

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA  
CURSO DE PSICOLOGIA

**A PSICOSE EM DOIS ATOS**

ANDREZA SILVA DOS SANTOS

CAMPINA GRANDE - PB

2016

ANDREZA SILVA DOS SANTOS

**A PSICOSE EM DOIS ATOS**

Trabalho apresentado à Unidade Acadêmica de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande/PB, em cumprimento às exigências para obtenção do título de bacharel em Psicologia sob orientação do Prof. Ângelo Giuseppe Xavier Lima.

CAMPINA GRANDE - PB

2016

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”- UFCG**

S237p

Santos, Andreza Silva dos.

A psicose em dois atos / Andreza Silva dos Santos. – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

40 f. il.:Color. 21 x 27,9 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Ângelo Giuseppe Xavier Lima.

1. Psicose. 2.Psicanálise. 3.Ética. I. Lima, Ângelo Giuseppe Xavier. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964 (813.3)

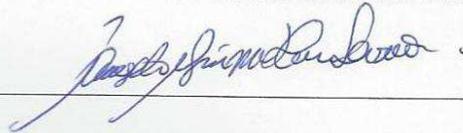
ANDREZA SILVA DOS SANTOS

**A PSICOSE EM DOIS ATOS**

APROVADO EM: 12 de maio de 2016

NOTA: 10,0

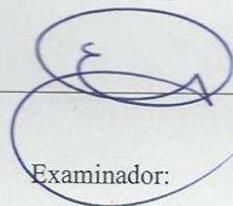
**BANCA EXAMINADORA**



---

Orientador:

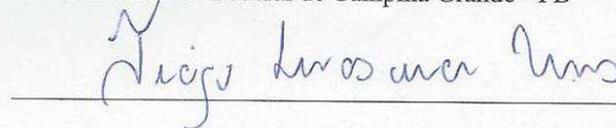
Prof. Angelo Giuseppe Xavier Lima.  
Universidade Federal de Campina Grande - PB



---

Examinador:

Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio  
Universidade Federal de Campina Grande - PB



---

Examinador:

Prof. Ms. Tiago Iwasawa Neves  
Universidade Federal de Campina Grande - PB

Aos pacientes da Clínica Dr. Maia.

E ao meu pai, que foi impaciente.

## RESUMO

Este trabalho foi construído dentro e fora da Academia. É fruto de estudos, de encontros, de estágios e poesia. Narra a minha partida, enquanto chegada e saída pelo curso de Psicologia e pela ética de uma teoria, que me orienta e me fascina. Contém histórias sobre o que é possível e o valor do impossível no se fazer, do ato ético e poético no ouvir e no dizer. É a junção de dois momentos passados perto de um tema, expressa impressões e elaborações de um problema. É um trabalho que apresenta o meu desejo de conhecer a psicose. Isso não rima com nada.

**Palavras-chave:** Psicose; Psicanálise; Ética.

## **ABSTRACT**

This study was built inside and outside of the university. It is the result of studies, meetings, stages and poetry. It relates my departure as arrival and exit by the course of Psychology and by the ethics of a theory that guides me and fascinates me. It contains stories about what is possible and impossible in the value of the do, the ethical and poetic act on hear and say. It is the junction of two moments spent near a theme expressed impressions and elaborations of a problem. It is a study that has my desire to know the psychosis. That does not rhyme with anything.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>CARTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>7</b>
<b>PRIMEIRO ATO.....</b>	<b>10</b>
EPISÓDIO 1: O ENCONTRO COM A PSICOSE .....	11
EPISÓDIO 2: O OBJETO LIXO .....	12
EPISÓDIO 3: O CORPO DE MOLHO .....	13
EPISÓDIO 4: DO ENTE .....	14
EPISÓDIO 5: A PORTA DESAPARECIDA .....	15
EPISÓDIO 6: O RUÍDO E O QUE RUI .....	16
EPISÓDIO 7: A CÂMERA SE INCLÍNICA .....	18
<b>FIM DO PRIMEIRO ATO .....</b>	<b>19</b>
<b>SEGUNDO ATO .....</b>	<b>20</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>21</b>
A PSICOSE PELA PSICANÁLISE: DE FREUD A LACAN .....	22
A ÉTICA DA PSICANÁLISE .....	29
A CURA NA CLÍNICA DAS PSICOSES.....	33
<b>FIM DO SEGUNDO ATO .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>37</b>

## CARTA INTRODUTÓRIA

Campina Grande, 16 de abril de 2016

Caro leitor,

Faz tempo que pejo em escrever-lhe algo. Disseram-me que para me formar, eu precisaria escrever um TCC: Trabalho de Conclusão de Curso. É de consenso na universidade de que essa necessidade é critério. Separa quem passa de quem não passa. Untados na forma da ABNT, centenas de alunos assam. Diversos gostos de uma mesma matéria, codinome disciplina. Aqui alunos pagam disciplinas, alunos pagam pelas cadeiras. Pois já que é assim, já que pago, quero ter o direito de sentar nessa cadeira e é isso que agora faço. Quero sentar nessa cadeira e escrever meu TNP: Trabalho de Narração de Percurso (por favor, em cada palavra acrescente um pancada na mesa). Pronto, e agora após as pancadas, por favor, acrescente-se à mesa, pois quero contar-lhe uma história, quero temperar esta matéria para que eu me passe mais saborosa.

Meu nome é Andreza Silva dos Santos. Silva de mãe dos Santos do pai. Cresci pelas ruas e pelos cantos, brincando e pensando na morte vida das bonecas. Fui banhada pelas águas do batismo e batizada com as bênçãos das perguntas. Perguntar me ensinou a ler, a aprender e a descrever. Foram perguntas que me trouxeram à Psicologia: ‘Qual é a história desta pessoa? ‘Como se construiu essa vida?’ Desde sempre me interessei por histórias. Acredito que psicólogo é ser escutador de histórias. Na minha história, está o motivo para minhas escolhas. Motivo desconhecido, descortinado, camuflado, vivo; como as histórias, que se escutam e se contam. “Ah, por isso”.

Conheci o *isso* participando de grupos de estudos de Psicanálise. Foi em um grupo de estudo onde primeiro se esboçou a pergunta, que me fez querer estudar a psicose. “Professor, psicótico sonha”? Essa pergunta me trouxe até aqui, até esta história que irei contar. Conto a história de duas partes que se somam e se dividem. A parte onde estudo a psicose e a parte onde escuto a psicose. A história é uma só, mas ela é composta por elementos de naturezas diferentes. Estudei a psicose a partir de uma pesquisa na universidade, realizada durante o período de dois anos. Nesse tempo, formulei perguntas, li alguns autores e construí relatórios esboçando as articulações, que consegui elaborar com a ajuda da teoria. A outra parte, a parte

onde escuto a psicose, aconteceu dentro um hospital psiquiátrico, onde tive a oportunidade de estagiar durante um ano.

Tentei escrever o resultado desses dois trabalhos em um único texto e me deparei com duas escritas muito diferentes. Eu me incomodei. E me perguntei o motivo. Ao escrever, percebi que aquela escrita ‘científica’, ‘acadêmica’, ‘polida’ estava muito distante da maneira como eu conseguia escrever sobre a minha experiência viva e vivida no estágio. Fiquei numa fria. Comecei, então, a pensar no que fazia essas duas distintas serem tão diferentes. Percebi que a teoria que me orientava na pesquisa e no próprio estágio – a Psicanálise – reconhecia essa limitação para apresentar-se ao classificar a sua experiência de estudo e ensino como transmissão. Há algo desse saber que ela elabora e efetua que não se diz, que apenas se transmite, porque toca na ordem do impossível de nomear, no real. Eu só fui me dar conta realmente dessa condição, quando eu tentei dizer algo sobre o que vi e aprendi no estágio, porque até então, enquanto eu lia e escrevia sobre a psicose dos e pelos livros, tudo se encadeava, formalmente e rigorosamente. Mas na prática não havia categorias, o real me encandeava.

Agora eu entendo o motivo de não conseguir justificar teoricamente a escolha e formulação de minhas atividades no estágio antes de realiza-las. Eu sabia que eu não podia determinar aquela experiência a partir de meu conhecimento sobre a psicose, porque o mais importante passava ao largo do saber. E o que eu conseguia tocar com o saber, eu só sabia *a posteriori*. Tudo o que fiz foi uma tentativa, uma aposta, a partir dos elementos que os sujeitos me ofereciam. Isso eu aprendi com a própria psicanálise, com as diretrizes de sua ética, que me ofereceu uma leitura, um jeito de olhar e uma postura diante do outro. A Psicanálise é como uma câmera por onde se enquadra o campo de visão, por onde se consegue focar, se aproximar e se afastar dos detalhes. É um elemento que posiciona o olhar. Todas as suas formulações culminam nisto: na construção de um douto ignorante, ou seja, de um certo ignorante sabido (não necessariamente sabedor).

Então, o que foi que decidi, no fim das contas? Decidi escrever uma carta contando essa minha inicial dificuldade. Nela pretendo resolver:

1. O que farei com o conteúdo da pesquisa?
2. Como contarei a experiência do estágio?

Resposta número 1: Colocarei o conteúdo da pesquisa em anexo a esta missiva. É um anexo diferente dos anexos utilizados em um TCC. É o anexo de um TNP. Compõe uma parte do meu percurso, foi elaborado por mim, está antes das referências e não vai em anexo por acaso. Vai neste sentido do dicionário:

**a•ne•xar** - Conjugiar (anexo + -ar)

verbo transitivo

1. Reunir (o que era independente) a outra coisa considerada principal. = APENSAR
2. Juntar, ligar.

Pode-se dizer que esse conteúdo que vai em anexo nunca foi realmente independente, mas é certo que ele se junta a algo que hoje considero como principal: a minha experiência com a clínica. Portanto, anexar esse texto foi a forma, uma verdadeira saída, que encontrei de juntá-lo, liga-lo a esta minha escrita. E acabou-se a briga. Uma palavra vai resolver essa partida. Encontrei a solução perfeita: irei apensar a teoria em um ato.

Resposta número 2: Para fazer jus a minha empreitada, contarei a minha experiência de estágio em forma de histórias, que serão percorridas por este papel em pequenos episódios, fábulas com protagonistas, mas sem moral no final, com questões. Neste percurso uma das coisas que aprendi é que respostas podem matar perguntas e em cemitério de perguntas a vista é grossa. Não descreverei as atividades. Não apresentarei a instituição. Contarei histórias.

Aguardo retorno.

Atenciosamente,

Andreza Silva

**PRIMEIRO ATO:**

Minha passagem pelo Hospital Psiquiátrico.

*Para que conto isto ao senhor?*

*Vou longe.*

*Se o senhor já viu disso, sabe; se não sabe, como vai saber?*

*São coisas que não cabem em fazer ideia*

*(Grande Sertão Veredas, Guimarães Rosa)*

Com que tipo de roupa se veste a psicose? Que cor ela gosta de usar? Ela prefere cabelo pintado ou cabelo natural? Sapatos ou alpercatas? O que é que acontece quando a gente encontra a psicose? Ela nos cumprimenta? Ela é simpática? Ela se acha? Afinal, quem procura a psicose encontra o quê?

## EPISÓDIO 1: O ENCONTRO COM A PSICOSE

Se você acha que sabe quem é a psicose, provavelmente você não vai encontra-la. Por que a psicose não existe longe de uma história que lhe dê cor de pele, cabelo e roupa. O contorno e a imagem com que a psicose se apresenta são criados pelo sujeito, aliás, pelos sujeitos. Então, mesmo uma psicose nua, sem muitos adornos, ainda será **uma** psicose. Terá a cor dos olhos de quem por ela vê, terá o tamanho de quem por ela vive. A psicose pode usar maquiagem, pode andar descalço, ou de salto alto. Portanto, se você quer conhecer a psicose, precisa primeiro abandonar a imagem que você mesmo construiu dela. Por que ela vai te aparecer de diversas formas, com diversas roupas, com diversas bolsas e inúmeros conteúdos. A psicose não existe sem uma história que lhe dê vida, que lhe caracterize. Não é algo que se isole em laboratório, não é algo biológico. Ela é de cada um. Como disse Lacan: é uma questão de sujeito.

Um dia, participando de uma atividade musical com os pacientes, a música tocando, os convites para dançar chegando, eu fui me dando conta do meu lugar, a partir de um movimento muito simples. O principal norteador da música é o tempo. Cada música tem seu andamento, sua pulsação. É ideal que tanto quem toque, quanto quem dance perceba e acompanhe esse tempo. Mas nem todas as pessoas conseguem fazê-lo. Ali, numa certa manhã, dançando com um paciente, que muito lentamente se movimentava no tempo acelerado de

uma música, percebi a verdadeira manobra que minha posição exigia. Ao invés de acompanhar o tempo da música, passei a acompanhar o tempo do paciente. E aquela dança anteriormente dessincronizada, porque eu não abria mão de respeitar o ritmo musical, tornou-se um movimento duplamente dessincronizado, pois eu me permiti ficar fora do tempo pra acompanhá-lo. Essa experiência me ajudou a definir o ritmo de minha atuação. Ele não poderia ser necessariamente o meu e poderia ser qualquer um. Percebi que seguindo o ritmo de qualquer um, ou melhor, de cada um, o limite de minhas intervenções se expandiam exponencialmente, portanto, não importaria o que eu fizesse, mas como e com quem fizesse. Foi assim que começou.

## EPISÓDIO 2: O OBJETO LIXO

Não me lembro do primeiro encontro, sei que eles costumavam ser bem parecidos. Ela chegava e dizia: “tome, minha filha”. Às vezes, plantas. Às vezes, pedras. Aos olhos de todos, sempre: lixo. Ela havia me elegido como um destinatário de seus presentes. Eu, estagiária de Psicologia. Ela, uma paciente. Ela me encontrava, me entregava, eu recebia e agradecia. Tudo o que ela me concedia muito valia: curava doenças, vendia fácil no mercado e me enriqueceria. O meu único movimento nessa relação era sempre receber os presentes como presentes. Era a única forma de fazer vínculo com essa paciente que pouco conversava e se negava a participar dos espaços de interação promovidos pela equipe de Psicologia. Eu era a única da equipe a quem ela endereçava essas entregas. Mas nunca me perguntei por quê. No fundo, eu sentia que algo de importante estava acontecendo: ela havia encontrado alguém disposta a receber aquilo que eu nomeei de presentes, mas que bem poderiam ser dádivas, prendas, ou, na verdade, nada disso, por materializarem aquilo que não suporta nome e precisa ser extraído como objeto lixo. Objeto *a*, objeto *b*, objeto *c*. Objetos excluídos.

Ela tinha problemas de relacionamento com a família. Seus delírios sempre concerniam negativamente a parentes próximos. Tinha o costume de juntar lixo. Andava com uma sacolinha. Uma vez me deu um bilhete premiado para eu trocar com o seu pai. Eu ia ficar muito rica se trocasse. Mas onde estava seu pai? Ela não sabia, segundo ela, estava lá fora (!). Ela voltou a ser internada um pouco antes da minha saída da instituição. Cabisbaixa, dizia que estava machucada. Sempre havia um outro que lhe maltratava. Duas semanas passaram e ela

não mudava esse discurso. Na minha última semana, entreguei-lhe um ramo de plantas que consegui no pátio da instituição. Ela recebeu surpresa e agradecida. “*Obrigado, minha filha*”. Com poucos minutos, esse ramo já havia sido bruscamente tomado por um funcionário. E eu fui pedi-lo de volta. Ele se desculpou, disse que não sabia que era meu, achava que era dela, que sempre estava juntando lixo. Ele tinha que ver com que carinho ela guardou esse lixo. Mas não, não era lixo, era um presente. Aliás, era lixo e presente. Assim como ela, que era excluída e gente. Gente excluída, que com seu olhar enriquecia o esquecido, ocupava-se do que não podia ser dito e fazia alguma coisa com isso.

### EPISÓDIO 3: O CORPO DE MOLHO

Uma vez eu senti nojo. Eu confesso. A boca estava aberta, com dentes tortos e saliva suja de comida e sangue. Para completar, por essa mesma boca saíam dores, choros e obscenidades. Um conjunto torpe reunidos no lamento de uma só mulher. Seu corpo me dava uma impressão jamais sentida. Toda vez que ela se aproximava, eu achava que ela vinha de um balde de água suja, onde havia ficado de molho, durante a noite. Era uma pele mole, com ares de que se desmanchava. Sua altura, postura e simplicidade me lembravam de Macabéa, famosa personagem de Clarice Lispector. Às vezes, eu pensava que algumas psicoses eram o total contraponto da divina imagem criada pelos homens nas publicidades. Na televisão, eles dizem: ‘você pode muito!’, ‘você pode tudo, voe!’. E lá está o homem nas alturas. Eu conheci o homem do chão. Eu ouvi o homem sentado no fundo do poço. Histórias de vida perdidas nos corredores de um hospital. Histórias de sofrimento. Histórias comuns. Histórias como a minha e como a sua. Histórias. Talvez esteja nisso o insuportável da psicose. Ao mesmo tempo em que ela se constitui como uma alteridade brutal, ela também nos é identidade; cercada de muros, mas ali, viva, morta.

Aquela mulher sempre me procurava. “Tia. Tia.” Ela me chamava de tia e segurava meu braço, me puxava, me abraçava. Aquela mulher existia. Um dia, ela me contou sua história, porque não fique achando que eu fugia com nojo. Eu ficava ali. E o nojo sumia. Por detrás daquele dismantelo, coisas importantes aconteciam. E ela queria me contar. E eu queria ouvir. Ela tinha mãe, tinha filhos e tinha marido. Tinha até amante! Você já viu morte de assaltante, de empresário, de gestante? Quando alguém chega pra chorar o morto, parece

que ele ganha vida. Ele faz falta pra alguém, ou não fará. Mas é um quem. Nossa família e nossos amigos nos dão lugar. E aquelas pessoas, com todas as dificuldades de sua condição mental, possuem conexões, nos despertam sensações. Nós nos conectamos, acertamos, nos enrolamos. Ah, dizem, mas não são laços. E são o quê? São nós? Pois, que sejamos! Mas com cuidado para ficarmos sempre de olhos limpos e abertos. Porque a dificuldade surge exatamente quando o nó fica cego.

#### EPISÓDIO 4: DO ENTE

O difícil de tentar ler a psicose, dentro da instituição onde eu estava, a partir de uma outra modalidade de referência era que tudo nela conduzia à concepção de que aqueles sujeitos eram, tão e somente só, doentes: era um hospital, com uma equipe de trabalhadores da saúde; onde as pessoas se internavam para, basicamente, serem submetidas a um tratamento medicamentoso. Para mim, a psicose não deixa de ser atravessada por questões do campo da saúde, mas tendo em vista o que eu conseguia captar da minha posição com o meu objeto câmera, a partir dos elementos dos discursos e dos percursos daquelas histórias com os quais eu conseguia me aproximar, a psicose e as outras condições de sofrimento acolhidas no hospital não eram propriamente doenças, ou não se encerravam nos limites que essa compreensão usualmente oferece. Elas eram questões do ente, do ser em sua incompletude. Do sujeito com o corpo, com o outro e com o mundo. Doentes sim, talvez, mas em outra medida, na medida deles próprios com sua vida.

Conheci Paredão pelas portas do hospital. Garoto jovem, primeiro surto, não aceitava a internação, não queria tomar os remédios. Certo dia, no meio de uma conversa, ele me interpelou com a seguinte pergunta: “Mas se eu não estou doente, porque eu tenho que tomar remédio? Responda! Rá! Agora eu te peguei”. Essa última frase me pegou de verdade. Ele me lançou aquilo como um desafio. Eu estava diante de uma pessoa que tinha certeza de que estava tudo bem. Para ele não fazia o menor sentido estar internado. Acreditava que era um goleiro, chamado Paredão e que por ele não passava nenhuma bola. Pronto. Para quê discutir? Ninguém tinha o direito de derrubar aquela parede. Afinal, o que ela estava protegendo? Mas também, onde ela havia sido construída? Em que terreno havia sido levantada? Estava tampando o sol do quintal de quem?

Os desencontros do psicótico com o outro são, em sua maioria, os motivos que os levam ao hospital. Os impasses diante dessas situações são inúmeros. E as ferramentas que eu pessoalmente tinha nem sempre eram resolutivas nos momentos de precisão. O remédio sempre aparecia como resposta e diante dele muitas perguntas eram silenciadas. Mas as minhas só aumentavam. Hoje, em torno da medicação e da medicalização giram as minhas principais questões dentro da área: como os remédios apareceram, como eles funcionam, como economizar o seu uso, como remediar o seu abuso? Maria<sup>1</sup> dizia que não conseguia mais fazer trabalhos manuais por conta dos remédios. Julia andava tombando pelo hospital devido às altas dosagens dos remédios. Carlos faleceu no Hospital Geral por falência de órgãos – os próprios enfermeiros disseram: anos de remédio. Francisco entrou em coma depois de altas dosagens de: remédio. Mas o que seriam dos tratamentos hoje sem os remédios? Cumpririam eles a função do ‘ruim com ele, pior sem ele’, ou estamos tentando dar remédio para algo que não tem remédio? Me diga, tem remédio?

Uma manhã, eu estava sentada conversando com um paciente, quando outro se aproximou e perguntou: “Quanto é 30 vezes 10?”. Eu respondi: “Bem, eu acredito que é 300”. Então, ele disse: “Pois é, isso quer dizer que eu tomo 300 comprimidos por mês. É muito, né?”. É sim, senhor!

## EPISÓDIO 5: A PORTA DESAPARECIDA

A sala de psicologia tinha uma porta, que se conectava com duas outras portas, de duas outras salas. Essa porta foi bloqueada com um armário. Um dia, uma paciente, que já havia sido internada anteriormente no hospital, entrou na sala e começou a perguntar pela porta. Eu disse que não havia mais porta e ela começou a insistir numa insistência que não cessava. Quando entrávamos na sala, ela vinha esbarrando, empurrando até entrar. E entrava. Ia direto para o armário a fim de retirá-lo. Dizia: “Aqui tem uma porta sim! E eu vou sair por ela”. Eu repetia que havia uma porta, mas que ela não era mais usada, pois a antessala que havia do outro lado seria utilizada para outros fins (pretendiam instalar uma rádio no local, mas até então isso era só um projeto). Ela não se conformava. Espera, eu preciso falar sobre ela. Aparecida. Junto com alguns outros pacientes, ela me dava a sensação de estar... (pausa

---

<sup>1</sup> Nomes fictícios

demorada) em um lugar sem dimensões, sem paredes. Imagine uma câmera focando no rosto de alguém, se aproximando de seus olhos e entrando por um deles. Imagine, então, chegar a um lugar sem nada, onde uma palavra ou outra aparecem voando, de vez em quando, e vão embora. Olhar pra Aparecida fazia eu me sentir diante de um imenso vazio.

Eu fazia uma pergunta e ela demorava séculos para me responder. Como se minha voz chegasse muito tardiamente dentro dela. Enquanto isso não acontecia, ela ficava parada olhando pra mim em silêncio. Um silêncio diferente de qualquer silêncio. Um silêncio sem palavras. O silêncio. Eu acho que para contar aquela sensação só mostrando. Como em um filme, como em um sonho. Talvez também descrevendo em imagens. Pois as palavras são poucas, ou são demais. Aquilo era liso, palavra ali não atritava. Em alguns momentos, meu coração apertava: quando um paciente ficava caçando as palavras com muita dificuldade pra tentar me dizer algo. Aquele esforço que durava muito era muito duro. Alguns, às vezes, cansavam e desistiam. Era como se estivessem caçando borboletas, mas não conseguissem pegá-las. Como se elas voassem mais alto do que eles. Mas estivessem ali. E eu não conseguisse ajuda-los a pegá-las. Aparecida... Às vezes, me pego pensando na força daquelas palavras: ‘não há mais porta aqui’; no que isso realmente significava pra ela e o que ela realmente procurava atrás daquela porta. Muitas vezes, pensei em pedir pra afastarem aquele armário e fazê-la ver a porta, talvez até passar pela porta. Mas ela continuaria não dando na saída. No fim das contas, parece que era somente isso que ela queria. Sair dali. Mas a porta estava desaparecida.

## EPISÓDIO 6: O RUÍDO E O QUE RUI

Uma de minhas propostas de intervenção no hospital foi a realização de uma Cesta Cultural, onde grupos de artistas da cidade seriam convidados a conhecer a instituição e realizar alguma atividade com os pacientes. Uma das últimas intervenções realizadas foi a Oficina de Graffiti. O hospital concedeu as tintas e permitiu que paredes fossem pintadas. Havíamos acordado com o graffiteiro, que ele realizaria duas oficinas, uma em cada ala (masculina e feminina), e um painel perto da entrada. Começamos com as oficinas. Os pacientes participaram bastante. E a experiência foi muito singular, talvez mais pra mim do

que para eles. Ela me ajudou a perceber como estamos condicionados a organizar a bagunça e como nos incomodamos com o caos, que se manifesta através da psicose.

A parede era grande e o graffiteiro começou desenhando pássaros para os pacientes pintarem, mas eles queriam mais, eles queriam tudo e começaram a pintar inúmeros desenhos avulsos. Naquele momento, eu particularmente sentia vontade de estabelecer limites: ‘pode desenhar aqui, assim’. Mas eu não fiz isso. Eu me percebia e via que o meu senso estético estava querendo ultrapassar o meu senso ético. E eu fui deixando acontecer, intervindo apenas nos momentos críticos, quando eu percebia que era de limites mesmo que aquele caso carecia. Resultado: a parede não ficou bonita. E nem haveria, né? Eu mesmo não esperava tanto, mas vá dizer isso ao hospital. Aquelas paredes se tornaram uma verdadeira representação do caos que a psicose manifesta. Ela registrou de forma chamativa, com diversas cores, o ruído que a psicose representa para nós, enquanto sociedade civilizada de neuróticos e perversos estruturados. E aquilo em um hospital? Não deu em outra, mandaram cobrir com tinta branca. As partes demarcadas pelo graffiteiro permaneceram, mas as produções dos pacientes foram cobertas.

Para mim, essa situação ultrapassa a dimensão da estrutura hospitalar e nos questiona enquanto confronto de estruturas (psíquicas mesmo). Não vamos cair na armadilha de ficarmos apenas na ideologia de que é o hospital quem limpa. Aquilo me questionou em outros sentidos, me escancarou que o hospital existe, porque não conseguimos, de certa maneira, suportar aquele ruído, nós recalamos aquilo. Por isso, que é difícil encontrar a psicose, não na concepção de achá-la em algum lugar, mas de encontrar-se com ela. No fundo, eu me senti triste por perceber as dimensões desse limite. Eu nunca me propus a romantizar a loucura, acho que essa postura pode ser muito nociva, porque no final das contas ela esconde, às vezes hipocritamente, esse abismo. Ela nos engana, mas a psicose não engana. Ela está ali pintando o inconsciente na parede, deixando-o a céu aberto, escancarando o sem sentido e nos convocando a lidar com isso.

Os pacientes utilizaram-se cada um a seu modo da atividade. Em nenhum momento pretensões exageradas foram criadas para tentar justificar a proposta. Isso acontece muito, quando tentam colocar o carro na frente dos bois, como se na clínica fosse possível agir visando resultados exatos e determinados. Você não tem com saber se aquilo que você espera é aquilo que aquela pessoa precisa. Era uma oficina de graffiti. Como os sujeitos iriam participar seria com eles; o que iria acontecer ninguém sabia. Isso eu aprendi com a clínica. A arte ali não passava de um recurso, que só pode ser terapêutico na medida em que é instalado



## **FIM DO PRIMEIRO ATO**

Após a apresentação destas breves cenas, proponho lhes apresentar os princípios de minha câmera. Na narrativa do Primeiro Ato, me detive sobre a minha experiência no Hospital Psiquiátrico, agora lhes proponho uma passagem pela teoria, de modo a aprofundarmos as discussões acerca daquilo que sustenta o ato psicanalítico, da leitura que me permite a composição destas cenas e a inscrição de uma certa postura diante da psicose. Cronologicamente, é uma experiência que veio antes, mas se inscreve logicamente como Segundo Ato para dar suporte ao que protagoniza este teatro: o meu encontro com o sujeito psicótico. Detalho agora teoricamente o meu ponto de partida para o roteiro dessa escrita.

**SEGUNDO ATO:**

A minha viagem pela teoria psicanalítica.

A cena passa-se no Anexo

(Deixe a porta aberta ao entrar).

**ANEXO**

*Querer o bem com demais força, de incerto jeito,  
pode já estar sendo se querendo o mal, por principiar. Esses homens!  
Todos puxavam o mundo para si, para concertar o concertado.  
Mas cada um só vê e entende das coisas dum seu modo.  
(Grande Sertão Veredas, Guimarães Rosa)*

O texto abaixo apresenta parte dos resultados de minha pesquisa realizada entre os anos de 2013 e 2015 pelo Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica - PIVIC da UFCG, sob orientação do professor Tiago Iwasawa Neves, com o título: “*Por uma clínica possível da psicose: o sentido de cura pela psicanálise*”. Abaixo, constará uma breve investigação sobre os conhecimentos construídos pela psicanálise sobre a psicose, desde a sua criação a partir de Freud até o seu resgate pelos estudos lacanianos e, posteriormente, uma apresentação das diretrizes da ética psicanalítica em articulação com alguns conceitos da epistemologia e problematizações sobre a noção de cura a partir desses referenciais.

## A PSICOSE PELA PSICANÁLISE: DE FREUD A LACAN

Sigmund Freud, alemão, neurologista por formação iniciou o processo de criação do método psicanalítico através de suas investigações acerca da histeria, que se apresentava como um dilema etiológico para os médicos de sua época, já que estes não encontravam somaticamente as raízes de seu quadro sintomático, que se estabelecia no corpo das pacientes, normalmente por meio de paralisias e afasias. A partir de seu contato com as pacientes histéricas, Freud estipulou diversas hipóteses causais, algumas das quais não se confirmaram. Outras, entretanto, mostraram ser mais consistentes e funcionaram como mote para o alargamento da compreensão psicanalítica em relação a outros tipos de neuroses. A transferência, nesse sentido, foi uma das principais descobertas, pois era uma das condições fundamentais para o estabelecimento de uma análise.

A transferência, de acordo com as observações freudianas, consistia em um investimento libidinal pelos pacientes neuróticos na figura do médico, que era incluído em uma série psíquica construída por eles, através das impressões pulsionais estabelecidas

durante os seus primeiros anos. Dentro do cenário analítico, essa transferência se apresentava como um mecanismo de resistência por parte do sujeito, visto que era desencadeada sempre que o tratamento de investigação analítica aproximava-se de complexos patogênicos inconscientes importantes para a sua atual condição, interrompendo o percurso do exame iniciado pelo analista. O paciente, nesse caso, elaborava uma rota alternativa para escapar do encontro com esse núcleo desconhecido, que se estava fora das vistas de sua consciência era por que, decerto, encerrava para ele uma verdade incômoda, que esbarrava em uma resistência ao tentar ser recordada (FREUD, 1912).

Portanto, foi munido de sua experiência com as histerias e, posteriormente, com outras neuroses, como as fobias e os estados obsessivos, que Freud edificou a teoria psicanalítica sustentada em uma clínica, que visava o restabelecimento de seus pacientes. Porém, havia um grupo de sofrimentos mentais, sobre os quais a clínica freudiana não parecia ser capaz de surtir efeitos. Os psicóticos, naquela época nomeados por Freud de parafrênicos, não estabeleciam transferência com o analista. E isso sinalizava que estes sujeitos haviam passado de maneira distinta dos neuróticos pelo processo de constituição subjetiva, visto que era nesse período que ele localizava o germe dos conflitos mentais da vida adulta.

Freud situou a diferença entre a neurose e a psicose na topologia de seus conflitos, que, segundo ele, se davam entre instâncias distintas. Inicialmente, afirmou que a neurose era resultado de um conflito entre o eu e o isso e a psicose o saldo do conflito entre o eu e o mundo externo (FREUD, 1923). Posteriormente, autenticou o eu como instância política no meio de um só conflito entre o isso e o mundo externo, que seria expressão tanto para a neurose, quanto para a psicose, sendo a posição do eu dentro desse embate a responsável por ditar as diferenças entre uma e outra. Na neurose, o eu ficaria ao lado do mundo externo, escondendo o isso, mas tendo que lidar com suas irrupções desavisadas, que seriam solucionadas através de formações de compromissos (os sintomas, principalmente; assim como os sonhos), que funcionariam como acordos entre os dois querelantes. Na psicose, o eu ficaria ao lado do isso, afastando-se do mundo externo, mas tendo que lidar com a existência de uma realidade fora de si, que demandaria explicação e provocaria o seu retorno a fim de organizá-la, reformulá-la (FREUD, 1924).

Em termos libidinais, a psicose (que apresenta como principais sintomas o estranhamento corporal, a mania de perseguição, a erotomania, os delírios de ciúme e a megalomania) seria explicada por uma fixação da libido na fase narcísica, que provocaria a sua retirada dos objetos externos e o seu consequente investimento no próprio eu do indivíduo

(FREUD, 1914). O retorno dessa libido para os objetos externos, na tentativa de realcançá-los, se daria de forma um tanto ruidosa através do mecanismo da projeção – efetivamente o principal atuante no desencadeamento dos sintomas paranoicos, já que situava no outro um investimento hostil fruto dos conflitos pulsionais internos do psicótico (FREUD, 1917).

Segundo Freud, o que estava por trás de todo desencadeamento psicótico era um impulso homossexual inaceitável para o sujeito. Em sua principal obra sobre o tema, *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*, de 1911, ele discute as conjunturas do quadro clínico de Daniel Paul Schreber, através da leitura de sua autobiografia. Na medida em que avança em suas observações, Freud estabelece para ele o diagnóstico de demência paranóide e postula uma série de hipóteses sobre sua causa e desencadeamento. Para ele, a fixação no estado narcísico era a responsável por explicar a localização do parafrênico em termos das irrupções de suas fantasias homossexuais (por amar um indivíduo semelhante a si mesmo) e das suas conseqüentes elaborações delirantes de perseguição e megalomania. Durante seu tempo de produção, nada muito diferente dessa hipótese surgiu para dar conta da teorização dos casos de psicose.

Entretanto, ele não esgotou o tema, renunciou aplicar seu método de tratamento nos psicóticos, mas deixou em aberto a possibilidade e a necessidade da elaboração de novos planos de abordagem com esse público. Depois dele, alguns psicanalistas se debruçaram sobre o assunto, elegendo a projeção e a homossexualidade como os fins últimos de sua descoberta e acabaram não avançando na criação de novas possibilidades (LACAN, 1958a/1998). O cenário mudou com a chegada de um novo personagem interessado em aprofundar sua compreensão sobre a psicose, através da identificação de uma ordem original da causalidade psíquica: era Jacques Lacan, psiquiatra de formação, que acabou por se aproximar do projeto freudiano ao se lançar no intento de reintroduzir o conceito de sujeito na ordem do conhecimento (OLGIVIE, 1991).

Em sua tese, defendida no ano de 1932, Lacan revela o diferencial de sua abordagem em relação ao espírito científico da época, ao retomar a questão esvaziada – porque rejeitada pelo núcleo comum da área psiquiátrica – dos sentidos elaborados pelo sujeito que sofre no desenrolar de sua condição. Indo de encontro a uma concepção geral do inatismo, que caracterizava as conclusões vigentes da psiquiatria, ele vai situar o indivíduo como uma atividade dentro de uma estrutura social, responsável por constituir o meio relacional de sua existência e por disponibilizar o terreno de significações que darão sentido a sua história (OLGIVIE, 1991).

A partir do método compreensivo, Lacan vai se debruçar em um processo investigativo para desvendar os vínculos etiológicos e significativos a partir dos quais a psicose se relaciona à história vivida do sujeito e ao seu caráter individual. Por esse motivo, em sua tese, realizará uma descrição concreta de um caso e não, como é comum no âmbito de sua profissão, que superestima o valor da generalização, uma síntese descritiva de vários casos desprovida de seus traços específicos (LACAN, 1932/2011). O seu objetivo era realizar uma interpretação dos fenômenos mentais do delírio a partir de um levantamento o mais pleno possível da história do indivíduo. Essa história, avaliada por intermédio de uma tendência concreta, revelaria a orientação psíquica do sujeito a partir dos seus comportamentos diante dos objetos do meio. Com o devido estabelecimento do ponto de ligação do delírio com o meio social, seria, então, possível definir a sua condição e estrutura. O caso Aimée, apresentado em sua tese, ilustra de forma bastante clara o conjunto das proposições de seu trabalho (OLGIVIE, 1991) e inaugura como novidade para o campo de estudo das psicoses, as anomalias de comportamento sexual, o papel eletivo de certos conflitos e o elos desses conflitos com a história infantil. Foi assim que ele se aproximou da Psicanálise.

Porém, dentro do que vinha sendo produzido pelos psicanalistas pós-freudianos, Lacan, com a passar do tempo, reconheceu vários equívocos, que o fizeram se posicionar criticamente diante de inúmeros trabalhos. Isolado, construiu uma nova forma de leitura das obras de Freud, com o auxílio da Linguística e da Antropologia para a formulação de suas proposições. Acusava os pós-freudianos de negligenciarem pontos importantes da obra do criador da psicanálise, submetendo-se a um ideal comercial de bem-estar e integração egoica incompatíveis com a proposta freudiana. Um dos pontos que sinalizou como pouco compreendido por esses estudiosos foi o próprio Complexo de Édipo, apesar de sua expandida exploração e banalização. Foi nele onde Lacan situou a trama crucial para a definição da localização estrutural dos sujeitos. Por isso, estudou-o detidamente, pois avaliava que “abandonar o Complexo de Édipo seria fazer da Psicanálise um delírio” (JULIEN, 1999, p. 30).

Ele compreendeu, antes de tudo, que é a travessia pelo Complexo de Édipo que permite a entrada do ser na ordem simbólica, instituída como o lugar da linguagem e dos discursos que antecedem a existência do sujeito. Ele acontece em três tempos lógicos. No primeiro, a criança é objeto de desejo da mãe, um Outro absoluto, que absorve a sua demanda sem deixar espaço para o advento de um desejo, que lhe seja próprio. No segundo, inicia-se o processo de separação entre os dois, que permitirá à criança desalienar-se em relação ao

discurso desse Outro. É o momento da entrada do Nome-do-Pai, significante responsável por operar o corte que promove o advento do sujeito no mundo da lei. No terceiro tempo, ocorre o declínio do Complexo e a instalação da significação pela lei fálica, que orientará daí por diante o desejo do sujeito (QUINET, 2009b), que guiará sua fala, carregando a marca desse desejo, que é inconsciente, ou seja, fundado a partir das articulações da cadeia significante: a responsável por sustentar, através de seus equívocos de significação, a incompletude do ser, nos seus dizeres e saberes. Isto é, um desejo que é fundado ali onde tudo é linguagem.

Lacan situa na forclusão simbólica promovida pelo psicótico, quando de sua passagem pelo Complexo de Édipo e de seu confronto com a castração, a questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (LACAN, 1958b/1998). Se é por esse Complexo que o sujeito tem acesso à entrada no mundo das significações, a partir de seu encontro com a metáfora paterna, (Nome-do-Pai) – que amarra os significantes uns nos outros a fim de induzir os efeitos de sentido – forcluindo-se essa metáfora, ou seja, excluindo-a, mas mantendo-a incluída do lado de fora, obtém-se uma linguagem por onde deslizam metonimicamente os significantes sem fixação de sentido e, por conseguinte, sem compartilhamento comum.

O delírio, então, surge como um processo metafórico substitutivo para a metáfora paterna. Nas palavras de Caligaris (2013), é a construção de uma metáfora pseudopaterna. É por meio dele que o sujeito institui um vocabulário capaz de defendê-lo das investidas daquilo que não tem nome e que, por não ter nome, é impossível de suportar. O Real, essa dimensão amorfa e absoluta, passa a se apresentar como o lugar que recebe o retorno daquilo que escapa ao Simbólico e que se define como sintoma do sujeito, a alucinação é um exemplo. Freud (1911) já havia apontado o caráter de cura imerso dentro da construção delirante. Essa cura consiste na tentativa que o psicótico realiza para barrar e apaziguar o gozo que o invade. É um modo de cifrá-lo a fim de diminuir a sua incidência sobre o seu corpo. O papel do analista, em um caso de psicose, é, portanto, de testemunha. Se a cifra que o sujeito atribui ao gozo lhe protege, o analista não pode contrariá-lo, decifrando-o (QUINET, 2009a).

Assim renunciaríamos ao empenho vão de convencer o doente do desvario de seu delírio, sua contradição com a realidade objetiva, e em troca encontraríamos no reconhecimento desse núcleo de verdade um solo comum sobre o qual pode se desenvolver o trabalho terapêutico (FREUD, 1937/1969, p. 156).

Lacan lançou mão de diversas criações conceituais a fim de dar conta de suas formulações teóricas. Uma das principais foi a ilustração da experiência psíquica por

intermédio de três registros: o Imaginário, o Simbólico e o Real. Essas três dimensões, com preponderâncias distintas, orientaram suas elaborações, nas diversas fases de seu pensamento. O Imaginário, que sustentou suas primeiras operações psicanalíticas, consiste na dimensão da identificação, na ordem do espelho e do olhar. É o que dá consistência ao nosso encontro com a realidade, o que unifica o nosso corpo, como imagem, nessa experiência de contato com o que está fora, ou seja, é a imagem que se forma pelo encontro com o há. O Simbólico é aquilo que Freud já em seu tempo apontava como uma estrutura de articulações subjetivas, que forja a tessitura de nossa experiência com o mundo, a partir daquilo que nos funda e nos fura, enquanto linguagem, enquanto símbolos que articulam os sentidos, que dizem algo e que contêm os espaços de depósito do real. É o que no Complexo de Édipo faz frente à relação primordial de unificação e alienação no Outro, nos separando da coisa-em-si e dando nome a essa distância. O Real é aquilo que o Simbólico reveste, mas ao mesmo tempo revela como o impossível por trás do encontro com a realidade. É o resto das operações ao nível da linguagem, aquilo que esta não dá conta, por ser o completo fora de alcance, mas permanentemente à disposição. Segundo Lacan (1975-76/2005):

"(...) ele só pode ser pensado como impossível. Quer dizer, que, sempre que ele mostra a ponta do nariz, ele é impensável. Abordar esse impossível não poderia constituir uma esperança, posto que é impensável, é a morte - e o fato de a morte não poder ser pensada é o fundamento do real" (p. 121).

O nó borromeano foi “a forma de enlaçamento encontrada por Lacan para escrever a medida comum aos termos real, simbólico e imaginário” (DIAS, 2006, p. 92). Nele, cada elo representa um dos registros, que estão entrelaçados de maneira que, se um deles se solta, os outros dois também se soltam. É um nó, que, na verdade, não existe, não só por ser uma ilustração, mas por representar uma forma de amarração perfeita, que não se constrói, já que sempre haverá um erro, um lapso, que se colocará nos pontos de encontro entre os registros, fundamentando aquilo que Lacan destaca como a falta de relação sexual, ou seja, a incompletude da correspondência significante, e demandará um quarto elemento (Figura 2) que ofereça um tipo de amarração para o sujeito. Nas palavras de Dafunchio (2008):

"(...) el nudo borromeo de tres no existe. El nudo de tres existiria si la relación sexual existiese, por lo tanto siempre hay un lapsus del nudo, y según qué tipo de lapsus del nudo, qué tipo de anudamiento lo repare, vamos a tener, o una estructura borromea, neurótica, o una estructura no borromea, por ende psicótica. La cuestión es que si el nudo de tres está fallado, siempre es necesario un cuarto (p. 163) .

Na neurose, o que faz essa função de quarto elemento é o próprio Nome-do-Pai. Na psicose, dependendo do lugar do lapso, por conta da forclusão dessa função do Nome-do-Pai, há um desatamento de um desses registros, que criará as condições para a experiência psicótica, em suas diferentes modulações. Lacan, em seu Seminário XXIII, proferido entre 1975 e 1976, trabalha essa lógica topológica e faz um percurso pela escrita de James Joyce, escritor Irlandês, nascido em 1882, com o objetivo de demonstrar o emprego dessa estrutura nodal e as consequências dentro de um caso, em que, segundo ele, não havia a função do Nome-do-Pai, mas existia uma amarração que fora capaz de evitar que Joyce desencadeasse uma psicose, que, segundo a teoria psicanalítica, estava latente nesse caso de forclusão. A tese de Lacan, resumidamente, era de que Joyce possuía uma estrutura psicótica (visto apresentar indícios de ter foracluído a função do Nome-do-Pai), mas não tinha desencadeado a psicose, por conta de uma manobra singular efetuada por ele através de sua arte, que funcionou como um suporte nodal capaz de mantê-lo fora de um surto.

Para Lacan (1975-76/2005), Joyce, através de sua escrita, cerziu um quarto elemento, que não era o Nome-do-Pai, mas que fez a função dele na vida do escritor, ao recompor a falha de seu nó borromeano, por intermédio de uma correção no furo que afetava diretamente a constituição de seu ego. A esse elo Lacan deu o nome de *sinthoma*. “Um conceito que evidencia a maneira particular que cada sujeito encontra para lidar com o gozo e amarrar os registros do real, simbólico e imaginário, que passam a se apresentar como equivalentes” (DRUMMOND, 2012). Nas palavras de Lacan (op. cit.), “o *sinthoma* é o que permite reparar a cadeia borromeana no caso de não termos mais uma cadeia, a saber, se em dois pontos cometermos o que chamei de um erro” (p. 90). Sua função equivale, então, àquela do Nome-do-Pai ao permitir que o sujeito mantenha os três registros unidos. Não seria como um sintoma, que demanda interpretação e que afeta o sujeito de forma cifrada, estando ali conectado com as articulações metafóricas do sofrimento. Seria como uma matéria viva, forjada no ato de criação do sujeito diante do inominável real, seria o produto de um saber-fazer com o sofrimento e com o gozo. Segundo Zizek (2009),

Jacques Lacan, nos últimos anos de ensino, estabeleceu a diferença entre sintoma e *sinthoma*: ao contrário do sintoma, que é código de um significado reprimido, o *sinthoma* não tem um significado determinado – dá apenas corpo, em seu padrão repetitivo, a uma matriz elementar de jouissance, de prazer excessivo (p. 84).

Portanto, na tese lacaniana, Joyce não delirou e não alucinou, porque conseguiu sustentar os três registros a partir de sua escrita, de seu *sinthoma*, transformando o gozo, que

poderia ser avassalador – como é em um surto – em letra. Essas últimas elaborações lacanianas incluem novas formas de compreender a psicose e conseqüentemente novas formas de tratá-la, dando inclusive ainda mais empoderamento aos sujeitos, ao concluir sobre suas capacidades de evitar o colapso de um surto através de amarrações das mais diversas e, por isso, das mais singulares. Contudo, são explicações que introduzem dilemas na clínica psicanalítica, que, às vezes, chegam a dividir os profissionais em diferentes tipos de leituras.

Já existe, inclusive, nas novas elaborações pós-Lacan, um termo criado para dar conta desse tipo de estruturação, que não se encaixando completamente na neurose, ou na psicose, consiste em uma espécie de transitivismo, que mantém uma psicose velada, dissimulada e um sentimento de desordem íntima, sem necessariamente se expressar nos fenômenos elementares e estruturais da psicose (MILLER, 2010). O nome desse termo é Psicose Ordinária e ele vem sendo ainda muito discutido dentro da psicanálise, pois não possui, pelo menos por ora, uma definição muito clara e eficaz sobre o que são esses quadros, que se dizem ser encontrados frequentemente no trabalho clínico dos profissionais. É um termo que vem sendo trabalhado com delicadeza, pois propõe basicamente uma leitura que mexe um pouco com a compreensão que a área possui sobre as estruturas clínicas e seus particulares modos de gozo.

## A ÉTICA DA PSICANÁLISE

A ética psicanalítica diferente da ética dos filósofos, não está relacionada a uma filosofia da moral com representação totalizante de um Bem absoluto. Para a psicanálise, só existe ética do singular, porque relativa ao sujeito, barrado desde sua entrada no campo da linguagem, cindido, afastado de qualquer possibilidade de ser uno e completo, impedido de ter acesso àquilo que não tem nome. A Psicanálise não é arauto de nenhuma mensagem de bons auspícios, ela não se coloca na direção de um serviço dos bens, que podemos classificar como a missão da ética tradicional, ao invés disso implica o sujeito na tragicomicidade de sua escolha, sem oferecer referência ou orientação. Segundo Lacan (1959-60/2008, p. 366), “a ética da análise não é uma especulação que incide sobre a ordenação, a anunciação, do que chamo de serviço dos bens. Ela implica, propriamente falando, a dimensão que se expressa no que se chama de experiência trágica da vida”.

A psicanálise, apesar de atuar no nível da estrutura, não trabalha com o determinismo mecanicista, por esse motivo, não responde à causalidade mecânica do psiquismo, antes exige do sujeito sua própria resposta e responsabiliza-o por esse ato. Ela abre o espaço para uma eleição, mesmo que esta seja, em certa medida, forçada pela própria história do sujeito (MILLER, 1989/1997). Sua ética é uma ética do desejo, do bem-dizer e das verdades. Ética do desejo porque contrária à felicidade em sua face de política normatizada, ou seja, à política do bem-estar; e por que é infiel ao princípio do prazer, na tentativa de favorecer o acesso do sujeito àquilo que há de mais real em seu sintoma. Ética do bem-dizer por que está em relação direta com a palavra que é responsável por um efeito, palavra que é fundante e que sustenta a emergência da escolha, da realização de um ato implicado em seu desejo (MILLER, 1996). Ética das verdades por que em rompimento com a regularidade, por que entregue ao não sabido, à falta-de-lei, à existência ali onde não se sabe nada, onde o saber foi interrompido (BADIOU, 1995).

A Psicanálise mobiliza o sujeito da ciência, que surgiu de um contexto epistemológico específico onde a verdade e o saber foram separados. Ela trabalha nessa fronteira com a verdade, que é sempre semi-dizer, da ordem da fala, não-toda, mas que se dirige, no curso da análise, em direção ao saber possível sobre o Real, de um modo que esse saber (sobre sua própria impossibilidade) passe a ocupar a posição da verdade (JULIEN,1999). Nas palavras de Badiou (1995), essa "verdade perfura os saberes, lhes é heterogênea, mas é também a única fonte conhecida de saberes" (p. 80). É um atributo de todos, mas não deixa de ser relativa à singularidade, pois só pode existir dentro de uma construção que seja subjetiva.

O acesso a esse real dentro da análise não se encontra numa dimensão comunicativa, ele só pode ser realizado no nível do encontro, por isso, mais do que trabalhar com palavras, mais do que falar, ou ouvir, na análise se atua, dentro da relação psicanalítica se atualiza o inconsciente e o sintoma, a partir dela o sujeito equivoca os seus sentidos, na busca mesmo de compreendê-los. A clínica psicanalítica não é a clínica do excesso dos sentidos e das significações, o analista não oferece sentido, mas se dispõe a fazer parte da cena psíquica do analisando, que, através do mecanismo transferencial, recria a sua fantasia do inconsciente em torno da figura do analista, que sustenta, somente a partir do furo do seu lugar, essa construção (COTTET, 1995). Por que antes de tudo, a ética, que Miller (1989/1997) afirma ser a "dimensão constituinte da experiência analítica" precisa ser relativa ao desejo do analista. E é esse desejo que sedimenta a transferência.

O desejo do analista é fazer advir o desejo do analisando, ele consiste em sustentar o desejo do Outro, em ocupar o seu lugar, com a ressalva de não se identificar a ele (MILLER, 2002). Seu papel, portanto, é fazer semblante desse Outro, sendo sua intenção permanecer onde ele – como sujeito – já chegou através do caminho de sua própria análise, ou seja, ali mesmo no lugar de não-saber. Não respondendo à demanda de felicidade do sujeito, o analista permite o advento de seu desejo, isto é, a emergência de seu vazio, que ele, enquanto analista, não procura preencher. O seu saber é sempre suposto e o seu lugar é de objeto (no lugar do objeto *a* ele opera como causa do desejo e como resíduo da operação analítica. Ele deve ser abandonado no final do percurso e não introjetado). Sua condição de sujeito só deve existir na medida em que ela possa conservar o seu desejo de analista, desejo prevenido que lhe permite não servir de ideal para o analisando, mas de suporte para a busca de sua realização enquanto ser-no-mundo. É assim que ele sustenta o ato analítico, propiciando o encontro do sujeito com sua própria interrogação (VEIGH, 2001), pois só é a partir da posição de ignorância, que o sujeito se engaja na pesquisa de sua verdade.

Diante do sintoma, que se apresenta como a relação de compromisso que o sujeito estabelece com seu inconsciente para conseguir lidar com sua existência própria, o analista não pode simplesmente retirá-lo, apagá-lo, eliminá-lo, pois isso seria impedir o espaço mesmo de advento do sujeito. O que o analista tem para oferecer em substituição disso que já é uma formação substitutiva na economia psíquica do sujeito? Nada. O analista não tem a resposta, não tem o mapa. Sua ética, portanto, deve mantê-lo longe de um *furor sanandi*, de uma cura que simplesmente sare e sane, pois não há nada que diga mais sobre o sujeito que o seu próprio sintoma. Portanto, é através dele que o analista vai guiar o analisando em seu trabalho (árduo) sobre a letra que lhe representa.

Mas e no tocante à psicose, essa clínica funciona na mesma medida? Existe alguma diferença no manejo desse processo pelo psicanalista? As respostas não são simples, por esse motivo precisam ser trabalhadas com cuidado. Sabe-se que a psicose consistiu em um impasse para a Psicanálise desde os tempos freudianos, quando a possibilidade de transferência com os pacientes foi descartada pelo pai da Psicanálise. Lacan, psiquiatra de formação, em sua proposta de ‘retorno à Freud’, partiu exatamente desses casos na construção de sua clínica, apontando a necessidade que havia em retificar algumas limitações impostas durante anos ao tratamento desses pacientes não só pela psicanálise, mas também e principalmente pela psiquiatria. Foi assertivo ao dizer que não se deveria recuar diante do tratamento da psicose e

que seria preciso reelaborar o saber da psicanálise, em seus conceitos e práticas, a fim de expandir o alcance de sua clínica.

O ponto de partida de Lacan foi sedimentar, no encaixo de Freud, a falta de continuidade entre a neurose e a psicose a partir da noção de estruturas clínicas. Essas seriam três: a neurose, a psicose e a perversão. Dentro delas se desencadeariam as relações do sujeito com o seu meio, de modo a tornar possível a constituição de uma história singular; livre, mas forçada pelo modelo de relação estabelecido pelo indivíduo com o Outro no momento da sua entrada no campo da linguagem. Foi partindo dessa concepção que Lacan (1958b/1998) definiu uma questão preliminar ao tratamento desses casos. Para ele, existia uma determinação significativa nas psicoses (MILLER, 1996) e ela tinha relação com a forclusão efetuada pelo psicótico – na sua passagem pelo Complexo de Édipo – do significante do Nome-do-pai, responsável pela amarração dos outros significantes em uma cadeia de sentido.

Apontando a relação da psicose com a linguagem, Lacan abriu as portas para um novo tipo de abordagem para esses casos. Seu esforço foi fazer da psicose uma questão de sujeito. E sua atitude acabou criando uma cultura mais flexível dentro da Psicanálise, onde o papel do analista foi revisto e os caminhos do tratamento foram retraçados. O destaque inicial lacaniano foi sobre a escuta, que precisava ser desenvolvida junto a esses sujeitos. Antes de tudo, ele se dispôs a ouvir esses sujeitos, a acompanhá-los em suas produções, o que o levou a nomear a função do analista como a de ‘secretário do alienado’ (LACAN, 1955-56/2008). Este serviria de testemunha do advento do sujeito ali na sua própria produção delirante, dispensando os movimentos interpretativos e o seu posto de suposto saber. Para a psicose, não há nenhum enigma, nenhum x sobre esse lugar do gozo, do qual se supõe o saber. O psicótico, principalmente o paranoico, tem certeza que o Outro sabe sobre ele e é ao redor disso que gira todo seu processo de sofrimento.

O analista no lugar de saber, no posto de Outro gozador só ameaçaria ainda mais o psicótico, o invadiria ainda mais com um gozo devastador. Segundo Hanna (2006), ao invés disso:

Ele acompanha o sujeito em seu trabalho sempre atento ao momento em que se faz necessária a introdução de uma manobra transferencial que visa reduzir o saber-gozo, afastando o sujeito de sua própria abolição (p. 71).

Portanto, o movimento inicial do psicanalista seria se destituir do lugar que a Psicanálise o colocou a fim de se adaptar a uma clínica possível para a psicose. Seria menos interpretação e mais trivialização. Esta última consiste em uma manobra feita pelo profissional com vistas a esvaziar o gozo de uma formação delirante que ameace o sujeito,

que sinalize provocar atuações e até mesmo passagem ao ato. Ela exige do analista um desprendimento no tocante a querer dar sentido através da interpretação, seu lugar passa a ser o de destinatário do paciente, efetivamente seu secretário, que escuta tudo, ao pé da letra, mas dá mais atenção a uma coisa que a outra, atitude que só pode ser sustentada prudentemente no nível do vínculo transferencial (MONTEIRO & QUEIROZ, 2006) Porque é possível estabelecer vínculo com o psicótico, desde que você não reforce o lugar de ameaça do Outro.

A aposta da psicanálise é que o psicótico pode sair do lugar de objeto que o Outro lhe coloca e isso só pode ser realizado com um efetivo movimento clínico de atenção e suporte a esse advento, de valorização da produção ativa de sentido diante do Outro, aliás, de um des-sentido particular ao próprio sujeito e sem exigência de significação, sem necessidade de tradução para a língua comum, visto que o que o psicótico faz é justamente evidenciar o que nós todos somos: vítimas da linguagem, do Outro. O psicótico sabe que ignora a língua que fala, enquanto nós supomos conhecê-la (MILLER, 1996). Mas o fato é que também somos falados, que o Outro também nos subjuga, mas nós nos utilizamos de outras defesas contra isso e a principal delas é a ignorância dessa ignorância, é o nosso próprio inconsciente, que no psicótico se encontra a céu aberto (SOLLER, 2007).

Valorizar a condição de sujeito do psicótico significa considerar sua história e sua capacidade de escolha. Como afirmam Monteiro & Queiroz (2006), "ali onde está o indivíduo com sua história, com seu delírio, o sujeito de direito deve advir, o que o torna responsável pela sua condição de existência" (p. 3). O caso clínico, portanto, torna-se um instrumento valioso no trabalho com esses indivíduos, principalmente considerando a sua vinculação com os serviços multiprofissionais de saúde, onde a variabilidade de saberes pode significar uma variabilidade de invasões, se não existir o devido aprofundamento nos "divinos detalhes" da história clínica de cada um. O tratamento dos psicóticos, como em qualquer outro tratamento, deve favorecer a implicação do sujeito em seu processo de cura, pois só assim ela se torna possível. De acordo com Soller (2007),

trata-se de fazer reconhecer na loucura, por mais incapacitante que ela seja no tocante aos vínculos sociais, não um simples déficit dos aparelhos do corpo, como quer que este seja concebido, mas um fenômeno do sujeito com tudo o que esse termo implica de responsabilidade ineliminável ( p. 82).

## A CURA NA CLÍNICA DAS PSICOSES

Para pensar o que compreendemos por cura nos casos de psicose, precisamos antes situar a concepção que temos sobre doença, sobre a condição patológica. Pensá-la somente por um viés negativo, como déficit das condições de um organismo, é negligenciar a potência criadora de um estado de crise, seja ela somática, ou psíquica. A doença consiste, antes de tudo, em uma forma diferente de vida, de modo que um verdadeiro olhar clínico deve tomar tão-somente o sujeito como ponto de referência e não partir de uma média social para classificá-lo e categorizá-lo como ser anormal. O sujeito só pode ser anormal em relação a si próprio e é na doença onde ele pode estabelecer novas formas de lidar com o meio que lhe cerca (CANGULHEM, 2009).

A cura, nessa perspectiva, deixa de ser um momento para ser um processo de estabelecimento de novas normas de vida. Curar passa a ser o trabalho de subsídio para o reaparecimento de uma nova ordem, uma nova ordem individual. Um tratamento efetivamente clínico, portanto, é aquele que respeita as novas constantes criadas pelo indivíduo para lidar com a situação de sua condição patológica (CANGUILHEM, 2009). No caso da psicose, esse trabalho pode ser realizado essencialmente com a produção delirante do sujeito. O papel do clínico nesse sentido é o de acompanhar o sujeito na construção de uma forma de existência que o sustente, já que, devido às peculiaridades da apresentação de sua demanda, quando ela existe, coloca-se sobre a forma de um pedido de afirmação de existência (RINALDI MEYER, 2007).

Pensando assim, a desordem mental deixa de ser uma desordem para ser a substituição de uma ordem esperada ou apreciada por outra ordem (CANGUILHEM, 2009). A própria doença mental passa a ser vista como uma saída (MILLER, 1996), saída que compromete a capacidade normativa do sujeito, mas que lhe oferece novas possibilidades de arranjo com o meio. A fim de compreendermos as coisas dessa maneira, precisamos deixar de tomar a estatística como modelo de referência para a normalidade, precisamos deixar de tomar a saúde mental a partir de parâmetros epidemiológicos. Tomar o sujeito como referência significa abandonar por completo as categorizações sintomáticas de manuais como o ‘Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais’, que já vai em sua 5ª edição, para associar as respostas sintomáticas do sujeito a sua própria história e a seu modo singular de fazer laço no presente. Procurar ser eficaz no tratamento da psicopatologia, através, por exemplo, de métodos abusivos de medicalização, é tentar adequar cegamente o indivíduo a uma rede que não lhe sustenta, a uma linha fraca que se rompe no primeiro impacto de qualquer mudança contingencial da vida. A direção do tratamento deixa de ser guiada pelo sujeito para seguir as

medidas ineptas e cruéis de um sistema, que medianiza o homem. Para Calazans & Lustoza (2008),

O projeto medicalizante não é só ideológico, mas também político. Político por querer tratar o debate não como um confronto entre posições que disputam qual é a verdade sobre o homem, mas sim como um conflito de interesses democraticamente administrado em Assembleia Legislativas, no qual terá 'razão' quem detiver a maioria de votos (p. 5)

Seguir as vias que a Psicanálise oferece a partir de sua ética para o tratamento da psicose coloca-se totalmente na contramão de movimentos dessa natureza, coloca-se na direção de um respeito pelo lugar do sujeito psicótico no mundo, no seu mundo, pois só existe mundo de cada um, não existe realidade que não seja relativa ao sujeito. Lacan, quando no momento da apresentação de doentes no Hospital Henri Rousselle, costumava se referir aos psicóticos dizendo que eles eram completamente normais (MILLER, 1996). Ao invés de oferecer um diagnóstico articulado pelos saberes devidamente psiquiátricos, Lacan reconhecia no psicótico uma norma diferente, mas uma norma que estava de acordo com as suas próprias inscrições no mundo. Este parece ser o grande desafio para o tratamento das psicoses: tomar essa estrutura por ela mesma, evitando uma tentativa arbitrária de neurotização dessas existências.

**FIM DO SEGUNDO ATO**

Baixem as cortinas, subam os créditos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BADIOU, A. **Ética: um ensaio sobre a consciência do mal**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. São Paulo: Zagodoni, 2013

CALAZANS, R.; LUSTOZA, R. Z.. A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. In: **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008. pp. 124-131. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em: 01 de março de 2015.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

COTTET, S. **Freud e o desejo do psicanalista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

DIAS, M. G. L. V. Le Sinthome. **Ágora** (Rio de Janeiro). v. IX, n. 1. jan/jun. 2006. pp. 91-101. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982006000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982006000100007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 de agosto de 2015.

DAFUNCHIO, S. N. **Confines de las psicosis**. Buenos Aires: Del Bucle, 2008.

DRUMMOND, C. Em defesa do tratamento psicanalítico do autismo. IN: MURTA, A.; CALMON, A.; ROSA, M. (org.) **Autismo(s) e atualidade: uma leitura lacaniana**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.

FREUD, S. Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (1911). In: \_\_\_\_\_. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12. Edição Standard Brasileira.

\_\_\_\_\_. A dinâmica da transferência (1912). In: \_\_\_\_\_. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 22. Edição Standard Brasileira.

\_\_\_\_\_. Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: \_\_\_\_\_. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14. Edição Standard Brasileira.

\_\_\_\_\_. Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica de doença (1915). In: \_\_\_\_\_. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14. Edição Standard Brasileira.

\_\_\_\_\_. A teoria da libido e o narcisismo (1917). In: \_\_\_\_\_. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 16. Edição Standard Brasileira.

\_\_\_\_\_. Neurose e Psicose (1923). In: \_\_\_\_\_. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19. Edição Standard Brasileira.

\_\_\_\_\_. Perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: \_\_\_\_\_. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 19. Edição Standard Brasileira.

HANNA, M. Sobre a direção do tratamento no campo da psicose: que concepção para a transferência e seu manejo na psicose? In: FIGUEIREDO, A. C. (org.) **Corpo, sintoma e psicose: leituras do contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contra-capa Livraria, 2006, pp. 63-72.

JULIEN, P. **As psicoses: um estudo sobre a paranoia comum**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

LACAN, J. **Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade**; seguido de, Primeiros escritos sobre a paranoia (1936). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. (1958a). A direção do tratamento e os princípios de seu poder In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1958b). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. **Seminário, livro 3: as psicoses (1955-56)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

\_\_\_\_\_. **Seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-60)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

\_\_\_\_\_. **O seminário, livro 23: o sintoma (1975-76)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

MILLER, J.A. **Matemas I**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

\_\_\_\_\_. Patologia da Ética (1989). In: \_\_\_\_\_. **Lacan Elucidado: palestras no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

\_\_\_\_\_. **Percorso de Lacan: uma introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

\_\_\_\_\_. Efeito do retorno à psicose ordinária. **Opção Lacaniana online nova série**. Ano 1. Número 3. Nov. 2010. Disponível em: <[http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_3/efeito\\_do\\_retorno\\_psicose\\_ordinaria.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_3/efeito_do_retorno_psicose_ordinaria.pdf)>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

MONTEIRO, C.P.; QUEIROZ, E. F. In: A clínica psicanalítica das psicoses em instituições de saúde mental. **Psic. Clín.**, Rio de Janeiro, vol.18, n.1, 2006, p.109-121. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652006000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652006000100009)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2015.

OLGIVIE, B. **Lacan: A formação do conceito de sujeito**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

QUINET, A. **Psicose e Laço Social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009b.

\_\_\_\_\_. **Teoria e Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009a.

RINALDI MEYER, G. A clínica da psicose no campo da saúde mental: transferência e desejo do analista. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 10, núm. 2, junho, 2007, pp. 319-331. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017594008>>. Acesso em: 01 de março de 2015.

SOLLER, C. **O inconsciente a céu aberto da psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

VEIGH, I. **Os discursos e a cura**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

ZIZEK, S. **LacrimaeRerum: ensaios sobre o cinema moderno**. São Paulo: Boitempo, 2009.