

## Casos raros: as psicoses ordinárias na clínica do delírio generalizado

*Thaís Moraes Correia*

Diante do louco, diante do delirante, não te esqueças do que tu és, ou do que tu fostes, analisante, e de que tu também falavas do que não existe (Miller).

### 1. Os casos raros: diagnóstico

Vou falar sobre as psicoses na segunda clínica de Lacan, a clínica borromeana cujo tema geral é os casos raros, inclassificáveis na clínica. De acordo com Deffieux:

Muitos casos não classificados, ou mal classificados, atualmente, dizem respeito a essa clínica a espera de polimento, após preciosas contribuições de Jacques Lacan e Jacques-Alain Miller, em seguida em seu curso repetidas vezes<sup>1</sup>.

Se antes, a clínica baseava-se na estrutura, hoje é pensada a partir de conexões, em que a clínica do sintoma apesar de não subsumir a primeira clínica da neurose e psicose dos anos 50, tem um lugar relevante nos temas atuais. Na segunda clínica de Lacan, a psicose não é referida à noção de *déficit* e à pluralidade dos sintomas.

Nessa perspectiva, a questão não é perguntar em que um sujeito é neurótico, mas em que ele não é. É preciso atentar para detalhes que orientem o diagnóstico para a psicose, que não são somente distúrbios de linguagem, mas estão no campo da amarração/desamarração dos registros RSI. Como exemplo, temos o sentimento de estranheza entre o eu e

o corpo, assim como a pulsão vivida de forma desenfreada, desatrelada do discurso.

Os analistas, sabedores da impossibilidade de uma harmonia entre o mental e corpo, operam com o 'tempo de prova' das entrevistas preliminares. Longe de dar ao paciente um rótulo, eles remetem suas escutas para os fenômenos de linguagem tão importantes na psicose quanto na neurose, e não apenas para os distúrbios de linguagem. Assim eles efetuam um diagnóstico diferencial, nada fácil, que auxilia o manejo da transferência e a condução do tratamento. Esse diagnóstico é sempre diagnóstico do inconsciente, daquele que fala.

Sônia Vicente nos lembra que para os linguistas a linguagem é completa (inequívoca), enquanto para Lacan é incompleta, produz mal-entendidos e equívocos, o que aponta para uma falta radical (*faute*); falha estrutural que nos constitui. Diante do vazio, a religião o evita, a ciência o rejeita, e por outro lado a psicanálise faz da falta algo que está no cerne do que lhe é mais essencial — jamais a oblitera.

## **2. Psicose ordinária**

Mas, como distinguir a psicose ordinária das "compulsões" e adições do mundo moderno? Com a pluralização dos nomes do pai observamos que o mundo está de ponta-cabeça, de pernas para o ar. Há um desbussolamento na nova configuração de mundo. "Há algo que se evapora no ar", nos diz Gorostiza<sup>2</sup>. Trata-se de uma desconstrução que aponta para a convivência num mundo que parece menos consistente do que no passado?

Antes, a consistência era solidez; hoje com o declínio da função paterna, o sujeito líquido encontra um ponto de ancoragem, sua coerência no *sinthoma* que amarra RSI para não ficar à deriva, à beira do abismo, no nevoeiro. Do

mesmo modo que uma análise promove emendas e suturas, o sujeito se vale dessas operações para sua constituição. Muitas vezes é necessário que se realize na análise algum tipo de sutura, algum tipo de amarração de RSI para que haja manutenção do laço social. Na psicose encontramos o que chamamos de soluções psicóticas, ou seja, um modo que o sujeito encontrou para amarrar RSI, portanto precisa ser respeitado pelo analista. Essa amarração pode ser operada por um delírio. Freud observa que as pessoas amam seus delírios como a si mesmos. Daí pensarmos que o delírio para o psicótico pode sustentá-lo na vida, pode ser o sinal de que ele está encontrando uma saída, mesmo que seja precariamente.

Sobre esse ponto, Antônio Beneti no Curso sobre Psicoses Ordinárias, realizado no XVII Encontro Brasileiro em 2008 no Rio de Janeiro, ressaltou que o psicanalista não deve operar como 'louco em ação', mas escutar o psicótico como não patológico. É preciso respeitar o saber que dele advém, já que não estamos aí na posição de "saber suposto". Como Beneti conclui, o psicótico sabe "aonde vai", mas pode cair no buraco e então o psicanalista precisa estender-lhe a mão para que ele possa sair daí e evitar, na medida do possível, outros buracos.

Como operar então na clínica nestes novos tempos de forclusão generalizada, que indica algo de novo nas psicoses? Segundo Éric Laurent<sup>3</sup> a posição de vazio-mediano atuante equivale ao tao do psicanalista diante dos impasses da vida hipermoderna. Diferentemente dos psiquiatras que buscam extirpar o delírio a fórceps com uma quantidade enorme de medicação de última geração, o analista o suporta, lhe serve de testemunha, e pode obter como resposta um funcionamento psíquico estabilizado, uma amarração entre RSI que recoloca o sujeito na vida, no trabalho e no amor em outra amarração, ou seja, o mantém em movimento.

Miller nos diz que a fórmula de Lacan em seu ultimíssimo ensino "todo mundo é louco, isto é delirante", arruina a noção de normalidade<sup>4</sup>. Em 1950 Lacan sustentava que não existe pré-história da psicose, tratando-se de uma estrutura irreduzível à estrutura neurótica. A sintomatologia é que algumas vezes se assemelharia à neurose e outras à psicose, daí muitas histéricas, em seus estados confusionais, terem sido consideradas quase 'loucas'.

Sobre esse tema, Mazzotti num texto da Revista de Psicanálise *Entrevários* demonstra que:

A Psicose ordinária tem, a princípio, uma conotação simples, fundado no fenômeno clínico: ordinária é o contrário de extraordinária. Não se veem alucinações, fenômenos elementares significativos, nem um delírio articulado. [...] Estamos, ao contrário, em presença do que, intensamente, confunde-se com o que não é psicose [...] um desequilíbrio consequente de uma contingência aparentemente banal, revela-se precisamente uma psicose<sup>5</sup>.

O analista, nesses casos, pode barrar o gozo desenfreado do sujeito não o levando a deitar-se no divã, não se colocando de modo intrusivo, acatando mas interferindo de alguma forma em suas decisões. O silêncio do analista estaria longe de uma posição passiva, mas próximo de um 'vá com calma'. Ante um gozo desenfreado o analista funcionaria como um para-choque, um para-gozo, embora algumas vezes seja preciso que a hospitalização desempenhe esse papel. Pois nem sempre ir ao analista é suficiente, o psicótico pode ser acometido de uma sensação profunda de inexistência. Seriam momentos de desenganches, de desligamentos em relação ao outro, traduzidos por intensa solidão e profundo vazio.

O paradoxal da experiência analítica com psicóticos é que eles não operam a extração do objeto a da realidade, eles o carregam consigo, no bolso como diz Lacan, e é exatamente esse objeto extraído que está no cerne da

experiência analítica da transferência. Não iremos, nesse trabalho, falar da transferência maciça dos psicóticos, mas da suplência na localização do sem sentido de um gozo vivido como estrangeiro no íntimo do sujeito.

Em "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental"<sup>6</sup>, Freud diz que o neurótico dá as costas à realidade porque a considera intolerável em sua totalidade ou em parte. Ele apresenta como tipo mais extremo as psicoses alucinatórias, que denegam o acontecimento provocador da loucura, e traça um paralelo entre o sonho e a loucura que reparam os danos infligidos pela realidade.

Na psicose há a percepção de um objeto mau, *karkôn* para os gregos, e conseqüentemente um empuxe a golpear a si mesmo ou ao outro. Quando o psicótico golpeia o outro, golpeia o *karkôn* que está no mais íntimo dele - daí podermos pensar nos homicídios imotivados<sup>7</sup>. Em 1881, Meynert<sup>8</sup> descreve uma "loucura primária". A jovem que ele apresenta em sua monografia manifesta angústia, terror, raiva autodestrutiva, seu corpo é sacudido por tremores, ela arranca seus cabelos, lança fortes gritos, joga-se contra as paredes, lambuza-se de excrementos e tenta comê-los. Nessa confusão alucinatória, ela se esforça em expulsar para longe de si os perseguidores que a atormentam.

### **3. Todo mundo delira**

Passo agora a rever o conceito de psicose em Freud e para tanto, recorro à Elisa Alvarenga.

Inicialmente, Freud vê a psicose como uma forma específica de defesa, e como tal, distinta da neurose e, sim, no quadro de neuropsicoses de defesa. Freud vai interessar-se nesse segundo momento pelas psicoses como 'afecções' que

colocam problemas bem específicos e permitem fazer avançar a teoria<sup>9</sup>.

Após a introdução da segunda tópica freudiana com a pulsão de morte na teoria psicanalítica, os critérios utilizados até então se revelam insuficientes para a diferenciação entre neurose e psicose; seja a defesa, o destino do afeto, a retração da libido ou a relação com a realidade. Freud se interessa pela maneira como os psicóticos se afastam da realidade - a realidade psíquica ou simbólica, a realidade da castração. As analogias de Freud são importantes: as ideias delirantes situam-se ao lado das ideias obsessivas; a paranoia é uma forma de defesa e as pessoas tornam-se paranoicas diante de coisas que elas não conseguem tolerar.

Se como diz Lacan, tudo é um sonho, todo mundo é louco, delirante, isso se dá porque falamos. Parodiando o poeta que afirma "de perto ninguém é normal", podemos dizer que de perto todo mundo delira, porém, há delírios mais eficazes que outros! Somos submetidos à ordem simbólica, mas atravessados por um inconsciente real avesso às formações do inconsciente. Miller<sup>10</sup> opõe uma clínica diferencial das psicoses e uma clínica universal do delírio. Nesta última, todos os discursos não passam de uma defesa contra o real. Segundo Miller, o significante "psicose ordinária" foi retirado do *Seminário 23* de Lacan, e diz respeito à semblantização.

Mas o que de fato isso quer dizer, já que todo discurso faz semblante de algo que não existe? Na psicose, o sujeito resiste a se submeter à linguagem, não sustentando um meio-dizer, mas dizendo a verdade toda, ao pé da letra. Primeiramente falamos das psicoses ordinárias como psicoses não desencadeadas e muitas vezes na clínica as confundimos com estados confusionais histéricos. Lacan dizia que Joyce não apresentava fenômenos

extraordinários<sup>11</sup>, ele era extraordinário e uma pessoa rara.

#### **4. A experiência analítica**

O que dizer então da experiência analítica em que o psicanalista não é colocado no lugar de sujeito suposto saber, não podendo assim sustentar esse semblante? É preciso que o analisante se enganche, de forma às vezes surpreendente, com seu analista num apego singular que simula um amor tão verdadeiro quanto qualquer outro da realidade. Numa sessão, perguntei à analista se estava 'enlouquecendo', esta me respondeu: "não, você precisa aprender mais..." Isso me aliviou da angústia que já durava alguns meses e que decorria do meu questionamento sobre a estrutura. Nessa mesma direção outras intervenções, de alguns anos atrás, ainda surtiam efeito: "você quer trocar de estrutura como quem troca de roupa?" Ou ainda: "quem decide a estrutura? Há algo indecidível nessa questão".

Schopenhauer diz que loucura revela uma autonomia da vontade em relação ao princípio intelectual ao qual ela se opõe. Freud foi influenciado pela ideia de que a patologia mental seria a forma extrema de subversão do intelecto pela vontade. Ninguém se torna louco por uma questão de vontade ou decide sua estrutura como um lugar ao qual se dirige. Alguns até acham que ser neurótico é uma chatice e que os psicóticos, bizarros por excelência, tornam o mundo menos tedioso, portanto, mais alegre! Essa é uma visão glamourizada e romanceada, principalmente nos filmes atuais. Quem não lembra de personagens adoráveis na vida e na arte bastante explorados pela mídia, pois essa "diferença acentuada em grau" vende e está previsto para que seja assim para azeitar o mercado farmacológico, hábil em lançar a cada estação uma "pílula da felicidade".

Na saúde, há o silêncio dos órgãos, mas não vamos usar esse conceito na psicanálise, posto que todos nós temos direito a um sintoma, e por termos um inconsciente isso não se cala nunca! Então, a cada paciente é preciso reinventar, e a eficácia desse ato é real porque ele está submetido à contingência, apontando para o imprevisto, para o que surpreende. A psicanálise não trata a patologia porque para ela o sintoma não é segregativo. O sintoma deve ser trabalhado em sua inserção social, em sua particularidade, como um nome social.

Dito isso, podemos afirmar que não há constraindicação para a psicanálise. Sabemos principalmente que não há doença mental, posto que a harmonia nunca é alcançada pelo ser falante. A única enfermidade que existe é o inconsciente, que se diferencia do mental, como ensina-nos Sônia Vicente. Daí dizer: 'na psicanálise não há nenhum mentismo'. O mental é o que adequa o sujeito ao mundo - tarefa impossível, pois o inconsciente é a marca desse defeito, desse desacerto. Se não houvesse a mente, seríamos guiados pela ordem do gozo, mas não se trata de um conserto, de um reparo na mente que o analista opera. Ele dirige o tratamento e maneja a transferência que nele é depositada como um apego singular na neurose e que se dá de forma maciça na psicose. Isso acontece porque o significante e o significado estão colados na psicose e falta um significante organizador que chamamos de Nome-do-Pai. Na psicose há uma recusa ao Outro, disso ele nada quer saber. Por isso é que o psicótico fala para si.

Mas afinal, o que significa saúde mental, termo tão banalizado hoje no mundo da qualidade total, da quantificação avassaladora? Tem saúde aquele que pode conviver socialmente, pois aí está a marca da responsabilidade do sujeito. 'A psicanálise proporciona um viés prático para o sujeito se sentir melhor', conclui

Sônia Vicente em sua palestra no CEUMA promovida pela EBP/DG-MA em abril de 2010 no Maranhão.

Marie-Hélène Brousse diz que "se a psicose não fosse também, além disso, um fenômeno de discurso, o tratamento psicanalítico não seria adequado, já que se trata de um tratamento pela fala"<sup>12</sup>. Cito aqui, de memória, Bruce Fink, que em seu livro "Inconsciente: entre o gozo e a linguagem" diz que psicótico seria aquele que não se submete à linguagem e que assim está pagando um alto preço por isso.

A clínica evolui e percebe-se que 'há algo de novo nas psicoses'. Sabemos que houve mudanças substanciais na clínica psiquiátrica apoiada numa química poderosa que promete ao paciente se livrar de sua 'doença'. Use "prozac e seja feliz"; use "ziprax e mande os seus delírios para o espaço"! Como fazer para o paciente não tratar a doença que tem, mas sim, responsabilizar-se pelo que lhe acomete?

A posição do analista difere da do médico, que vê seu paciente como uma pessoa doente e lhe promete a cura. Ao analista cabe escutar o delírio sem julgamentos ou sem o afã de curar, pois nele está o ponto de amarração do sujeito com seu próprio mundo. E diria mais: é preciso entrar no delírio junto, sabendo o que está fazendo.

## **5. Para concluir**

Para concluir digo que, hoje, os casos inclassificáveis nessa arquitetura estrutural se multiplicaram. Não se trata mais de distinguir "distúrbios de linguagem", as deformações simbólicas, como se fazia na primeira clínica de Lacan, mas ficar atento aos efeitos clínicos ocorridos na amarração/desamarração RSI, e à flagrante estranheza entre o eu e o corpo. Na psicose a pulsão está desconectada da dialética do discurso e tem um exercício por assim dizer desenfreado.

Como o tratamento analítico é uma experiência experimentada no corpo, o que dizer do psicótico sem o recurso das zonas erógenas que organizam o corpo do neurótico, permitindo-lhe organizar os sentidos sem perplexidade?

O que chamávamos outrora de metáfora delirante dá lugar ao que se denomina atualmente de amarrações sintomáticas. Então, há um sintoma psicótico?

Antes, o delírio estava do lado da psicose como suplência e o neurótico tecia seus sintomas em seu corpo ou em seus pensamentos. Qual seria então o estatuto do sintoma no caso do psicótico, na clínica do delírio generalizado?

Atualmente a psicose pode ser tomada com um novo termo, pois podemos pensar numa clínica da psicose sem a antiga noção déficit, em que os sujeitos encontraram um modo sintomático de se manterem bem sem o apoio do Nome-do-Pai. Nesse caso, o analista precisaria se virar para encontrar um lugar para si, pois se trata de 'acolher' o sujeito e ouvi-lo em seu consultório. O analista se depara com um saber delirante que vem da metáfora delirante, muito diferente do que um dia Clérambault chamou de automatismo mental<sup>13</sup>. O manejo da transferência precisa estabelecer manobras que diminuam a distancia entre analista e analisante. É preciso também seguir na direção contrária à metáfora delirante, não deixando o paciente ir muito longe em seu delírio. Isso seria o que Lacan chamou de 'sinthoma' e de como 'saber fazer aí' com ele.

Na psicose ordinária não há desencadeamento do delírio, nem passagem ao ato, mas o paciente pode vir a furar seu corpo como uma forma de lidar com o mal-estar que lhe invade. Uma adolescente, nas entrevistas preliminares, conta que diante de um 'não do pai' que a impede de ver o cantor Latino, que chegou à sua cidade em uma turnê, "escreve" com gilete no seu braço a palavra 'latino', como forma exagerada de aplacar a angústia que essa situação

provocou. Seria essa escritura no corpo próprio um substituto das carícias que a menina gostaria de obter do próprio cantor? A analista fez uma intervenção: 'latino' como você que mora na 'América Latina'; o que isso significa? O que isso representaria para a paciente, que se queixava também do cabelo afro, dos traços latinos em seu corpo? O gesto de se cortar seria uma amarração no corpo próprio, marcas de gozo que surgem para gerar uma cicatriz, uma tatuagem, marca de sua falta-a-ser?

A intervenção da analista surtiu pouco efeito, na época pouco sabia sobre as psicoses ordinárias e pensava que podia se tratar de uma neurose confusional. Ledo engano, que pode levar a se tomar gato por lebre. Daí a importância do diagnóstico diferencial. O fazer do analista é de sutura, de emenda, e cabe ao paciente costurar seu nó como um quarto termo. Sabemos da historinha de que a falta para o psicótico é o mesmo que um tecido sem remendo, de um furo no simbólico. Mas nossa aposta aqui é que algo aí pode ser cosido.

---

<sup>1</sup> Deffieux, J.-P. (2005[1998]). "Un caso no tan raro". In *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, p. 201.

<sup>2</sup> Gorostiza, L. (2010[2009]). "Inconsistência". In *Scilicet: semblantes e sinthoma - Textos preparatórios para o VII Congresso da Associação Mundial de Psicanálise*. São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, p. 167.

<sup>3</sup> Laurent, É. (2010). "A carta roubada e o voo sobre a letra". In *Correio - Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, (65). São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise.

<sup>4</sup> Miller, J.-A. (2008-2009). "Coisas de fineza em psicanálise" - Orientação lacaniana III, 11. Seminário inédito, aula de 12/11/2008.

<sup>5</sup> Mazzotti, M. Cf. Mattos, M.L. (2009). "A Psicose de Louis Althusser". In *Entrevários - Revista de Psicanálise*, (4). São Paulo: Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade, p. 83.

<sup>6</sup> Freud, S. (1996[1911]). "Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental". In *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago Editora, p. 237.

<sup>7</sup> Para ilustrar esse "golpe" tomemos da mitologia grega a relação de Medeia e Jasão. Esta, para ferir o marido que a traíra, trama a morte de seus próprios filhos para assim atingir Jasão. Medeia diz que Jasão é aquele que se defende pelo discurso da razão. Ela tenta negociar sua partida para Atenas e trama a morte dos filhos e tudo acontece segundo seus planos e caprichos. Medeia domina as paixões e consegue seu intento. Jasão e Medeia se embatem na fatalidade, mas ela possui um

---

único trunfo: pode fugir ou dizer que é neta do Sol (refúgio na loucura, no delírio!). O que nessa tragédia grega se vê é que a razão não é emancipadora - muito pelo contrário - a razão nos aponta para esse "ponto negro" onde se faz pensar que Medeia não é como nós, não faz parte de nossa comunidade.

<sup>8</sup> Kaufmann, P. (1996). *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud à Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

<sup>9</sup> Alvarenga, E. [s.d]. "O Conceito de Psicose em Freud". Belo Horizonte: Tahl M.G. Editora, p. 4.

<sup>10</sup> Miller, J.-A. (2006-2007). "O inconsciente real" - Orientação lacaniana III, 9. Seminário inédito.

<sup>11</sup> Em Schreber podemos ver de forma rica em detalhes como ele não apenas queria ser a 'Mulher de Deus', mas também se sentia como um oco, um nada, um resto, algo sem serventia.

<sup>12</sup> Brousse, M.H. (2009). "Do que se trata um diagnóstico?". In *Entrevários - Revista de Psicanálise*, (4). São Paulo: Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade, p. 71.

<sup>13</sup> Cf. Harari, A. (2006). *Clínica Lacaniana da Psicose*. Rio de Janeiro: Contra Capa.