na crise, em dois momentos: primeiro, é pensar o lugar paterno que voltou no Real e que o tecido do que vai voltar no Real é um tecido simbólico e imaginário, e certamente há uma possibilidade de trabalhar analiticamente nesse tecido. No segundo momento, a posição transferencial ocorre numa encarnação do Outro imaginário, enquanto sendo o Outro ao qual o paciente vai ser entregue na medida em que a constituição da metáfora delirante não tiver êxito.

O autor exemplifica esse processo descrevendo o trabalho com pacientes esquizofrênicos, onde esse lugar paterno e a encarnação do Outro imaginário são lugares que se substituem um ao outro, até o ponto em que o analista nunca saberá distinguir de qual lugar o psicótico está falando, se do lugar paterno ou do lugar imaginário, de um pedido total do Outro. Assim, a análise com esquizofrênicos é possível por não ser completa a regressão ao narcisismo, a análise pode servir-se dos resíduos de relações com a realidade e, bem das tentativas espontâneas de recuperação que o paciente empreende. Porém, existe sempre o perigo de que o procedimento analítico, forçando os conflitos do paciente, leva-o a um episódio psicótico.

Calligaris (2013, p. 89) ainda relata que o psicótico coloca o analista na posição de um polo paterno no Real. Isto é, o analista seria, então, “[...] o lugar da instância paterna que voltou no Real”. Essa posição de polo paterno se encontra num lugar imaginário e simbólico de onde será possível constituir o delírio e a metáfora delirante, possibilitando um lugar de escuta do paciente psicótico. Conforme o autor, o que falta no simbólico vem ocupar esse lugar de referência paterna no real e irá falar para o analista como uma alucinação auditiva. A alucinação

é algo que tem a necessidade de realizar um esforço para que possa ocupar um lugar na realidade.

Por outro lado, Rabinovitch (2017, p. 232) retoma referências fundamentais tanto no campo conceitual freudiano como no lacaniano, para realizar uma leitura particular a partir de interrogações, tais como: “A foracclusão não nos conduz, assim, já que a ausência de toda inscrição prévia impõe a invenção, para uma nova definição do saber?”. Neste estudo, a autora pontua que foi com a conotação do sem lugar, do sem destino, do errante, que o termo entrou para a psicanálise, para designar o lugar dos loucos, dos verdadeiros “presos do lado de fora”, para aqueles que não encontram seu lugar no inconsciente. Já que o termo foracluir consiste em expulsar alguém ou alguma coisa para fora dos limites de um reino, de um indivíduo, ou de um princípio abstrato, tal como a vida ou a liberdade, então, foracluir consiste pois, afinal, em expulsar alguém para fora das leis da linguagem.

Então, conforme Rabinovitch (2017), o retorno do foracluído vem localizar o nada do inconsciente e o vazio do Outro. A frase “Entre os presos do lado de fora”, são os pensamentos, vozes, sensações que vêm de fora. Quando a autora versa sobre o retorno do foracluído, localiza-os no sistema percepção-consciência, onde eles não podem inscrever-se, mas apenas experimentar-se, pois estão localizados no vazio criado pela abolição de inscrições mnésicas. O retorno do foracluído, para a autora, habita esse bizarro lugar psíquico, onde nada se imprime como uma marca, porém não cessa de reaparecer, levado, suportado pelo que se ouve, pelo que se vê, pelo que se sente, pelo que se lê, o significante lançado numa completa escuridão.

Diante desse entendimento do foracluído, a autora propõe as nomeações de *atual* e *endereço* para *tempo* e *lugar* do retorno do foracluído, enfatizando que o foracluído constitui o corpo, enquanto objeto que não é separado do sujeito, implicando assim no retorno que constitui *o sujeito em endereço*; o qual, tendo o nada no lugar do Outro, encontra o gozo do corpo como gozo louco, que faz o sujeito ser exilado mais uma vez. Pois nada se pode reconhecer de um Nome-do-Pai a partir de um fragmento psíquico rejeitado, ele fica para sempre desfigurado. É desse lugar que a autora destaca que é do retorno de uma voz psicótica que surge a figura mortífera, sendo o sujeito efeito desse foracluído.

Na visão de Rabinovitch (2017), no encontro do psicanalista com o psicótico, somente a palavra autoriza reduzir o percurso de um ao outro, um percurso psíquico, um espaço que a angústia pode tornar imenso. Retomando a teoria de Lacan (1966), a autora inverte essa frase “não há fala sem resposta, mesmo se ela só encontra o silêncio, desde que haja um interlocutor”, da seguinte forma: “toda palavra do analista faz apelo a uma resposta, mesmo se ela só encontra o silêncio do psicótico, porque é ele o auditor que ali vai para escutar o analista dizer o que ele

pensa” (RABINOVITCH, 2017, p. 323). Um a mais de presença, porém, para ouvir esse a mais é necessária uma espécie de nada. Nada de eu, onde se está só, como está esse “outro” que afirma o psicótico entre ele mesmo e o Outro.

Rabinovitch (2017) assevera que o psicótico não procura o analista para dar sentido a sua vida, sua história pouco importa para ele, por isso, será inútil realizar anamnese, uma vez que a história do psicótico está misturada aos fragmentos do mundo. As lacunas da sua história são remendadas pelo delírio, tentativas de cura, pois o tecido que ainda não é uma narrativa é restaurado pelas peças feitas de frangalhos do sujeito, eliminadas dentro e retornadas de fora, onde uma falha da relação do sujeito com o mundo desfaz a continuidade, ali onde ficou fragmentada uma possibilidade de subjetivar a realidade. A história do psicótico só se conjuga no presente de sua presença.

Conforme Rabinovitch (2017), toda análise inicia com o Outro completo, o qual Lacan denominou de Sujeito Suposto Saber, onde o que está em jogo na análise é o reconhecimento de uma falta radical no Outro e a inexistência de um sujeito suposto ao saber inconsciente. O psicótico sabe que não há outro completo a quem pedir um saber, ele sabe que são as vozes, os olhares e os pensamentos que lhe tornam visível, audível e legível, esse saber. Não falta nada nesse saber que convoca o Outro do delírio, e que toma corpo no Outro do corpo. Esse processo está relacionado com uma continuidade que se instala entre o Outro do delírio (sentido da existência do psicótico) e o Outro do corpo (retorno do foracluido).

Diante dessa continuidade, de acordo com Rabinovitch (2017), o analista é apenas um pedaço de real a decifrar no olhar, na voz ou no gesto, onde é encarnado o gozo do Outro. O analista empresta pedaços do seu corpo para o psicótico diante desse gozo desmedido. No entanto, essa entrega não quer dizer que o analista se torna o Outro delirante de seu paciente, mas simplesmente o enganado que caiu na armadilha dessa estrutura. Nesse campo em que reaparece o foracluído, é o psicótico que escuta e olha o analista, e até mesmo o suporta.

Rabinovitch (2017) assegura que o psicótico e o psicanalista suportam a transferência alicerçados no real, porém de formas distintas, quais sejam: o psicanalista com os recursos do real da ficção que o sustenta, e o psicótico com o real esvaziando seus pensamentos não recalados. Dois sujeitos, então, entretanto, só o analista está em posição de pensar e de dizer o que ele pensa. É por essa razão que o psicótico o escuta, um diálogo particular, onde nenhum dos interlocutores é suposto saber, mas do qual um deve dizer em voz alta o que ele não pode captar do pensamento do outro. A autora exemplifica esse diálogo por meio de alguns atendimentos seus, onde precisa falar com detalhes, com muita clareza, para os pacientes sobre

o que ela pensa sobre eles. Realmente, materializar seus pensamentos, quando normalmente o analista fica na posição do “eu não penso”.

Posto isto, de acordo com Rabinovitch (2017) a transferência se baliza pela maneira segunda a qual o analista se vê obrigado a trabalhar, porém, esse trabalho se torna bem mais árduo com pacientes psicóticos. O analista é levado a trabalhar estando completamente presente em pessoa, como sujeito, o real da presença, como diz Lacan (1996, p. 387), “o inconsciente é a presença real sexuada, em ato”. Essa sentença retrata que no paranóico o inconsciente está completamente no exterior, como exemplo, na associação livre, o psicótico se entrega sem reservas, dizendo absolutamente tudo, mesmo as piores ideias, imagens, que lhe vem ao pensamento em relação ao analista. Diante dessa situação, o analista é obrigado a trabalhar diferentemente, estando completamente presente e respondendo presente cada vez que abre a boca. Assim, conforme a autora, não existe possibilidades de atendimentos com pacientes psicóticos de forma remota.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu investigar a clínica psicanalítica das psicoses, o lugar do analista e o seu manejo nessa clínica, através da consulta aos variados escritores psicanalistas, permitindo assim, encontrar algumas possibilidades de posição designada ao Outro do sujeito psicótico frente à transferência na clínica da psicose. Essas fontes bibliográficas não só retomam os propósitos freudianos, mas também permitem avançar com a possibilidade de tratamento trazida por Lacan, assim abrindo novos horizontes para o tratamento com psicóticos, que Freud contraindicava, por ele não conseguir estabelecer o laço de amor transferencial com o analista.

Procurou-se demonstrar que pode haver tratamento psicanalítico para as psicoses, pois é possível o processo transferencial demonstrado ao logo do texto, que serão recapitulados novamente. Primeiramente a posição que o psicótico designa ao Outro de acordo com Lacan (1998), Quinet (2018), Calligaris (2013), Soler (2007), Maurano (2010), Guerra (2010) e Rabinovitch (2017). Para sustentar essa posição que o psicótico coloca o analista, é imprescindível que o analista “manobre” a transferência, de uma forma que possa barrar esse gozo que invade o sujeito. O tratamento deve se concentrar na compreensão do lugar existencial do psicótico e do analista, nesse lugar de sustentação da fala, construído passo a passo, de acordo com as diretrizes apontadas pelo sujeito. Esse ambiente constitui-se através da presença e do desejo do analista, na disponibilidade de acolhimento da diferença que define o discurso do sujeito na psicose, ouvindo suas produções, para delas extrair a direção para seu tratamento possível.

Rabinovitch (2017) tem outra visão na forma como trabalhar com o psicótico, ressaltando que o psicótico não vem ao encontro do analista para lhe pedir o sentido de seus sintomas, nem reclamar um apaziguamento, ele vem pedir-lhe “seu temperamento”, seu corpo. Ou seja, o psicótico pede ao analista a temperatura dos seus sintomas, um relatório, através de uma leitura feita pelo analista, e desta leitura, o psicótico faz uma narrativa. Assim, o analista deverá fazer a leitura dos sintomas, reformular os dizeres do paciente, respondendo suas questões, participando dessa narrativa, não com sua boca, mas com o peso real da sua existência, o que inevitavelmente o levará a renunciar seu sonho de arquiteto.

Nessa posição que o psicótico coloca o analista, Rabinovitch (2017) nomeou de “outro imaginário não especular”, onde o analista diz o que pensa, não estando em posição do outro especular. No neurótico, pode-se usar essa metáfora: o analista é um espelho sem a tinta, já com a psicose, deve-se usar a metáfora, terreno de operação. Nesse terreno, a intervenção de um outro não especular deixa o corpo no lugar que é o dele, não põe em jogo o outro, e isso lhe deixa a via livre.

Destarte, esse trabalho foi uma tentativa de trazer a reflexão a clínica psicanalítica das psicoses como um assunto para ser constantemente debatido, necessitando de estudos criteriosos para conseguir se adequar às possíveis demandas que surgirem. Onde mostrou-se uma possibilidade de tratamento pelo viés psicanalítico das psicoses, considerando que nessa abordagem, o instrumento de suma relevância é a escuta. Acredita-se que, dessa forma, ouvindo os sujeitos, é possível fazer avançar as reflexões da psicanálise, independentemente da estrutura clínica escolhida para o tratamento, a disponibilidade do acolhimento de uma verdadeira escuta, parece ser uma das alternativas possíveis para que haja um correto atendimento clínico.

Espera-se que essa investigação desperte alguns questionamentos e desenvolvimento de trabalhos empíricos e teóricos sobre esse tema tão instigante que é a psicose. Pois, trata-se aqui de estar sempre atento à possibilidade de interrogar continuamente esse campo tão vasto de possibilidades de diversas leituras, sem uma colocação presa em algum lugar, seja o de uma aceitação dogmática ou de uma negação das dificuldades que o psicótico traz, mas, acreditar e apostar nesse campo, que exige sempre novos desdobramentos.

REFERÊNCIAS

- BIRMAN, J. (2003). **A clínica na pesquisa psicanalítica.** In **Atas do 2º Encontro de pesquisa acadêmica em psicanálise: psicanálise e universidade** (p. 7-37). São Paulo: PUC-SP.
- CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses.** Porto Alegre: ArtesMédicas, 2013.

- FREUD, S. (1911). **O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e Outros Trabalhos.** In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1911). **Observações sobre o amor transferencial** (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). **Obras Completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976, 205-223. (Edição Standard Brasileira, Vol XII).
- _____. (1913). **Sobre o início do tratamento** (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). **Obras Completas.** Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp. 161-187. (Edição Standard Brasileira, Vol. XII).
- _____. (1924). **A perda da realidade na neurose e na psicose.** In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1927). **A questão da análise leiga.** In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 20 Vol. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- GIL, A. C. (1946). **Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil.** - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002.
- GUERRA, A. M. C. **A psicose.** Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- KAHLBAUM, K. **A catatonia ou a loucura da tensão.** In: **Alberti, Sonia (Org.). Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; Marca D'Água. 1999.
- KAPLAN H. I.; SADOCK B. J.; GREBB J. A. **Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.
- LACAN, J. **De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses** (1958). In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- _____. **O saber do Psicanalista.** Seminário inédito, 1974.
- _____. (1955/56) **O seminário: livro III. As psicoses.** Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1988.
- LOPES, J. L. **A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria.** Rev. Bras. Psiquiatria, São Paulo, v.23, n.1, p. 28-33, mar. 2001.
- MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MAUER, S. K.; RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: Manual introdutório a uma estratégia clínica.** Campinas: Papirus, 1987
- MAURANO, D. **Desdobrando as psicoses.** In: Francisco R. de Farias. (Org.). **Psicose: ensaios clínicos.** 1ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010, v. 1, p. 87-125

POSTEL, J. **Dictionnaire de la psychiatrie**. Paris: Larousse. 2003.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. Novo Hamburgo: Feevale – 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>>. Acesso em: 26/05/2020.

QUINET, A. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

RABINOVITCH, S. **A foraclusão: presos do lado de fora**. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

SAGGESE, E. **Adolescência e Psicose: transformações sociais e os desafios da clínica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

SOLER, C. **O inconsciente a céu aberto**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.