UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LÊDA LESSA ANDRADE FILHA

O TRABALHO PSICANALÍTICO NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL JULIANO MOREIRA: REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA DO SUJEITO

Salvador
2013

LÊDA LESSA ANDRADE FILHA

O TRABALHO PSICANALÍTICO NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL JULIANO MOREIRA: REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA DO SUJEITO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Profª. Drª. Andréa Hortélio Fernandes

Salvador
2013

LÊDA LESSA ANDRADE FILHA

O TRABALHO PSICANALÍTICO NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL JULIANO MOREIRA: REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA DO SUJEITO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

Aprovada em _____

Banca Examinadora

Andréa Hortélio Fernandes – Orientadora _____
Doutora em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela Université Paris Diderot, França
Universidade Federal da Bahia

Doris Luz Rinaldi _____
Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Cristiane de Oliveira Santos _____
Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
Universidade Federal da Bahia

Denise Maria Barreto Coutinho_____
Doutora em Letras e Linguística pela Universidade Federal da Bahia, Brasil
Universidade Federal da Bahia

Cynara Teixeira Ribeiro_____
Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, Brasil
Universidade Federal Rural do Semi-Árido

A

Carlinhos, pelas tantas formas que encontra de encantar a minha, a nossa vida.

Guilherme, que me apresentou as delícias do ninar e da maternidade, as distrações do Lego, as travessuras renovadas da infância e, num tempo que passa rápido, inunda as horas de hoje com as curiosidades e aprendizados sobre as coisas do mundo.

Camila, que tanta alegria traz à nossa existência. Enquanto eu escrevia, aprendeu a andar de bicicleta e de patins. Há um ano, quando eu lhe disse que saía para a defesa de tese de uma amiga, arregalou os olhos, estupefata, como que diante de um impossível: “E aí, a tese acaba?!?”.

AGRADECIMENTOS

À professora Andréa Hortélio, orientadora desta tese, que, em um determinado dia, me interrogou: “Mas por que você vai falar da clínica de outras pessoas, se você tem a sua própria clínica para trabalhar?”. Esta pergunta teve valor de interpretação e me pôs ao trabalho, reiterando a aposta de uma transmissão que não é só pelo ensino, mas pelo depoimento sobre o fazer. Também pela sua importante contribuição ao consolidar a presença da psicanálise neste programa de pós-graduação.

Aos professores do PPG-PSI que, com as suas aulas ou a sua atenção, colaboraram para a construção deste doutorado. Agradeço em especial a Denise Coutinho e a Ilka Bichara, que me deram uma importante acolhida em momentos delicados da passagem por esta pós-graduação. Agradeço, também, aos profs. Marcos Emanoel e Marilena Ristum, pela disponibilidade nos esclarecimentos enquanto coordenadores da pós. E ainda a Ivana e Henrique, secretários que, muito atenciosamente, ajudaram em todas as situações em que precisei.

Aos colegas do grupo de pesquisa: Hortênsia Brandão, Luíza Sarno, Manoella Jatobá, Alessandra Meira, Kelliane Cruz, Cynara Teixeira, Vera Edington, Cynara Araújo. As trocas e contribuições nas reuniões e na passagem pelo doutorado tornaram menor a solidão da caminhada e algumas dificuldades da estrada.

Aos meus pais e irmãs, compreensivos, solidários, prestativos, sempre tão presentes com o seu amor. No mesmo tom, à minha prima Valéria.

À minha cunhada Maria do Carmo Freitas, pela sua disponibilidade para ler os escritos desta tese, comentar e, gentilmente, oferecer sugestões.

Aos residentes, atuais e passados, da Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental, pelas várias questões colocadas nos espaços de interlocução das disciplinas das quais me ocupo, e que frutificaram em reflexões desta tese. Agradeço também à coordenadora do Programa, Analícea Calmon, pela sua amizade e atenção para com as minhas questões.

Aos colegas do Hospital Juliano Moreira, pela tolerância que tiveram com os empecilhos meus para participar de algumas iniciativas do grupo da psicologia. Agradeço em especial a Marilene Batista, sempre compreensiva neste período difícil de escrita da tese, e ao diretor André Furtado, pela ajuda prestada em todas as vezes nas quais dela precisei.

Aos colegas da Bahiana, e à coordenadora da psicologia, Mônica Daltro, por terem sido compreensivos e solidários com os meus percalços, bem como animados com as conquistas destes últimos anos.

A Solange e a Keliane, trabalhadoras que, com muito esmero, cuidaram dos nossos meninos, permitindo-me ter tranquilidade para me dedicar à escrita da tese. Também a Mazinha e a Cristina, por cuidarem do alimento de cada dia.

Aos colegas do Colégio de Psicanálise da Bahia, por aceitarem e entenderem a minha ausência às atividades neste último e árduo período de escrita da tese.

Aos amigos, vários, por fazerem questão de registrar as suas queixas pelos encontros não acontecidos ou rareados graças à minha ausência. Vocês são muito importantes!

Ao meu sogro querido, Waldir Velôso de Freitas, *in memoriam*. Deixou-nos enquanto eu fazia o doutorado, privando-me de ouvir seus comentários interessados e sábios sobre as coisas do mundo.

A Philippe Julien, que se foi há pouco mais de um ano, pelas suas contribuições tão vivazes sobre a psicose nos seminários do Colégio de Psicanálise da Bahia, bem como nos seus escritos.

A Analú, pelos retoques e sugestões no Abstract.

A Luiz Celes, de cujos ensinamentos sobre o manejo da régua e do compasso na pesquisa da pós-graduação vou sempre lembrar.

E, finalmente, a Ivete Villalba. Sua escuta, suas pontuações, o acolhimento nas horas de angústia, e as condições oferecidas para que eu me analisasse, são preciosas coisas cujo efeito levo comigo. O sabor é de uma suave liberdade...

ANDRADE FILHA, Lêda L.. O trabalho psicanalítico no ambulatório do Hospital Juliano Moreira: reflexões sobre a clínica do sujeito. 122 f.. 2013. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

RESUMO

Esta tese de doutorado em Psicologia tem como tema a clínica do sujeito no atendimento psicanalítico ambulatorial no Hospital Juliano Moreira (HJM), na cidade de Salvador, Bahia. A questão central da qual o trabalho se ocupa é relativa às especificidades para se exercer, no espaço ambulatorial do referido hospital, uma clínica do sujeito referendada pela psicanálise. O desenvolvimento deste tema dá-se a partir do estudo de três casos atendidos por mim nessa unidade, os quais são abordados tendo como eixo principal a questão do diagnóstico. Esta escolha deve-se ao fato de que, em todos os casos, a dúvida em se estar diante de uma neurose ou de uma psicose em algum momento do tratamento se interpõe, e o modo como este problema é tratado na psicanálise é revelador da clínica do sujeito, clínica que se pauta pela escuta da fala do paciente, por meio da qual o sujeito pode advir. Distinguindo-se da anamnese psiquiátrica, na qual diagnóstico e terapêutica são momentos distintos, a construção do diagnóstico na psicanálise acontece no próprio tratamento, articulando-se o particular da referência diagnóstica com o que é da ordem do sujeito do inconsciente. O interesse pelo tema se justifica por minha trajetória enquanto psicóloga naquela unidade há doze anos, e a pesquisa dá continuidade aos estudos sobre o sujeito na psicanálise iniciados no mestrado cursado na Universidade de Brasília. A sua relevância reside no fato de produzir reflexões que podem se tornar úteis não somente aos profissionais que pautam suas práticas pela psicanálise, mas àqueles envolvidos com o campo da saúde mental, uma vez que o interesse pelo tema do sujeito tem sido revigorado com as mudanças advindas no esteio da Reforma Psiquiátrica, e a ascendência de práticas voltadas para o cuidado e para a tutela. O problema da pesquisa é descrito sob a forma da pergunta: *Quais as especificidades para se construir e sustentar, a partir da psicanálise, uma clínica do sujeito no trabalho ambulatorial do HJM?*. Estabeleço como objetivo geral examinar o trabalho realizado no ambulatório do HJM, a partir de três casos atendidos neste hospital, buscando caracterizar, com a psicanálise, a clínica do sujeito, tendo como eixo de análise a construção do diagnóstico. Para tanto, apresento uma breve descrição da história da loucura e da psiquiatria no Brasil, e contextualizo o HJM; especifico a concepção psicanalítica de sujeito, e analiso diferentes discursos que atravessam as práticas no hospital (do cuidado e da assistência, médica-psiquiátrica, da atenção psicossocial, psicanalítica); ocupo-me da metapsicologia sobre a psicose em Freud e Lacan; e trabalho os três casos clínicos, mostrando como ocorre a construção do diagnóstico em psicanálise, e, portanto a clínica do sujeito. O método adotado é o estudo de caso psicanalítico, e a teoria psicanalítica é o marco teórico fundamental, em que privilegio a obra de Freud e a de Lacan, através dos textos originais, e dos legados de seus seguidores.

Palavras-chave: Psicanálise. Clínica do sujeito. Ambulatório em Saúde Mental. Diagnóstico psicanalítico.

ANDRADE FILHA, Lêda L.. O trabalho psicanalítico no ambulatório do Hospital Juliano Moreira: reflexões sobre a clínica do sujeito. 122 f.. 2013. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

ABSTRACT

The theme of this doctoral thesis in psychology is the clinic of the subject in the psychoanalytic treatment at the outpatient care section of the Hospital Juliano Moreira (HJM), in the city of Salvador, Bahia. The main issue of the work is related to the requirements to carry out, in the outpatient care section of that hospital, a clinic of the subject relied on psychoanalysis. The development of this theme is done from the study of three cases treated by me in that hospital, cases that are addressed having the diagnosis as a central issue. This choice was made due to the fact that, in all cases, the doubt of facing a neurosis or a psychosis was present at some stages of treatment, and the way this issue is addressed in psychoanalysis shows the clinic of the subject. This clinic is characterized by the listening to the patient's word, through which the subject may come. Distinguished from psychiatric interview, in which diagnosis and treatment are done at different times, the construction of diagnostic in psychoanalysis takes place in the treatment itself, in which the particular of the diagnostic reference is linked to what is related to the subject of the unconscious. The interest on this theme was drawn upon my trajectory as a psychologist in that unit for twelve years, and the research appears to be a continuity of the studies on the theme of the subject in psychoanalysis that took place at the Masters held at Universidade de Brasília. Its relevance lies in the possibility to produce reflections that can become useful not only to professionals who base their practice in psychoanalysis, but also to those involved with the mental health field, since the interest in the topic of the subject has been refreshed as a consequence of the changes due to the Psychiatric Reform, and the growth of practices of care and guardianship. The research problem is described in the form of the question: *What are the specifics to build and sustain, based on psychoanalysis, a clinic of the subject in the outpatient care section of the Hospital Juliano Moreira?*. The main objective is to examine the work carried out in the outpatient care section, through the analysis of three cases, trying to characterize, with psychoanalysis, the clinic of the subject, and taking the construction of diagnostic as the axis of analysis. For that, I present a brief description of the history of madness and of psychiatry in Brazil, and contextualize the HJM; I specify the psychoanalytic conception of the subject, and analyze different discourses and practices that cross the hospital (care and assistance, psychiatric, psychosocial attention, psychoanalytical); I dedicate my attention to Freud's and Lacan's metapsychology of psychosis; and work on the three cases, showing how the making of diagnostic in psychoanalysis is done, and therefore the clinic of subject. The method adopted is the psychoanalytic case study, and psychoanalytic theory is the fundamental theoretical framework. The study is grounded on the work of Freud and Lacan, and on the legacy of their followers.

Keywords: Psychoanalysis. Clinic of the subject. Outpatient care in Mental Health. Psychoanalytic diagnosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 A LOUCURA E O HOSPITAL JULIANO MOREIRA **16**
2.1 O HOSPITAL JULIANO MOREIRA: UMA INSTITUIÇÃO, MUITAS VOZES .. 16
2.2 DESATINO E (DES)RAZÃO: A LOUCURA E O LUGAR DO OUTRO..... 20
2.2.1 *Stultifera Navis*: as heranças trágica e crítica na lide com a loucura **22**
2.2.2 Tragédia e crítica: uma dupla inscrição da psicanálise **25**
2.3 OS VÁRIOS NOMES DA LOUCURA: BREVES NOTAS SOBRE A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA 27
2.3.1 O cenário europeu de origem 27
2.3.2 A experiência brasileira **29**
2.4 JULIANO MOREIRA: A INSTITUIÇÃO, O HOMEM, O NOME 30
2.5 O CASO MÁRCIA 34
2.5.1 "Sou paciente do Juliano": efeitos subjetivos de uma identificação **35**
2.5.2 Além da identificação: o trabalho na transferência **37**
3 SUJEITO CARTESIANO, SUJEITO PSICANALÍTICO: DISCURSOS E PRÁTICAS **41**
3.1 A RAZÃO CARTESIANA E O DESENCANTAMENTO DO MUNDO 43
3.2 SUJEITO DA CIÊNCIA, CERTEZA E VERDADE 45
3.3 A INTRODUÇÃO DA BARRA: O SUJEITO COMO EFEITO DO SIGNIFICANTE 48
3.4 A SUBVERSÃO LACANIANA: O CAMPO DO OUTRO E O SUJEITO 50
3.5 O SUJEITO EM DIFERENTES DISCURSOS 53
4 A METAPSICOLOGIA DA PSICOSE EM FREUD E LACAN **63**
4.1 PSICOSE: AS BASES CONCEITUAIS EM FREUD E LACAN 65
4.1.1 A psicose em Freud: breves considerações 66
4.1.2 Lacan: Aimée, Schreber, Joyce **71**
5 A CLÍNICA DO SUJEITO **87**
5.1 O CASO IOLANDA 87
5.1.1 A chegada da paciente: pedido de atendimento, transferência e hipótese diagnóstica durante o período preliminar **88**
5.1.2 O segundo momento do trabalho **90**

5.2 O CASO MARIA **97**

5.2.1 O início do tratamento: surtos, internações e o trabalho com a residente **97**

5.2.2 A continuidade do trabalho após a residência **102**

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS **107**

REFERÊNCIAS **112**

1 INTRODUÇÃO

A presente tese de doutorado em Psicologia tem como tema a clínica do sujeito no trabalho psicanalítico ambulatorial do Hospital Juliano Moreira (HJM), em Salvador. A pesquisa realizada no processo de doutoramento levantou como questão quais são as especificidades para se exercer, no espaço ambulatorial do HJM, uma clínica do sujeito, pautada na psicanálise e voltada para o atendimento a pacientes que carregam a marca de outras modalidades de tratamento e dos discursos que as sustentam: o discurso médico hegemônico, o discurso da assistência social, o discurso da Reforma Psiquiátrica. Para fundamentar e desenvolver a pesquisa, elegi como eixo central o diagnóstico no tratamento psicanalítico, tomando sob exame três casos atendidos por mim naquele ambulatório.

Distinguindo-se da anamnese psiquiátrica, na qual diagnóstico e terapêutica são momentos distintos, a construção do diagnóstico na psicanálise acontece no próprio tratamento. É uma modalidade de manejo com a clínica em que o trabalho, desde as entrevistas preliminares, deve estar de acordo com as regras da psicanálise (FREUD, 1913a), processo que exemplifica a clínica do sujeito. Nesta, em decorrência do próprio dispositivo, o sujeito pode advir e mesmo interferir na direção dada ao tratamento, e o diagnóstico torna-se passível de revisões e reformulações. Articulam-se aí, por conseguinte, o particular da referência diagnóstica, com o que é da ordem do sujeito do inconsciente (FIGUEIREDO, 2004).

Na unidade ambulatorial, o profissional que pauta a sua prática pela psicanálise se ocupa, pela especificidade do dispositivo clínico, de abrir um espaço para escutar a fala do paciente, apostando com isto que possa, no contexto do trabalho analítico, advir um sujeito. Neste sentido, diferencia a sua práxis tanto daquela que, pautada no “triunfalismo da psiquiatria biológica” (FIGUEIREDO & TENÓRIO, 2002: 31), reduz a clínica a uma mera aplicação de condutas, procurando o fármaco específico para o transtorno determinado, de modo que o sujeito fica abolido; quanto daquela que, supondo um sujeito já dado, o convoca a agir, ressaltando o seu lugar de cidadão; e ainda de uma outra que, constatando a condição de privação em que muitos usuários se encontram, busca garantir-lhes a ajuda social, deixando ver a condição de assujeitamento presente em um indivíduo carente de ser assistido, e posicionado como objeto de cuidados.

Freud postulou, em 1916-1917[1], a existência de uma continuidade entre a psicanálise e a psiquiatria, afirmação que se modifica em 1926[2], quando ele trata da independência entre esses campos, porém declara ser uma insensatez lançar uma ciência contra a outra. Hoje talvez se possa afirmar, sem muito medo de errar, que também ela, a psiquiatria, sofreu uma descontinuidade no decorrer do tempo, afastando-se dos grandes paradigmas da clínica clássica e encontrando cada vez mais seu lugar numa espécie de "psicopatologia da pós-modernidade"[3], a qual se ancora plenamente em um fundamento biológico e na crença quase que unânime e absoluta na droga.

O problema da pesquisa se apresenta sob a forma da pergunta: Quais as especificidades para se construir e sustentar, a partir da psicanálise, uma clínica do sujeito no trabalho ambulatorial do Hospital Juliano Moreira?. E o objetivo geral é examinar o trabalho realizado neste ambulatório, a partir de recortes de três casos clínicos de pacientes atendidos por mim, buscando caracterizar, com a psicanálise, a clínica do sujeito, tomando como eixo a construção do diagnóstico.

Estabeleço três objetivos específicos: 1) Apresentar uma breve história da loucura, e situar o Hospital Juliano Moreira no contexto da Saúde Mental no Brasil; 2) Delimitar, com base na teoria de Freud e Lacan, a concepção de sujeito e a clínica a ele correlata; 3) Examinar, a partir de três casos clínicos procedentes do trabalho ambulatorial, como se dá a construção do diagnóstico em psicanálise, e, por conseguinte, a clínica do sujeito.

Em termos de método, optei por trabalhar na perspectiva do Estudo de Caso, especificado como Estudo de caso psicanalítico. Neste, o caso clínico é não o relato de uma história conforme contada pelo paciente, mas uma construção a partir da escuta e das intervenções do analista no curso do próprio tratamento. A investigação clínica em psicanálise é uma escolha de trabalho em que a construção da pesquisa se funda na experiência clínica do pesquisador, a qual, por sua vez, ocorre com base em um procedimento que tem como condição a escuta da palavra do sujeito, palavra que procura dizer do seu vivido, tomado como realidade psíquica. É importante assinalar, neste sentido, que se, por um lado, no Estudo de Caso, procura-se muitas vezes contornar os efeitos da subjetividade do pesquisador

---

[1] FREUD, Sigmund. (1916-1917) [1915-1917]). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vols. XV e XVI.

[2] FREUD, Sigmund. (1926). A questão da análise leiga. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XX.

[3] BIRMAN, Joel. Relançando os dados: a psicopatologia na pós-modernidade, novamente. In: VIOLANTE, Maria L. V. (org.). **O (im)possível diálogo psicanálise-psiquiatria**. São Paulo: Via Lettera, 2002.

(STAKE, 2000), no caso clínico psicanalítico, a participação do pesquisador, alvo do investimento transferencial, é sistematizada como parte do processo.

Em um artigo chamado *Dois verbetes de enciclopédia*, Freud (1923 [1922]) nos diz que a psicanálise é

> o nome de (1) um procedimento para a investigação de processos mentais que são quase inacessíveis por qualquer outro modo, (2) um método (baseado nessa investigação) para o tratamento de distúrbios neuróticos e (3) uma coleção de informações psicológicas obtidas ao longo dessas linhas, e que gradualmente se acumula numa nova disciplina científica. (p. 287)

Temos, portanto, desde o seu fundador, a compreensão de que a psicanálise não é apenas uma coleção de enunciados sobre o funcionamento psíquico, ou uma teoria que se apresente unicamente como proposta epistemológica. Ela é teoria, método e procedimento para trabalhar com os processos psíquicos, ela é uma clínica. São planos indissociáveis, configurando o específico de uma disciplina que, nas palavras de Sauret (2003), carrega consigo o desígnio de não renunciar a dar a palavra ao sujeito, não renunciar a isto que constitui propriamente a sua particularidade. Neste sentido, a pesquisa clínica em psicanálise deve sempre surgir de um encontro que mobilize a palavra, e mesmo sendo o seu método algo transponível para fora do *setting*, ele não rompe o laço com o discurso analítico.

O que pode advir como questão é o paradoxo que se apresenta, uma vez que os planos são indissociáveis, e a pesquisa científica, em princípio, requer determinadas condições originárias da ciência positiva. Ainda seguindo Sauret (2003), encontramos que, ao postular tal indissociabilidade, uma mudança em um nível exige mudança ou invenção nos demais. Isto implica dizer que, se se isola um nível – coisa que se dá no âmbito da pesquisa –, está-se posicionado fora da psicanálise propriamente dita, das suas condições de produção e verificação. Para fazer face a tal dilema, qual seja, permitir que a psicanálise e a pesquisa por ela engendrada possam fazer jus à ciência sem a esta se reduzir, há que se buscar a preservação da ética própria a esta mesma psicanálise.

Uma via que nos permite adentrar esta problemática e abrir possibilidades, é aquela da clínica, no sentido do caso clínico psicanalítico, considerado como uma modalidade do Estudo de caso. O caso clínico, tomado na sua condição de pesquisa, apresenta-se como uma forma de desenvolver pesquisa de caráter psicanalítico que, a despeito de se dar fora do dispositivo, é sobre ele que versa, e aquilo de que versa, surge dele. Aí, a particularidade da pesquisa em psicanálise: “[...] o que numa dimensão universal – no que concerne ao sujeito da fala – só poderia ser verificado caso a caso, cabe ao psicanalista e ao pesquisador que o

acompanha desenvolver a lógica que permite sustentar resultados a partir do particular, levando em conta, ao mesmo tempo, as exigências da ciência" (SAURET, 2003, p. 6). Ou, como afirma Poli (2006), apreender aquilo que a ciência nos traz como benefício, sem desprezar a experiência singular, é uma chamada ética aos psicanalistas no seu exercício clínico e suas intervenções no âmbito da cultura. Isto, na universidade, ao lado do ensino dos conceitos, é o que há a ser transmitido às novas gerações.

O proceder clínico, todavia, ainda que fonte originária, não é suficiente para a construção teórica do caso, uma vez que esta supõe um trabalho sobre e a partir do caso, a ser feito em momento posterior àquele do desenrolar da própria análise, no *setting* analítico. Em segundo lugar, o caso só se reverte em estudo de caso, ou pesquisa teórica, na medida em que se torna público: sai-se do registro da experiência do particular, ocorrida no dispositivo analítico, para entrar no registro da experiência compartilhada no plano da teorização da clínica (GUIMARÃES & BENTO, 2008).

A convocação ao fazer teórico com o próprio tramado do caso clínico é, portanto, um chamado ético ao psicanalista, o específico da sua práxis. Neste domínio, uma questão relevante é a construção do diagnóstico: as grandes categorias nosológicas – neurose, psicose, perversão –, das quais os manuais diagnósticos (CID-10, DSM-IV) vêm gradualmente se afastando, seguem caras ao analista. Entendendo que a estrutura é uma dada forma de ordenamento psíquico que deixa ver um campo no qual se revelam elementos que permitem saber algo sobre o funcionamento do sujeito no mundo, sobre o modo como ele responde ao Outro, o psicanalista afirma a sua escolha de trabalho com o diagnóstico. Ao mesmo tempo, interroga e recusa a filiação a um modo de pensar a clínica que se apresenta cada vez mais descritivo, casuístico, ateórico, empobrecido mesmo, em face destas grandes categorias diagnósticas que a história da psiquiatria nos legou (FIGUEIREDO & TENÓRIO, 2002; HENNING, 2002).

A pesquisa em psicanálise, portanto, segue os referentes de sua origem conforme postulados por Freud, em que método e tratamento coincidem, fundando-se assim um campo próprio de prática e de investigação. O trabalho psicanalítico privilegia as formações do inconsciente, tem na transferência sua condição *sine qua non*, considera a realidade psíquica como aquela que expressa o vivido do sujeito, e se realiza pela escuta no cerne de um dispositivo inventado pelo próprio Freud. O seu estilo de relatar, de construir teoria – por ele mesmo chamada "metapsicologia", uma vez que considerava os processos psíquicos nas suas dimensões econômica, dinâmica e topográfica – segue servindo de fonte e de orientação para

novas criações, nas quais o sujeito, sobretudo como sujeito do inconsciente, é certamente o que não fica elidido.

Os três casos escolhidos para estudo nesta pesquisa ilustram, a seu modo, diversos aspectos dos quais um analista há que se ocupar na clínica: manejo, transferência, demanda etc. Em meio a tais aspectos, irei relevar o ponto de vista da construção diagnóstica, uma vez que, em todos os casos, a dúvida quanto a se tratar de uma neurose ou de uma psicose em algum momento se interpõe, movimentando o fazer clínico na escuta analítica. Em dois deles, as pacientes buscaram diretamente a mim para atendê-las, já em um segundo momento da procura do serviço ambulatorial, privilegiando, portanto, a transferência, e subvertendo a ordem usual de ingresso no HJM através da triagem, promovendo e revigorando, com isto, questões para pensar uma clínica do sujeito nesta instituição.

A escolha pelo tema da clínica do sujeito a partir do trabalho ambulatorial se inscreve no cerne de uma trajetória já de há muito no campo da saúde mental, privilegiadamente a partir do meu exercício profissional no HJM, práxis que se fez nortear desde sempre pela abordagem psicanalítica. Além das atividades clínicas, a docência tanto na pós-graduação (Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental) quanto no curso de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública reatualiza permanentemente a interrogação daquilo que se passa no âmbito da prática.

A questão do sujeito na psicanálise fora, por sua vez, o meu tema de estudos no mestrado que cursei na Universidade de Brasília, e que gerou a dissertação *Singularidade e divisão do sujeito: um percurso na teoria de Freud e Lacan*. Esta pesquisa apontou para o valor teórico-técnico da acepção *sujeito*, e mostrou como este termo, ainda que não usado por Freud em uma significação mais específica, obteve na obra de Lacan um estatuto conceitual, tornando-se um meio pelo qual se pode referir ao que é da esfera do inconsciente e do desejo.

A relevância deste trabalho reside na produção de reflexões que se podem tornar úteis não somente àqueles que têm na psicanálise a teoria que orienta a sua ação, mas aos profissionais de diversos campos envolvidos na assistência aos usuários da saúde mental, uma vez que, na atualidade, com as mudanças advindas com a Reforma Psiquiátrica, renova-se o interesse relativo ao tema do sujeito, ainda que este termo compareça pulverizado em diferentes acepções, como mostro mais adiante. Isto se dá, sobremaneira, porque, de um lado, o discurso da Reforma ergue-se sobre uma compreensão de sujeito pautada pela ideia de cidadania, tendendo a substituir a clínica pelo cuidado, e de outro lado, a psiquiatria biológica acaba por promover a abolição mesma do sujeito, subsumido que fica no exercício de uma

terapêutica reduzida à aplicação de condutas. É neste cenário que, se uma prática orientada pela psicanálise resgata o sentido inaugurado por Freud e formalizado por Lacan para o sujeito, circunscrevendo-o no campo do inconsciente e da linguagem, a pesquisa que se debruça sobre esta prática pode prestar contribuições importantes, revigorando, a partir da experiência, possibilidades de convergência e diálogo no seio da saúde mental.

No primeiro capítulo da tese, descrevo aspectos históricos sobre o tema da loucura, atendo-me às tradições crítica e trágica. Traço uma breve história da psiquiatria no Brasil, situando nesta o Hospital Juliano Moreira, referência importante na Bahia e meu local de prática. Também neste capítulo, tomo sob consideração o nome *Juliano Moreira*, indicando como ele se presta a designar a loucura na Bahia, e articulo este valor significante com um dos casos clínicos da pesquisa, o Caso Márcia, trabalhando-o.

No segundo capítulo, especifico a concepção psicanalítica de sujeito, e me valendo da teoria dos discursos de Lacan, promovo algumas leituras das discursividades que atravessam as práticas no campo da saúde mental em geral e, de maneira particular, no HJM, unidade complexa e multivocal. Produzo, assim, algumas reflexões sobre o discurso da reforma psiquiátrica, o da assistência, o das práticas médicas, indicando as diferentes posições ocupadas pelos profissionais que sustentam os serviços, e aponto condições para se exercer uma clínica do sujeito.

No capítulo seguinte, o terceiro, apresento algumas construções metapsicológicas da psicose em Freud e Lacan, privilegiando os casos de Schreber, Aimée e Joyce. Abordo questões relativas ao diagnóstico na psicanálise, ao problema da psicose e a sua refração ao laço social, às peculiaridades do manejo transferencial, e destaco, no modo como Freud e Lacan lidaram com as questões da psicose, elementos fundamentais para se pensar uma clínica do sujeito.

E no quarto capítulo, desenvolvo os outros dois dos três casos colocados em relevo neste estudo, os de Iolanda e de Maria, dando a ver a clínica do sujeito através da minha prática, com atenção particular à questão diagnóstica.

Ressalto que o projeto que deu origem a esta tese foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação para Desenvolvimento das Ciências, sob o protocolo nº 217/2011, e julgado aprovado.

2 A LOUCURA E O HOSPITAL JULIANO MOREIRA

2.1 O HOSPITAL JULIANO MOREIRA: UMA INSTITUIÇÃO, MUITAS VOZES

Há um livro de Italo Calvino (1994) chamado “Marcovaldo ou As estações na cidade”. Marcovaldo é um personagem singelo, de espírito leve, concernido com o seu trabalho de carregador, e que não tem olhos para a vida da cidade: semáforos, vitrines, letreiros luminosos, cartazes, nada disso lhe atrai a atenção. Todavia, não lhe escapava jamais o destino das folhas caídas no outono, o rumo que uma vespa irá tomar, os cogumelos que crescem à revelia das vassouras dos limpadores de rua, os bandos de pombos seguindo em suas migrações para o norte ou para o sul...

Marcovaldo é um sonhador que procura a natureza na selva da cidade. As suas aventuras, guiadas por fantasias bucólicas recortando a realidade urbana, sempre chegam a um final infeliz e melancólico, que acaba lhe lembrando a sua dura condição de operário pobre.

Penso que Marcovaldo pode nos servir de metáfora para falar dos pacientes que costumam ficar internados no hospital psiquiátrico – neste caso, pacientes não apenas do Hospital Juliano Moreira, em Salvador, Bahia, mas de qualquer hospital psiquiátrico, de qualquer unidade que, nos intra-muros de uma arquitetura asilar, abrigue aqueles que, por sua estranheza, pelas manifestações socialmente inadequadas de comportamento, se enquadrem no signo de “doentes mentais”. Como Marcovaldo, a estas pessoas resta entrever as estações do ano pela faixa estreita de céu que se descortina no pátio, ou pelas mudanças do clima que se fazem sentir no calor ou no frio sobre a pele – frio que, na maioria das vezes, não é enfrentado com cobertores nem meias, pela falta ou insuficiências destes artigos no hospital.

Como Marcovaldo, aos doentes mentais resta a “diversão” das ocupações que o cotidiano hospitalar lhes oferece: fazer refeições, dividir a guimba dos cigarros, partilhar as estórias tricotadas pelos auxiliares de enfermagem, assistir TV, caminhar pelos pavilhões... O fim da “aventura da internação” é quase sempre melancólico: retornar ao seio da família, que já restabeleceu a sua dinâmica prescindindo do parente internado; à realidade do desemprego, cuja chance de reinserção torna-se diminuta. Nas mãos, as medicações, que lhe suprimem os “sintomas” da “doença” à custa de efeitos secundários e colaterais muitas vezes irreversíveis (ANDRADE FILHA, 2010).

Muito se tem dito sobre os hospitais psiquiátricos, sobre a sua função premente de servir à exclusão social, de controlar e reprimir. A negação aos loucos dos direitos civis, sociais e políticos é para muitos a expressão de uma sociedade de classes, pautada na exploração da força-de-trabalho – e é o espaço manicomial, regido pela sua dinâmica própria, aquele que acolhe essas pessoas, que efetiva e garante o primado da exclusão (BASAGLIA, 1979; GOLDBERG, 1994).

O processo da Reforma Psiquiátrica vem ao encontro desta problemática. No Brasil, tem seu início nos anos setenta, contemporâneo que é do assim chamado "movimento sanitário". São princípios deste movimento a defesa da saúde coletiva, a eqüidade dos serviços de assistência em saúde, a inclusão dos usuários, inclusive na condição de protagonistas na gestão e nos cuidados. É a partir de 1992, contudo, que os movimentos sociais, encontrando eco no Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados as primeiras leis que designam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção em saúde mental (BRASIL, 2005). São criados os primeiros NAPS, CAPS e hospitais-dia, assim como normas de classificação dos hospitais psiquiátricos.

No ano de 2001 aquela lei é sancionada no Congresso Nacional. Ela visa à proteção do indivíduo portador de transtorno mental contra qualquer forma de abuso e exploração, e à garantia, pelo Estado, de que a política de saúde mental inclua crescentemente a participação da família e da sociedade. Privilegia a inserção do paciente em seu meio, busca restringir a internação àquelas situações de fato justificadoras de tal, e tem como princípio a supressão de qualquer forma de discriminação para com os portadores de transtorno mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem responder a uma demanda social de mudanças que garantam a superação do modelo manicomial, asilar, pautado na violência e exclusão a que quedavam submetidos os usuários das unidades psiquiátricas, montadas quase que unanimemente sobre os serviços de internação. A política de redução de leitos vai aos poucos se efetivando, e o país vê surgir, paulatinamente, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospitais-dia, Residências Terapêuticas, programas governamentais como o "De Volta para Casa" e o Saúde da Família.

De caráter docente-assistencial, o Hospital Juliano Moreira (HJM) é a principal unidade de atendimento em saúde mental na Bahia, seja pelo seu tamanho e diversidade de serviços oferecidos, seja pelo seu estatuto de "hospital de referência". Encontramos nas suas dependências profissionais das mais diversas formações no campo da saúde (enfermeiros, médicos psiquiatras, médicos clínicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, dentistas, farmacêuticos...), e variadas

modalidades de atendimento: o Serviço de Emergência, Triagem e Acolhimento (SETA); o Pronto-Atendimento (PA), unidade destinada à observação de pacientes atendidos em caráter de emergência; o Núcleo de Atendimento à Crise (NAC)[4] e os Módulos de Internação (em número de três) para os pacientes que precisam ficar internados. Na assistência diurna, ainda sob uma forma híbrida entre serviço substitutivo e hospital, há o Centro Docente-Assistencial de Narandiba (CENA), que funciona no modelo de hospital-dia; na prestação de serviços ambulatoriais, há o Ambulatório; e, ainda, existem dois lares abrigados, que procuram, dentro das orientações mais gerais da Reforma Psiquiátrica, oferecer serviços alternativos ao modelo centrado na unidade hospitalar.

Com as mudanças no âmbito da saúde mental na Bahia, e a abertura de novas unidades de atendimento no *território*[5], afeitas aos chamados "modelos substitutivos" – e aqui, menciono sobretudo os CAPS, que são os serviços mais difundidos em Salvador –, a assistência no Juliano Moreira têm passado por muitas alterações. Em alguns setores do hospital, em particular o CENA e o NAC, procura-se nortear a práxis pelo discurso da Reforma psiquiátrica, investindo-se no trabalho em equipe e em uma maior diluição das especialidades. O CENA, especialmente, tem a sua abordagem orientada pela clínica psicossocial, e uma prática assemelhada à dos CAPS.

Os CAPS são serviços substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe-lhes o papel de "núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento" (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005:27). Costa (1994) afirma ser a psiquiatria do CAPS pragmática, na qual "a querela da causalidade é aposentada" (p. 11), abrindo-se a possibilidade de novas redescrições éticas do sujeito Tratar-se-ia, aí, de uma 'nova clínica', que se espera paradigmática das atuais modalidades de assistência em saúde mental – portanto, paradigmática no que toca à consideração do sujeito no discurso da Reforma. Este sujeito é redescrito, e as redescrições ficam isentas de "compromissos ontológicos universais", de modo a se preterir as demarcações clássicas e as fundações que sustentam os discursos em favor de uma conduta mais pragmática.

A questão, aqui, se abre em novas facetas: nesta nova assistência, inventa-se novos fazeres, no seio dos quais se pode estar a relegar, de modo denegatório, a compreensão sobre os mecanismos do adoecer psíquico que a psicanálise veio produzindo ao longo dos seus mais

---

[4] Recentemente, houve uma modificação no âmbito da internação, de modo a extinguir-se o NAC, e criar duas unidades de pronto-atendimento, uma masculina e outra feminina (nota adicionada em jan. 2013).

[5] *Território* é um termo que, na Reforma, serve para designar não apenas a área geográfica, mas as instituições, os serviços, as redes e os cenários nos quais acontece a vida comunitária.

de cem anos de existência. Rinaldi (2006), a partir de uma pesquisa feita junto a profissionais de CAPS no Rio de Janeiro, discute a inserção do psicanalista neste campo, evocando os desafios na sustentação de uma clínica com sua ética própria. Mostra como, no que toca ao modo como a Reforma instituiu-se no Brasil, a dimensão política assumiu a dianteira do movimento, denunciando o "caráter segregador e desumano do velho modelo manicomial", ênfase que poderia estar a ofuscar a discussão das questões relativas à clínica, tomada em seu modo geral como identificada à clínica psiquiátrica tradicional, aliada daquele modelo segregador. Na mesma linha de outros autores[6], esta constata que as concepções de sujeito e de cidadania aparecem correlacionadas e pertencentes a um mesmo campo, como se guardassem uma linha de continuidade, que pode ir do privado ao público, ou do singular ao universal. A prática com os pacientes tende a se voltar para a solução de questões do cotidiano, a ocupar-se dos direitos e necessidades daqueles que buscam o serviço. Esta é uma questão de enorme importância, mas à qual não darei atenção na mesma medida, uma vez que me levaria a um ponto distanciado dos objetivos principais desta tese. A sua problemática, no entanto, fica aqui indicada, pois na medida em que interrogo a possibilidade de uma clínica do sujeito no contexto de um atendimento ambulatorial, a lógica que sustenta o argumento defendido pode ser apropriada para pensar o trabalho com o usuário da saúde mental em distintos contextos.

Como dizia, então, assim se está em face de paradigmas distintos, ambos operando sobre a aposta em um sujeito. A reabilitação psicossocial procura trabalhar com o paciente para que ele melhore a sua competência individual, suas habilidades de convivência, para que (re)conquiste a sua autonomia e funcione melhor na comunidade, ancorado este paradigma no pressuposto de que há um sujeito, o qual precisa ser convocado. A clínica psicanalítica, a sua vez, inflecte esta aposta: o sujeito, na psicose, por exemplo, pode ou não advir; o psicótico, por características estruturais, "pode não suportar a exigência de ter que responder como sujeito" (TENÓRIO, 2001), implicando isto que o manejo clínico deva ter como direção criar condições para que ali, no seu dispositivo próprio, a possibilidade de que o sujeito advenha, se produza. No Hospital Juliano Moreira, com todas as modalidades de assistência que nele são oferecidas, estas várias discursividades atravessam as práticas, e por conseqüência, a subjetividade dos usuários que nele são atendidos.

No âmbito da triagem e do assim chamado *acolhimento*, os quais, atualmente, ficam a cargo dos profissionais do SETA, percebe-se uma preocupação a pautar as práticas e as

[6] V., por exemplo, FIGUEIREDO, 2007; GUERRA & MOREIRA, 2010.

leituras feitas, ainda que não esteja suficientemente formalizada ou teorizada. Psicólogos em sua maioria, estes profissionais vêm se ocupando de discutir as modalidades pelas quais se faz possível acolher, escutar, orientar, encaminhar e atender os pacientes que afluem ao hospital, visando respeitar as designações da política maior de saúde mental, considerando para tal a *rede*[7] com suas especificidades, e evitando a constituição de filas de espera.

Este trabalho pode ser caracterizado como uma *clínica da recepção*, que se ancora na tríade acolhimento-diagnóstico-tratamento. Os estudos recentes de Fernandes (2008) e de Fernandes & Freitas (2009) revelam estar em jogo, aí, não ainda uma "clínica do sujeito", mas uma modalidade de trabalho que pode apontar para esta, que pode para ela abrir espaço. Desta clínica da recepção, portanto, torna-se possível o engendramento de uma outra, que podemos chamar, com a psicanálise, de clínica do sujeito.

2.2 DESATINO E (DES)RAZÃO: A LOUCURA E O LUGAR DO OUTRO

> A Idade Média e a Renascença tinham sentido, em todos os pontos frágeis do mundo, a ameaça do desatino; tinham-na temido e invocado sob a delgada superfície das aparências. Suas tardes e suas noites tinham sido assombradas por ela, e emprestaram a essa ameaça todos os bestiários e todos os apocalipses de sua imaginação.
>
> Foucault

Mas a multivocalidade à qual me referi no item anterior nem sempre se fez presente. O Hospital Juliano Moreira ocupou, na tradição da história da saúde mental, um assento em nada dessemelhante aos dos demais hospitais psiquiátricos, em que a dimensão crítica procura envolver e submeter o caráter trágico da loucura, ainda que este se insinuasse mais ou menos silenciosamente no tecido das tramas cotidianas.

Os espaços circunscritos àquilo que se compreende área do hospital Juliano Moreira são compostos, como se viu, pelas mais diversificadas formas de tratamento. Dos pacientes, há os que chegam sozinhos, são atendidos ambulatorialmente em consultas previamente marcadas, e saem; há os que chegam, sempre acompanhados, são atendidos emergencialmente, e saem; há os chegam nesta última condição, e ficam internados; há os que

[7] O conceito de *rede* remete à articulação dos vários serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, a partir da ideia de constituição de um conjunto de referências adequadas para acolher o usuário em sofrimento psíquico (BRASIL, Ministério da Saúde/OPAS, novembro de 2005).

vão, geralmente sem acompanhantes, passam o dia, e saem à tardinha; e há os que, a despeito das inúmeras tentativas de reatamento dos laços familiares, ficaram, tornaram-se moradores. Estes últimos, talvez os maiores herdeiros do que restou do modelo asilar, cronificante da loucura. Entre as pacientes dos três casos por nós escolhidos, duas delas tiveram a experiência da internação – mais ou menos curta, mais ou menos emergencial, mais ou menos disruptiva, mas sempre traumática.

Antes, porém, de abordar a constituição do asilo na Bahia, trataremos, ainda que de forma breve, das considerações feitas por Foucault em sua *História da Loucura*, uma vez que as elaborações foulcaultianas, a proposta arqueológica empreendida com a sua produção, representa um marco em toda formulação que se faça sobre a loucura, instituindo um antes e um depois da inscrição da sua obra. Este livro, publicado há cinqüenta anos, mostrou como a loucura é uma construção histórica e cultural, cuja experiência foi objeto de silêncio e de exclusão social, de modo que

> ...necessário seria realizar a arqueologia desse silêncio. Para isso, portanto, seria preciso percorrer os diferentes momentos constitutivos desse silenciamento para indicar como a loucura foi transformada numa experiência *sem sujeito, sem verdade* e marcada pela *ausência da obra*. (BIRMAN, 2011, p. 24).

A fim de evidenciar o desvelamento produzido pela obra foucaultiana, Haddock-Lobo (2008) toma emprestado um termo utilizado pelo próprio Foucault em *As palavras e as coisas*[8] para dizer o quão cabível é analisar a *História da Loucura* como uma "História do Outro", isto é, "uma história que se preocupa em pensar não mais o Mesmo, mas antes todos os outros que teriam sido excluídos pelo pensamento ocidental" (p. 54). Tratar-se-ia, assim, de uma aposta na inversão, procurando dar voz àqueles por tanto tempo objetivados pelo discurso psiquiátrico. Ao promover uma História do Outro, embute-se a crítica à História do Mesmo, representada pelo "monólogo da razão sobre a loucura" que a psiquiatria realizara. Por esta via, efetua Foucault a sua arqueologia da alienação.

Em 1991, a Sociedade Internacional de História da Psiquiatria e da Psicanálise realizou um colóquio que teve por tema a História da Loucura, comemorando, então, os trinta anos da sua publicação. Nele, encontraram-se, entre outros, Elizabeth Roudinesco, Jacques Derrida, Georges Canguilhem, e este último, que tinha sido o orientador da tese que deu

---

[8] O termo é utilizado logo no Prefácio pelo autor: "Este livro nasceu de um texto de Borges. Do riso que, com sua leitura, perturba todas as familiaridades do pensamento (...), fazendo vacilar e inquietando, por muito tempo, nossa prática milenar do Mesmo e do Outro" (FOUCAULT, 1992, p. 5).

origem ao livro, contou como fora conquistado imediatamente pelas idéias do jovem filósofo[9]. Roudinesco, por seu turno, ressaltou o caráter inaugural da obra, marcada por uma forma de abordar a história em que a continuidade cronológica cede lugar à construção de uma arqueologia. O livro, lembraram, foi recebido com resistências e críticas no campo psi, pois ao mostrar que a loucura é uma construção histórica e cultural, pôs em dúvida a leitura naturalista que porventura dela se faça.

2.2.1 *Stultifera Navis* e reclusão: as heranças trágica e crítica na lide com a loucura

Quando Foucault inicia a sua *História da Loucura na Idade Clássica* (1978 [1972]), nos conta que a lepra, ao final da Idade Média, desaparece do mundo ocidental. Munido de uma série de informações sobre os destinos das gafarias, ele afirma que "os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso" (FOUCAULT, 1978 [1972], p. 6) permanecerão muito mais tempo que a própria lepra. O leproso, figura tanto insistente quanto temida, sobre a qual se consolida um círculo de exclusão, é pessoa para quem o abandono é a salvação, e "sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão" (id., p. 6).

Vazios os leprosários, os jogos de exclusão são retomados nos mesmos locais, dois a três séculos mais tarde: ocupam-lhes os espaços agora os pobres, os vagabundos, os presidiários e os alienados. Antes propriamente da loucura viera a sífilis tomar os prédios dos hansenianos, mas ela, segundo Foucault, não se constitui efetivamente em uma herança da lepra: o que a representa é, efetivamente, o fenômeno da loucura.

A história da loucura na Idade Média é exemplarmente representada por A Nau dos Loucos (*Narrenschiff*), *Stultifera Navis* em latim, uma composição literária de Brant, emprestada do velho ciclo dos argonautas, parte, portanto, dos grandes temas místicos. Sua publicação data de 1497, sendo que como ela, outras peças com heróis imaginários que embarcam para grandes viagens simbólicas foram compostas. A Nau dos Loucos torna-se, assim, uma imagem paradigmática do vagar dos loucos na Idade Clássica (séculos XVII a XIX), fazendo-se presente nos quadros de Grünewald, de Dürer, de Bosch.

Mas, se a experiência que a loucura comunica se faz terreno fértil na imaginação do artista, a *Narrenschiff* foi a única nau que teve existência real: um barco que vagava de uma cidade para outra, levando a sua carga insana em uma aventura errante. As cidades, talvez por

---

[9] V. Haddock-Lobo, R. História da Loucura de Michel Foucault com uma "História do Outro". In: **Veritas**. Porto Alegre, v. 53, n. 2, abr./jun. 2008, p. 51-72. E também Birman, J. **Guerras psi**. In: Cult – Revista Brasileira de Cultura. São Paulo: Ed. Bregantini, nº 159, jul. 2011, ano 14.

não saber o que deles fazer, escorraçavam os seus loucos, impondo-lhes uma navegação que tem, nos pontos de extremidade, um lugar nenhum: "É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca" (FOUCAULT, 1978 [1972], p. 12). O louco fica, assim, encerrado em um lugar de passagem, estando entre duas terras às quais não pode pertencer. Errante, apátrida, resta entregue à sua própria sorte, e sela-se, deste modo, uma aliança entre a água e a loucura.

Ao final da Idade Média, a denúncia da loucura torna-se a forma geral da crítica, e o louco lembra a cada um a sua verdade, fazendo-se presente também na literatura erudita, a exemplo de Flayder (*Moria Rediviva*) e Erasmo (*Elogio da Loucura*). E se até a metade do século XV o tema da morte é dominante, nos anos finais é o da loucura que o vem substituir, ilustrado e abordado em abundância. Sob formas diversas, plásticas e literárias, pintura e texto remetem constantemente um ao outro, para depois se separar.

Nos primórdios da Renascença, proliferam as figuras do simbolismo gótico: caras grotescas, o *grylle*, imagens do sombrio, do pesadelo, da tentação. "De início, o homem descobre, nessas figuras fantásticas, como que um dos segredos e uma das vocações de sua natureza" (FOUCAULT, 1978 [1972], p. 20). A besta espreita o homem, revelando-lhe a sua verdade. A árvore do saber está no mastro do navio do quadro de Bosch, *A Nau dos Loucos*. Na intimidade entre saber e loucura, "a Renascença exprimiu o que ela pressentia das ameaças e dos segredos do mundo" (id., p. 22).

O saber que a loucura transmite é um saber do próprio mundo, que ao seu modo, comunica ao homem algo da sua verdade – como, aliás, bem ensina a psicanálise, ao dizer que o sintoma diz da verdade do sujeito. Estas manifestações cósmicas e obscuras da loucura, presentes, portanto, em Bosch, Bruegel, Schonghauer e Durer, compõem aquilo que Foucault chama de *experiência trágica*. Na perspectiva desta, o sábio se abre às figuras da alteridade, que agora por sua vez, lhe vêm do "outro mundo". O misterioso, o excesso de sentidos, uma sobredeterminação, estão presentes na linguagem do louco. O trágico, no campo da experiência, vem dizer do transbordamento, da desmesura, da *hybris*. No enfoque derivado deste universo, a ciência torna-se objeto de denúncias, uma vez que se constata a sua inutilidade e os seus desregramentos; comparece como um saber estéril, produzindo um conhecimento que se perde na poeira dos livros e nas discussões ociosas.

Uma outra vertente, a da *experiência crítica*, a encontramos em Brant na sua coleção de 110 loucuras e vícios, uma obra de sátira moral; está também muito bem representada por Erasmo, para quem a manifestação cósmica e obscura da loucura dá lugar ao entendimento de que ela se insinua no homem, sendo um "sutil relacionamento" que este mantém consigo

mesmo. Aqui, o que se põe em cena é a tradição humanista, na qual a loucura é considerada no universo do discurso.

Traz-nos Foucault que estas duas experiências são confrontadas durante certo tempo na Renascença, mas paulatinamente o confronto vai cessando, e a experiência trágica vai dando lugar à ascensão da experiência crítica.

Afortunadamente, porém, o esmaecimento das figuras trágicas da loucura não resultou em uma penumbra definitiva. Na segunda metade do século XVIII, sobretudo pelas mãos da literatura e das artes, as obras de Goya e de Sade as vem revelar. Depois as encontramos em Nietzsche e em Van Gogh; e, finalmente, em Freud e em Artaud. Sobre Freud e a consciência trágica, Foucault nos traz:

> É sem dúvida ela que Freud, no ponto mais extremo de sua trajetória, começou a pressentir: são seus grandes dilaceramentos que ele quis simbolizar através da luta mitológica entre a libido e o instinto de morte. (FOUCAULT, 1978 [1972], p. 29).

À saída da Idade Média, e ainda durante o Renascimento, havia uma sensibilidade para com a loucura que advinha do fato de nela se reconhecer um caráter de transcendência. Com a chegada da Era Clássica, na qual se presenciava a crescente ascensão da burguesia, um aumento das atividades comerciais, os conflitos de alteridade gerados pela convivência entre povos de diferentes origens decorrente das grandes navegações, há uma mudança de cenário, com um encobrimento da experiência trágica, passando a loucura a ser condenada por conta da sua vinculação com a ociosidade, processo que abre portas para as experiências clássica e moderna da loucura. Como diz Foucault (1978 [1972]), "não se esperou o século XVII para "fechar" os loucos, mas foi nessa época que se começou a "interná-los", misturando-os a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum parentesco." (p. 73). Os insanos, agora reclusos, partilhavam os espaços com os correcionários, os desempregados, os pobres e mendigos, os sifilíticos, os blasfemos e feiticeiros.

Com a inflexão produzida no pensamento a partir da razão cartesiana, aquela tolerância com os desatinados existente na Idade Média cede lugar à exclusão da própria loucura. Na economia cartesiana da dúvida[10], de um lado se põem sonho e erro – os quais podem ser superados pela estrutura da verdade – e do outro, resta a loucura. O internamento vem destacar a razão, isolá-la, numa tentativa de encerrar a loucura, que passa a ser

[10] Há uma histórica polêmica gerada pelos comentários de Derrida relativos ao modo como Descartes aparece no texto de Foucault, discussão que levou este a retirar, na edição de 1972 de *Histoire de la Folie*, o prefácio. Por se tratar de algo lateral ao interesse da nossa tese, disto aqui não trataremos (v. NALLI, 2001; VERAS,2009).

considerada como *desrazão*. Mais tarde, este ato abre caminho à instauração de ordem médica, pela qual a insanidade poderá, enfim, ser classificada e estudada.

O pensamento clássico, ao interrogar a loucura, não o faz a partir dos loucos, mas da doença em geral; aquela é deduzida de uma análise da doença, sem que ao louco seja dada a palavra (FOUCAULT, 1978 [1972], p. 187). O louco, aí, ainda não é concebido como doente mental, mas passa a ser tratado pelos médicos, que procuram compreender a natureza das enfermidades, e construir grandes sistemas classificatórios. A loucura enquanto saber gerado pela experiência trágica do homem no mundo passa a ser relegada "em proveito de um saber racional e humanista centrado na questão da verdade e da moral". (MACHADO, 2006, *apud* HADDOCK-LOBO, 2008, p. 68).

Na terceira parte do seu livro, Foucault retrata passagens importantes das intervenções de Tuke e de Pinel nos asilos – aquele, junto a outros quakers, imprimiu uma reforma de caráter religioso, e este último, uma reforma de caráter médico, fazendo do asilo um instrumento tanto de uniformização moral, quanto de denúncia social. É o nascimento do asilo que viria, mais tarde, possibilitar o nascimento mesmo da psiquiatria na condição de saber e prática sobre a loucura. A palavra foucaultiana, encharcada pela verve crítica, nos diz:

> Acredita-se que Tuke e Pinel abriram o asilo ao conhecimento médico. Não introduziram uma ciência, mas uma personagem, cujos poderes atribuíam a esse saber apenas um disfarce ou, no máximo, sua justificativa. Esses poderes, por natureza, são de ordem moral e social; estão enraizados na minoridade do louco, na alienação de sua pessoa, não de seu espírito. Se a personagem do médico pode delimitar a loucura, não é porque a conhece, é porque a domina; e aquilo que para o positivismo assumirá a figura da objetividade é apenas o outro lado, o nascimento desse domínio. (FOUCAULT, 1978 [1972], p. 498).

2.2.2 Tragédia e crítica: uma dupla inscrição da psicanálise

Das telas de Bosch ao *Elogio* de Erasmo, das gravuras de Goya aos escritos de Nietzsche, das reflexões de Artaud às histórias de Sade, em Hölderlin, em Nerval, em Van Gogh, a tradição trágica segue se mantendo, mesmo que, muitas vezes, de forma marginal. E em Freud, diz Foucault, como assinalei anteriormente. É interessante notar, por exemplo, as belas palavras do próprio Freud (1987 [1933*a*] {1932}) sobre aquilo que a loucura pode nos comunicar (nesta passagem, se refere à divisão do eu na psicose):

> Os doentes mentais são estruturas divididas e partidas do mesmo tipo. Nem nós mesmos podemos esconder-lhes um pouco desse temor reverente, que os povos do passado sentiam pelo insano. Eles, esses pacientes, afastaram-se da realidade externa, mas por essa mesma razão conhecem mais da realidade interna, psíquica, e podem revelar-nos muitas coisas que de outro modo nos seriam inacessíveis. (FREUD, 1987 [1933] {1932}, p. 77).

Ocorre que a consideração da psicanálise como aproximada ao caráter trágico da loucura não se conserva uma referência uniforme. Se, para Foucault, Freud pressente a dimensão trágica da loucura, como apontei mais acima nas palavras transcritas da *Histoire de la folie*, em uma outra perspectiva a psicanálise também compareceria no registro da tradição crítica, por reproduzir, no seu procedimento de tratar, uma herança da tradição psiquiátrica. Sobre isto, escreve Birman (2011):

> Assim, descartando-se das figuras do enfermeiro e do guarda, Freud inventou o espaço psicanalítico centrado na transferência, de forma que as alienações e as desalienações do sujeito se realizariam desde então em referência ao personagem taumatúrgico do analista, em continuidade com o dispositivo psiquiátrico do tratamento moral. (p. 25).

Por vezes duro na expressão de um aspecto que critica na psicanálise, qual seja, a separação entre uma psicologia da imagem e uma psicologia do sentido, Foucault diz, em meados da década de 1950, que a psicanálise não conseguiu fazer falar as imagens[11]. Um pouco mais tarde, a sua perspectiva sobre Freud, no entanto, sofre uma mudança, mais precisamente com *As palavras e as coisas*, mudança bem exemplificada na entrevista concedida a Badiou, em 1965, na qual afirma que a definição da psicologia como ciência da consciência e do indivíduo não pode mais valer depois de Freud, que "é precisamente em torno da elucidação do que é o inconsciente que a reorganização e o recorte das ciências humanas foram feitos, quer dizer, essencialmente, em torno de Freud". (FOUCAULT, 2010 [1965], p. 222). Temos o reconhecimento, portanto, de que, através de Freud e a *Traumdeutung*, "o sonho faz a sua entrada no campo das significações humanas" (FOUCAULT, 2010 [1954], p. 75), deixando de ser apenas o *non-sens* da consciência para exprimir o funcionamento do próprio inconsciente. É o reconhecimento de que, a partir de Freud, as ciências humanas já não podem desconsiderar a dimensão do inconsciente.

---

[11] V. a Apresentação à Edição Brasileira, por Manoel Barros da Motta, da Coleção Ditos e Escritos, vol. I, de FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise**. (Org. Manoel B. da Motta; trad. Vera Lúcia A. Ribeiro). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, 3.ed.; v. também o artigo de 1954, neste mesmo volume.

Mas mais do que revelar as linhas de força da produção de Foucault com relação a Freud, o que pretendo salientar aqui são pontos convergentes, comuns, existentes entre estes dois grandes pensadores no que toca à consideração da loucura. Tanto em um quanto em outro, encontram-se os referentes que mudaram radicalmente o pensamento ocidental sobre a loucura, e os efeitos das suas obras seguem produzindo deslocamentos em face do lugar de silenciamento e de desvalorização que a psicologia da consciência e da razão fomentara.

A obra foucaultiana, como bem traz Veras (2009) promove uma vacilação do discurso do mestre, uma vez que, a partir dela, faz-se impossível separar a história da psiquiatria do exercício de alguma forma de poder. Também algo desta natureza promove Lacan que, em *O Seminário, livro 3* (1988 [1955-1956]), instiga os analistas a prosseguir no trabalho com os psicóticos. Devem fazê-lo sem recuar, assumindo aquilo mesmo que, dizia, era atribuído aos alienistas, e que denunciava a impotência deles: a posição de secretários do alienado, os quais testemunham pela escuta o que o paciente diz. Nestes idos de 1953-54, Lacan, ao tempo que critica o reduzido uso que a maioria dos autores faz das suas capacidades intelectuais, mantendo-se nos limites do que já foi dito, ele eleva a importância de se escutar o delírio do psicótico, pois só este pode manifestar "uma relação muito específica do sujeito em relação ao conjunto do sistema da linguagem em suas diferentes ordens." (LACAN, 1988 [1955-1956], p. 237).

Uma perspectiva também partilhada, e ainda apontada por Veras (2009), é a postulação de que a loucura só existe dentro de uma sociedade, o entendimento de que qualquer consideração que se faça sobre ela deve situá-la no contexto histórico no qual se produz. Isto encontra a ideia trazida por Lacan em *Função e campo...* de que o psicanalista há de "alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época" (Lacan, 1998 [1953], p. 67).

2.3 OS VÁRIOS NOMES DA LOUCURA: BREVES NOTAS SOBRE A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

2.3.1 O cenário europeu de origem

Vimos que, na Renascença, ao invés do aprisionamento, o louco fica entregue à sua própria errância. É na medida em que se vai instaurando o processo de reclusão que se dá a ver o nascimento do asilo, o qual, por sua vez, vem possibilitar o próprio nascimento da psiquiatria enquanto saber e prática sobre a loucura. A clínica, a psiquiatria e a medicina mental são tributárias, portanto, do processo de aprisionamento do louco.

Como sabido, antes de ficar sob o controle do Estado e direção do poder médico, as instituições de reclusão eram deixadas a cargo das beneficências, na esfera do absolutismo europeu. Na segunda metade do século XVIII é que surgem as novas formas de disciplinarização, consoantes com as profundas transformações sociais e econômicas e o grande crescimento das forças produtivas.

Duas grandes correntes foram fundamentais no desenvolvimento das práticas de tratamento da loucura: o *alienismo*, que se baseava na nosografia moral da desordem, e que tem nos nomes de Pinel e Esquirol seus dois grandes expoentes; e o *organicismo*, que supunha residir em lesões localizadas no cérebro a origem das desordens mentais. Os principais nomes desta corrente são Bayle e Morel (JACOBINA, 1982).

Pinel é o responsável por fundar o corpo teórico da ciência alienista, com também o primeiro a designar os caminhos da prática hospitalar[12]. Seu grande sistema classificatório, a *Nosographie philosophique*, funda-se na coleta dos sinais exteriores das doenças, e é em si uma expressão do método classificatório da medicina geral do século XVIII, herdado das ciências naturais (CASTEL, 1978). No hospício de Bicêtre, na França, propunha um *tratamento moral* no lugar das atitudes repressivas com os doentes; os loucos, libertos das correntes nas celas, passavam a ser objeto de interesse da medicina, uma vez que a alienação mental[13] tornava-se uma doença comparável às doenças orgânicas.

O organicismo tem grande aceitação nas clínicas das faculdades, e quando penetra no asilo, irá "instrumentá-lo com seus saberes e técnicas na função de exclusão-reclusão" (JACOBINA, 1982, p. 9). Bayle tornou-se conhecido pelo seu *Tratado das doenças do cérebro*, de 1826, todo dedicado à paralisia geral, preocupando-se em alcançar o substrato imediato da loucura, a sua patogenia. Aliada à descrição clínica rigorosa, procura apontar a relação da paralisia com uma lesão cerebral demonstrável (BERCHERIE, 1989; PEREIRA, 2009). A Morel foi muito caro o tema da degenerescência, dedicando a ela um tratado, de 1857, no qual defendeu o seu caráter de transmissibilidade hereditária, ideia que ganhou adesão e se manteve por várias décadas. De grande importância foi, ainda, a introdução dos distúrbios histéricos e hipocondríacos ao campo da loucura (PESSOTI, 1999; BERCHERIE, 1989).

---

[12] Bercherie (1989) lembra ter sido Esquirol por vezes apresentado como o fundador da clínica psiquiátrica, aquele que primeiro a teria provido de uma obra científica e teórica. Esta atribuição, contudo, ficou de vez ultrapassada, na medida em que pesquisadores deram mostras de como o trabalho deste foi mesmo o de um discípulo, que se encarregou de ilustrar e aprofundar as ideias do mestre Pinel.

[13] O que Pinel designa como "alienação mental" refere-se ao conjunto das categorias mania, melancolia, demência e idiotismo. (PESSOTI, 1999).

No período histórico compreendido pelos anos iniciais do século dezenove até o final deste mesmo século, quando a psiquiatria se renova com a figura de Émil Kraepelin, muitas foram as classificações propostas, muitos foram os nomes dados à loucura, configurando uma trajetória marcada por adesões e questionamentos às diversas nosografias existentes, e mesmo aos pressupostos metodológicos de várias delas. Depois de Kraepelin, com o seu *Tratado*, em termos de uma classificação sistemática e de fôlego, devemos a Bleuler e o seu *Compêndio* a conclusão de uma era da psiquiatria (PESSOTI, 1999). Kraepelin, como sabemos, nomeou e definiu a *demência precoce*, a qual viria mais tarde a ser chamada de *esquizofrenia* por Bleuler.

Já no século XX, em relação à psiquiatria instaura-se um processo de ampliação do campo da normatividade. O objeto de intervenção da prática psiquiátrica passa a abarcar não somente a "grande loucura", como também desvios e distúrbios psíquicos.

2.3.2 A experiência brasileira

No Brasil, a prática do confinamento se inicia com a chegada da família real, no início do século XIX. Os loucos, até então não considerados sob a condição de doentes mentais, ficavam entregues às prisões e casas de correção, ou em asilos de mendigos, nas Santas Casas de Misericórdia, ou mesmo nas ruas. O primeiro hospício foi o Pedro II, na Praia Vermelha, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852. Até a Proclamação da República, era freqüente a denúncia das condições asilares por parte dos médicos, que reivindicavam a direção do hospício argumentando a necessidade de imprimir critérios de assistência baseados em princípios técnicos. Havia, ainda, a intenção do uso do espaço asilar para fins de estudo e produção de conhecimento (AMARANTE, 1994, P.75).

Com a Proclamação da República, o Pedro II deixa de ter a direção da Santa Casa, e vai para as mãos da administração pública, passando a se chamar Hospício Nacional de Alienados. São criadas várias colônias inspiradas em modelos europeus, produzindo-se assim esta que se pode considerar uma primeira reforma psiquiátrica, sob a batuta principal de João Carlos Teixeira Brandão.

Quem vem se seguir a ele, marcando outro grande momento na história da psiquiatria brasileira, é Juliano Moreira. De volta dos seus estudos na Alemanha, e trazendo na bagagem a influência da perspectiva organicista, assume a direção do hospício em 1903, nela permanecendo até 1930, quando é destituída pelo governo Vargas.

Sob a influência do organicismo, amplia-se o espectro biologicista e a esfera da normatividade, sendo criada em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental, capitaneada por Gustavo Riedel. A sua carta de princípios se caracterizava por ideias antiliberais, xenófobas e eugenistas, e a psiquiatria, agora claramente aliada do Estado, consolida-se como um saber a serviço do controle social, com ampliado poder de intervenção (AMARANTE, 1994, p. 78). Na década de 30, as novas descobertas deste campo da medicina (eletroconvulsoterapias, choques insulínicos, choques cardiazólicos, lobotomias) vêm ampliar o espectro do seu poder de intervenção e tratamento da loucura.

Durante a Segunda Guerra Mundial, começam a surgir, sobretudo na França e na Inglaterra, propostas para humanizar os asilos, e na esteira destas, movimentos de reforma dos modos de tratamento[14]. Entre os principais, a psicoterapia institucional, as comunidades terapêuticas, a psiquiatria preventiva, a psiquiatria democrática, a antipsiquiatria. No Brasil, a expressividade destes movimentos é mínima:

> Uma característica comum a todas estas experiências no Brasil é a sua marginalidade. São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, senão impossível, resgate. (...) Muito deste insucesso, deve-se à forte oposição do setor privado que, em franca expansão, passa a controlar o aparelho de Estado também no campo da saúde. (AMARANTE, 1994, p. 79).

Em decorrência deste processo, há um grande aumento no número de vagas disponíveis para a internação hospitalar, e conseqüente repasse de verbas do setor público para as instituições de saúde mental. A crescente privatização da saúde – e não só a mental – irá deflagrar a grande crise da previdência social do início dos anos 80, levando o Estado a lançar mão de medidas disciplinadoras e racionalizadoras. Em 1988, a constituição federal consolida as leis que dão sustentação ao Sistema Único da Saúde, e em 2001, é aprovado o Projeto de Lei Paulo Delgado.

2.4 JULIANO MOREIRA: A INSTITUIÇÃO, O HOMEM, O NOME

A Instituição

[14] Na França, a Psicoterapia Institucional, com a coordenação de Tosquelles, dialoga com os movimentos surrealista, marxista e psicanalítico. Na Inglaterra, as comunidades terapêuticas (Main, Bion e Maxwell Jones) têm bases psicossociológicas, com influência de Lewin, Moreno e outros.

Na Bahia, o Hospital Juliano Moreira nasce como uma instituição asilar, gerida pela Santa Casa de Misericórdia. Sua inscrição no panorama da história dos hospitais psiquiátricos no Brasil, a despeito das peculiaridades, em nada contraria a trajetória maior e conhecida das grandes instituições de saúde mental. Ele surge como Asylo São João de Deus, inaugurado em 1874, no dia 24 de junho, dia de São João, razão do seu nome. Fica sob a direção da Santa Casa de Misericórdia até 1912, quando dela se desvincula e passa ao controle direto do Estado, e a ter direção médica – o princípio da racionalidade se impõe ao da caridade, portanto.

O debate que gerou a criação de um espaço próprio foi inspirado no alienismo francês, pelo qual se apontava o caráter equivocado de reclusão inespecífica do louco, junto a criminosos e outros doentes. A denúncia das condições às quais os alienados eram submetidos ocupava com freqüência as páginas da Gazeta Médica da Bahia, importante periódico de circulação de notícias da categoria médica, e já se tinha o precedente da criação do Hospício Pedro II, no Rio, inaugurado em 1852. A escolha do Alto da Boa Vista, em Brotas, se deu em função das suas características de local bem arejado e salubre (JACOBINA, 1982). O *Asylo São João de Deus* ocupa os ambientes que outrora testemunharam os versos a surgir sob a pena de Castro Alves.

Já no terceiro ano de existência, deu-se uma epidemia de febre palustre, e problemas financeiros começaram a ocorrer, situações que se agravavam ano a ano. Com as crescentes denúncias, a direção leiga do asilo cede lugar ao controle médico em 1912. Um dos importantes relatórios a denunciar as condições asilares foi assinado pelos doutores Aurélio Rodrigues Vianna, João Tillemont Fontes e Juliano Moreira, no qual se apresentava o entendimento de como deveria ser um asilo. No documento, assim se dizia:

> ...compenetrados de que a loucura não é um crime, mas sim uma moléstia susceptível de cura, e por conseqüência de que não podemos de modo algum sanccionar que os manicomios sejam construídos e organizados, como instituições meramente de segurança, mas sim como estabelecimentos curativos sob a immediata jurisdição médica. (VIANNA, FONTES & MOREIRA, p. 27, apud JACOBINA, 1982, p. 49).

Em 1925, o asilo se torna *Hospital São João de Deus*, e presencia mudanças na estrutura física, com a construção de novos pavilhões para internação, os quais não resolveram o problema da superlotação. Como importante proposta de trabalho terapêutico, adotava-se o modelo de colônia agrícola. É em 1936 que o hospital adquire o nome *Juliano Moreira*, quando o governo da Bahia tem como interventor Juracy Magalhães. As condições

gerais do hospital, contudo, seguem se agravando ano a ano, como mostra o relatório do médico Oswaldo Camargo, datado de 1947:

> Ninguém desconhece o extremo estado de abandono em que se encontra o Hospital, onde mais de 600 doentes se amontoam em sórdidos pavilhões, sem higiene, sem roupas, sem alimentação suficiente (...). A escabiose, as ftiríases eram quase universais entre os doentes, desse modo encontramos grande número de pacientes em avançado estado de carência, despidos, imundos, em ambientes que exalava cheiro pútrico (...) saía quase que diariamente um cadáver e somente nestas ocasiões alguém entrava no pavilhão. (EL-BAHINY, 2007, p. 68).

Os anos sessenta e, sobretudo, os setenta, sob a ditadura militar, presenciaram intensos debates sobre as condições da assistência prestada nos manicômios, debates para os quais se fizeram convocar as diversas categorias de profissionais ligados à saúde mental. Em 1979, constituiu-se uma comissão formada por diferentes técnicos (psicólogo, médico, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, enfermeiro), a qual elabora um relatório indicando que a proposta de implementar reformas no hospital seria a mera repetição dos tantos erros cometidos na assistência, e sugerindo a construção de uma nova unidade. Os pacientes crônicos seriam transferidos para a Colônia Agrícola existente em Feira de Santana, e os agudos iriam para um prédio construído no espaço do então recém-inaugurado Hospital Central Roberto Santos. Nascem, assim, as instalações do atual Hospital Juliano Moreira.

O Homem

Juliano Moreira nasceu a seis de janeiro de 1872, em Salvador, na Freguesia da Sé, local hoje conhecido como Centro Histórico. Era negro, pobre, filho de uma doméstica que trabalhava para o Dr. Adriano Gordilho, Barão de Itapuã, e de um inspetor de iluminação pública, o português Manoel do Carmo Moreira Júnior. Dotado de grande inteligência, e tomado como afilhado pelo barão, o jovem Juliano estuda inicialmente no Colégio Pedro II, depois se transfere para o Liceu Provinciano, na cidade do Salvador, e aos quatorze anos ingressa na Faculdade de Medicina da Bahia, formando-se antes mesmo de completar dezenove anos. Sua tese de conclusão sobre a sífilis maligna precoce o torna uma referência mundial no campo da sifiligrafia. Já graduado, trabalha na Santa Casa de Misericórdia (Hospital Santa Izabel), e logo depois inicia o seu aprendizado sobre as doenças mentais na assistência de cátedra da Clínica Psiquiátrica e de Doenças Nervosas. Aplicado e disciplinado, dedica-se também ao estudo de idiomas, e aprende francês, inglês, italiano e alemão. Aos 23 anos torna-se assistente de cátedra de Clínica Psiquiátrica e Doenças Nervosas da Faculdade

de Medicina da Bahia, após brilhante desempenho em um concurso cuja banca examinadora era constituída, em grande parte, por escravocratas (EL-BAINY, 2007)

Em 1895 recebe uma bolsa e vai estudar na Europa. Freqüenta cursos de doenças mentais e de anatomia patológica de mestres famosos, assim como diversas clínicas psiquiátricas e manicômios. Datam desta época os seus contatos com Émil Kraepelin e com Paul Emil Flechsig – este, o mesmo a quem Schreber chamava "assassino da alma" no curso de sua produção delirante[15].

Em 1903 torna-se diretor do Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, primeira instituição psiquiátrica do Brasil. Neste hospício, Juliano melhora as condições físicas e da assistência como um todo, desaprovando o uso da camisa de força, dos coletes e das grades, ao tempo que introduzia novas modalidades de tratamento, como a klinoterapia (terapia pelo repouso) e o trabalho em oficinas. Eram ações que combinavam com as propostas modernizadoras do governo, e as ações higienistas de Oswaldo Cruz. Atrai jovens profissionais para a lide com os internos, os quais, mais tarde, viriam a se converter em importantes nomes na psiquiatria, e se torna, ele próprio, o primeiro psiquiatra brasileiro a ter um grande reconhecimento internacional, fundando e participando de inúmeras associações e eventos em sua especialidade. A forte influência do organicismo na sua formação não impediu que a ele se deva, ainda, o mérito da difusão das ideias de Freud no Brasil, tornando-se o precursor da psicanálise no nosso país, como aponta Venâncio (2010).

Sua produção intelectual, sua dedicação aos estudos, suas incansáveis iniciativas em prol da defesa de ideais de igualdade e da melhoria das condições de vida por meio da educação e da elevação das condições sociais fizeram de Juliano Moreira uma referência na história da saúde no Brasil em geral, e em particular, da saúde mental. Permaneceu por mais de 20 anos na direção do Hospital de Alienados, sendo afastado do cargo em 1930, sob a batuta do presidente Getúlio Vargas. Sua morte veio a se dar em 2 de maio de 1933.

O Nome

Juliano Moreira tornou-se, sem dúvida, um significante que se presta a nomear a loucura na Bahia. No imaginário social da população baiana, *Ser paciente do Juliano Moreira* equivale, a seu modo, a *Ficar pinel*: em ambas as expressões, o deslizamento metonímico cobra seu esforço para gerar novos sentidos. Tanto Pinel quanto Juliano Moreira eram

[15] Trata-se de Daniel Paul Schreber, acerca de quem Freud escreveu seu trabalho clássico sobre a paranóia, baseando-se nas memórias escritas pelo próprio paciente. O Dr. Flechisig fora um médico de confiança de Schreber, tornando-se mais tarde alvo das idéias persecutórias que o assaltavam. V. Freud, 1911.

psiquiatras, cuidavam de loucos, daí que o estatuto de *estar louco* fica designado por estas expressões. Pinel é considerado o pai da psiquiatria moderna, e aqui no Brasil, no Rio de Janeiro, um pronto-socorro psiquiátrico recebeu o seu nome[16], e provavelmente daí vem a expressão citada.

Em continuidade ao nome Juliano Moreira enquanto portando um acordo semântico com o termo loucura, apresento a seguir o Caso Márcia, que tem em comum com os dois outros casos que trabalho no último capítulo desta tese o fato de se fazer acompanhar pela dúvida diagnóstica, mostrando-se também representativo da clínica do sujeito. A escolha por o situar nesta parte da tese se deve à sua imbricação com a sinonímia Juliano Moreira = loucura, à importância que isto tomou para a paciente. De maneira especial, o caso Márcia efetivamente problematiza o diagnóstico, apontando tanto para a dúvida no plano daqueles que a atendem, quanto para o caráter subjetivo da dúvida, permitindo a entrada no trabalho analítico.

2.5 O CASO MÁRCIA

Inscrevo, no corpo desta tese, três expressões que, de princípio, não deixam de ser problemáticas, quando se trata de psicanálise: *clínica*, *sujeito* e *saúde mental*. Sobre a última delas, saúde mental, fiz um breve recorrido, lembrando que, no âmbito do trato com a loucura, é uma expressão relativamente recente, instituída no Ocidente sob os efeitos da razão iluminista, e na herança do ideal higienista de uma saúde para todos, a qual deve ser garantida pelo Estado. Foucault vem se prestar como uma grande fonte teórica, pavimentando a via pela qual cheguei ao entendimento de como a Saúde Mental, com letras maiúsculas, acaba por adquirir o estatuto de responder, no âmbito das políticas do Estado, pela ambição de ser o campo que abarca o sofrimento psíquico.

Mas é preciso avançar, uma vez que estou a considerar o sujeito nos termos que a psicanálise o designa. O sujeito que se delineia no domínio da Crítica Contemporânea, da qual faz parte Foucault, é um sujeito deduzido, “extraído por meio de uma dedução cuja premissa reside no Outro. Na presença do grande Outro. Nas relações de poder que vigoram numa sociedade dada.” (GODINO CABAS, 2009, p. 112). E se a Saúde Mental acaba por adquirir

[16] O Instituto Phillipe Pinel começou em 1937, com o nome de Instituto de Neurossífilis, compondo, junto com o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), o complexo psiquiátrico da Praia Vermelha. Hoje o Instituto tem ações integradas de assistência, ensino e pesquisa na área de saúde mental.

um estatuto de Outro, não se trata de tomar o sujeito apenas do lugar de falante que ocupa neste Outro, mas de trabalhar com aquilo que, no sujeito, advém das relações havidas com o significante e com os imperativos do seu gozo. A serviço disto, a clínica, que aqui comparece com os casos escolhidos.

Clínica, por sua vez, como método pautado em uma orientação que busca uma sistematização exaustiva de fenômenos de ordem psicopatológica, surge com Pinel no século XVIII, na França (do movimento dos Ideólogos). Ela é, em princípio, uma orientação médica, que se desenvolve como um desdobramento daquilo que foi, inicialmente, concebido como uma vertente da patologia do corpo, os distúrbios mentais como uma variação particular dos distúrbios somáticos (BERCHERIE, 1989). Todavia, falo em *clínica psicanalítica*, e cabe ver que esta, se por um lado não deixa de se situar no campo da investigação psicopatológica, por outro, carreia por caminhos diversos daqueles do fazer psiquiátrico, este em que diagnóstico e terapêutica são momentos distintos, como já disse antes. A respeito disto, Montezuma (2001) diferencia a clínica do olhar da clínica da escuta: a primeira, identificada ao campo médico, busca ordenar-se pelo olhar, e é prolífica em classificações; a segunda, típica da psicanálise, privilegia a fala como possibilidade de fazer aparecer uma dimensão que implique o sujeito.

Sobre o sujeito enquanto motivador desta clínica, será tematizado de modo mais específico no capítulo a seguir. Antes de iniciá-lo, porém, vejamos o Caso Márcia, que articula os pontos aqui assinalados. Além da questão diagnóstica, elemento importante deste caso, pois durante o tratamento, a dúvida sobre se tratar de uma neurose ou de uma psicose se interpôs, há alguns aspectos interessantes para pensar o trabalho analítico desenvolvido em uma instituição de saúde mental. Neste sentido, procuro destacar como uma questão que se põe para o analista a de fazer uma leitura daquilo que possa haver de excesso de instituição a afetar o paciente. Explicando melhor: se todos estamos, em maior ou menor grau, mais ou menos frequentemente, vinculados a instituições no corpo social, na medida em que circulamos e definimos pertinências a lugares – ou seja, a *instituições* – neste corpo, na situação específica de pacientes de unidades psiquiátricas, isto pode tomar as vezes de uma condição de existência, de nomeação. O caso aqui em pauta deixa bem à mostra. O discurso social na Bahia, como discurso do Outro, confere ao nome Juliano Moreira o estatuto de um significante que se presta a designar a loucura. Márcia expressava enfática e singularmente isto: “Sou paciente do Juliano”. Reconhecer-se neste lugar de existência era, ao mesmo tempo, um apelo e um impedimento.

2.5.1 “Sou paciente do Juliano”: efeitos subjetivos de uma identificação

Márcia é uma paciente que traz no seu histórico de alterações psíquicas marcas que vão de maus-tratos na infância a um *début* nada festivo: aos quinze anos apresentou a sua primeira crise, permeada de ideias suicidas e persecutórias. Aos vinte e três, o quadro psíquico se agudizou, e ela passou pela primeira internação, a qual teve uma curta duração, uma vez que houve intercorrências de outra ordem (i.e., não psiquiátricas) que abreviaram a permanência no hospital em que se encontrava.

Melhorada do quadro clínico, seguiu acompanhada por psiquiatra, que lhe indicou atendimento psicológico, e foi assim que Márcia resolveu procurar o HJM e chegou a mim através de um Grupo de Acolhimento[17]. Já na primeira sessão, afirma como sua intenção principal "saber o que tem", pergunta inicial que se transforma em uma questão pela qual a sua demanda se articula quando, mais tarde, pede atendimento individual, uma vez que "tinha coisas que não queria falar no grupo". A interrogação faz-se ainda mais premente diante de um diagnóstico de psicose que havia recebido: "Quero saber o que isto quer dizer".

Este primeiro tratamento ambulatorial dura apenas alguns meses, pois que se torna insuportável, para Márcia, a condição de "ser paciente do Juliano". Ela não chegou a abordar isto nas sessões; venho a saber só depois, em um segundo momento do tratamento, quando retoma o trabalho psicológico.

Dois anos mais tarde, já com vinte e cinco anos, faz uma nova crise e é levada ao HJM, ingressando na unidade pela emergência. Ao exame psíquico, apresenta "idéias paranóides em relação à família, alucinações sugeridas, afeto inadequado"[18], e recebe o diagnóstico de psicose não especificada.

Da emergência é encaminhada para o hospital-dia, e a equipe que a acolhe registra "sintomas e atuações de caráter histérico"[19]. A paciente, no entanto, sem se dispor à modalidade de atendimento do setor, recebe alta, ficando-lhe indicado o tratamento ambulatorial.

Márcia vai em busca do serviço de um hospital-escola, mas retorna ao ambulatório do HJM algum tempo depois e me procura, lamentando-se: "A médica não me escutava!", diz sobre a psiquiatra com quem se consultara. Eu acolho o seu pedido de atendimento, e agora

---

[17] O Grupo de Acolhimento foi um dispositivo criado pelos psicólogos do HJM em 2003, de forma a viabilizar um atendimento inicial aos pacientes do ambulatório, os quais compunham uma lista de espera para psicologia. Durou alguns anos, e depois deu lugar a outras modalidades de acolhida.

[18] Tais informações foram obtidas do prontuário da paciente.

[19] Idem.

ela pode se deter sobre o incômodo de tomar para si a expressão “paciente do Juliano” e dar a esta a função de designar algo do seu ser, de uma condição de existência.

Durante os quatro anos de trabalho psicanalítico ambulatorial, não houve novas crises. Suportada na transferência, a fala vai dando lugar a outras questões, e a escuta analítica lhe permite posicionar-se de maneira diversa diante daquela designação. Márcia opta, ainda, por ser atendida por psiquiatra no próprio HJM, e me pede indicação de um nome. Indicação feita, passo a partilhar com esta psiquiatra a discussão do caso clínico, de onde a hipótese de histeria é levantada como provável.

Quando principiei a atender Márcia, considerei as informações do prontuário, atentando para o registro de já ter havido a presença de fenômenos elementares da psicose. Conduzi o trabalho com cautela, evitando interpretações e procurando identificar a natureza da demanda, uma vez que esta estava direcionada a mim, a despeito da claudicação da paciente para se engajar no tratamento. Mas era preciso ir além do fenômeno, como bem assinala Pamplona (2001):

> No diagnóstico diferencial entre histeria e psicose, fenômenos alucinatórios, distúrbios de linguagem, fenômenos corporais e idéias delirantes não podem ser tomados como apanágio exclusivo da estrutura psicótica, como tão bem as histéricas o atestam desde Charcot. É no registro simbólico que deve ser buscado o diagnóstico. (p. 265).

A paciente fazia muitas perguntas a respeito da sua “doença”: Era crônica ou não? Se sim, precisaria seguir tomando medicações controladas? Era considerada maluca? Gostaria de obter informações que lhe fossem suficientes para “provar” à sua família e vizinhos que o seu “choro excessivo” se devia a problemas que passou na infância, e não à “doença mental”.

Comecei a pensar que uma suposição de saber se dirigia a mim, e a perceber, também, que não havia uma fala articulada em torno de uma certeza delirante, mas que as perguntas de Márcia efetivamente comportavam a dúvida. Tecia julgamentos e queixas sobre os irmãos e irmãs, e a menção a supostos episódios de abuso sexual[20], protagonizados ora por um dos irmãos, ora pelo pai na infância, parecia atravessada por fantasias de sedução. Queixava-se da conduta violenta e tirânica do pai para com os filhos e a mulher, a qual vivenciara durante toda a sua infância e adolescência, assim como da passividade da mãe. Com o tempo, vão comparecendo às sessões os sonhos que faz, e a interpretação deles também lugar.

---

[20] Isto foi dito não só para mim, em sessões individuais, mas para outros profissionais em diferentes momentos de suas estadias no hospital, como se conclui pela leitura do prontuário.

Dispondo-me à transferência, criou-se a possibilidade para uma fala em associação livre; o dispositivo analítico permitiu, pela via daquilo que se expressou como queixa, considerar o valor de substituição que o sintoma opera. O mal-estar expresso pela paciente nas sessões primeiras cedeu lugar à percepção de que, ali, havia uma outra coisa: ele, talvez, estivesse a esconder o temor pela própria loucura, na medida mesma em que Márcia tomava para se nomear o "ser paciente do Juliano".

2.5.2 Além da identificação: o trabalho na transferência

Este caso contém material interessante para se discutir o tema do sujeito a partir da questão diagnóstica. Na vertente da psiquiatria, ele ilustra o caráter de generalidade das classificações diagnósticas pautadas nos manuais do tipo DSM-IV ou CID-10, através das quais o psiquiatra procura encontrar uma nomeação que seja adequada, que oriente a intervenção farmacológica a adotar. No específico deste caso, aventou-se diagnósticos como o de psicose não orgânica não especificada, transtornos dissociativos (de conversão), retardo mental leve. O sujeito está aí abolido, pode-se dele prescindir, restando o saber do lado do médico, que por sua vez, está posicionado no lugar do mestre.

Na perspectiva da psicanálise, a pergunta sobre o diagnóstico volta-se para a estrutura, e contém o esforço de diferenciar a neurose da psicose para que o analista possa seguir manejando a transferência no tratamento, advertido da posição que nela ocupa.

Mas Márcia também se debruçou sobre a questão diagnóstica, desdobrando os seus efeitos em uma esfera subjetiva, que permitiu a sua entrada no trabalho analítico. Esta faceta se expressa justamente quando o diagnóstico perde a sua função de uma nomeação geral, imposta e satisfatória, para se transformar em interrogação do sujeito sobre sua condição no mundo: "O que eu tenho? (...) Disseram que é uma psicose indiferenciada, e eu quero saber o que é isto". Aqui, já não se trata do paciente posto na condição de objeto a receber uma designação do Outro que o classifica, mas de uma indagação que é da ordem do próprio sujeito, a qual permite que os efeitos do inconsciente se façam escutar.

Mas como se faz possível, para Márcia, sair do universal "Ser paciente do Juliano" e passar a falar em nome próprio, a sustentar sua singularidade no laço social? Quando ela protesta contra o "Ser paciente do Juliano", está a indicar, a um só tempo, reconhecimento e recusa a este significante, que traz consigo as marcas históricas do tratamento manicomial. E ela sabia o que era isto, pois dele já tinha tido a experiência.

No projeto de construção de alternativas ao tratamento asilar e cronificante da doença mental, o ambulatório pode ser contado como um pilar importante. Ele, como muito apropriadamente nos traz Figueiredo (1997), é um local privilegiado, no serviço público, para a prática da psicanálise, pois "faculta o ir-e-vir, mantém uma certa regularidade no atendimento pela marcação das consultas, preserva um certo sigilo e propicia uma certa autonomia de trabalho para o profissional" (p. 10), sendo não "um simulacro do consultório, mas o próprio consultório tornado público" (id., p. 11).

A contenda diagnóstica é o ponto de partida para o trabalho analítico, para a formulação da demanda: *Dizem que eu tenho isto, e quero saber o que isto quer dizer*. Este movimento em direção à implicação naquilo de que se queixou no início é o que permite a Márcia dirigir um pedido para atendimento individual. Opera-se aí, portanto, uma mudança de posição subjetiva: do lugar em que se fez objeto para o saber do outro – aqui, encarnado pelo médico psiquiatra no lugar de mestre –, aceitando uma designação diagnóstica, Márcia passa a mostrar algo de sua possível divisão, interrogando uma nomeação atribuída por outrem, e dirigindo a mim, suposta portadora de um saber, a pergunta sobre esta nomeação.

No âmbito da medicina, o recurso aos manuais diagnósticos orienta a clínica do psiquiatra, manuais que, cada vez com maior frequência, "não levam em conta senão os sintomas "objetivos", com exclusão de qualquer referência teórica ou etiológica" (ZAFIRIAN, 1989, p. 48), valorizando uma fenomenologia descritiva e estatística. A ver, por exemplo, como grandes categorias nosológicas, tipos clínicos clássicos como a neurose obsessiva e a histeria, vão sendo postas de lado para dar lugar à nomenclatura dos transtornos. Aos poucos, consolida-se uma prática norteada por aquilo que Birman (2002) denominou de "psicopatologia da pós-modernidade", na qual os indivíduos são reconhecidos pela mediação de abstrações psicopatológicas, pelos sintomas e síndromes de que padecem, tornando-se alvos dos medicamentos que pretendem abolir o mal-estar – e que, com isto, provocam uma abolição mesma do sujeito, subsumido que fica no exercício de uma clínica reduzida à aplicação de condutas.

No tratamento psicanalítico, o particular da referência diagnóstica – e enfatizo, aqui, o *particular*, pois não se trata da inclusão em categorias universais objetivantes –, a delimitação das diferenças estruturais entre uma neurose e uma psicose é fundamental para orientar as intervenções. Não foi diferente no trabalho com a paciente: a princípio, considerei tratar-se de uma psicose, e me conduzi, por esta razão, com a cautela necessária. Na medida em que Márcia pôde seguir tomando a palavra, a preocupação inicial deu lugar a uma desidentificação, e a menção à insígnia de ser paciente psiquiátrica passou a comparecer

apenas para indicar o caráter discriminatório que profissionais de saúde lhe lançavam sempre que precisava de outros serviços médicos.

O seu trabalho ambulatorial comigo seguiu por cerca de quatro anos, podendo dar vez às falas que mostraram como o sintoma foi-se construindo na dimensão metafórica das suas relações com o Outro.

Tive, com duas psiquiatras que atenderam a paciente em momentos diferentes, a possibilidade de discutir o caso, e constatar a dificuldade delas no enquadramento nosográfico. Na mais longa e última destas conversas, tendemos a considerar tratar-se mais de uma histeria, com as suas formações dissociativas e conversivas. Na perspectiva da psicanálise, considerei que a indicação diagnóstica cumpriu seu papel, evitando converter o ser do sujeito em uma objetivação, ou obstruir o seu destino (MONSENY, 2001)

A decisão de encerrar o trabalho partiu da paciente, e fora devidamente advertida. Em algumas ocasiões me telefona, me parabeniza em uma ou outra data festiva, me dá notícias de como está, e às vezes me solicita profissionalmente (por exemplo, para ajudar na indicação de alguém que possa tratar de um familiar). Mantém-se bem, e tem podido seguir nas suas atividades – não sei se, a contento, nas esferas do trabalho e do amor, como dissera Freud ser o propósito de uma análise, pois afinal, o campo do contingente sempre joga o seu papel.

3 SUJEITO CARTESIANO, SUJEITO PSICANALÍTICO: DISCURSOS E PRÁTICAS

De um modo geral, ocupar-se daquilo que está referido ao sujeito é um comum dizer no campo das assim chamadas 'práticas psi'. São referências nem sempre formalizadas: às vezes, próximas do sentido que dicionários dão a este vocábulo – o sujeito é o ser individual, aquele que pratica ações; é o ser que conhece[21] –, e que, em termos de origem, encontram na filosofia a sua gênese[22]; outras vezes, ancoradas na sobreposição à ideia de eu, relevando atributos da consciência, da resolutividade, da razão. Este é um termo que, sem dúvida, presta-se a acepções diversas, e a adoção dele não expressa, ato contínuo, os elementos que circunscrevem o seu entendimento. Destarte, os vários empregos da noção *sujeito* estão longe de indicar homogeneidades na sua compreensão, daí a importância de especificar a apropriação que dele faz a psicanálise.

A compreensão psicanalítica de *sujeito* está ancorada na noção de inconsciente, e se constitui torcendo o uso que a tradição filosófico-científica faz de termos como saber, verdade, realidade, entre outros. O sujeito psicanalítico não é subsumido na noção de ser humano, nem confundido com pessoa, indivíduo, cidadão, etc.. Diferencia-se, ainda, da acepção moderna de sujeito, cujo status é assegurado por qualidades como autonomia, liberdade de ação, exercício da vontade, entre outras[23].

Na psicanálise, sujeito não é igual a Eu, e nem está aderido ao campo da consciência. A dimensão privilegiada para se referir ao sujeito na psicanálise é justo aquela diversa do saber e da certeza garantidos pela razão: é a dimensão do inconsciente. (ANDRADE FILHA, 1997).

Freud não privilegiou o termo *sujeito* na sua obra, não lhe conferiu um sentido específico na teoria; quando, eventualmente, o utilizava, era para se referir ao paciente sob seus cuidados, ou para designar o agente da ação, no sentido mais diretamente gramatical. É interessante levar em conta, a esse respeito, que a sua trajetória intelectual, claramente perpassada pela informação filosófica, apesar das freqüentes menções que ele fazia a uma insuficiência de conhecimentos nesse campo, não o levou a optar pela utilização desta noção de modo especial, dando-lhe algum estatuto conceitual na psicanálise.

---

[21] V. Ferreira, 1986; Dicionário Michaelis, 2007. Aparecem também aí os sentidos de submissão a um outro, de obediência ao poder do mais forte, sublinhando uma ideia de *assujeitamento*, importante a ser tomada para a compreensão que a psicanálise devota ao termo.

[22] V., a este respeito, Lalande (1999), que historia as várias acepções do termo, nas vertentes da sociologia, da filosofia, da psicologia, entre outras.

[23] Tais qualidades são frequentemente agregadas à concepção de sujeito que emerge no discurso da Reforma Psiquiátrica, concepção que está sempre correlacionada à de *cidadão*.

No entanto, apesar de não comparecer como uma categoria particular, encontramos na metapsicologia freudiana elementos que permitem postular uma concepção de sujeito. Na pesquisa realizada para a dissertação de mestrado, por exemplo, tomei como eixo para falar do sujeito a *singularidade*, destacando a escuta psicanalítica como uma “escuta singular", por se dar dentro de condições especiais, excepcionais, e também como uma “escuta do singular”, por permitir falar a verdade do sujeito. Defendi que estas duas faces – a escuta singular e a escuta do singular – remetem à especificidade da psicanálise como um dispositivo que permite advir o sujeito, por meio da fala que se endereça ao analista, no contexto da transferência, e tendo a realidade psíquica como fundo do qual se projeta, e que é a realidade do inconsciente.

Mas se Freud não escolheu utilizar o termo *sujeito* numa acepção específica, Lacan, por sua vez, importa da filosofia esse termo, subvertendo-o ao ponto de torná-lo um significante ímpar para abordar o que é da dimensão do inconsciente. E o faz em um momento de efervescência intelectual no qual os pós-estruturalistas esforçavam-se para negar e desconstruir o sujeito, chegando a decretar a sua morte. (ANDRADE FILHA, 1999).

Em Lacan, tem-se uma teoria do sujeito de contornos muito próprios, construída no âmbito do que ficou conhecido como ‘retorno a Freud’. O sujeito assume um estatuto conceitual, suportado na definição de ser representado por um significante, na medida em que este é “aquilo que representa o sujeito para outro significante” (LACAN, 1998 [1960], p. 833), definição indissociável da compreensão lacaniana de que o inconsciente se organiza em conformidade com as leis da linguagem. Trata-se do sujeito cindido pelo desejo, fundado na dimensão da palavra, e que traz como signo a falta que o constitui, efeito da relação com o significante.

Qual o ponto de partida, qual a procedência do sujeito na psicanálise, nesta acepção mais específica? Seguindo Lacan, a psicanálise faz sua entrada no instante preciso aberto pela vacilação da dúvida cartesiana; no *cogito* cartesiano vamos encontrar elementos constitutivos para uma conceituação do sujeito cujas bases permitem-nos postular um sujeito psicanalítico. É Lacan ele mesmo quem afirma, no Seminário 11 (LACAN, 1990 [1964]): “Ouso enunciar, como uma verdade, que o campo freudiano não seria possível senão certo tempo depois da emergência do sujeito cartesiano”, dizendo ainda, na seqüência, que do passo inaugural de Descartes, “depende que se pudesse chamar o sujeito de volta para casa, no inconsciente” (p. 49). O sujeito psicanalítico é a retomada do *cogito* cartesiano, porém revendo o fundamento de sua certeza. Vejamos, então, como se põe a lógica cartesiana, para que eu possa apresentar a torção feita por Lacan, e assim tomar o termo para falar de Clínica do sujeito.

3.1 A RAZÃO CARTESIANA E O DESENCANTAMENTO DO MUNDO

O final do século XVI testemunha, na Europa, uma época em que certezas políticas, filosóficas, eclesiais eram postas à prova. Montaigne, ao postular ser o homem fonte e alvo da reflexão filosófica (e não mais a natureza, como dantes), assim como o fato de as leis naturais revelarem-se insuficientes para governá-lo, não só fundamenta o seu ceticismo, como promove uma abertura para o surgimento da dúvida cartesiana.

É na Modernidade que "o mundo se desencanta"[24], a razão estabelecendo-se como critério e condição para o conhecimento verdadeiro. Esta razão mesma, antecedendo às coisas exteriores e subordinando-as, torna-se *sujeito*:

> Ela [a razão] é autônoma, livre, independente do mundo. É *sujeito* – e a palavra latina *subjectum* indica aquilo que subsiste, "o que está colocado sob", isto é, o fundamento. A razão é precisamente o fundamento do mundo transformado em *objeto*, *objectum*, ou seja, "aquilo que está colocado diante de"...sujeito, e que só pode existir tendo como referência o sujeito. É a partir do pensamento moderno que se pode falar propriamente em "sujeito do conhecimento" e "objeto do conhecimento". Mas isso irá acarretar uma série de dificuldades e controvérsias. (HISTÓRIA do Pensamento, p. 268).

Tal ideia de sujeito, conforme nos legou o pensamento ocidental, vem como herança do projeto cartesiano. É com Descartes que se dá, pela primeira vez, a conexão clara entre conhecimento e autoconhecimento, sustentada no argumento do *Cogito ergo sum*, por meio do qual a essência maior do eu consiste no pensar. Ou seja, o homem chama para si mesmo aquilo que é da ordem do fundamento.

Na ciência natural do século XVII, os estudiosos, sobretudo os físicos, tinham a expectativa de que os fenômenos que descreviam com as suas teorias expressavam aspectos da realidade mesma, os conceitos da ciência eram objetivamente válidos (ROD, 2000). A esta perspectiva veio se interpor a dúvida cartesiana, que se apoiava na possibilidade de que tais teorias consistissem em *representações*, sem necessariamente corresponder à realidade das coisas elas próprias. As representações poderiam ser conteúdos de consciência, e mesmo os mais seguros juízos da razão deveriam ser submetidos à interrogação quanto à sua validade.

Tendo estudado no Colégio La Fléche, renomada escola de tradição jesuíta na França, Descartes vem demonstrar, posteriormente, desprezo pelo conhecimento transmitido pelos

---

[24] Expressão utilizada por autores diversos para se referir aos efeitos, no Ocidente, do projeto inaugurado por Descartes: a ordem das razões se impõe, dessacralizando o mundo, desencantando-o.

mestres, pela erudição livresca, e defender que se, desde pequeninos, fizermos da nossa razão o nosso guia maior, provavelmente poderemos construir juízos sólidos e distintos sobre as coisas.

A dúvida, tornada sistemática, hiperbólica, impõe-se como um desafio. Impossibilitado de encontrar, na realidade, correspondência às teorias, e diante da constatação de que o mundo das sensações e dos juízos prévios revela-se enganador, Descartes tem como recurso buscar a certeza na interioridade do eu. Em outras palavras, o ser pensante chama para si a origem, o fundamento, faz-se a instância capaz de assegurar a compreensibilidade do mundo, com o auxílio do método.

Este seria, portanto, o primeiro passo: mostrar que as representações da ciência natural eram representações de um sujeito. Desdobrando tal pressuposto, Descartes concluía que da existência efetiva desse sujeito não se poderia duvidar, já que o fato de afirmar-se ele pelo pensamento era garantidor da sua existência – *ego cogito, ego sum*. Este desdobramento, portanto, revelaria um fato que escapava à própria dúvida: aquele que a levanta, pensa, e se pensa, existe. Não podendo, portanto, duvidar de que existe, Descartes a si compreende como uma "substância cuja essência ou natureza consiste apenas no pensar, e que, para ser, não necessita de nenhum lugar, nem depende de qualquer coisa material". (DESCARTES, 1987, p. 47). A realidade do eu, portanto, é o ponto de onde parte toda a demonstração cartesiana, e esta instância afirma-se na contemporaneidade do ato de pensar.

O passo seguinte consistiria em avançar do *ego sum* para o *Deus est*[25]: reconheço-me como finito, e por assim se dar, experimento em mim algo da ordem do infinito, e esse infinito é Deus, em toda a sua perfeição. E é de Deus que depende a essência das coisas, bem como a assertividade dos conceitos que a elas corresponde. Deus é aquele cuja existência (*res infinita*) é condição de possibilidade da correspondência entre o pensamento (*res cogitans*) e o mundo sensível (*res extensa*). A certeza de Deus é validada do mesmo modo que aquela das verdades matemáticas, de acordo com a presentação no espírito (DESCARTES, 1987): a ideia de Deus que trago em mim implica a sua existência – é a chamada prova ontológica.

Com o seu procedimento, Descartes opera uma inversão na ordem dos saberes: privilegia o método como ponto de partida, e aplica-o ao fundamento último da certeza, conduzindo assim ao campo da metafísica, do qual procederá a física[26]. Dispondo desta forma do método, ele encontra na certeza primeira do *cogito* a fonte a assegurar a sua realização; e escolhendo como verdade fundamental sua própria existência como substância pensante, e

[25] Röd, 2000.
[26] Na ordem tradicional, os saberes partem da física para a metafísica.

não a de qualquer objeto externo, subverte a relação tradicional sujeito-objeto (NUDLER, 1998).

Ao fincar novas bases epistemológicas no edifício do conhecimento, Descartes fornece o substrato para a formação da ciência moderna tal qual a conhecemos, proposta que se constitui revolucionária, bem expressa no dizer de Koyré (1992): "Revolução intelectual, ou melhor, revolução *espiritual* que subtende e que suporta a revolução científica e que, com um radicalismo e uma audácia inauditos, proclama o valor, a força, a autocracia absoluta da razão." (p. 33).

3.2 SUJEITO DA CIÊNCIA, CERTEZA E VERDADE

A unidade orquestrada pelo cogito cartesiano – eu penso, eu sou – não é capaz, entretanto, de dar conta do que emerge na sombra da consciência. O *cogito*, como diz Ricœur (1977 [1965]), "designa algo de inteiramente diferente do que poderia ser nomeado numa teoria das pulsões e de seus destinos" (p. 344). A verdade, na psicanálise, está longe de ser entendida como adequação, e porque temos no recalque a operação que funda o inconsciente, põe-se em jogo o aspecto fundamental relativo à divisão do sujeito, já não sendo possível supor um ser pela via do recurso a uma integridade absoluta do eu (ANDRADE FILHA, 1999).

O enunciado cartesiano, entretanto, como dito mais acima, estabeleceu as condições para se postular o sujeito psicanalítico. É bem o que nos traz Lacan em *A ciência e a verdade* (1998 [1966]), afirmando que o *cogito* cartesiano é um momento do sujeito, e o correlato essencial da ciência. Mais, ainda: o sujeito sobre o qual a psicanálise opera não é outro que o sujeito da ciência, e a práxis da psicanálise "não implica outro sujeito senão o da ciência" (id., p. 878).

Assim posto, parece estarmos diante de um paradoxo: como pode o sujeito ser, ao mesmo tempo, o sujeito da certeza, aquele que sustenta o discurso da ciência, sujeito primordial do pensamento, fundamento epistemológico do saber, *e*, o sujeito que vem responder pelo inconsciente, com tudo que este carrega de não-sabido, de pulsional, de ruptura com os processos do pensamento consciente?

O apelo de Lacan é à lógica. O sujeito está em uma exclusão interna a seu objeto, ele é desencarnado[27], não depende de algo material. Neste ponto é convergente com o sujeito

[27] "...toda tentativa (...) de encarnar ainda mais o sujeito é errância", diz Lacan em *A ciência e a verdade* (1998 [1960], p. 873).

psicanalítico, que não é essência, não é substância, é tão-somente representação de um significante para outro significante. E no que tomamos a estrutura, aí mesmo não há sujeito, ele fica fora da combinatória.

À sentença de Lacan "o sujeito sobre o qual operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência"[28], Milner (1996) confere o estatuto de equação, da qual se desdobra o axioma "Há algum sujeito, distinto de toda forma de individualidade empírica" (p. 28)[29].

É este justo ponto a definir o sujeito que lhe confere a sua condição paradigmática. O pensamento (que não depende de algo exterior para se afirmar) do *cogito* inventa o sujeito moderno, inventa o sujeito da ciência, e possibilita a invenção freudiana, no que esta diz haver um *isso pensa* no inconsciente.

Lacan, contudo, não teria se valido da ponta extrema do *cogito*, na qual Descartes passa apressadamente para o pensamento qualificado, quando diz da coisa que pensa como uma coisa que duvida, que concebe, que afirma, que nega, que quer, que não quer, que imagina e que sente (DESCARTES, 1987). Vejamos Milner (1996):

> Compreendemos então porque Lacan nunca se vale do que podemos chamar de ponta extrema do Cogito e que, de todas as maneiras, ele se esforce em suspender a passagem do primeiro tempo ao segundo. Para isso, encerra o Cogito em sua enunciação estrita e, além disso, fecha esta enunciação em si mesma, fazendo da conclusão ("logo existo") o puro *pronuntiatum* da premissa ("penso"): "escrever *penso, 'logo existo'*, com aspas em torno da segunda cláusula" (La science et la vérité, p.864-5). Está dessa maneira assegurada a insistência do pensamento sem qualidades, interrompida justo antes de ela se polimerizar em dúvida, concepção, afirmação, negação etc. (p. 34).

Também relativamente a este aspecto uma contradição poderia emergir da leitura de *A interpretação dos sonhos* (FREUD, 1987 [1900]), uma vez que Freud propõe que o trabalho do sonho não pensa; entretanto, afirma noutra passagem ser o sonho uma forma de pensamento. A contradição é só aparente: o pensamento do trabalho do sonho não pensa, não calcula, não julga, sob a forma do pensamento qualificado do *cogito*. Ele tem, sim, a sua

---

[28] *Idem*, p. 873.

[29] Milner desenvolve um amplo e cuidadoso trabalho sobre os princípios filosóficos que pautaram a construção feita por Lacan do sujeito moderno e sua condição de pressuposto para o sujeito psicanalítico. Demonstrando o "cartesianismo radical de Lacan", Milner movimenta-se com precisão cirúrgica nas influências que serviram de fonte para a produção lacaniana, promovendo uma leitura ampla e suficientemente consistente dos tempos desta produção. Parte, assim, dos fundamentos a embasar as questões com a ciência, e segue a mostrar os dois momentos do que escolhe chamar de "classicismo lacaniano". Determo-nos demasiadamente no projeto de Milner nos levaria um pouco longe do objetivo deste trabalho; contudo, tentaremos aproveitar as contribuições importantes trazidas por ele para nos ajudar a pensar alguns desenvolvimentos que aqui queremos fazer na questão do sujeito e da clínica que a ele se volta e que nele se inspira.

lógica, que condiz com as propriedades do próprio inconsciente: amoralidade, desprezo pela realidade externa, inexistência de negação etc. (FREUD, 1987 [1915]). Na origem do propósito cartesiano, o método e a presença dos pensamentos, estes na condição de ideias simples sobre as coisas das quais era preciso partir para levar a cabo a operação do conhecimento; na origem do trabalho freudiano, também a atenção primordial ao que é da ordem do pensamento ou da ideia, o *Vorstellungsrepräsentanz*, representantes ideativos que expressam aquilo que é constitutivo do inconsciente. Mas a diferença é crucial: enquanto em Descartes o privilégio é da consciência e da razão, em Freud os pensamentos são correlatos dos desejos, atualizados na formação dos sonhos.

O movimento de ambos visa à certeza por meio dos seus procedimentos. Descartes parte da dúvida em direção à certeza, e também assim o faz Freud. A ver, por exemplo, quando abre o capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*, e toma para ilustrar o sonho do *Pai, não vês que eu estou queimando?*. Ali, é do sujeito da certeza que ele parte, ao afirmar que a resistência à entrada dos pensamentos oníricos na consciência não foi exaurida pelos mecanismos de condensação, deslocamento, figuração, etc., mas se mantém sob a forma de dúvida, atrelada ao material do sonho. É em direção à certeza que se dá o encaminhamento freudiano, "...trata-se daquilo de que se pode estar certo", diz Lacan (1990 [1964], p. 38). A dúvida vem dar sustentação à certeza de Freud, vem dar apoio à certeza de que os pensamentos inconscientes estão lá, ainda que se revelando na ausência.

Este movimento em direção à certeza pode ser, também, encontrado nas próprias afirmações de Freud sobre as proposições advindas dos sonhos dos pacientes que ora apontam para o sim, ora para o não, sem que haja contradição ou exclusão. É o que mostra Fernandes (2012) ao trabalhar a interpretação na psicanálise, produzindo aproximações entre alguns textos de Freud (além de *A interpretação dos sonhos*, a autora toma *Observações sobre a teoria e prática dos sonhos*, de 1923, e *Construções em análise*, de 1937,) e considerações de Lacan em *O aturdito*, de 1973. A autora destaca o caráter sempre incompleto da linguagem, a impossibilidade de uma interpretação conter o sentido último, razão pela qual "a estrutura de uma interpretação é o saber no lugar da verdade, o saber em jogo é um saber que ultrapassa o sujeito. Logo, a interpretação só pode agir ao não visar o sentido, pois ela '[...] não está aberta a todos os sentidos' já que 'ela mesma é um não-senso'". (FERNANDES, 2012, p. 58)[30]. Daí o seu caráter apofântico, apartado da preocupação que reside na linguagem formal de que uma proposição seja verdadeira ou falsa.

---

[30] As citações em aspas simples são de LACAN, Jacques. (1964). **O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985, p. 236.

Descartes, contudo, visa pelo seu aforismo não apenas a certeza, mas a verdade, verdade que, ao final, não se sustenta no seu próprio enunciado, sendo preciso buscar a sua garantia em um Outro que está fora e que não é enganador, qual seja, o próprio Deus.

3.3 A INTRODUÇÃO DA BARRA: O SUJEITO COMO EFEITO DO SIGNIFICANTE

Este deslanchamento que parte da dúvida e se dirige à existência tem em Julien (1993) uma interessante apresentação, em que seguem conjugados psicanálise e cartesianismo. Ele a secciona em quatro andamentos. No primeiro, *Dubito*, estou às voltas com os saberes no plural, vindos de fora, que me foram dados pela tradição, segundo a ordem simbólica da linguagem e o imaginário corporal. Mas se a verdade é adequação entre ideia e coisa, não é possível obter destas verdades um saber no singular. Porém, distingue-se o homem pelo poder do *dubito*, podendo-se desprender do verossímil que não conduz a nada de seguro. "Inibição, sintoma, angústia: uns me dizem que é orgânico, outros que é por falta de vontade" (JULIEN, 1993, p. 91).

Dubito, cogito, segundo andamento: pela dúvida, há corte entre ideia e coisa, *intellectus* e *rei*, operação que deixa restos, *Gedanken*, pensamentos:

> Estou seguro do que duvido, do que penso. Esta é a regra fundamental da análise: verdadeiro ou falso, pouco importa, dizes a sequência de pensamentos que te vem, basta respeitar a ordem de sua vinda: primazia do ordinal sobre o cardinal [...]. O corte com o exterior instaura um interior, um lugar que me é próprio, *at home*. (JULIEN, 1993, p. 91).

No terceiro andamento, *Cogito, sum*, o ato anterior de duvidar acerca do verossímil permitiu a acolhida dos restos, dos pensamentos, resultando daí o sujeito em sua certeza, na medida em que se enuncia. Ou seja, *eu sou, eu existo* a cada vez que pronuncio o pensamento que me vem. E Lacan, com Freud, responde que "o pensamento só funda o ser ao se vincular à fala, onde toda operação toca na essência da linguagem" (LACAN, 1998 [1966], p. 879), "nada é falado senão apoiando-se na causa" (idem). Assumindo-se, pela palavra, a própria causalidade, há simultaneidade entre o nascimento do sujeito e sua certeza, sendo o sujeito chamado, a partir do significante, em sua atualidade (JULIEN, 1993, p. 91).

O quarto andamento é a retomada do *Wo Es war, soll Ich werden* freudiano, conforme a apreensão que dessa frase faz Lacan: lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir. Trata-se do sujeito freudiano enquanto retomada do *cogito* cartesiano, porém revendo os fundamentos da sua certeza. Há um intervalo de tempo entre o sujeito que nasce, no passado

do *Wo Es war*, e o instante presente da sua certeza do *soll Ich werden*: “Na posterioridade das formações do inconsciente, a certeza incide sobre um sujeito que já nasceu em um “isso pensa”, antes que ele advenha à sua certeza” (JULIEN, id., p. 91).

Chegamos, assim, ao necessário do corte, da barra do significante para falar do sujeito. É neste desdobramento que também se apoia Milner (1996) ao mostrar que “só existe sujeito de um significante” (p. 86) na medida em que o próprio *cogito* é escrito como uma cadeia: *penso, “logo existo”*.

E se alcançar a verdade era a meta maior do trabalho de Descartes, a razão de ser do seu método, na expectativa de encontrá-la exatamente ali onde havia a certeza do pensamento, a psicanálise vem nos mostrar que é de outra coisa que se trata. Aqui, a adequação entre certeza do pensamento e verdade das coisas arrefece, ficando o sujeito, sob efeito da *Spaltung* que o constitui, dividido entre verdade e saber. A verdade, dirá ainda Lacan neste seu texto de 1966, está do lado da causa, ela é causa material, ligada ao significante[31]. Quinet esclarece:

> Na psicanálise, a verdade é da ordem da materialidade, na forma da incidência do significante. A linguagem não é imaterial, sua matéria é o significante, e o lugar privilegiado onde se conjuga o *logos* no advento do sujeito é ocupado pelo significante “falo”. A verdade, portanto, se articula não com a presença de algo, mas com sua ausência. (QUINET, 2011, p. 31)

A verdade, pois, se funda pelo fato de que fala, é só este o meio de que dispõe. Pela via da divisão, Lacan opera uma subversão no sujeito, marcando a diferença de posição em relação à ciência, assim como em relação à psicologia, uma vez que esta contribui para pensar o sujeito inserido em um quadro acadêmico, como sujeito do conhecimento. “A ciência”, diz Lacan em Radiofonia (2003 [1970]), “é uma ideologia da supressão do sujeito (...). O sujeito, ao se reduzir à ideia de sua dúvida, dá margem ao retorno maciço do significante-mestre, revestindo-o, sob a rubrica da extensão, de uma exterioridade inteiramente manipulável” (p. 436-437).

Em *O Seminário, livro 20: mais, ainda* (LACAN, 1985 [1972-1973]) Lacan retoma a questão do saber e da verdade, e com base na estrutura do discurso analítico[32], assim grafado,

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

[31] Em *A ciência e a verdade* (1998 [1966]), Lacan tratará, inspirado em Aristóteles e sua teoria das quatro causas, das causas eficiente (em jogo na magia), final (religião), formal (ciência) e material (psicanálise).
[32] Um pouco adiante, retomo a apresentação dos quatro discursos de forma mais detalhada.

chama a atenção que o *a* se escreve à esquerda, em cima, sustentado pelo S_2, logo "pelo saber no que ele está no lugar da verdade" (p. 123). Desta posição, a posição de objeto em que o analista se coloca no dispositivo da análise, ele interpela o $, "o que deve dar na produção do S_1, do significante pelo qual se possa resolver o que? – sua relação com a verdade" (idem, p. 123).

3.4 A SUBVERSÃO LACANIANA: O CAMPO DO OUTRO E O SUJEITO

Decorre como conseqüência radical do enunciado do cogito que só posso estar em meu ser na medida em que suponho que sou em meu pensamento; a afirmação primordial desse sujeito é que, enquanto pensa, ele afirma o seu ser. Dá-se, porém, que em meio a tal evidência de que sou, evidência que o empírico me fornece, uma subversão é possível de se operar, mostrando, como faz Lacan (1998 [1957]), que "eu não sou lá onde sou joguete de meu pensamento; penso naquilo que sou lá onde não penso pensar" (p. 521).

A essa divisão do sujeito clássico Lacan vê a equivalência ao corte no discurso, lugar da barra que separa significante e significado, de maneira que o sujeito psicanalítico possa passar aos efeitos de *fading*, de desaparecimento, e encontrar a sua especificidade. Na tensão promovida a partir do confronto de duas vertentes – uma que diz: *Penso, portanto sou*, e a outra: *Sou onde não penso*, Lacan vai buscar material para postular um sujeito de modo tal que torna possível trabalhar com a hipótese do inconsciente sem aniquilar as suas características mais elementares e constitutivas, inclusive a sua dimensão de não-sabido (*Unbewusste*)[33]. O *portanto* do enunciado assume função de um traço de causa, engendrando uma divisão em que, de um lado, está o *eu penso*, e de outro, o *eu sou*; o *eu penso* do sentido, de um lado, e o *eu sou* da existência, do outro lado.

Nos idos de 1900, quando fazia público o seu livro *A interpretação dos sonhos*, Freud (1987 [1900]) mostrava ao mundo os vários caminhos que percorreu para dar consistência à sua idéia de que os sonhos têm um funcionamento próprio, distinto dos processos conscientes, e que, ao conhecer suas leis, tornamo-nos capazes de melhor compreendê-los e até de analisá-los. Um desses caminhos adotados por Freud foi a retomada de uma obra de Fechner[34] na qual este afirma que nem o rebaixamento da vida mental consciente a níveis inferiores ao seu principal limiar de funcionamento, nem o desvio da atenção das coisas do mundo externo, são

[33] V. Porge, 1996.
[34] A obra citada chama-se *Elemente der Psychophysik*, de 1889, publicada em Leipzig.

suficientes para compreender o que se passa na vida onírica, se a confrontamos com a vida de vigília, já que "*a cena de ação dos sonhos é diferente da cena da vida ideacional de vigília*" (Freud, 1987 [1900], p. 50; grifo no original).

No início do item de onde se extrai essa passagem, Freud comenta o fato curioso de termos a sensação, diante de um sonho acabado, de que este sonho é algo estranho a nós; em alemão, inclusive – acrescenta ele –, é comum dizer-se *mir hat geträumt*, literalmente 'um sonho veio a mim'[35]. Trata-se da sensação de que algo nos invade como tendo vindo do exterior, mas diante do qual não podemos eludir uma certa familiaridade. Este *de fora*, este *outro lugar* do qual provém algo que vivenciamos com a mais legítima intimidade, diz respeito à Outra cena (*eine andere Schauplatz*), feliz expressão de Fechner para se referir às coisas do inconsciente.

A exterioridade revela-se, ainda, sob mais uma faceta, pois uma vez sendo o inconsciente concebido no campo da linguagem, o Outro é também o tesouro dos significantes, é o representante de uma ordem anterior e exterior ao sujeito, ordem da qual ele é cativo e depende ainda que queira controlá-la. O Outro, portanto, é exterior tanto à consciência, quanto ao próprio sujeito, ficando o significante como aquilo que não apenas governa o discurso do sujeito, como governa o próprio sujeito, como diz Lia Fernandes (2000). E na psicose, este Outro se plenifica, ficando o sujeito na posição de objeto de gozo do Outro.

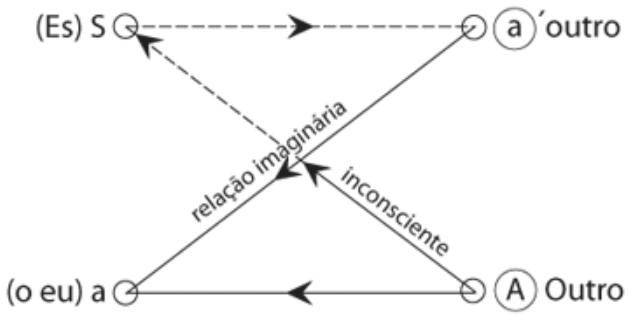
Foi este modo de pensar o inconsciente e o Outro que gerou a afirmação de Lacan, em palavras que vieram a se tornar aforismáticas, de que "o inconsciente é o discurso do Outro" (Lacan, 1998 [1957]), apontando para o campo aberto de significantes que o sujeito encontra desde o seu ingresso no mundo.

Ao convencionar Outro com *O* maiúsculo, portanto, Lacan aponta para um tipo de relação que se encontra além da esfera das identificações imaginárias e especulares nas quais o eu se constitui, e que estão no plano do semelhante, do outro. Esse Outro é o Outro do sujeito, lugar no qual a questão da sua existência articula-se como um discurso, e que Lacan procura mostrar através do seu Esquema L.

Trata-se de um esquema apresentado em *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1988 [1955-1956]) e retomado em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1998 [1959]). Com ele, Lacan procura mostrar que o estado do sujeito (S) depende

[35] Assim também falam aqueles que nos contam as suas alucinações auditivas: são "as vozes" que os ordenam a fazer algo, vozes experimentadas como de fora mas que produzem, em seu tom imperativo, uma reverberação psíquica experimentada no mais profundo da 'vida interior'.

do que se desenrola no Outro (A), lugar de onde pode ser formulada a questão da sua existência. Entre um e outro, pontas do esquema, está o *a* representando os objetos, e o *a'* representando o Eu, na condição de intermediários. Assim é grafado:



Se é no campo do Outro e mediado pelos objetos que o sujeito pode formular a questão de sua existência, é sob a forma de elementos do discurso particular que esta questão se apresenta. Tais elementos são articulados através da cadeia de significantes, que como dissemos, guarda uma alteridade em relação ao sujeito, na medida inclusive que antecede à sua própria estadia no mundo.

Dividido pelo efeito do inconsciente, e posicionado entre o S1 e o S2 da cadeia significante, o sujeito ex-siste e insiste na cadeia. O S1 se faz traço unário, e representa o sujeito para um S2, fazendo deste S2 o efeito da repetição e da presença do Um – S1 – recalcado. "Existe "Um" no início como condição necessária, e ele se desdobra no deslizamento da cadeia, na série das repetições para que o sujeito lá possa se contar e contar." (CHATELARD, 2007, p. 342).

O conceito de Outro será articulado, em um segundo momento da obra lacaniana, à questão da falta e, por sua vez, do desejo, dado que é a partir do desejo do Outro que o sujeito constitui seu próprio desejo. Trata-se de um Outro que passa a ser não somente tesouro dos significantes, mas portador de falta.

É do campo do Outro que o sujeito, portanto, é intimado a falar, criando-se assim uma dimensão que é trazida para a própria análise e tornada correlativa ao seu domínio: Freud, ao defender radicalmente a palavra como a única possível para mostrar o que é da ordem do inconsciente, proposição expressa de maneira plena na associação livre, convoca o sujeito a falar; falar não exatamente do que sabe, mas sobretudo do que ignora, mas que faz eco em seu interior e o torna cativo do seu sintoma, que está na origem dos seus sonhos, dos seus esquecimentos e erros cotidianos. Essa fala, como sabemos bem, não se endereça a qualquer

outra pessoa, a um semelhante qualquer, mas a um analista, a alguém que, advertido da sua posição, escuta desde um lugar, respondendo, neste lugar, por uma função.

Na neurose, a transferência se instaura em decorrência de um saber suposto ao analista, podendo este dispor, no trabalho analítico, da interpretação em suas diversas modalidades – pontuação, escansão, interrupção, abreviação do tempo... –, inscrevendo o equívoco e apontando para a divisão do sujeito. Na psicose, uma vez não havendo o recalque como operação fundamental na definição da estrutura, mas sim a foraclusão, a posição do analista há de ser diversa: é preciso que ele se acautele no propósito de interpretar, e maneje a transferência no sentido de agenciar o paciente com o mundo externo, de secretariá-lo, contribuindo para a construção de bordas que apaziguem os efeitos intrusivos do Outro.

3.5 O SUJEITO EM DIFERENTES DISCURSOS

Indissociável da concepção de significante, intimado a comparecer desde um lugar que remete ao Outro da linguagem – e ao Outro do gozo, também, do qual é preciso falar para abordar o problema da psicose –, destinado a apagar-se no instante seguinte àquele em que se anuncia, e tendo a divisão como sua marca, o sujeito no discurso psicanalítico guarda esta indissociabilidade entre o seu caráter teórico e aquilo que constitui o específico deste campo psicanalítico enquanto práxis. Lacan, ao pensar o sujeito, o faz no entrelace da teoria com a clínica, mirada que visa o ser falante: "Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis", traz em *A ciência e a verdade* (1998 [1966], p. 873).

Esta questão da inseparabilidade entre teoria e prática analíticas, percebida e postulada há muito pelo próprio Freud[36], pavimenta a via que atravesso ao articular o específico do sujeito psicanalítico com a própria clínica, clínica do sujeito. Sendo laço social, a psicanálise se inscreve como discurso e como fazer sobre o psíquico, e nos faculta ir à experiência sem que tenhamos dela nos afastado.

Conforme venho apontando desde o início, a concepção de sujeito no discurso psicanalítico deixa ver a sua diferença em face do que outros discursos concebem como sujeito, como ocorre com o discurso da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos sociais a ela afins ou que a impulsionaram, assim como do sujeito da psicologia, de viés essencialmente consciencialista, condizente com a perspectiva de uma ciência jovem que procura se afirmar

[36] V. a Introdução da presente tese, na qual me detenho um pouco sobre o assunto.

enquanto tal, na disputa pelo reconhecimento da sua inscrição no âmbito dos saberes ditos científicos, fiel ao juramento do seu sufixo *logia*.

Como trazer esta problemática e contextualizá-la de modo a me lançar à leitura da clínica que faço? O Hospital Juliano Moreira, como já dito em capítulo anterior, é um local de trabalho complexo e multivocal, contextualizado que está no atual das mudanças empreendidas pelas políticas de saúde mental na Bahia, de modo que vivenciamos todos, profissionais e pacientes, os efeitos das diversas discursividades que atravessam os procederes neste vasto campo. Em razão disto, me ponho a sublinhar alguns aspectos cruciais destes vários discursos, seja para, por contraponto, mostrar as suas diferenças da concepção de sujeito na psicanálise, seja com o propósito de destacar o específico de sustentar uma clínica do sujeito. Neste espírito, vou produzir algumas reflexões sobre o discurso da reforma psiquiátrica, sobre o da assistência, o das práticas médicas, de modo a ensaiar leituras sobre as posições ocupadas pelos que dão vida aos serviços.

Quando penso nestes discursos que identifico como estando a arrimar as práticas[37] variadas no contexto onde trabalho, considero neles haver algo de estrutural, que pode ser encontrado em outros campos de atenção em saúde, e em tantas unidades de assistência. Há alguns elementos, consequentemente, que uma vez fixados, podem contribuir para a compreensão das posições ocupadas e dos efeitos de nelas se estar, efeitos que afetam a clínica, a assistência, a política, a gestão, a produção de saber etc.. Encontro um importante auxílio para pensar esta questão em Lacan, com a apresentação dos seus quatro discursos.

O caráter matêmico com o qual eles são postos permite que acedamos a alguns enunciados primordiais, fazendo uma leitura que avança em relação àquilo que, no cotidiano, está mais ou menos explícito. Souza (2003), analisando a produção dos discursos por Lacan, coloca:

> O discurso analítico, portanto, constitui-se numa prática de leitura, já que é disso que se trata na psicanálise, uma operação de escritura em que se lê de um outro modo aquilo que vem repercutir na palavra. Uma outra leitura que busca fazer o sujeito sair de sua homeostase; não deixá-lo "ronronando no prazer", dizia Lacan. (p. 93).

O termo *discurso* já era utilizado por Lacan numa acepção um tanto diferente daquela que surge na década de 1960. O discurso, inicialmente pensado no campo do simbólico, é

[37] Gostaria de comentar, aqui, um aspecto interessante, que chamou a minha atenção: consultando o dicionário Caldas Aulete (1970), constatei que as primeiras acepções do verbete *prática* são, justamente, "convenção, palestra, *discurso*, conferência; *fala* (grifos meus)", deixando ver a indissociabilidade entre ato e palavra, tal qual se proclama no trabalho analítico.

mais relacionado à fala, ao enunciado, ao dito e ao dizer[38]; com a criação do objeto *a*, há uma passagem à constituição do campo do gozo e à criação dos discursos como laços sociais. A posição do analista é pensada como "feita substancialmente" deste objeto, como diz Lacan em *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1992 [1969-1970]), e o próprio sujeito é definido como efeito do objeto ($a \rightarrow \$$). É muito interessante a retomada que Lacan faz de Freud marcando dois tempos: um primeiro da articulação do inconsciente e do desejo, presente em *A interpretação dos sonhos* (1900), e um segundo que, pela via da repetição, como trabalhada em *Além do princípio do prazer* (1920), permite a teorização do gozo e seus efeitos.

A seguir, então, lanço mão dos quatro discursos, atendo-me principalmente ao que foi trabalhado em *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*, de 1969-1970, e retomado no texto *Radiofonia* (LACAN, 2003 [1970]).

Como é sabido, a intenção de Lacan foi criar "discursos sem a palavra, que vem em seguida alojar-se neles." (LACAN, 1992 [1969-1970], p. 159). Nestes discursos, considerados como tipos de laços sociais, Lacan estabelece quatro lugares, os quais virão a ser ocupados pelos termos S_1, S_2, \$ e *a*, que se movimentam em rotações de quarto de giro. É assim que temos:

$$\frac{\text{agente}}{\text{verdade}} \rightarrow \frac{\text{outro}}{\text{produção}}$$

Acerca dos elementos, o S_1 responde pelo significante mestre, o S_2 pelo saber, o \$ é o sujeito barrado, e o *a*, o objeto causa de desejo, e também o mais-de-gozar. Os discursos, por sua vez, formalizam o que Freud designou como as três profissões impossíveis (governar, educar e psicanalisar), acrescentando-se aí um quarto discurso, a representar o fazer desejar. São, assim, e respectivamente, o do mestre, o do universitário, o do analista, e o da histérica; e têm como agentes, também respectivamente, a lei, o saber, o objeto *a* e o sintoma.

Ao voltar as lentes para a Reforma Psiquiátrica, encontramos a sustentá-la um discurso que porta em seu cerne uma concepção de sujeito cuja ênfase é no protagonismo, na autonomia, na responsabilização das ações. Na atenção psicossocial, o trabalho mira essencialmente a desinstitucionalização, a reinserção social do usuário, a prática do cuidado e atenção, o seu bem-estar, a adesão ao tratamento, a reabilitação. As atuações são bastante

[38] Autores diversos se ocupam de mostrar as mudanças introduzidas com a teoria do objeto *a* e a criação dos discursos. V., por exemplo, Quinet 2009, e Souza, 2003.

voltadas para o cotidiano e centradas muitas vezes na identificação das necessidades, e há uma constante preocupação com a diluição das especialidades na medida em que as ações diversas se pretendem igualmente compartilhadas pelos técnicos das equipes. Como apontei no capítulo anterior, estas ações estão suportadas em uma concepção de subjetividade que supõe estar presente no usuário, a postos, digamos, um sujeito pronto para ser convocado, sujeito este que, se não se mostra capaz de responder de imediato a tal exortação, deve ser estimulado ao seu exercício.

Vinte anos depois de implementados os primeiros serviços de atendimento em saúde mental alternativos ao modelo manicomial, constata-se avanços significativos, com o surgimento de novas modalidades de atenção, e a atitude vigilante constante para não se cometer os abusos de outrora.

Sobre a questão particular do trabalho possível e os desafios da inserção do discurso e da prática da psicanálise nos dispositivos de atenção psicossocial, encontramos preciosas contribuições que vêm se amealhando ao longo dos últimos anos, produzidas por psicanalistas diversos como fruto das suas reflexões advindas das experiências de supervisão, sessões clínicas, seminários e encontros, pesquisas acadêmicas etc..

Há certas questões, contudo, que quero destacar, neste propósito de identificar a concepção de sujeito aí em jogo. Tomo emprestadas algumas das reflexões empreendidas por Rinaldi (2010), as quais tratam de aspectos cruciais sobre a clínica.

Essa autora chama a atenção para dois pontos cardeais nesta discussão sobre estes novos serviços: o primeiro deles é que, sob a bandeira da reinserção social, toma dianteira a função político-social, ficando a clínica a ela acoplada, designada como *clínica ampliada*; e em segundo, nesta clínica ampliada ganha proeminência a reabilitação psicossocial, que assume como propósito, entre outros, aumentar o nível de contratualidade e de negociação do paciente, tendo como cenários espaços como a casa, a rua, a comunidade etc. Rinaldi (2010) interroga, então:

> A partir disso, duas questões podem ser levantadas. Quais os efeitos sobre o tratamento de psicóticos da prevalência do político-social sobre o clínico? E quais os efeitos sobre esses sujeitos da redução da clínica aos procedimentos de reabilitação psicossocial que, mesmo repensados, não negam seu caráter normatizador, a partir de parâmetros estabelecidos aprioristicamente sobre “níveis de contratualidade” e de “habilidade de efetuar trocas afetivas e materiais”?. (p. 130)

Neste texto, Rinaldi retoma um artigo de Claudia Generoso sobre a inserção social do psicótico, publicado no mesmo livro aqui citado, artigo que aponta para conclusões semelhantes às que a própria Rinaldi chegara em suas pesquisas sobre a clínica nos CAPS:

> ...a proposta de reinserção social atravessa os novos serviços no âmbito da reforma como um imperativo. Como tal impõe objetivos e finalidades a serem atingidos, a partir de um "senso comum" sobre o que é melhor para os usuários, que lembra as velhas formas tutelares de tratamento, além de provocar angústia nas equipes ao não se efetivarem. (Idem, p. 131).

A política da Reforma pode se impor como um mandamento, escanteando a clínica ou mesmo a exilando do atendimento aos usuários, "trabalha-se para a Reforma e não para os pacientes" (ALBERTI, 2010, p. 22). É um aspecto por demais importante a ser considerado, e talvez este seja um dos efeitos, entre tantos outros, a ser tomado como um resto daquilo que não se intentara, algo que pode se apresentar como um retorno do que resiste a ser tratado na psicose. É importante notar, por conseguinte, o quão necessário se faz suspender o saber prévio sobre a melhor forma de tratamento para tal ou qual paciente, de maneira que a clínica não quede atropelada pelo social. Caso contrário, o risco, nesta seara, é de se estar a reproduzir, fixamente, a estrutura do discurso do mestre:

$$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$$

Neste discurso, a posição predominante (canto superior à esquerda) é ocupada por S_1, o significante sem nexo ou razão, o significante mestre, ao qual se deve obediência. O mestre se dirige ao escravo (S_2), que ao trabalhar duro, produz o objeto que vai gerar a mais-valia, o excedente de gozo.

> No discurso do mestre, a dimensão imperativa inerente ao significante, salientada por Lacan, é alçada à sua máxima potência e o sujeito acha-se submetido a esse imperativo sem divisão, uno, inteiro, completo, e é desse semblante de unidade que emana o poder exacerbadamente sugestivo dos significantes que ele profere. (JORGE, 2006, p. 135).

A estrutura deste discurso permite pensar ainda, e bem apropriadamente, as posições frequentes na relação médico-paciente, donde se verifica o acionamento de uma sugestão do primeiro sobre o segundo, o significante-mestre S_1 é acionado sobre o S_2, que está no lugar do outro. É o que ocorre, ordinariamente, na posição do psiquiatra que tem o saber sobre o

fármaco específico e a indicação do melhor procedimento a ser adotado, como também na do psicoterapeuta que explora o poder sugestivo dos significantes para propor condutas ao usuário. Trata-se de práticas que seguem preponderantes nas unidades psiquiátricas.

Talvez valha considerar, ainda, que ao se dar à medicação o lugar do agente capaz de, por si mesmo, controlar, remitir, diminuir, aliviar os sintomas do paciente, quedando todos, familiares e técnicos, submetidos à expectativa mor de respostas de um corpo às substâncias nele introduzidas, produz-se um paciente dopado, anulado, controlado, um corpo sem sujeito caído no lugar do objeto.

A mestria encontra-se, ademais, nas normas de funcionamento da própria instituição, como salienta Figueiredo (2007).

Uma variação deste discurso, de onde pode até originar-se um sujeito no lugar da produção, é aquela da psiquiatria universitária, que trata o louco como objeto de estudos, exames, medicalização. Para falar dela, o discurso universitário – que é também aquele no qual o discurso da ciência se alicerça[39] – serve de referência.

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

O S_2 se posta aí no lugar predominante, lugar que foi primeiramente ocupado pelo mestre, e é onde surgiu o saber. É uma forma de discurso que pode se prestar a legitimar o discurso do mestre, a lastreá-lo com racionalizações.

> O saber psiquiátrico trata o louco como objeto (S2 → a), produzindo um sujeito patológico ($) barrado pela medicação, ou um sujeito que tenha seu acesso barrado à sociedade de seu estado civil. J.-A Miller chama a atenção para o fato de que o discurso da universidade é o único discurso que chega a produzir um sujeito (...). Só que aí o psiquiatra esqueceu-se da transferência. (QUINET, 2000, p. 124-125).

Talvez, também, no discurso do universitário encontremos um referente para se pensar as práticas no seio da Reforma, em torno da questão aqui salientada. É para esta direção que Alberti (2010) aponta, quando pergunta se os pacientes não podem se prestar a ser,

[39] Embora Lacan, em um primeiro momento, vincule o discurso da universidade à formalização da ciência, mais tarde ele irá associar a obra científica verdadeira ao discurso da histérica, mudança que é apresentada em *Televisão* (FINK, 1998; QUINET, 2009).

justamente, “os sujeitos jogados fora, os que não servem para corroborar a eficácia da multidisciplinaridade da reforma, na qual todas as práticas e todos os saberes são equivalentes, ou seja, válidos por igual?” (p. 22).

Uma outra prática relevante na unidade hospitalar psiquiátrica é a da assistência, justificável pelo argumento de reparar ou minimizar as condições de privação em que muitos pacientes se encontram, decorrentes de fatores diversos, que podem vir isolados ou em conjunto: a miséria, o desemprego, a fragilização dos laços sociais oriunda de psicoses de longo tempo, a baixa escolarização, o abandono, entre outros.

Quiçá seja aqui, novamente, o discurso do mestre o que melhor sirva para falar do registro em que se ancora a prática da assistência. O lugar do mestre, aí, o S_1, um significante que se presta a engendrar um endereçamento ao outro, ancorado numa verdade que parece ser justamente a suposição de que se tem – ou se é veículo de – algo que pode abrandar, por mais provisório que seja, a condição de menos em que o outro (S_2) se encontra. Restam de tal operação os produtos que se sucedem nas ofertas patrocinadas pelo Estado (comida, passe-livre, facilitações no acesso aos serviços etc.).

Se no caso do exercício da psiquiatria, o postar-se em tal forma discursiva é algo que se hegemoniza, nesta situação última, a da assistência, o lugar da mestria aparece um pouco mais ofuscado, um pouco mais dissimulado. Contudo, é uma posição muito frequente e quase maciçamente ocupada por todos os profissionais, talvez pela força do apelo a ela provocado pelo paciente que demanda as ações assistenciais, acoplada a uma leitura do hospital como um lugar de prestação de assistência e de cuidados. No cotidiano das ações, torna-se quase naturalizada, diluída entre os fazeres diversos, e pouco interrogada.

Restam a ser vistos, assim, os discursos da histérica e do analista.

No discurso da histérica tem-se o sujeito dividido no lugar do agente, o qual se endereça ao S1 que, supostamente, tem os significantes que produzirão um saber. A despeito de ser um discurso referido a uma modalidade de estrutura subjetiva em específico, não se presta a engendrar, por exemplo, o discurso do obsessivo a lhe fazer complemento; na proposta de pensar os laços sociais, vem dizer de um arranjo de posições a ilustrar o fazer desejar. Assim se o escreve:

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

A histérica, de quem tanto Freud aprendeu, mostra a divisão subjetiva, a cisão entre consciente e inconsciente. Estar, neste discurso, na posição do $, implica em um movimento de instigação do mestre para que ele gere um saber sobre o sintoma (mesmo que seja para, depois, invalidar as suas teorias). Diz Lacan:

> O que a histérica quer – digo isto para os que não têm tal vocação, deve haver muitos – é um mestre. Isto é completamente claro. A tal ponto, inclusive, que é preciso indagar se a invenção do mestre não partiu daí. Isto arrematariа elegantemente o que estamos traçando. (...). Ela quer que o outro seja um mestre, que saiba muitas e muitas coisas, mas, mesmo assim, que não saiba demais, para que não acredite que ela é o prêmio máximo de todo o seu saber. Em outras palavras, quer um mestre sobre o qual ela reine. Ela reina, e ele não governa. (LACAN, 1992 [1969-1970]).

O desejo da histérica conduz, portanto, ao saber, ainda que este não tenha relação direta com o que causa o sujeito. O objeto *a*, objeto que causa o desejo, está no lugar da verdade, recalcado. A histérica é dividida pelo objeto. Nas aproximações que aqui se ensaia, temos que este discurso serve para bem ilustrar o paciente que, na posição do $, entrega-se à demanda de que o Outro – médico, psicólogo, assistente social – produza um saber que venha dar conta da sua divisão, saber este que sabemos impotente para resolver os sintomas.

Tomando o discurso do mestre pelo seu avesso chegamos ao quarto discurso, o do analista:

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

Aqui, o objeto *a*, causa do desejo, está no lugar do agente, que é o lugar do analista. Este interroga o sujeito na sua divisão, levando-o a trabalhar, a produzir um novo significante mestre (S_1). A posição do analista "é, substancialmente, a do objeto *a*, na medida em que esse objeto *a* designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido, e no entanto essencial." (LACAN, 1992 [1969-1970], p. 40). Esta posição, situada no lado esquerdo superior, Lacan a chama de "a dominante"[40], e diz que, quando se trata do analista, ele tem que representar o "efeito de rechaço do discurso" (idem, p. 41), que é o próprio objeto *a*.

[40] É um termo que toma emprestado de Jakobson.

O discurso do analista é o discurso que visa o sujeito, e por conseguinte, se distancia do discurso da ciência, no qual este mesmo sujeito queda suprimido. O S_2, que aparece no lugar da verdade, está a representar o saber, mas não o saber que fica no lugar de agente no discurso universitário, e sim o saber inconsciente. O analista, do lugar do objeto, se dirige ao sujeito para que este enuncie os significantes de que é efeito. E como a linguagem é a condição do inconsciente (LACAN, 1992 [1969-1970]), o convite é a que o paciente fale. É o único discurso que se dirige ao sujeito.

É por esta via que se lança a aposta em uma Clínica do sujeito. No campo da saúde mental isto faz toda a diferença, pois na medida em que se pode oferecer e sustentar um trabalho analítico, toma-se o desafio de declinar das disputas – em muito imaginárias – onde se confrontam saberes e tecnologias pretensamente suficientes para decidir a melhor alternativa ou conduta *para* o paciente, em lugar de se o escutar. O analista, advertido por seu próprio trabalho de análise, sabe que o dispositivo analítico se constitui como uma oferta, e que a função da qual ele se faz cargo supõe a suspensão de qualquer saber prévio sobre o que é bom, melhor, mais adequado, ou mais adaptativo para o paciente que lhe procura. E menos ainda, que seja o seu um saber suficiente. Postar-se no lugar do objeto *a* é saber da sua condição de impossibilidade, e encontrar um modo de fazer algo com ela.

Certamente que se trata, aqui, de pensar a assim chamada *psicanálise em extensão*, um trabalho por meio do qual, dificilmente, advirá um analista. Mas não parece ser esta a questão principal, uma vez que o ato de se analisar supõe, do lado do paciente, uma decisão, que se ancora tanto no não mais querer sofrer do seu sintoma da forma como lhe tem ocorrido, quanto no se por a trabalhar sob transferência, e dentro de determinadas condições.

Indo além de enunciados um tanto triviais quando se fala do trabalho analítico – por exemplo, oferecer uma escuta ao paciente, supor a existência do inconsciente, dar atenção ao singular –, o analista precisa fazer valer a ética da psicanálise, e convocar o paciente que lhe procura a tomar a palavra de modo a tentar dizer da sua verdade. Esta verdade, sabemos, é não-toda, sempre parcial, reveladora das relações do sujeito com o Outro, e daquilo que no sintoma, ou nos fenômenos (quando se trata de psicose), porta aspectos da sua constituição alienada.

Trabalhar com a psicanálise no âmbito da instituição pública de saúde mental é poder transitar no campo do diverso, e mesmo em discursos diversos, se necessário for, desde um lugar advertido. É se manter no trabalho sem garantias outras que a de um saber suposto, e sob a égide de uma ética que preza pelo desejo e respeita a diferença. É levar em conta o sujeito na sua alteridade radical.

4 A METAPSICOLOGIA DA PSICOSE EM FREUD E LACAN

> Na loucura devemos reconhecer a liberdade negativa de uma fala que renunciou a se fazer reconhecer.
>
> Lacan

Quando um analista se propõe a abraçar um trabalho clínico em uma instituição de saúde mental, ele terá diante de si, de pronto, o desafio de fazer constantes leituras da conjuntura da unidade onde se encontra, assim como do cenário mais amplo, respectivo às políticas de saúde no âmbito local e do Estado. Isto porque, por mais favorável que lhe sejam as condições existentes para o exercício da clínica – penso, por exemplo, no caso do próprio ambulatório, que tem uma configuração mais parecida com aquela do consultório –, a condução adotada na instituição, em resposta às políticas mais amplas, afetará o seu trabalho, e disto o analista precisa estar advertido.

Em um nível mais, digamos, subjetivo, a escolha de tomar parte nos serviços públicos em saúde, na condição de assalariamento, comporta determinadas consequências importantes de ser mencionadas. Figueiredo (2010) utiliza-se da própria psicanálise, com os conceitos de *ferida narcísica* e de *perda de gozo*, para efetuar uma reflexão, estendendo-a para as situações do trabalho no ambulatório, do trabalho nos CAPS, e do trabalho em rede ou intersetorial. Sobre a situação do ambulatório, transcrevo uma passagem do seu artigo, reveladora de um entendimento com o qual tenho total concordância[41]:

> A ferida narcísica que lhe é correlata é a mudança nas relações de trabalho, pois se trata de desprivatizar o consultório, tornar a clínica mais partilhável e, ainda, o analista deve submeter-se ao assalariamento, que é a forma de remuneração própria dos profissionais da saúde, concursados ou não. A consequente perda de gozo é a perda do controle sobre o dinheiro. Nesse ponto não são poucos os psicanalistas que consideram inviabilizado um processo de análise no sentido estrito do pagamento ao analista. É preciso ir além deste obstáculo para fazer valer o trabalho do psicanalista, que não se confunde com filantropia, e localizar a cada caso o modo como cada um paga para levar adiante seu tratamento. Assim, pode ser desde uma perda concreta de tempo e dinheiro, até a perda de gozo do sintoma inicial que se desestabiliza no processo e se submete à regra fundamental do trabalho analítico: da ‘paixão da ignorância’ – não querer saber de nada sobre seu sintoma, ou um querer saber dissociado da sua verdade – ao ‘desejo de saber’ como efeito da análise, um saber que toca a verdade, mas não tem

[41] A passagem é um pouco longa, mas resolvi trazê-la na íntegra, para lograr sentido aos diversos pontos que levanta.

> como dizer tudo. Cabe ao analista não recuar diante deste desafio. (FIGUEIREDO, 2010, p. 13-14).

Sustentar a escolha de reconhecer no significante *funcionário público* uma inscrição que pode responder, em princípio, pela nomeação de uma condição, convoca aquele que passou pela experiência da análise ao ato de poder se descolar deste mesmo significante para aceder a outras posições. A de analista, inclusive. Penso, a este respeito, que há que se reiterar a aposta no trabalho analítico em pacientes que acorrem aos ambulatórios na busca de profissionais que lhes ofereçam um lugar para a escuta do seu sofrimento, e para um alívio dos seus sintomas – pelo menos, é assim que normalmente chegam ao serviço, e donde há de vir, talvez, uma retificação subjetiva. É a modalidade de trabalho que se oferece para além das capturas imaginárias das psicoterapias, ou das amarras simbólicas potencialmente decorrentes das condutas eminentemente assistencialistas no campo das práticas *psi*. Ademais, todo aquele que se submeteu à experiência da análise e se propõe a oferecer esta possibilidade a outros, faz-se testemunha dos efeitos e das marcas de uma transmissão, pois afinal, "um paciente nunca se esquece (...) do que experimentou sob a forma de transferência" (FREUD, 1987 [1940 {1938}]).

Assinaladas a ferida e a perda, há, por sua vez, ganhos consideráveis. O trabalho ambulatorial com pacientes usuários da rede de saúde mental propicia uma experiência inédita e desafiadora ao analista, advinda do encontro com a psicose, experiência ordinariamente menos frequente nos consultórios privados; ademais, as trocas interdisciplinares e as demandas diversas que acorrem à instituição (atendimentos, estágios, residências, docência, supervisões, reuniões de categoria, decisões hierárquicas e mudanças na política interna etc.), exortam à desacomodação e à produção de soluções renovadas.

Questões dessa natureza foram tangenciadas no capítulo anterior, na medida em que me apropriei da teoria dos discursos em Lacan para ensaiar algumas leituras das discursividades que atravessam e sustentam as práticas na saúde mental em geral e, de modo particular, no Hospital Juliano Moreira.

Se a teoria dos discursos se mostrou um bom instrumento para iluminar a leitura dessas discursividades referidas, tal não parece se dar em relação ao trabalho do analista com a psicose. A ideia de Lacan de um discurso sem palavras é genial, extremamente fértil para entender as posições pelas quais se circula nos impossíveis ofícios de analisar, educar, governar, assim como para entender o pedido da histérica e a atitude de servilismo com os

objetos no capitalismo[42]. São discursos que nos convocam às palavras, que nos incitam a pensar com base em estruturas lógicas. Com relação ao trabalho com o psicótico, no entanto, o uso deles se torna mais complicado, talvez justamento pela questão da foraclusão e da refração ao laço social, uma vez que o psicótico porta uma dificuldade lógica, estrutural, de circular pelos laços sociais.

No presente capítulo, a psicose e a problemática que ela envolve vêm ao centro da cena. Terei por objeto, portanto, questões relativas ao diagnóstico na psicanálise, ao problema da psicose e a sua refração ao laço social, e às peculiaridades do manejo transferencial, procurando mostrar o específico, os desafios e a aposta do trabalho analítico caracterizado como clínica do sujeito. É certo que, da loucura, já me ocupei desde o início da tese, resgatando algo da sua história, do aprisionamento do louco e do surgimento da psiquiatria, dos movimentos teóricos com as suas consequências institucionais, da própria história do Hospital Juliano Moreira. Mas para efeitos de pensar o específico da clínica, é preciso ir adiante, de maneira que se torna primordial o instrumental teórico psicanalítico que surge com Freud e se engrandece com Lacan, oferecendo-se como régua e compasso no trabalho com o paciente psicótico, trabalho este que se deixa ver nos dois casos clínicos[43] de pacientes por mim atendidos, os quais tiveram como aspecto comum a dificuldade no estabelecimento do diagnóstico, confirmado como de psicose no decurso do próprio tratamento.

Trarei a seguir um pouco da trajetória de Freud e de Lacan no tocante à psicose, de maneira pontual e recortada, destacando as inovações e as invenções no âmbito desta estrutura. Uma vez que tenho por objeto o estudo da clínica do sujeito, não escapa à atenção o modo como Freud e Lacan se lançaram, desde o início nos seus respectivos trabalhos, a um tipo de lide com o psicótico de modo a valorizar a sua palavra, a se interessar pelo texto do seu delírio, a elucidar os mecanismos envolvidos nas formações delirantes, a considerar a sua produção como um modo particular de estar no mundo e habitar a linguagem. São elementos indispensáveis a uma clínica que pretenda relevar o sujeito.

4.1 PSICOSE: AS BASES CONCEITUAIS EM FREUD E LACAN

---

[42] Não mencionei o discurso do capitalista no capítulo anterior, uma vez que não faria uso do mesmo para o propósito lá enunciado. Trata-se de um quinto discurso, que surge da transformação do discurso do mestre por uma comutação dos termos nas casas do lado esquerdo, mostrando que o sujeito não se dirige ao outro, mas aos objetos, abstendo-se do laço social. Lacan o mencionou no Seminário 17, mas só o formalizou em uma conferência em Milão, em maio de 1972.

[43] O outro caso, que chamei de Caso Márcia, foi abordado no primeiro capítulo, voltado ao propósito de pensar a clínica do sujeito articulada ao caráter significante do ‘ser paciente do Juliano’.

Freud construiu a sua teoria, inicialmente, ancorada sobremaneira nos ensinamentos que a clínica da neurose lhe oferecia. A sua dificuldade com a psicose era assumida, e em momentos diversos afirmou que o tratamento psicanalítico não era possível com os psicóticos dada a sua dificuldade para se manter na transferência. A psicanálise poderia ser útil na compreensão de vários aspectos da psicose, esclarecendo alguns de seus fenômenos e mecanismos, mas não seria eficaz no âmbito terapêutico. Colocações como estas, esparsadas por vários de seus escritos, não o impediram, todavia, de abordar a psicose através de excertos de sua própria clínica, bem como de produzir enormes avanços teóricos na própria compreensão da psicose, com posições de vanguarda face à psiquiatria da sua época. O seu maior e mais complexo escrito sobre as psicoses, entretanto, o caso Schreber, baseia-se não em sessões de análise, que nunca aconteceram, e sim em um texto autobiográfico, as memórias escritas pelo próprio Daniel Paul Schreber.

Quanto a Lacan, é por demais sabido que é através da psicose que ele adentra na psicanálise. Ainda no campo da psiquiatria, a partir da história de uma paciente por ele acompanhada e que havia cometido um crime, Marguerite Anzieu, à qual chamou de Aimée, elabora a sua tese de doutoramento e a defende em 1932, nomeando a paranoia de autopunição. Nos anos de 1950 efetua o seu "retorno a Freud", e com a lógica do significante, potencializa as descobertas realizadas por este, ao tempo que introduz importantes conceitos que permitirão a entrada de novos ares no trabalho com a psicose. Derivam deste período a foraclusão do Nome-do-Pai, o retorno no real daquilo que foi foracluído no simbólico, os tempos do Édipo, a função do imaginário, a posição do analista de secretário ao alienado, entre várias outras contribuições.

Na medida em que avança no seu ensino, passa a se dedicar mais intensamente ao registro do Real, deslocando a sua atenção do campo da estruturalidade para o âmbito da letra e do gozo, chegando à concepção do quarto nó, e à noção de *sinthoma*.

4.1.1 A psicose em Freud: breves considerações

Considero, concordando com Simanke (2009)[44], que muitas questões teóricas e clínicas vinculadas à psicose foram trabalhadas de forma intensa por Freud desde os

[44] Richard Simanke escreveu, em 1994, um exaustivo trabalho sobre a teoria freudiana das psicoses, motivado por uma espécie de inconformidade com um dado julgamento corrente de que a ideia de perda de realidade, capital na formulação de Freud para estabelecer diferenças entre neurose e psicose, estaria ancorada na noção comum atribuída ao conceito de realidade pela psiquiatria de então. Este estado de coisas faria concluir por uma ingenuidade e superficialidade da concepção freudiana. O livro de Simanke recebeu uma reedição em 2009.

primórdios da sua obra. Os esforços de Freud para construir algumas distinções nosográficas ainda no período inicial da sua teoria depõem deste movimento, que vai ganhando novos contornos na medida em que ele avança na elaboração metapsicológica, ainda no cenário mesmo da Primeira Tópica. Há, por exemplo, diversas menções sobre a paranoia desde o período das cartas a Fliess, considerando-a no âmbito das suas ideias sobre os processos de defesa, e não é outro senão o livro de Jung sobre a demência precoce[45] que inicia a correspondência entre os dois em 1907, como bem lembra Miller (1985).

A época dos artigos metapsicológicos é fértil também no âmbito de um avanço teórico sobre a psicose, sendo crucial aí o conceito de *neurose narcísica*. É um termo utilizado por Freud na intenção de aplicar as concepções psicanalíticas às psicoses, e servia para designar a paranoia, a esquizofrenia e a melancolia. Além de *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1987 [1914*a*]), data deste período a conferência *A teoria da libido e o narcisismo* (1987 [1916-1917] {1915-1917}), na qual Freud trabalha a distinção entre neurose e psicose com relação à libido, e em *Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos* (1987 [1917] {1915}). Mesmo antes, nos seus *Artigos sobre técnica* (1987 [1911-1915] {1914}), ele já apontava restrições ao uso da psicanálise com pacientes psicóticos.

É no âmbito da Segunda Tópica, no entanto, que uma delimitação mais precisa entre neurose e psicose irá surgir, produzindo uma classificação que decorre das ideias apresentadas no texto *O eu e o isso*.

O esforço de Freud para alcançar uma compreensão propriamente metapsicológica da psicose é intenso e de grande valor, e a originalidade das suas proposições é amplamente constatada no campo psicanalítico. A despeito deste reconhecimento, não é infrequente encontrarmos a observação de que os mecanismos psíquicos que descobriu e descreveu, as nosografias que encetou, não chegaram a constituir um conjunto de critérios suficientemente operatórios para a diferenciação entre neurose e psicose (DOR, 1991; BURGARELLI e SANTIAGO, 2009). É certo, contudo, que o interesse pela psicose seguiu em um crescendo, e ainda que não tenha vindo a constituir uma teoria exaustiva ou de contornos sempre claros, é revelador dos avanços de Freud em relação à psiquiatria da sua época, como já destaquei, e mesmo para com as suas próprias descobertas iniciais.

Destacarei a seguir, através do Caso Schreber, as elaborações sobre a paranoia, e sequencialmente, as contribuições a partir do narcisismo e algumas novidades conceituais apresentadas em textos produzidos após a virada de 1920.

---

[45] Demência precoce foi o termo que precedeu o de *esquizofrenia*, este cunhado por Bleuler, psiquiatra diretor do Hospital Mental Burghölzli, em Zurique, no qual Jung trabalhava.

A paranoia

De 1911 é o célebre caso Schreber, juiz que apresentou um quadro de paranoia e redigiu as suas próprias memórias, as quais serviram de fonte a Freud para a elaboração das suas *Notas psicanalíticas sobre o relato autobiográfico de um caso de paranóia* (FREUD, 1987 [1911]). O tema da paranoia já era de há muito do interesse de Freud, e a obra de Schreber lhe despertara a atenção, fazendo-se presente na correspondência com Ferenczi e Abraham, como nos alerta o tradutor e comentador da *Standard Edition*, James Strachey.

Daniel Paul Schreber nasce em Leipzig, Alemanha, em 1842, estuda direito, e se torna jurista. Casa-se, mas não tem filhos, e se mantém, durante certo período, bem na relação conjugal. Aos quarenta e dois anos tem o seu primeiro adoecimento, e é atendido pelo Dr. Paul Flechsig, catedrático do Departamento de Psiquiatria no Hospital Universitário de Leipzig, e ocorre o seu primeiro internamento, que dura algumas semanas. Nesta época, é juiz presidente do Tribunal de Jurisdição de Chemnitz..

No ano seguinte, Schreber retorna às suas atividades profissionais, obtém êxito na carreira, e em junho de 1893 é nomeado para o cargo de juiz-presidente da Corte de Apelação, na cidade de Leipzig. Tem pelo menos vinte anos a menos que o mais novo dos colegas. É deste ano o segundo período da sua doença, que resulta em nova internação, em uma clínica de Leipzig. Em 1894 é transferido para o Asilo de Lindenhof, e depois para o de Sonnenstein. Apresenta ideias hipocondríacas, hiperestesia, alucinações verbais e auditivas. O delírio vai adquirindo contornos mais precisos, e evolui para uma comunicação direta com Deus. Via no Dr. Flechsig um perseguidor, um “assassino de almas”, como a ele se referia.

Consolida-se o delírio pelo qual entendia que a sua missão era redimir o mundo e o restaurar a um estado perdido de beatitude, missão pela qual seria o seu desígnio ser transformado em mulher. Em 1900 redige as suas *Memórias*, e impetra ação judicial para obter alta, a qual lhe é concedida em 1902. Em 1903 publica as suas *Memórias de um doente de nervos*. Em 1907, a mãe falece, e a esposa tem uma crise de paralisia. Schreber cai enfermo logo após. A nova crise, terceira, dura até a sua morte, em 1911, aos sessenta e nove anos.

Ao analisar o caso, Freud identifica uma fantasia primária, que dá suporte ao delírio enunciado pela ideia de emasculação, do se transformar em mulher, e é anterior ao outro pensamento delirante que virá a se apresentar depois, aquele da redenção, de se pensar como alguém que tem a tarefa de redimir a humanidade. O estado de beatitude, contudo, assinala Freud, é carregado de voluptuosidade. E a causa ativadora da doença de Schreber é uma

manifestação da libido homossexual, que tem como objeto o Dr. Flechsig (FREUD, 1987 [1911], p. 62). Trata-se, portanto, de uma fantasia e de uma defesa contra ela.

No propósito de explicar o caso, Freud identifica, assim, dois polos: "Destaca que a psicose eclode a partir de um delírio de perseguição sexual e termina com um delírio místico de redenção a partir da transformação de Schreber em uma mulher" (FREIRE, 2001, p. 72). Observa que os diferentes temas do delírio podem ser deduzidos das diversas negações que se oporiam às confissões inconscientes que têm na base um amor homossexual (no caso, ao Dr. Flechsig), cujo enunciado seria *Eu o amo*. Daí decorre uma série de quatro possibilidades de negação ao enunciado, as quais dão lugar aos conteúdos do delírio, e estão na origem dos mecanismos da paranoia, como vemos a seguir.

Opondo-se àquela proposição, *Eu o amo*, vem uma primeira negação: *Eu não o amo, eu o odeio*, que sofre um mecanismo de projeção se transformando em *Ele me odeia* – estaria, aqui, o tema da perseguição. A segunda negação seria: *Eu não o amo. Eu a* (objeto do sexo oposto) *amo*, que sob efeito de uma projeção secundária, *Ela me ama*, fornece o tema da erotomania. A terceira negação possível viria com *Não sou eu quem ama o homem. É ela que o ama*, e traz o tema do ciúme. Estas três formas de contestação são assim comentadas por Freud: "Os delírios de ciúme contradizem o sujeito, os delírios de perseguição contradizem o predicado, e a erotomania contradiz o objeto" (FREUD, 1987 [1911], p. 88). Mas há ainda uma quarta negação, que recobre toda a gramática aí envolvida: *Eu não o amo. Eu não amo ninguém. Amo somente a mim*. Daqui surgiriam os temas de grandeza.

O caso Schreber é a mais elaborada comunicação de Freud sobre as psicoses, resultado do encontro entre uma produção literária, que são as *Memórias* de Schreber, e o gênio de Freud, como gosta de dizer Lacan (1988 [1955-1956]). À frente do seu tempo, aponta a função de estabilização que o delírio pode vir a ter, dizendo que ele é uma tentativa de cura. Lembrando-nos do Fausto, que se desliga do mundo e tem o Coro dos Espíritos a cantar, incitando-o a reconstruir este mesmo mundo no seu próprio seio, diz Freud que o paranoico também reconstroi o mundo, "não mais esplêndido, é certo, mas ao menos de forma a nele poder viver." (FREUD, 2010 [1911], p. 94). A formação delirante é uma tentativa de cura, de reconstrução, que visa restaurar, desde fora, o mundo subjetivo perdido do psicótico, mostrando a função operatória da *Verwerfung*: o que foi abolido internamente, retorna para o psicótico desde fora. Não se trata, portanto, de uma percepção que fora suprimida internamente e projetada para o exterior, processo típico das defesas, mas de um mecanismo tal que, por meio de formulações delirantes que lhe são experimentadas como vindo de fora, o

sujeito procura reconstruir o mundo psíquico. Freud apresenta o que Lacan, posteriormente, estabelecerá sobre a condição de metáfora que o delírio carrega.

Os conflitos envolvendo o *eu*: estados narcísicos, neurose e psicose

Os artigos dos anos que se seguem vêm revelar um interesse progressivo pelo tema, sendo que antes mesmo da Segunda Tópica, à época dos textos metapsicológicos, encontramos esforços valiosos que visam compreender mecanismos envolvidos na psicose utilizando conceitos da psicanálise. Em *Sobre o narcisismo* (FREUD, 1987 [1914*a*]), por exemplo, os chamados *estados narcísicos* depõem daquelas situações em que a libido está toda investida no eu, constituindo quadros característicos da psicose, como a megalomania e o desvio de interesse do mundo externo. E em *O inconsciente* (FREUD, 1987 [1914*b*]), Freud postula que, nos quadros de psiconeuroses narcisistas, o inconsciente se dá a conhecer melhor do que nas neuroses de transferência. No mesmo período, a comparação entre o luto e a melancolia: no primeiro, o mundo se torna vazio, enquanto na segunda, é o próprio eu quem se esvazia (FREUD, 1987 [1917{1915}]).

O artigo de 1924, *Neurose e psicose* (FREUD, (1987 [1924{1923}])) apresenta a ideia de ser a neurose resultado de um conflito entre o eu e o isso, no qual o eu se põe do lado da realidade externa e do supereu. A psicose, por sua vez, ocorreria em função de um conflito nas relações entre o eu e o mundo exterior, e o delírio faria a vez de um remendo no lugar em que, originalmente, houve uma fenda na relação do sujeito com o mundo externo; como dissera Freud antes, em Schreber, o delírio é uma tentativa de reconstrução.

Ainda no mesmo ano, Freud escreve um outro artigo, *A perda da realidade na neurose e na psicose* (FREUD, 1987 [1924*a*]), e apresenta com maior complexidade o que se passaria tanto na neurose quanto na psicose, levantando dois tempos para cada uma: na neurose, um primeiro tempo deporia dos conflitos entre o eu e o isso, o eu tendo como propósito reprimir um impulso instintual. Trata-se do momento do desencadeamento da neurose. A instalação desta, contudo, ocorreria por meio da compensação à parte danificada do isso, consistindo em uma reação contra a repressão, e no fracasso dela – a parte elidida do isso ressurge, impondo-se à realidade. É no tempo do fracasso do recalcamento e do retorno do recalcado que a neurose se define como tal, e de onde resulta o afrouxamento das relações com a realidade.

Na psicose haveria, no primeiro tempo, um conflito com a realidade exterior, com o eu se distanciando da realidade (Freud diz que ele é arrastado para longe). No segundo tempo dar-se-ia uma tentativa compensatória, reparadora, substituindo a realidade perdida por uma nova realidade criada, e que não levanta objeções como a antiga.

Resumindo, interessaria, tanto na neurose quanto na psicose, não apenas a perda da realidade, mas aquilo que vem substituir esta realidade. Na neurose, um fragmento da realidade é evitado por uma modalidade de fuga, sendo que o mundo de fantasia, por se manter preservado, permanece ligado a um fragmento da realidade, ao qual o sujeito empresta uma importância especial. Na psicose, o afastamento inicial da realidade dá lugar a um processo de substituição, pelo qual uma nova realidade é construída e ocupa o lugar da anterior.

Em *A dissecção da personalidade psíquica* (FREUD, 1987 [1933*a* {1932}]), texto que reúne os achados fundamentais da Segunda Tópica, há uma bela passagem, e que já citei no capítulo dois, reveladora de um interesse, quase uma deferência pela psicose; nela, Freud assinala que, não fosse pelos psicóticos, muitas coisas sobre a realidade psíquica nos seriam inacessíveis. Há vários outros textos importantes nos quais encontramos o esforço de Freud para deslindar os mecanismos envolvidos na psicose, a exemplo de *Um caso de paranoia que contraria a teoria psicanalítica da doença*, de 1915, de *Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranoia e no homossexualismo*, de 1922, ou *Uma neurose demoníaca do século XVII*, de 1923, para apenas citar alguns. Não irei retomá-los pontualmente, mas a contribuição deles advinda estará esparsa pela tese.

4.1.2 Lacan: Aimée, Schreber, Joyce

Com os nomes de Aimée, de Schreber e de Joyce faz-se possível aceder a uma leitura da psicose na obra de Lacan. Sob a insígnia de cada um deles, dão-se espécies de janelas, de enquadramentos para se debruçar sobre alguns panoramas teóricos e entender certas formulações essenciais, em diferentes tempos da obra de Lacan. Se o primeiro é, efetivamente, o caso de uma paciente atendida por Lacan, os outros dois são personagens que, de certa forma, se tornaram casos clínicos, na medida em que foram paradigmáticos para formulações cruciais na psicanálise sobre a psicose. Em todos os três, vemos a atenção primordial à palavra e à história, seja no enquadre dos atendimentos clínicos, seja nas produções sob a forma de memórias ou de literatura. Poder escutá-las e lhes dar o valor de via pela qual se acede ao que é da ordem do sujeito, é talvez um modo de se ocupar da clínica que relevo nesta tese.

Com a paranoia de Aimée, compreendida como do lado da personalidade, Lacan dá nome a uma nova entidade clínica, a *paranoia de autopunição*, na formulação da sua tese de

doutorado em medicina. Deparando-se em 1932 com o problema das psicoses na psicanálise, diz que, no âmbito terapêutico, a solução passaria mais por uma psicanálise do eu do que por uma psicanálise do inconsciente. Trata-se do jovem psiquiatra Lacan, ainda se aproximando da psicanálise, mas com uma posição singular no seu meio, ao propor relações de compreensão para abordar a psicose, e não exclusiva ou majoritariamente causas orgânicas. Até os anos cinquenta, predomina a reflexão sobre o Imaginário, cujo texto sobre o Estádio do Espelho[46] é emblemático.

Treze anos depois, nos idos de 1955-56, debruça-se sobre o tema das estruturas freudianas da psicose. É o tempo do Seminário 3, quando nos ensina ser na ordem simbólica e nos seus determinismos que devemos buscar as relações tão específicas do psicótico com a linguagem. Deste período advém ainda o *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, artigo escrito entre o final de 1957 e o início de 1958, e que recolhe muito do que Lacan trouxera no seminário citado, apresentando uma leitura mais condensada do caso Schreber.

Muito mais tarde, já na metade da década de 1970, a construção teórica sobre o campo do Real ganha relevo; data deste período o seminário *Joyce, o sinthoma*, quando Lacan irá trabalhar, a partir da cadeia borromeana, a existência do quarto nó, a consistir um enodamento pelo qual o psicótico faz uma tentativa de dar conta da foraclusão do Nome-do-Pai. No caso de Joyce, isto vem pela função da escrita.

Aimée

Na sua tese de doutorado em psiquiatria de 1932, *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*, Lacan se ocupou de teorizar sobre o caso de uma paciente que atendera diariamente durante um ano e meio, mostrando as dificuldades na classificação tendo como base a nosografia vigente. Isto o conduziu à nomeação de uma nova entidade clínica, a paranoia de autopunição.

O momento em que Lacan escreve sua tese é particularmente interessante por ser revelador de uma profusão de nomeações para as entidades psicóticas e, ao mesmo tempo, da dificuldade de se ter paradigmas mais estáveis para a pesquisa psicopatológica. É assim que, nas linhas da própria tese, vemos ilustrada a polissemia quanto ao peso que se dá à

[46] LACAN, J.. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

organogênese ou à psicogênese na produção da paranoia. Lacan apresenta as várias posições: o exaustivo trabalho de Kraepelin e a defesa da organogênese; Sérieux e Cagras e a prevalência da patogenia constitucional do delírio e a unicidade da sua constituição; Bleuler e a sua explicação do delírio como se devendo a reações do sujeito a situações de vida, com ênfase nos estados afetivos; Kretschmer e o realce ao papel de um acontecimento inicial na geração do delírio; Clérambault e a organicidade dos fenômenos, os delírios como decorrentes de reações frente ao automatismo mental; Jaspers e o conceito de processo psíquico, entre outros.

Tendo realizado um grande levantamento sobre as diversas vertentes explicativas, Lacan toma posição, buscando definir a psicose como um fenômeno relacionado à personalidade, e pende, assim, para o campo da causalidade psíquica. Metodologicamente, faz uma escolha pelo estudo aprofundado de um caso, ao invés das coleções de casos clínicos que conduziam a sínteses descritivas, abrindo mão das peculiaridades, como fazia a maioria dos psiquiatras; aproxima-se, portanto, de Jaspers, ao tempo em que se afasta de Kraepelin (FREIRE, 2001). Investigar um caso único, explorando-o em profundidade: isto foi o que fizera Freud com Schreber em 1911.

Quando, na segunda parte da tese, Lacan apresenta a sua paciente, ele o faz deixando ver todo o interesse pela história e pelos fatos enquanto representados por ela. A história da paciente, em princípio, é a "história concreta do sujeito", tomada como base para que o psiquiatra buscasse uma interpretação exaustiva dos fenômenos, e entendesse a produção delirante do sujeito, como bem explica Fernandes (2001). No seu escrito, Lacan defende que a análise da natureza da cura demonstraria a natureza da doença, sendo que o termo *cura* é entendido como redução dos sintomas mórbidos. Nesta perspectiva, aos vinte dias de detenção a paciente é tida como curada, "a psicose manifestada pelo delírio com seus diferentes temas curou" (Lacan, 1987 [1932], p. 249).

Lacan, contudo, não parece se satisfazer com o instrumental que a psiquiatria oferecia. Mais ao final da tese, quando se concentra na descrição da paranoia de autopunição, diz que esta tem "valor de fenômeno de personalidade por seu desenvolvimento coerente com a *história vivida* do sujeito" (LACAN, 1987 [1932], p. 323) mostrando assim o embrião da sua escolha pela psicanálise: a atenção ao singular. Estes contrapassos da tese a tornam particularmente interessante; Freire (2001), sobre isto, assinala:

> Evidentemente, este tipo de estudo não se encaixa muito bem no paradigma observacional, o que não deixará de gerar estranhezas na tese, na medida em

> que Lacan, ao mesmo tempo que procura sustentar seu trabalho de pesquisa a partir da posição de um observador o mais neutro possível a fim de garantir a objetividade da observação, "nua de preconceitos", na prática utiliza quase que o tempo todo uma escuta do discurso da paciente e de seus familiares, inserindo-se no contexto familiar da psicótica, produzindo com isso uma importante dinâmica transferencial, a qual não deixará de afetar decisivamente o trabalho da tese. (p. 93).

Aimée foi o nome dado por Lacan a Margueritte Anzieu, paciente que conheceu quando ela tinha trinta e oito anos, depois de ter cometido um crime contra uma atriz célebre, a senhora Huguette ex-Duflos. Este crime consistiu em um atentado à atriz quando esta chegava ao teatro para se apresentar: Aimée confirma a identidade da Srª ex-Duflos com a própria, e então toma de uma faca para desferir um golpe no braço da moça. Esta se defende agarrando a lâmina com a mão, e acaba por seccionar dois tendões dos dedos.

Aimée passa dois meses na prisão, e é depois internada no Asilo de Saint-Anne, quando então Lacan a acompanha, quase cotidianamente, durante um ano e meio. Trata-se de um caso de psicose paranoica, confirmado pelo caráter dominante do delírio sistematizado, cujo tipo clínico e mecanismos dão a Lacan a chance de abordar os problemas nosológicos e patogênicos nas relações com a personalidade. Os delírios são, principalmente, de perseguição e de grandeza, e envolvem tanto pessoas próximas quanto outras conhecidas no âmbito público.

Aimée era filha de camponeses, e tinha duas irmãs e três irmãos. Durante a infância, manteve uma forte ligação com a mãe, e as duas enfrentavam juntas uma suposta tirania paterna. Na família, por ser considerada a mais inteligente dos filhos, coube-lhe um patamar algo avançado nos estudos, e foi escolhida para alçar a uma posição mais destacada profissionalmente, a de professora primária. Contudo, não foi aprovada nos exames, e deixou para o irmão tal posição. Passou a trabalhar nos correios.

Uma vez que o caso é detalhadamente apresentado por Lacan, vou dele destacar quatro acontecimentos importantes na história da paciente, seguindo uma ideia de compartimentalização trazida por Julien (2006). O primeiro acontecimento deu-se aos dezoito anos, quando Aimée apaixonou-se intensamente por um jovem poeta do vilarejo onde residia. Foram três anos de amor dedicado, mas sem reciprocidade, uma vez que o rapaz lhe era indiferente. Em nome deste relacionamento platônico, ela recusou outros contatos com rapazes que procuravam se aproximar – com base nisto, Lacan comenta o aparecimento precoce de sua impotência e do seu apragmatismo, características que se manterão ao longo da vida. Nesta época, Aimée trabalhava nos correios, e tinha uma colega, C. de la N., de

quem gostava muito e com quem se identificava. Durante quatro anos partilharam confidências acerca de amores ideais. Esta moça tornar-se-ia um primeiro alvo das ideias persecutórias de Aimée.

O segundo acontecimento foi o casamento de Aimée. Sem paixão, fora um casamento de razão, por meio do qual adquiriu o sobrenome Anzieu. O seu marido, René Anzieu, era também um funcionário público. A família de Aimée não gostou da ideia a princípio, achando que a filha, afeita aos devaneios, não daria conta das exigências práticas da vida conjugal. A cerimônia ocorreu, mas não foi acompanhada de uma mudança de posição: conforme Lacan nos conta na tese, ela se mantinha muito isolada, frígida, distante, passando longos períodos em mutismo. Oito meses depois de casada, a sua irmã mais velha veio morar com ela, fato ao qual Lacan atribui a piora da situação de Aimée na vida conjugal. Ao engravidar pela primeira vez, quatro anos de iniciado o casamento, teve uma criança natimorta, e fruto de nova tentativa, deu à luz Didier Anzieu[47]. É mais ou menos desta época a aparição dos primeiros fenômenos elementares, com palavras se impondo aos seus pensamentos. O delírio se sistematiza, dirigindo a perseguição a outrem. Ela decide trabalhar e morar em Paris.

O terceiro acontecimento teve a ver com a entrada, nos delírios da paciente, de Pierre Benoit, um conhecido romancista francês que escreveu *Mademoiselle de la Ferté*. Ela reconheceu neste livro a sua própria vida, achando que o autor expunha, dela, conteúdos sexuais. Lacan reconhece elementos de um delírio erotomaníaco que já teria se constituído precocemente, quando da paixão platônica pelo rapaz do vilarejo na adolescência. Aimée já está morando em Paris, e sobre isto nos traz Freire (2001), pontualmente:

> O momento de chegada a Paris, portanto, apresenta um delírio que articula três temas maiores: perseguição, dirigida a Aimée e à criança; grandeza: sua vida era motivo de livros e peças teatrais, matérias jornalísticas, etc.; erotomania: cercada de platonismo, homens poderosos a amavam e protegiam contra os perseguidores. (p. 106).

Aimée vê em Pierre Benoit alguém que é concernido por ela, que escreveu a sua história com C. de la N.. Ela o nomeia como aquele de onde provêm as palavras impostas. Passa, com isto, a odiar os jornalistas, os escritores, os poetas, que escrevem para obter reconhecimento público. Lacan, no trabalho, vai procurando semelhanças entre Mlle. de la

---

[47] Como sabido por muitos, Didier Anzieu (1923-1999) veio a se tornar um psicanalista importante. Seus estudos de graduação foram na filosofia, e escreveu uma tese sobre o período da auto-análise de Freud. Fez uma parte de sua formação no divã de Lacan, sem que ambos inicialmente soubessem se tratar do filho de Aimée. Quando isto veio à tona, Didier insurgiu-se contra Lacan. (ROUDINESCO, E.; PLON, M., 1998).

Ferté e C. de la N.. Aimée delira: Pierre Benoit escreveu seu romance, tornou-o público, fez sucesso; é um impostor, e quer roubar seu filho. Plagiou sua vida e escreveu um romance (JULIEN, 2006).

O quarto acontecimento é relativo à escrita de um romance por Aimée para ser reconhecido pelo público: ela o leva ao editor Flammarion, mas ele o recusa, dizendo-o não publicável. Ela busca, então, uma outra via de reconhecimento, voltando-se para uma atriz que se tornara conhecida pelo público, e fora lançada por Pierre Benoit. Nas ideações de Aimée, este plagiara a sua vida, escrevera um romance, e a esquecera; quanto à atriz, Huguette ex-Duflos, Benoit a torna famosa. É esta construção que configura o material psíquico, dando vez à passagem ao ato.

A gênese histórica da psicose de Aimée teria como núcleo o seu conflito moral com a irmã, um conflito fraterno (Lacan, 1987 [1932], p. 262) A interpretação de Lacan é que, com o golpe desferido, Aimée realiza o seu próprio castigo, a sua culpabilidade. Nos delírios, muitas vezes pensava que o seu filho seria sequestrado, e assim, pune-se a si própria por ter deixado marido e filho e ido para Paris para tornar o seu nome público. Golpear Duflos é golpear a si própria, cumprir o desígnio do supereu. A conclusão da tese vem ao encontro desta ideia, do propor uma psicanálise do eu, ideia com a qual Lacan não seguirá posteriormente.

Laurent (2004), comentando a tese de Lacan, diz:

> Com a sua tese Lacan tira a luva do método freudiano aplicado à psicose. Opõe ao realismo da classificação um certo uso nominalista da monografia (...). É um apelo feito aos psiquiatras de então que mantém uma relação distante e sucinta com as coordenadas mais íntimas do sujeito (...) A psicanálise, ao abrir a porta da infância e da constelação familiar na apreensão psicopatológica dos casos, veio cobrir um déficit de saber do lado da psiquiatria. (p. 83)

Schreber

O Lacan do caso Aimée é um Lacan jovem, de trinta e um anos, que se opõe ao pensamento psiquiátrico que atribuía exclusivamente causas orgânicas à psicose. Entre a tese e o seu terceiro seminário, destinado ao estudo das estruturas freudianas da psicose, passaram-se vinte e quatro anos; neste intervalo, surgem algumas produções já claramente pautadas pelo referencial psicanalítico. De 1938 há *Os Complexos Familiares*, artigo no qual retomará a construção do complexo fraterno, explorando também os complexos do desmame e o complexo de Édipo, e levantando as suas repercussões no *eu* em casos de psicose. Em 1936,

Lacan faz uma comunicação em congresso apresentando a fase do espelho, intitulada *O estádio do espelho*, e também escreve *Para-além do "Princípio de realidade"*, e em 1945, *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*. De 1946 é o *Formulações sobre a causalidade psíquica*, no qual aborda o problema de identificação na loucura, e a sua relação com a imagem do outro.

A partir de 1951, Lacan passa a se interessar pelo simbólico: o inconsciente não é imaginário, mas estruturado como linguagem, e o psicótico ignora a língua que fala (LACAN, 1988 [1955-1956]). As produções do inconsciente não são produções do eu, mas significantes. Ele retorna a Schreber, à análise que Freud faz sobre o caso. Efetivamente, na sua tese já tinha comentado o estudo freudiano de forma breve, colocando-o a serviço de iluminar reflexões sobre o seu caso clínico; no Seminário 3, contudo, a inspiração no trabalho de Freud é direta, tornando-se o meio para introduzir as suas formulações sobre a psicose. Trabalha a crença, a certeza do psicótico, e busca o texto do delírio, aonde se encontra uma verdade que não está escondida, como na neurose, mas explicitada. Daí, portanto, a sua afirmação de que na psicose, o sintoma não é indício, mas está articulado na própria estrutura (LACAN, 1998 [1959]).

Ressaltando a importância de se ir ao registro da fala, em atenção àquilo que fala ao sujeito, coloca:

> Vocês já devem ver a diferença de nível que há entre a alienação como forma geral do imaginário e a alienação na psicose. Não se trata simplesmente de identificação e do cenário vacilante do lado do outro com minúscula. Desde que o sujeito fala, há o Outro com A maiúsculo. Sem isso, não haveria problema da psicose. Os psicóticos seriam máquinas de fala. (LACAN, 1988 [1955-1956], p. 52).

Lacan interessa-se sobremaneira pelas palavras do próprio Schreber, sancionando, com a psicanálise, o texto do seu delírio, entendendo que este dá um testemunho aberto do inconsciente (id., p. 153). O delírio apresenta o conteúdo daquilo que foi forcluído[48] no simbólico, mostra o retorno de uma significação que concerne ao sujeito, mas que foi suprimida; não tendo sido incluída no sistema psíquico, ela retorna desde fora. Trata-se da retomada, por Lacan, do uso que fizera Freud do termo *Verwerfung*, estabelecendo o mecanismo *princeps* da psicose pelo qual um significante primordial – o Nome-do-Pai – não

[48] Curioso notar que, a despeito de Hanns (1996) explicar que o termo *forclusão* é um aportuguesamento do termo francês *forclusion*, palavras ambas inexistentes no português coloquial, ele, o termo, já faz parte do acervo de verbetes do Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2007), demonstrando a sua popularização como efeito da psicanálise na cultura.

ficou disponível ao sujeito, e este, privado da função simbólica e operatória que tal significante tem, queda à mercê da psicose e seus efeitos.

Na neurose, aquilo que retorna como efeito do recalcado são as primeiras marcas, as "primeiras verdades e primeiras mentiras", como assinala Safouan (1991, p. 226), as quais dependem de ter havido uma afirmação primordial, uma *Behajung*, uma marca que está na origem mesma da fundação do inconsciente. Na psicose, é de outra coisa que se trata:

> ...a "primeira afirmação" é justamente a que somos levados a conceber como este "interior" cuja "abolição" está no cerne da estrutura psicótica. Resta saber como se produz esta abolição ou, para retomar o termo com o qual Lacan traduz o alemão Verwerfung, esta foraclusão. (SAFOUAN, 1991, p. 227).

Em outras palavras,

> o não do recalque originário é um não que tem um sim – a *Behajung*, a afirmação primordial – que lhe é correlativo; já a foraclusão é um não que não tem um sim correlativo a ele. O não do recalque é secundário, ao passo que o não da foraclusão é primário. (JORGE; FERREIRA, 2007, p. 34)

Em um texto escrito em 1954, e apresentado em um seminário realizado no Hospital Saint-Anne dedicado aos escritos técnicos de Freud, um inspirado Lacan nos fala sobre a *Verwerfung* (LACAN, 1998 [1956] {1954}). Retomando Freud, lembra de este nos dizer que, quando não há castração, o efeito é uma abolição simbólica:

> A Verwerfung, portanto, corta pela raiz qualquer manifestação da ordem simbólica, isto é, da Behajung que Freud enuncia como o processo primário em que o juízo atributivo se enraíza, e que não é outra coisa senão a condição primordial para que, do real, alguma coisa venha se oferecer à revelação do ser, ou, para empregar a linguagem de Heidegger, seja deixado-ser. (LACAN, 1998 [1956] {1954}, p. 389).

O real, como externo ao sujeito, e fruto desta abolição primária, retorna e se apodera do sujeito, fazendo-o testemunhar os efeitos incongruentes das produções alucinatórias e delirantes, dos fenômenos elementares tão frequentes na clínica das psicoses.

É bem esta a questão preliminar da qual fala Lacan no texto que começa com esta expressão, *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (LACAN, 1959 [1957-1958]). Há que se considerar, a propósito de qualquer tratamento com um psicótico, o

não radical que foi dado, por razões de estrutura, à Lei, ao Nome-do-Pai, de modo que, onde houver um chamado a este, do lado do Outro virá um “puro e simples furo” (id., p. 564).

A Metáfora Paterna é uma operação que representa a substituição significante que ocorre na neurose, pela qual o significante Nome-do-Pai (NP) vem substituir o primeiro significante da simbolização, qual seja, o significante materno. Quando o sujeito atravessa a operação da castração, ele integra na sua estrutura inconsciente a significação fálica dos objetos de gozo, reconhecendo, portanto, que o acesso aos objetos implica uma dívida, uma subtração, uma perda. Lacan (1959 [1957-1958]) assim a ilustra através de uma fórmula:

$$\frac{S}{\cancel{S'}} \cdot \frac{\cancel{S'}}{x} \rightarrow S\left(\frac{I}{s}\right)$$

Sobre os elementos deste algoritmo, temos que os S são significantes (do desejo materno), *x* é a significação desconhecida, e s é o significado induzido pela metáfora, que é, propriamente falando, a substituição, na cadeia significante, de S’ por S. O I, no segundo termo da fórmula, indica o inconsciente, lembrando que S’, agora elidido, foi recalcado, passou sob a barra da significação mantendo-se inconsciente. O S que permanece no lado direito, está associado ao significado s do desejo da mãe, qual seja, o falo.

Esta operação expressa o fundamental da constituição psíquica neurótica, por meio da qual a criança, deparando-se com as primeiras ausências da mãe, torna-se capaz de simbolizá-las, exercendo um papel ativo no processo. “Ao atribuir as ausências da mãe ao pai, (...) a criança estará nomeando o pai, primeiro como um objeto fálico rival e depois como aquele que detém o falo.” (ARAGÃO E RAMIREZ, 2004). Ela também é apresentada da seguinte forma por Lacan (1959 [1957-1958], p. 563).:

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\cancel{\text{Desejo da mãe}}} \bullet \frac{\cancel{\text{Desejo da mãe}}}{\text{Significado para o sujeito}} \longrightarrow \text{Nome-do-Pai}\left(\frac{A}{\text{Falo}}\right)$$

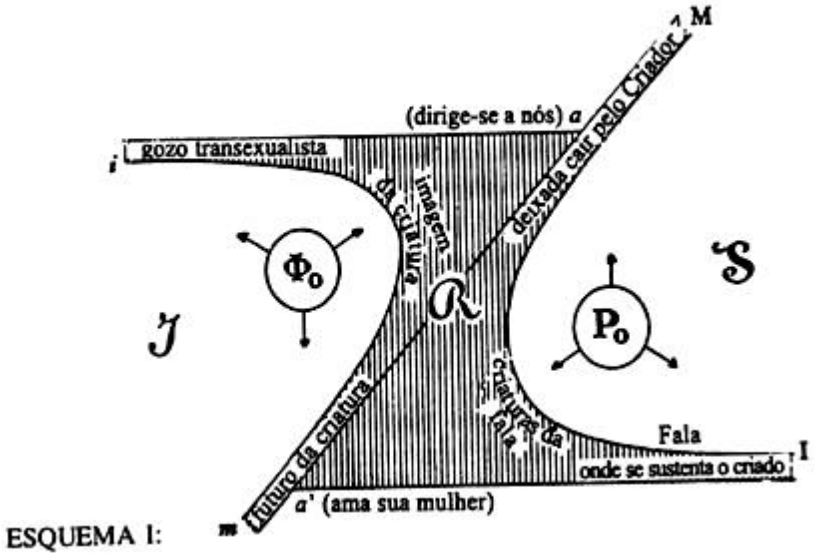
Na psicose, o processo é diverso. Há a carência do próprio significante, indicando que a função paterna não se realizou, o pai não operou como mediador do desejo da mãe, triangulando a relação desta com a criança. Trata-se de uma

> circunstância da posição subjetiva em que ao apelo do Nome-do-Pai corresponda, não a ausência do pai real, pois essa ausência é mais do que compatível com a presença do significante, mas a carência do próprio significante. (LACAN, 1959 [1957-1958], p. 563).

O significante Nome-do-Pai, nesta estrutura, é correlato a um Outro consistente, sem barra, absoluto. E quando um dado evento, na vida do sujeito, a este demanda um apelo ao Outro, lá de onde o NP poderia responder oferecendo algum tipo de sustentação simbólica, o que vem é nada, é ausência, abrindo-se a oportunidade para a resposta por meio do delírio. É assim que, no real, retorna aquilo que fora foracluído no simbólico. O chamado ao NP foracluído, no caso de Schreber, parece ter-se dado quando ele foi instado a responder de uma função fálica, a uma função simbólica do pai: justamente quando foi convocado e assumiu o cargo de presidente do Tribunal de Apelação em Dresden, encarregando-se, portanto, das leis.

A constituição do Outro, por sua vez, o seu Deus, dá-se em concomitância com a construção da metáfora delirante Mulher de Deus, fenômeno da eviração, da emasculação, pelo qual ele se torna uma mulher. A ideia lhe ocorrera pela primeira vez durante uma viagem da sua esposa, quando pensou em como seria bom ser uma mulher. Isto retornou no delírio e consolidou-se sob a forma de se tornar, ele próprio, a mulher de Deus, responsabilizada por povoar o mundo com uma nova raça. Há, com isto, uma feminização do seu corpo como cura (JULIEN, 2006). Este pensamento lhe permite, “ainda que assintoticamente, como observa Freud, vir um dia a procriar” (QUINET, 2000, p. 23-24), de modo que o significante da procriação retorna no real.

O que se passa no processo psicótico, Lacan o ilustra através do seu Esquema I, resultado de uma torção de um outro esquema, o R, também apresentado em *De uma questão preliminar...*, no qual articula os registros do Simbólico, do Imaginário e do Real com as funções paterna e materna e o lugar do Ideal do eu, e ainda com a imagem especular, o eu (*moi*) e o falo. Ele o chama de “Esquema de Schreber”:



ESQUEMA I:

Deste esquema, em cujas extremidades vemos as referências à história de Schreber, vou destacar alguns aspectos, sem que se faça necessário desdobrá-lo por inteiro aqui, o que, de outro modo, requereria acompanhar a construção daquele esquema que o precede, o R, estendendo desnecessariamente este texto. Vemos, então, que os três registros, Imaginário (I), Simbólico (S) e Real (R) estão distribuídos em um eixo horizontal, ao centro da figura. Do lado do simbólico, encontra-se P_0, indicando a não inscrição do significante da função paterna, e do lado do imaginário, à esquerda, o Φ, representante do falo, também igualado a zero (Φ_0); ambos apontam para a dificuldade que tem o psicótico de responder pela via das insígnias fálicas, bem como de advir como $, sujeito barrado pelo significante da castração, Φ. Há, ainda, a considerar, a dificuldade de passagem, de continuidade entre o imaginário (I) e o simbólico (S), uma vez que as extremidades estão abertas, havendo também ruptura entre o eu, representado por *m* (*moi*), e o M (mãe), comprometendo a junção entre a imagem especular *i* e o ideal do eu I (DOR, 1995).

Com a releitura da elaboração freudiana acerca de Schreber se tem, assim, estas rubricas essenciais produzidas por Lacan sobre a determinação das psicoses, em cujo centro se encontra a incidência da função paterna no Édipo, o caráter simbólico da não inscrição do Nome-do-Pai e suas consequências.

Joyce

A teoria lacaniana da psicose dos anos cinquenta e sessenta retoma o achado freudiano de ser o delírio uma tentativa de cura, e enfatiza a perspectiva de que o psicótico possa, via

construção de uma metáfora delirante, encontrar uma estabilização para a psicose. Outros avanços no trabalho com as psicoses advirão, todavia, com a entrada da clínica borromeana no início dos anos 1970: a ênfase desloca-se do simbólico e se põe sobre o Real; a pesquisa acentua a letra, a escritura; o significante da cadeia dá lugar ao "significante Um"; o sintoma passa a ser grafado *sinthoma* no seminário sobre Joyce, ilustrando o recurso ao quarto nó (BENETI, 2005; FREIRE, 2001; RINALDI, 2007).

À época do Seminário 19, *...ou pior*, em sua Aula 5 (LACAN, 2003 [1971-1972]), Lacan introduz o nó borromeano, estabelecendo-o no seminário seguinte, *Mais, ainda* (LACAN, 1985 [1972-1973]), no item que tem por título "Rodinhas de barbante". O nó borromeano consiste no entrelaçamento de três aros de barbante de tal modo que, uma vez cortado qualquer um deles, os demais se desfazem. Seu nome vem da família italiana dos Borromeu, cujo brasão procurava mostrar que os filhos eram equivalentes, que não havia um maior ou melhor que os demais. Como se sabe, a intenção de Lacan com o nó de três é demonstrar a articulação entre os registros da experiência humana, Simbólico, Imaginário e Real. Cada um destes registros comporta as suas propriedades específicas: a consistência imaginária está ligada à imagem do corpo próprio; o furo simbólico diz respeito ao buraco produzido pelo recalque originário, a *Uverdrangt*; e o real está ligado à ex-sistência, ao impossível de dizer, à não existência da relação sexual[49] (FREIRE, 2001).

O Seminário 23, de 1975-76, *O sinthoma* (LACAN, 2007 [1975-1976]), é um marco importante no passo a mais que Lacan dá respectivamente ao entendimento e ao manejo na clínica com o psicótico. Ele vai apresentar o nó borromeano acrescido de mais um aro, o quarto, que assume a função de manter os outros três atados, e ao qual nomeia *sinthoma*[50] "retirando-o da condição de metáfora significante, efeito do recalque, para enraizá-lo no real, na conjunção entre *letra* e *gozo*" (RINALDI,2007, p. 169). Na neurose, este quarto aro vem representado, não raro, pelo Nome-do-Pai, permitindo uma amarração subjetiva pela via da nominação. Mas na psicose, com o fracasso na transmissão do Nome-do-Pai, é possível, como direção da cura, contar que algo possa vir fazer função de suplência sem necessariamente apelar à solução schreberiana, qual seja, a construção de uma metáfora delirante. É aqui que Joyce interessa, pois seja por sua maneira tão inabitual de lidar com a escrita, confessando o efeito das palavras como lhe sendo impostas, "dissolvendo a linguagem mesma", como diz Lacan (1997 [1075-1976], p. 136), seja por ter conseguido, tornando esta obra pública,

[49] Esta afirmação de Lacan, tão frequentemente recebida de forma equivocada fora dos circuitos psicanalíticos, diz da não paridade, da falta de equivalência e complementaridade entre os sexos.
[50] Julien (2006) lembra que a palavra francesa antiga era *sinthome*, atualmente substituída por symptôme. Tem no idioma grego a sua etimologia, que remete a aquilo que faz ligação, o que segura junto.

compensar a *Verwerfung*, a foraclusão do Nome-do-Pai, este autor se torna emblemático deste novo momento da produção lacaniana no campo das psicoses.

James Augustine Joyce[51] nasceu em dois de janeiro de 1882, em um subúrbio de Dublin, Irlanda. Foi o primogênito de quinze filhos, dos quais sobreviveram dez. Matriculado em colégio de jesuítas, se foi revelando um bom aluno com o passar dos anos. Ainda na adolescência escreveu um ensaio sobre o seu herói preferido, Ulisses, e aos quinze anos, ganhou dois prêmios de composição inglesa por seus ensaios. No colégio, representava pequenas peças e cantava canções francesas, irlandesas e elisabetanas. Seguindo na educação com os jesuítas, estudou letras inglesas, francesas e italianas ao entrar, com dezesseis anos, na University College, em Dublin. O último ano do século XIX é marcado por importantes publicações em Dublin, e em janeiro de 1900 Joyce pronuncia sua conferência "O drama e a vida", além de publicar uma crítica sobre um drama de Ibsen; datam ainda deste ano algumas epifanias, uma peça de teatro e alguns poemas.

Em 1902 morre George Alfred Joyce, seu irmão, aos quinze anos. James muito o amava, e dará o nome do irmão ao seu próprio filho, mais tarde. Também em 1902 se inscreve na Escola de Medicina de Dublin, e em junho, conclui o seu *Bachelor of Arts* (B.A.). Resolve estudar medicina em Paris, mas tem que interromper devido à não aceitação do seu B.A. irlandês. No ano seguinte, volta a Paris, mas é solicitado a retornar a Dublin em vista do agravamento de saúde de sua mãe, que falece neste mesmo ano. Em 1904 redige o ensaio autobiográfico *Retrato do Artista*, texto que vem a ser recusado pela revista *Dana*. Decide transformar este texto em um romance, *Stephen o Heroi*, e é neste mesmo ano de 1904 que conhece Nora Barnacle, a qual virá a se tornar a sua companheira de existência. Alguns poemas são publicados, assim como a novela *As Irmãs*, que se tornaria a primeira dos *Dublinenses*. Joyce estava interessado em um posto de professor no estrangeiro, e termina indo para a Escola Berlitz de Trieste, e depois para Pola, retornando para Trieste no ano seguinte, quando é nomeado; é neste ano, no mês de julho, que nasce o seu primeiro filho, Giorgio. Em 1906 mantém longas discussões com o editor Grant Richards, que julga muito "imoral" o texto dos *Dublinenses*, e decide ir para Roma e trabalhar em um banco. O custo elevado de vida e o ambiente geral desta cidade se lhe tornam insuportáveis, no entanto, e em março de 1907 retorna a Trieste. Em 26 de julho deste ano nasce a sua filha, Lúcia Anna; termina *Os Mortos*, última novela dos *Dublinenses*, e decide reescrever *Stephen o Heroi* em

[51] As informações biográficas contidas neste e nos próximos três parágrafos foram obtidas de uma cronologia feira pelo Jacques Aubert e apresentada em uma publicação da Escola da Letra Freudiana, intitulada *Retratura de Joyce: Uma perspectiva lacaniana* (AUBERT, 1993).

cinco capítulos que se tornarão *Retrato do Artista Quando Jovem*. Ainda em 1907 recebe uma carta do pai cheia de censuras pelas escolhas feitas pelo filho, carta que vem se somar a outras reprovações anteriormente feitas. Em 1908 tem um episódio de inflamação da íris. Em 1909, leva o seu filho para o apresentar a seu pai, traz a irmã Eva para Trieste, escreve artigos, faz crítica de peça, assina contrato para publicação dos *Dublinenses*, viaja para conhecer lugares onde Nora e sua família viveram, e lidera um empreendimento para abrir salas de cinema em Dublin. No ano seguinte, nova crise de inflamação da íris, forçando-o a um período de inatividade.

No ano de 1912 dá conferências na Universidade Popular de Trieste, candidata-se ao diploma de aptidão ao ensino de línguas vivas nas escolas secundárias italianas, publica artigos e faz sua última viagem à Irlanda; descobre que não poderá ensinar na Itália, e profere a primeira de uma futura série de conferências sobre *Hamlet*. No ano seguinte, passa a ensinar na Escola de Comércio Revoltella no turno da manhã, e à tarde, dá aulas particulares: alunos seus lhe falam do entusiasmo por Freud, Schopenhauer, Nietzsche. Em dezembro deste ano, W. B. Yeats coloca-o em contato com Ezra Pound. O ano de 1914 lhe é muito significativo: o *Retrato do Artista Quando Jovem* é publicado em fascículos na revista londrina *The Egoist*, o *Dublinenses* é publicado em Londres, começa a escrever *Ulisses*, e se reconcilia com o seu pai. Em 1916, O *Retrato*... é publicado em Nova York. Em 1918 passa por querelas com autoridades consulares britânicas, pelo que chega a ir aos tribunais; obtém uma subvenção de Edith Rockfeller McCormick, mas como se recusou a se deixar analisar por Jung, com quem Edith havia anteriormente se consultado, a subvenção é suspensa.

De 1919 a 1922, fragmentos de *Ulisses* são lançados à imprensa, e em 1922, quando Joyce completa o quadragésimo ano de sua existência, essa obra é publicada. Joyce já vive há dois anos em Paris, e aí ficará por mais dezoito com a família. No ano seguinte, inicia a novela *Obra em curso*, que virá a se transformar, mais tarde, no *Finnegans Wake*. Nos anos que se seguem, o *Ulisses* vai sendo traduzido, e o *Finnegans Wake*, sendo escrito. Em 1927, alguns amigos de Joyce – Ezra Pound, Harriet Shaw Weaver – expressam restrições à nova escritura e Joyce, sensível às críticas, faz uma compilação de seus poemas, a fim de mostrar que segue de posse da sua lucidez. O *Ulisses* é traduzido e publicado na França em 1929. No final dos anos vinte e início da década seguinte, Joyce faz diversas viagens. Em 1931 ele se casa com Nora, e também perde o seu pai; no ano seguinte nasce o seu neto, filho de Giorgio, e a filha Lúcia passa a sofrer de distúrbios nervosos. Em 1933 um tribunal americano livra o *Ulisses* da acusação de pornografia, o que permite uma edição americana e, depois, outra inglesa. A década de 1930 testemunha diversas preocupações pessoais na vida de Joyce,

sendo que o *Finnegans Wake* aparece, finalmente, em 1939. São anos também de muitas viagens e a consolidação de algumas amizades fieis. Ao final do ano seguinte, 1940, ele deixa a França pela Suíça, lá morrendo bruscamente de uma úlcera perfurada em 13 de janeiro de 1941.

A infância e adolescência de Joyce em Dublin foram tanto marcadas por uma forte inclinação para as letras, quanto também pelo caos familiar. O pai, ainda que possuidor de um humor alegre e festivo, mostrava-se irresponsável com as finanças, levando a família gradativamente à penúria financeira; na medida em que a situação se complicava, John Joyce recorria ao álcool, restando para a mãe, May, suportar as agruras e sustentar o laço familiar. A educação do menino, deixada a cargo dos jesuítas, marcá-lo-ia fortemente, como deixou ver nos seus livros, com constantes incitações à Igreja Católica. Esta ambiência teria produzido em Joyce três traços decisivos em sua subjetividade: mentalidade antitotalitarisa, a atitude crítica relativa aos seus conterrâneos irlandeses, e a relação de confiança e dependência das figuras maternas, com concomitante rebeldia para com as convenções paternas (FREIRE, 2001).

Freire (2001) assinala ainda, baseado na biografia escrita por R. Ellmann[52], que Joyce, a despeito da plena ciência do fracasso paterno, era o único dos filhos a manter relações cordiais com o pai. Os reveses da sua conturbada história familiar o teriam levado a assumir, na vida pública, uma atitude belicista e antitotalitária, tendente ao litígio, e na vida privada, um laço de dependência com a figura materna, características que encontramos presentes em seus personagens.

E por que o interesse tão vivaz de Lacan por Joyce? A sua admiração pela obra do poeta irlandês já era francamente assumida: "o seu fascínio por ele", diz Doris Rinaldi, "advém justamente do modo como utiliza a linguagem, construindo uma escrita em que o jogo de letras revela algo que é fundamental para a experiência analítica, que é o *lapso*." (RINALDI, 2007, p. 171). Joyce passa do sentido das palavras ao som delas, lida com o significante e a sua ressonância, numa escrita fonética, típica de *lalíngua*. O próprio Lacan o comenta:

> Pois bem, eu penso que, graças a Joyce, nós tocamos alguma coisa com a qual eu não tinha nem sonhado, eu não tinha sonhado imediatamente, mas isso me veio com o tempo, isso me veio com o tempo ao considerar o texto de Joyce. O modo pelo qual é feito. É feito inteiramente como um nó borromeano. E o que me surpreende é que só a ele isto escapava. A saber,

[52] Esta obra, citada nas referências do livro de Freire, chama-se *James Joyce*, e foi publicada em São Paulo, no ano de 1982.

> que não há, em toda [a] sua obra, traço de alguma coisa que se pareça com isso. Mas isso me parece sobretudo um sinal de autenticidade. (LACAN, 1997 [1975-1976], p. 212. Inserção minha, entre colchetes).

Mas não teria sido apenas este o motivo, ainda que bastante fosse – afinal, a produção literária, desde Freud, sempre se contou como uma fonte primordial para nos dizer das coisas do inconsciente, com o reconhecimento de que, acerca deste, eles, os escritores, sabem melhor do que nós, os analistas. Tomando como referente Joyce, sua biografia e sua obra, Lacan constrói a sua última grande elaboração sobre a psicose. Vegh (2007) assim resume as razões desta eleição:

> é que Joyce pôde resolver a carência operatória de um pai, que habitualmente deixa o sujeito imerso no campo da psicose, se Joyce pôde evitar esse abismo e caminhar por Dublin e pelo mundo como qualquer um de nós, foi graças a sua arte, sua escrita. Ela lhe permitiu compensar, suprir esse déficit instituinte. Essa escrita teve para Joyce o valor do que Lacan chama Sinthoma (...). Dali poderia surgir uma resposta: Lacan encontrou Joyce porque em Joyce achou algo do limite da razão: a sem-razão da loucura e a psicose e o limite que a limita. (VEGH, 2007, p. 227).

Que limite é este, a impedir o desencadeamento da psicose de Joyce? Diferentemente de Aimée e de Schreber, em Joyce há uma psicose sem delírio, à custa do quarto nó, o sinthoma, que manteve os três outros amarrados. O que permitiu isto foi a sua arte, e o reconhecimento que obteve por meio dela. Este se tornara o ponto limítrofe, a impedir a desamarração do nó e o desencadeamento da psicose. Com o auxílio da topologia, portanto, Lacan nos vem falar de uma clínica possível com o psicótico, cuja direção passa pelo recurso a uma suplência ao Nome-do-Pai numa via diversa àquela do delírio e sua função de metáfora: a via que permite ao sujeito construir o seu sinthoma através de sua obra e da passagem desta ao público.

5 A CLÍNICA DO SUJEITO

Para contextualizar a pesquisa sobre a clínica do sujeito no ambulatório do Hospital Juliano Moreira, procedi à análise de aspectos diversos da história e do trabalho no campo da saúde mental. Parti do levantamento das tradições crítica e trágica no trato com a loucura para, então, situar o Hospital Juliano Moreira no cenário da história da psiquiatria. Entrelaçando com a minha prática, busquei no próprio nome Juliano Moreira o seu valor significante a operar no caso da paciente Márcia, donde pude mostrar os efeitos do empréstimo que a paciente fez à insígnia "ser paciente do Juliano" para efetuar uma nomeação de si, e de como, no contexto do trabalho clínico, ela pôde se descolar do sentido que lhe vinha do Outro e dar vez à escuta das produções do seu inconsciente. Ocupei-me, então, das discursividades que atravessam os fazeres no próprio hospital e de como estas se articulam com o discurso corrente da Reforma Psiquiátrica, para assim levantar as possibilidades de uma prática orientada pela psicanálise, e que favoreça que algo de sujeito advenha no trabalho clínico com os pacientes. Trata-se da clínica do sujeito no trabalho ambulatorial, viável desde que o analista conduza a sua práxis em uma posição advertida. Por último, levantei algumas das construções fundamentais feitas por Freud e Lacan sobre a psicose, baseadas nas figuras de Schreber, Aimée e Joyce, dando a ver como estas contribuições são essenciais a qualquer reflexão que se empreenda sobre uma clínica.

No presente capítulo, trago os casos de Iolanda e de Maria, de modo a falar mais diretamente da minha própria experiência, buscando caracterizá-la como clínica do sujeito. Um dos elementos importantes no exame do trabalho com estas pacientes foi a discussão do próprio diagnóstico, uma vez que, inicialmente, os dois casos foram considerados como de neurose, e só no decurso do atendimento, no âmbito do enlace transferencial e da fala das pacientes, é que o diagnóstico de psicose se confirmou. Para abordar os casos considerarei, portanto, questões relativas ao diagnóstico na psicanálise, e me debruçarei também sobre o problema da psicose e a sua refração ao laço social, bem como as peculiaridades do manejo transferencial, procurando mostrar o específico, os desafios e a aposta do trabalho analítico caracterizado como clínica do sujeito.

5.1 O CASO IOLANDA

5.1.1 A chegada da paciente: pedido de atendimento, transferência e hipótese diagnóstica durante o período preliminar

Iolanda é uma mulher que contava quarenta anos quando chegou para atendimento em psicologia no início da década passada. O primeiro período do seu tratamento durou apenas alguns meses, e assim que constatou uma melhora dos sintomas, decidiu-se pela alta, alegando que a regularidade necessária para frequentar as sessões lhe causava dificuldades no trabalho, por ter que se ausentar um turno semanalmente.

Na entrevista de triagem realizada no SETA[53], apresentou como queixa uma insegurança excessiva, e a presença de tremores nas mãos, manifestação que experimentava desde jovem, sempre que se via às voltas com o "medo de perder algo": o namorado, o concurso, a prova... Revelou que tais tremores se exacerbavam quando se encontrava diante de pessoas que ficavam a observá-la, a exemplo de situações nas quais precisava conversar com o chefe. Vinha em uso de medicação para tremores e de um ansiolítico, e solicitou que fosse encaminhada para a psicologia. Já no ambulatório, obteve indicação do meu nome através de um conhecido, e assim chegou para o atendimento.

É a filha do meio de uma constelação de cinco filhos, na qual há apenas um homem, os quais são sobreviventes de uma prole de mais de dez filhos. Os pais eram parentes consanguíneos, condição que franqueou à paciente uma posição no discurso familiar, sobretudo no dos tios e tias, uma destinação de ser alguém que 'nada aprenderia na vida' – nem ela, nem os irmãos. Possíveis defeitos físicos nos filhos desta família, ou dificuldades de aprendizagem, tudo se justificava pelo fato do grau de parentesco.

Iolanda relatou ainda uma dificuldade de dizer *não* às pessoas, e a tendência a se fazer cargo de tarefas que os outros lhe pedem, mesmo que estas vão de encontro ao que pensa ou intenta, pois caso contrário, se sente culpada. Sofre às vezes demasiadamente quando pessoas próximas ou familiares passam por situações difíceis: "É como se aquilo fosse comigo". Parece que quando o outro lhe solicita algo de uma posição de semelhante, recebe a mensagem como se viesse do Outro, uma demanda a ser respondida sem mediação. Como assinala Villalba (2001), por trás da palavra *demanda* está o verbo mandar, e quem manda "confia que a sua ordem será executada sem apelação" (p. 436), tornando-se assim uma proposição categórica.

---

[53] Serviço de Emergência, Triagem e Acolhimento do Hospital Juliano Moreira, porta de entrada para as pessoas que buscam atendimento (v. cap. 2).

Algo extremamente significativo para a paciente, e que destaca desde as sessões iniciais, é o grande sentimento de culpa que carrega por ter praticado uma traição a um membro da família, uma vez que se envolvera afetiva e sexualmente com o esposo desta parenta, na fase final da sua adolescência. É um tema que retorna com insistência, indicando a presença da angústia. Ele me é relatado na confiança advinda da transferência, pois não fala disto sem dificuldade, e nem para qualquer pessoa.

Mesmo que, ao contextualizar este envolvimento, ela lembre a sua condição à época, a de uma adolescente recém-chegada à cidade, sem amigos, vulnerável à sedução de um rapaz solícito e próximo, parece não haver qualquer condescendência. A culpa aparece como um elemento constante, declarado, que não aquieta.

Os sintomas de Iolanda me faziam pensar no como estava a paciente submetida à voz imperativa de um supereu implacável, ali onde punição e reação terapêutica estreitam a distância que as separa sob a manifestação de um sentimento inconsciente de culpa (FREUD, 1987 [1933*b* {1932}]). Tomei o seu pedido de atendimento, nestes meses que se constituíram em entrevistas preliminares, como o que poderia engendrar uma interrogação da sua posição de existência em face do Outro, que me parecia a de uma condenação, suspensa em uma dívida impagável. Além de estar destinada, por nascimento, a nada aprender, havia o discurso materno a ecoar: "[Minha mãe dizia que] ajuda não se paga nunca".

Como afirma Freud em *O mal-estar na civilização* (1987 [1930 {1929}]), há a participação do amor na gênese da consciência moral, de onde decorre também o caráter inevitável do sentimento de culpa, resultado do conflito entre Eros e pulsão de morte. Iolanda tinha vindo ao mundo pelo amor indevido entre parentes, condição cujo preço ela paga com a sua existência. E ela própria, por sua vez, também repetia, nas relações amorosas, o que julga como erro, envolvendo-se com um familiar e, mais tarde, com homens com algum tipo de compromisso com outra mulher.

Considerei estar diante de uma neurose, de provável caráter obsessivo, na qual a dívida e a culpa se entrelaçavam de modo acentuado. Iolanda já havia atravessado momentos difíceis na sua vida pessoal, havia feito e desfeito relacionamentos amorosos, tinha concluído os seus estudos secundários e seguido um curso profissionalizante, trabalhava, se mantinha, morava só. Parecia-me, portanto, ter podido responder às circunstâncias nas quais um apelo à posição fálica se fizera. Quanto ao tratamento, dava sinais de estar sob transferência comigo e com o trabalho, de modo que não deixei de lamentar, mesmo que compreendendo, a sua decisão por o interromper após alguns meses de iniciado, alegando razões ligadas ao emprego, pois as suas ausências semanais estavam chamando a atenção do seu chefe.

Havia, porém, um aspecto que me intrigava, e para o qual eu não pude ter muito mais do que indagações: era o fato de ela não ter optado por seguir uma determinada escolha profissional para a qual tinha se qualificado, e que, provavelmente, lhe teria oportunizado uma melhor remuneração. Quando falou disto, a sua explicação apontava para uma auto-consideração em que se tomava como de menos, incapaz de dar conta das demandas exigidas no desempenho desta dada profissão. Mas não foi, de fato, uma questão que lhe inquietasse especialmente neste período inicial dos atendimentos.

5.1.2 O segundo momento do trabalho

Cerca de quatro anos mais tarde, Iolanda volta a buscar tratamento psicológico. É interessante como, agora, o faz com um pedido claramente endereçado: consegue me localizar no hospital, num momento em que eu estava em outra atividade fora do ambulatório, e na curta conversa que tem comigo, me diz estar precisando de atendimento e solicita que eu lhe encontre um horário. Acato o seu pedido.

Ainda que a minha ação não tivesse sido motivada por qualquer intenção de, a partir dela, construir reflexões teóricas, é importante destacar como condutas tais quais esta caracterizam a clínica do sujeito. Se eu tivesse me atido primeiramente aos procedimentos usuais do hospital, teria indicado à paciente que voltasse para a triagem, ou antes de acenar com a possibilidade de um horário, lhe teria dito que iria verificar como estava a lista de espera. Mas não fiz nada disto: em lugar, escutei a sua fala, considerei o pedido nela contido, entendi que ele se dava no enquadre de uma transferência, e marquei um horário. Este modo de proceder indica como a clínica pode não quedar atropelada pela burocracia institucional; mesmo que se trate de um trabalho na instituição, e mesmo que este trabalho precise respeitar os limites de uma prática no serviço público, ele pode se dar relevando o singular do caso, respeitando a transferência, permitindo o ato analítico.

O primeiro surto: a luz e o tique-taque, e o sumiço de objetos

Já na sessão, Iolanda fala sem parar, apresentando-se muito ansiosa. Conta como tem tido medo do desemprego, em razão do que adquiriu uma casa própria como forma de se precaver financeiramente. Foi justo no cenário deste acontecimento que se desencadeara o seu primeiro surto, o qual descreve na sessão. Estava dentro de casa, e ouviu as vozes de alguns rapazes do lado de fora; subitamente, a luz dos arredores e da própria casa se apagou. Assustada, ligou para a polícia relatando o fato.

Este caso apresenta semelhanças com um outro, proveniente da obra freudiana, aquele de uma paranoia que teria contrariado, à primeira vista, a teoria psicanalítica[54] (FREUD, 1987 [1915]). A jovem que protagoniza a historia clínica de Freud tem a sua ideação desencadeada por um pequeno barulho, uma espécie de estalido ou clique que teria vindo do relógio sobre a escrivaninha. Em Iolanda, o apagar das luzes pode equivaler ao estalido, e faz a função de uma *Gestalt*, introduzindo um fechamento de sentido que dá início à ideia de cunho persecutório: *Estão falando de mim. Sabem que fui eu que chamei a polícia*.

Ainda no mesmo período, houve um episódio ocorrido no local de trabalho: ela ficara encarregada de supervisionar e pagar uns operários que foram fazer serviços de manutenção, mas na hora de executar o solicitado, foi tomada por intensa aflição, pois alguns objetos necessários à ação estavam fora dos seus lugares, e ela não sabia como eles tinham ido "parar ali".

Conta que, desde então, vive momentos nos quais supõe que estão a falar dela, não consegue voltar ao local onde fica a sua casa, desconfia de pessoas ao redor. Sente-se aflita, confusa, temerosa, ameaçada por seus próprios pensamentos. Por um período curto, foi afastada ao INSS[55], e sentiu muita falta do trabalho. Quando retornou a ele, revelou-se frágil, duvidando se podia se sustentar no desempenho das suas atividades; a despeito disto, se mantém ocupada e às voltas com os compromissos familiares e alguns decorrentes das amizades que guarda.

A natureza deste tipo de estímulo não parece ter muita importância: Freud diz se tratar de um estímulo qualquer, que pode, inclusive, ter ou não ocorrido na realidade, uma vez que os paranoicos usam as impressões de forma retardada, deslocando lembranças. Talvez, aí, o que se destaque destes sons seja a sua função de índice, ficando a ideia à qual se ligam dependente da associação feita por quem os ouve. São sons – Tique-taque, Pôu!, Bum! –, onomatopeias que expressam sua condição de lalíngua[56].

Nas ideias de perseguição de Iolanda, põem-se a jogar duas substâncias episódicas privilegiadas do objeto *a*, o olhar e a voz. A leitura do caso vem mostrar como, desde muito

---

[54] Determinadas considerações sobre o caso surgiram no contexto de algumas supervisões que fiz com o psicanalista Jairo Gerbase. Devo às suas escuta atenta e experiência clínica, portanto, as semelhanças aqui apontadas entre os dois casos, bem como a apreciação sobre o nome que escolhi para a paciente, *Iolanda*, e que menciono adiante.

[55] Instituto Nacional de Seguridade Social.

[56] Opto por *lalíngua* ao invés do por vezes utilizado *alíngua*, seguindo o entendimento de Haroldo de Campos (2001) de que o artigo (a) em português, se justaposto a uma palavra, pode conferir à mesma uma idéia de privação, de negação, de carência, como em apático, afásico, aglosia, resultado que trairia a intenção lacaniana de se referir, com *lalangue*, ao idioma materno (*idiomaterno*, propõe Haroldo de Campos), isso de que se faz o inconsciente. É um conceito importante, proveniente do tempo mais tardio no ensino de Lacan, que o desenvolve bem no Seminário 20.

cedo, no início da procura do atendimento, aparece a figura do chefe a olhá-la, provocando uma reação de tremores. Os vizinhos, por sua vez, falam algo referido a ela, os familiares conspiram a seu respeito por telefone, e a psicóloga também não escapará à sua desconfiança, como será observado mais tarde por ela, numa sessão.

Mencionando o texto de Lacan no Seminário *Mais, ainda* (1985 [1972-1973]), Gerbase (2009) aponta que, em Freud, encontramos os objetos do desejo, nomeadamente o seio (objeto oral) e as fezes (objeto anal). Em Lacan, estes objetos se convertem em objetos da demanda: o olhar, de caráter mais imaginário, e a voz, de cunho mais simbólico. Nas palavras de Gerbase,

> O objeto olhar é do elo do Imaginário e o objeto voz do Simbólico. Ambos são do Real. O Real é o nó. Falamos do Imaginário e do Simbólico, mas situados no Real. O objeto olhar é do Imaginário também no sentido de que seu instrumento é a imagem, e o objeto voz é do Simbólico, no sentido de que seu instrumento é o significante. (2009, p. 39).

Gerbase, neste artigo, diz preferir chamar o seio e a voz de *substâncias episódicas do objeto a*, a chamá-los de espécies do objeto *a*, pois uma vez que o objeto *a* é real, fica inadequado localizar suas espécies (GERBASE, 2001).

No caso de Iolanda, a despeito da menção inicial ao chefe que a olha, não se identifica, contudo, um perseguidor encarnado de forma privilegiada em uma pessoa próxima ou distante nas suas relações sociais e familiares, como se deu com Schreber e Flechsig: o que se destaca é a voz, "estão falando de mim", alucinação verbal que lhe diz haver um Outro que a quer prejudicar, e também o olhar, "achei que tinha uns rapazes andando atrás de mim, que queriam pegar a minha bolsa", "não sei como [aquela coisa] foi parar ali". A voz e o olhar do Outro perseguidor se estilhaçam em diversas sentenças, conspirações, observações esparsas, que podem se incorporar momentaneamente em qualquer um da sua rede social. Em uma determinada sessão, me avisou: "Pra falar a verdade, até você, Lêda, eu às vezes penso que pode também fazer parte".

Antes de apresentar o primeiro surto, Iolanda tinha podido se manter no laço social pelo desempenho de suas funções, ancorada nas identificações "que sustentam o mundinho dos homenzinhos solitários da multidão moderna" (Lacan, 1985 [1955-1956], p. 231), identificações que lhe diziam como se conduzir e comportar, como desempenhar suas tarefas no emprego. Mas eis que veio um acontecimento que rompeu esta continuidade, um "*a-mais* que faz ímpar", como refere Philippe Julien (2002, p. 46), produzindo um encontro com o real

até então inaudito. Acredito que, em Iolanda, este acontecimento foi o chamado a ocupar a posição de proprietária de uma casa, um lugar simbólico em que o seu nome precisaria estar, como diz Strauss (1989), empenhado numa relação socializada, assegurando-se na função paterna. Creio ter-se tratado de um apelo fálico ao qual não pôde responder, que não teve meios para sustentar.

Dois tempos lógicos, portanto. Há uma elisão no imaginário, plano que dava esteio, pela via do espelhamento, ao desempenho das tarefas cotidianas, e uma segunda elisão que vem se sobrepor àquela, a elisão no simbólico: na invocação ao Nome-do-Pai, não houve resposta possível a dar.

O diagnóstico

Quando Iolanda me procura, neste segundo momento do seu tratamento, está a tomar medicação psiquiátrica prescrita por um médico clínico. Sugiro-lhe ser acompanhada por um colega psiquiatra do ambulatório, e como ela aceita, faço o encaminhamento. Ela recebe dele a suspeita diagnóstica de psicose não orgânica não especificada, e uma segunda hipótese também é levantada, a de episódio depressivo grave com sintomas psicóticos. Com este colega abrirei uma fértil interlocução acerca do caso, tendo lugar algumas discussões clínicas importantes sobre o diagnóstico e o andamento do trabalho.

Como já dito em capítulo anterior, o fazer teórico com o próprio tramado do caso clínico é um chamado ético ao psicanalista, diz do específico de sua práxis. O diagnóstico estrutural, na prática analítica, não é feito aprioristicamente, o analista não diagnostica para intervir, como faz o médico, de modo que a possibilidade de construir o diagnóstico na medida em que o próprio trabalho se desenvolve é uma prerrogativa da clínica do sujeito. Há que se ter, contudo, seguindo as indicações mesmas de Freud desde muito cedo, quando fazia as suas recomendações àqueles que se ocupavam da psicanálise, uma apreciação diagnóstica, há que se proceder a uma diferenciação entre neurose e psicose, uma vez que isto irá orientar as intervenções do analista no tratamento.

No caso de Iolanda, quando ela chegou para atendimento, ainda não havia ocorrido um desencadeamento da psicose – e o pré-psicótico, que, aliás, não é reconhecível como tal, pode viver sem que uma psicose se declare, pela via de uma imitação, de um enganchamento na imagem do semelhante (JULIEN, 1999; JULIEN, 2002). O fenômeno elementar, quando comparece, o faz na estrutura, mas esta precede ao fenômeno, é da ordem das relações do sujeito com o significante e com o gozo.

Não é possível afirmar, sabemos, que uma neurose obsessiva evolui para uma psicose, mas é possível dizer que sintomas obsessivos podem fazer parte de uma psicose não desencadeada. Os sintomas obsessivos, Iolanda os tinha no primeiro momento do tratamento. O que não compareceu à sua fala, naquele período preliminar, foram as referências edípicas que permitiriam saber da carência do significante Nome-do-Pai e a falta da significação fálica, respectivamente $\mathbf{P_0}$ e $\mathbf{\Phi_0}$, elementos que vimos fazer parte do esquema apresentado por Lacan em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (LACAN, 1998 [1959 {1957-1958}]). Além destes dois, Lacan menciona ainda a necessidade do Um-pai para que a regulação fálica se dê, Um-pai este que, sem ser necessariamente o pai biológico, possa se situar "na posição terceira em alguma relação que tenha por base o par imaginário *a-a'*, isto é, eu-objeto ou ideal-realidade." (id., p. 584), Um-pai que faça uma triangulação de modo a desestabilizar o par imaginário, deixando aparecer a falta, que enlace o desejo à lei na sua função simbólica.

Só posteriormente, quando retorna com o pedido de que a atenda, Iolanda vem falar das suas relações familiares, deixando ver as representações que faz das figuras parentais, além do específico de serem, pai e mãe, parentes consanguíneos. É assim que, em uma dada sessão, conta das agressões existentes entre os pais, e das ameaças feitas pelo pai à mãe: "Eu sempre ficava do lado dela, apesar de que ela era quem mais batia na gente".

A mãe foi uma mulher que teve muitos filhos, e parecia encarregar-se com destreza do atributo fálico: "Ela era uma mulher perfeita", me diz Iolanda. O pai, por sua vez, além de contar como aquele que agride a mulher, é descrito como uma figura decaída, que em certa ocasião, tentou se matar atirando-se nas águas de um rio, ato suicida revelador do seu apagamento subjetivo, do seu lugar naquela relação de iguais, um par feito da mesma carne.

A vivência de um surto delirante produziu suas marcas na paciente, deitou-lhe na pele a inscrição de um nome que até então não experimentara para se designar, qual seja, o de estar louca – assim me fala em algumas sessões, "Eu não sei por que isto aconteceu comigo (...) Eu estou louca!". Pouco mais de um ano depois de iniciado o segundo período do trabalho analítico, Iolanda volta a experimentar o retorno de pensamentos persecutórios. É tomada por um excesso de sentido, tão presente na paranoia: "Fico pensando que tudo está ligado, que eles ficam falando uns com os outros" – o "eles" ora se refere a familiares, ora a pessoas do trabalho. Também algumas alucinações se apresentam, com a visão de animais e pessoas lhe seguindo. É afastada do emprego, e o sentimento de vazio a preenche.

Em conversas com o psiquiatra que a atende, digo da minha apreciação diagnóstica, da minha cada vez maior tendência a considerar se tratar de uma paranoia. Ele ainda havia

levantado a hipótese de um quadro hipomaníaco, chegando a prescrever um estabilizador do humor, mas no decurso de outros atendimentos e novas conversas, vai se convencendo se tratar mesmo de uma psicose.

O diagnóstico, portanto, foi sendo feito no curso do próprio trabalho, passível de interrogações, reformulações, questões. O reconhecimento da sua importância e, ao mesmo tempo, da dúvida que sobre ele tive, não obstou que hipóteses fossem levantadas, não estancou o andar do tratamento, nem impediu que a escuta analítica fosse ofertada à paciente. A incerteza acabou por se revelar frutífera também por encontrar a incerteza no diagnóstico do médico psiquiatra, favorecendo uma importante troca no âmbito de uma clínica que de modo algum pode se exaurir em um só sítio na partição das especialidades.

Há, ainda, um aspecto neste caso sobre o qual gostaria de comentar: o nome de batismo da paciente é raramente utilizado como nome próprio, e remete a um distúrbio de caráter congênito, que pode causar defeitos em algumas funções. Isto me leva a pensar nas questões relativas à designação de si mesma como alguém condenada a não aprender, àquele lugar de menos que lhe coubera por ser filha de quem é[57].

O tratamento

Em recente colóquio da Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental[58] teve-se como conferencista convidado o psicanalista Fernando Tenório, que na sua apresentação trouxe algumas reflexões significativas sobre as relações entre a psicanálise e a psiquiatria na lide com pacientes psicóticos. Uma delas, com a qual tenho bastante concordância, é a de que, no campo da saúde mental, o trabalho do psicanalista não pode prescindir do trabalho do psiquiatra. Assim se deu no atendimento a Iolanda, como vimos. Por diversas vezes, o seu psiquiatra e eu procuramos um ao outro para conversar sobre a paciente, ora para pensar algum manejo na condução do tratamento, ora para partilhar impressões acerca de coisas que ela trazia nas sessões, ou para falar das dúvidas sobre o diagnóstico. Tínhamos claras as posições diferentes ocupadas por cada um no tratamento de Iolanda, e os diálogos foram

[57] Por minha vez, escolhi o nome Iolanda por uma proximidade fonética, mas Jairo Gerbase, analista a quem me referi anteriormente, perguntando-me das razões, comenta que é justamente a Iolanda imortalizada na música de Pablo Milanés, cantada por Chico Buarque, que a paciente não pode ser, a mulher objeto causa de desejo para o homem. Para isto, precisaria se deixar dividir, ocupar o lugar de semblante que lhe é interditado por questões de estrutura.

[58] Refiro-me ao VII Colóquio da Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental, realizado no Hospital Juliano Moreira, nos dias vinte e vinte e um de setembro de 2012. Trata-se, esta, de uma residência *em área*, iniciada em 2005, e gerida de forma tripartite pela Universidade Federal da Bahia, pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, e pelo Hospital Juliano Moreira.

bastante proveitosos para o trabalho. Considero este um aspecto importante da clínica do sujeito.

Como efeito do desencadeamento do surto psicótico, consolidou-se na paciente a falta de estímulo para fazer as coisas: muitos dos seus interesses anteriores perdem o encanto, dando lugar a uma vontade de nada fazer, à sensação de que alguma tranquilidade só pode ser encontrada no sono. A culpa parece autonomizar-se. A vivência das ideias persecutórias muda enormemente o seu cotidiano, inclusive porque, ao se afastar do trabalho, fica à mercê de um tempo esvaziado de sentido, que não é preenchido com os ires-e-vires do labor (arrumar-se, atender aos pedidos inerentes à sua função, encontrar os colegas, distrair-se com conversas etc.). Nas sessões, há o testemunho constante de "estar tudo na mesma", e a presença insidiosa da angústia.

Que direção da cura, em um trabalho como este? Nos traz Silvestre (1991) que, ao psicótico, "a função da palavra lhe escapa e deixa-o por inteiro em um campo de linguagem sem referência, sem limite – no qual pode perder-se" (p. 129). Permitir a Iolanda falar, escutá-la sem expectativas nem conselhos ou remédios a prescrever, autenticar a sua palavra deixando que o próprio ato de trazer esta palavra pudesse fazer borda à invasão do Outro, apaziguando um pouco a angústia. Por muitas vezes, não havia outra coisa a fazer senão acompanhá-la no caminho que faz parte da sua errância, como bem diz Calligaris (1989, p. 20-21).

Mas a direção do trabalho precisava contemplar o fato de que, na psicose, a tentativa de cura deve apontar para a inscrição no laço social, porém com atenção para se evitar o *furor includenti*, resguardando-se de exigir do louco aquilo que é valor fálico na nossa ordem social (trabalho, dinheiro, sucesso, competência etc.), mas sim deixando-o fazer sintoma sem Nome-do-Pai (QUINET, 2009). Foraclusão que, talvez, seja mesmo uma razão que conduza o psicótico a demandar uma análise.

É interessante ver como Iolanda, a despeito de tanto dizer da culpa, da angústia e da falta de vontade para fazer as coisas – seja se divertir, seja cuidar das tarefas –, ela não declinou, em nenhum momento, de dar todos os passos necessários para resolver um rol de problemas que se lhe colocaram. Fruto dos desdobramentos oriundos das dificuldades em retornar à sua casa, teve que adotar uma série de providências para não perder o imóvel, e o fez; em consequência da situação relativa aos impedimentos de retorno ao trabalho, precisou tomar várias iniciativas em relação à Previdência Social, e as tomou; recebeu convites para alguns serviços temporários, que lhe permitiram ganhar algum dinheiro, e os desempenhou;

cuidou de pessoas e animais pelos quais tem afeto, com empenho e dedicação; foi a todas as sessões agendadas no hospital.

O próprio trabalho analítico, caracterizado como um discurso, é também um laço social. A transferência que Iolanda mantém comigo, sua psicóloga, permite que ela dê continuidade ao tratamento, de modo que posso lhe mostrar isso que, sozinha, parece-lhe tão difícil constatar. Ocupo-me, muitas vezes, de lhe indicar o que vem fazendo, de juntar as partes do que lhe chega tão fragmentariamente, tão destituído de cor. No seminário *A angústia* (LACAN, 2005 [1962-1963]), Lacan comenta sobre a transferência:

> quando se trata (...) do psicótico, a relação da fantasia ($ ◊ a) institui-se de tal modo que o a fica em seu lugar do lado de i(a). Nesse caso, para manejar a relação transferencial, de fato temos que tomar a nós o a de que se trata, à maneira de um corpo estranho, de uma incorporação da qual somos o paciente, porque o objeto como causa de sua falta é absolutamente estranho ao sujeito que nos fala. (p. 154).

Sustentar a posição do analista, fazendo valer a clínica do sujeito, não se revela tarefa fácil na psicose, e nem sempre é possível. Mas com o impossível, o analista tem que aprender a lidar, faz parte do seu ofício. Com Iolanda, o trabalho é a cada vez, a cada sessão, e tem procurado apontar para a manutenção do laço social como alternativa de que siga no mundo, na partilha da vida sem permitir ser destroçada pelo Outro.

5.2 O CASO MARIA

5.2.1 O início do tratamento: surtos, internações e o trabalho com a residente

A paciente Maria foi a mim encaminhada por uma residente de psicologia quando do término da sua especialização. O trabalho da residente com ela durara cerca de um ano e nove meses, e o caso já havia sido objeto de discussão em sessões clínicas da residência, tendo no diagnóstico o principal ponto levantado como questão. Sobre ele, os analistas convidados para as referidas sessões tiveram opiniões divergentes: um deles considerou se estar diante de uma histeria, e o outro, de uma psicose. A residente seguiu com o trabalho teórico-clínico – portanto, metapsicológico – sobre o caso, o qual inspirou a construção da sua monografia de conclusão do curso. Trata-se de um caso no qual a questão diagnóstica adquire relevo,

permitindo demonstrar a maneira singular com que se pode abordá-la, tendo como referência a psicanálise.

Irei apresentar o caso e retomar as principais questões e hipóteses levantadas pela residente nas suas reflexões, incluindo as razões que a levaram às dúvidas sobre o diagnóstico, dúvidas que também foram minhas; em seguida, ocupar-me-ei dos desdobramentos do trabalho clínico realizado comigo, que durou aproximadamente dois anos. As informações advirão dos registros de prontuário, bem como da monografia da psicóloga residente (NOVAES, 2009)[59].

Maria contava pouco mais de cinquenta anos quando chegou ao serviço de emergência pela primeira vez, na segunda metade da década passada. Casada e mãe de uma filha, já vinha apresentando algumas mudanças de comportamento (solilóquios, indícios de alucinações visuais...) há cerca de dois anos, mas só quando se tornou insustentável para a família lidar com a situação é que a paciente foi levada ao hospital: investira contra o esposo com água quente, e ameaçara a filha com uma faca, chegando também a uma tentativa de se jogar da laje da casa; insultava pessoas na rua, despia-se, mostrava-se ciumenta. Obteve do psiquiatra o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, e foi encaminhada para a internação na própria unidade, em regime parcial, no formato de hospital-dia. Permaneceu por menos de um mês sob atendimento neste registro, pois que abandonou o tratamento.

Aproximadamente um mês depois, Maria foi novamente conduzida ao hospital, apresentando-se delirante, apragmática, inquieta, agressiva. Desta vez, foi levada para uma internação em regime integral, também no próprio hospital, acompanhada da suspeita diagnóstica de esquizofrenia, dada pelo psiquiatra da emergência. Permaneceu por menos de um mês nesta internação, saindo após a alta dada pela equipe. Seguiu, então, para tratamento ambulatorial, passando a ser atendida pela residente.

Aos diagnósticos psiquiátricos iniciais da emergência, seguiram-se outros: transtorno delirante persistente, episódio de mania psicótica, hipótese de diagnóstico diferencial de parafrenia. Foram-lhe prescritos antipsicóticos típicos.

Na primeira sessão que teve com a residente, Maria comentou que, à época da cirurgia à qual se submetera algum tempo antes para retirada de um tumor da tireoide, ouviu uma voz que lhe comunicava estar ela destinada a “salvar o mundo”, que ela era “a mãe do mundo”. Declarava a vontade de “conversar”, pois a relação com o marido e com a filha a deixava “agoniada”. Estava separada do esposo, e dizia que não iria se “humilhar” pedindo a ele que

[59] As palavras aspeadas que virão a seguir, inseridas no corpo do texto, foram ditas pela paciente. Quando o período é seguido por NOVAES, é porque constam no trabalho monográfico desta autora.

voltasse, só queria dele a pensão. Costumava dizer que seria inevitável que ele "arrumasse outra", porque "homem não fica uma semana sem sexo" (NOVAES, 2009, p. 29).

Cerca de dois meses após a separação, o marido retornou ao lar. Maria passou a desconfiar de que ele mantivesse uma relação fora do casamento, pois havia noites em que não dormia em casa. Ademais, ela relatava não mais sentir prazer com o sexo, que supunha perdido em decorrência das anestesias das várias cirurgias às quais havia se submetido. Era interessante esta espécie de marcador que Maria havia estabelecido, do qual viria a falar também nas sessões comigo: para ela, com relação ao sexo, havia um antes e um depois da cirurgia da tireoide, mesmo que a sua explicação não fosse corroborada pelos médicos especialistas que a atenderam. Tornou-se, assim, um ponto de certeza para a paciente: antes era uma mulher "fogosa", interessava-se pelo sexo, mas com as anestesias, já não sentia prazer. Maria, ao que parece, anestesiou a si mesma.

Presumindo uma histeria

As falas que versavam sobre os embaraços com o sexo eram frequentes nas sessões, e traziam elementos que tanto depunham de como ela via as particularidades da relação com o marido, quanto apontavam para interrogações acerca das supostas amantes. Era assim que Maria dizia do seu nojo com as secreções corporais, da sua reticência para satisfazer certos pedidos do marido, da sua pouca disponibilidade para buscar o prazer; procurava justificar a sua posição, dizendo já estar casada há vinte e seis anos, de maneira que não fazia mais questão de sexo. Ao mesmo tempo, parecia curiosa com os comentários da vizinha de que tinha visto o seu marido abraçado a uma mulher, fato que a fazia se sentir "enganada", "decepcionada".

O marido de Maria passou a se ausentar com maior frequência, quando finalmente lhe confirmou ter outra mulher. Contudo, não expressava a vontade de se separar, ou de desfazer o casamento: o que pediu à esposa é que ela não ficasse a lhe "jogar na cara" o fato. Ela dizia à psicóloga que a situação não a incomodava, uma vez que ele queria "curtir a vida" e ela não o podia impedir: "Não sou mais 100% mulher, 100% esposa, não posso cobrar nada dele." (NOVAES, 2009, p. 30).

Houve mais algumas saídas e retornos do esposo à casa, e embora Maria seguisse se queixando tanto destas saídas, quanto das amantes que possuía, ela parecia encetar esforços que lhe permitissem algum apaziguamento quanto à nova situação: "Ele não volta enganado, ele sabe dos meus problemas" (NOVAES, 2009, p. 31). Na sua lógica, não havia mais jeito a dar, pois ela tinha perdido o prazer pelo sexo e, assim, não podia mais "preenchê-lo" – outra

mulher o faria; contudo, também não podia se separar, pois dependia financeiramente dele. Restava-lhe como alternativa aceitar a situação.

Outro fato que chamou a atenção da residente foi a menção a algumas cartas que Maria escreveu ao seu vizinho. Este colocava músicas românticas em momentos nos quais o marido dela estava ausente, o que a fez pensar que as músicas eram para ela. Isto despertou o ciúme do esposo, e ela tomou a iniciativa de escrever as cartas pedindo ao vizinho que parasse com as músicas, o que acabou por acontecer.

Com Freud, sabemos que a problemática da castração se articula em relação ao falo, e que a percepção da ausência do órgão genital na menina é, desde cedo, rejeitada enquanto realidade, e distorcida por explicações que procuram encobrir este fato (FREUD, 1987 [1923]), a criança faz da falta um modo de existir o falo. A problemática fálica vem, frequentemente, acompanhada de tentativas de compensação, e o próprio Complexo de Édipo na menina pode culminar com o desejo de obter um filho do pai (FREUD, 1987 [1924*b*]). O modo muito próprio de Maria se colocar em relação ao sexo, as suas explicações para o comportamento do marido, a ideia de que outra mulher o preencheria, o lamento pela perda do prazer no sexo; um aparente desejo sexual insatisfeito, a ideia de ter sido "fogosa" no passado, o pensamento de que existiria uma mulher portadora de um saber fazer sobre o sexo, foram aspectos que corroboraram para levantar como hipótese o diagnóstico de histeria.

Havia, contudo, que considerar a referência às vozes que a paciente ouvira quando da época da internação, episódio ao qual fazia menção no período inicial do tratamento com a residente. Dizia não entender o que havia acontecido, e temia experimentar novamente as alucinações. Tomou para si uma explicação que o psiquiatra lhe dera, qual seja, a de que tivera um "declínio na mente", e ao ler no dicionário que declínio significa fraqueza, descobriu que o seu "subconsciente" falava – por causa da depressão, portanto, tivera um declínio que enfraqueceu a sua mente, e o subconsciente falou (NOVAES, 2009, p. 32). Tais vozes, alucinação do verbo que não se situa em um órgão do sentido, apontam para a não inscrição do significante Nome-do-Pai, e a existência do Outro não barrado, absoluto, que fala ao sujeito (QUINET, 2000; NOVAES, 2009).

A mãe da humanidade: o diagnóstico de psicose

Encerrada a residência, Novaes retomou o caso e produziu novas reflexões, considerando, sobretudo, a última das duas sessões clínicas nas quais apresentou o caso, bem como o período final do trabalho consigo. Este foi caracterizado por uma nova internação de aproximadamente dois meses, em regime de hospital-dia. Maria dizia que conversava com as

estrelas e com os anjinhos, e que o seu problema eram os seis maridos que tinha, entre os quais, um era o próprio marido, e outro, o vizinho para quem havia escrito cartas algum tempo antes. Na Emergência, afirmara ser Michael Jackson seu filho, e à residente, dizia ser mãe de Jesus, Jeová e Amém. Os filhos lhe falavam que ela era a mãe da humanidade, e noutras vezes, ela própria relatava estar mesclada com a outra Maria, a cristã, mãe do mundo. Isto tornava o seu marido também filho seu (NOVAES, 2009, 36).

A pergunta diagnóstica é reiterada, sendo que Novaes interroga que apelo ao Nome-do-Pai se pode localizar no caso de Maria. Chama a atenção para a insistência do significante *filho*, bem como para algumas informações importantes ainda não mencionadas. Neste sentido, adquire valor a menção pela paciente ao fato de não ser mais a mesma mulher depois da cirurgia para a retirada de um cisto no ovário, a partir da qual não mais pode ter filho. Tratou-se de uma cirurgia feita logo após o nascimento da filha, uma gestação descrita como difícil, inicialmente não desejada pelo marido, que chegou a cogitar um aborto; tinha sido uma gravidez de gêmeos, e Maria acreditava que o feto que não sobreviveu era um menino. Ela dizia que o esposo sempre desejou um filho, e que não entendia por que ele queria a interrupção da gravidez.

Um importante dado de prontuário é destacado, o qual vem se somar a outros elementos relevantes para a leitura do caso: Maria havia tentado atear fogo no quarto da filha, dizendo que ela não era sua filha. Esta negação, Novaes, a partir da sessão clínica, tomou como correspondendo a uma outra negação, “ele não é o meu pai”, de modo a dar a ver a inversão na psicose, como mostrara Freud em Schreber (1987 [1911]). A proposição “ela não é minha filha”, por conseguinte, revelaria a inversão de gênero (ele-ela) e de sujeito (pai-filha), permitindo a reescrita da proposição: “eu não ‘reconheço’ meu pai, pois ele, o Nome-do-Pai, lá no lugar do Outro nunca existiu. O ‘reconheço’ equivaleria, assim à foraclusão do Nome-do-Pai”. (NOVAES, 2009, p. 38).

O desencadeamento do segundo surto estaria articulado ao significante filho, significante que promoveu o apelo ao Nome-do-Pai: o filho que ela perdeu, o filho (provável) da amante do marido, o filho que ela não mais poderia ter. Ela se torna, pela via delirante, a mãe da humanidade, e pode, assim, ter os seus próprios filhos: Jesus, Jeová, Amém, o marido, o vizinho. O significante filho é o retorno no real do Nome-do-Pai foracluído.

Depois que Maria atravessou o segundo surto, obteve alta do hospital-dia e foi encaminhada para que eu a atendesse. A indicação do meu nome foi feita em supervisão da residente, quando se ponderou ser interessante que ela pudesse dar continuidade aos

atendimentos com um profissional que fosse da própria unidade, que não estivesse sob vínculo provisório no hospital[60].

O trabalho de Novaes com a paciente Maria, a ver pelos comentários que dela pude ouvir durante a residência, pelos registros de prontuário, pelas sessões clínicas, e pela própria monografia de conclusão da especialização, é revelador do cuidado que teve na condução do caso. Esta atenção com o singular, a busca de uma leitura suficientemente informada para produzir respostas teóricas aos enigmas da clínica, as sucessivas discussões com analistas e em supervisão, a escuta atenta à palavra de Maria, o empenho na manutenção de um lugar na transferência, são elementos que destaco emblemáticos da clínica do sujeito. A lide com a psicose, acompanhada de toda a angústia que pode provocar no analista[61], não fez Cynara Novaes recuar, mas a instigou a encontrar os meios para sustentá-la e dela extrair lições.

5.2.2 A continuidade do trabalho após a residência

O primeiro ano de atendimento: medo de voltar a se internar

Maria não apresentou dificuldades no início do trabalho comigo, pelo fato de ter sido indicada para outra psicóloga: compreendera bem o encaminhamento como uma decorrência do término da residência, e aceitou a mudança. Costumava iniciar as sessões com perguntas do tipo “Do que vamos falar hoje?”. Eu achava curiosa esta forma: por um lado, incomodava-me um pouco, principalmente no princípio, já que soava como se me incluísse, em posição um tanto especular, no lugar de agente de uma ação a se dar na sessão, “vamos falar”, ela e eu falaríamos sobre algo; por outro lado, seguindo-se ao meu silêncio, a algum comentário sobre algo que dissera, ou à pergunta do que gostaria de falar, ela sempre fazia daquele um espaço no qual tratava das dificuldades pelas quais passava, dizia dos incômodos, e encontrava soluções para alguns dos seus impasses.

Os primeiros meses de atendimento foram marcados por certa retomada do que trabalhara com a residente: as vozes, os internamentos, a falta de prazer, as dificuldades com a existência das amantes do marido. Às vezes chegava desanimada, e noutras, expressando revolta: “Por que é que ele [o marido] pode sair, ter uma amante, e eu tenho que ficar lá, cozinhando, passando pra ele?”. Constatava as dificuldades sexuais no seu casamento, e os limites de uma realidade na qual a sua saúde não mais permitia o retorno a atividades laborais.

---

[60] Ordinariamente, o paciente do residente que sai é encaminhado para outro residente que está a iniciar a sua prática.

[61] E, por suposto, em uma jovem psicóloga nas práticas iniciais do seu percurso profissional.

Numa dada sessão, diz: “O que eu não gosto é ficar assujeitada, ter que ficar dependendo do outro, porque eu não tenho como me sustentar”.

As perguntas que me fazia não exprimiam uma suposição de saber, mas eram uma forma de introduzir uma assertiva que ela já trazia sobre si. Foi desta maneira que enunciou os efeitos que vivera pela perda de familiares com a pergunta: “Será que a depressão tem a ver (...) com eu ter perdido quatro irmãos e ter perdido meu pai?”. Um dos seus irmãos morreu atropelado, o outro, vítima de um tiro, e duas irmãs, em decorrência de doenças. O pai sofrera um acidente vascular.

Maria, frequentemente, declarava um especial temor de voltar a ser internada, de experimentar novamente as vozes que ficavam a comandar as suas ações. E o medo de novas perdas parecia atingir a sua frágil estrutura egoica com a possibilidade de resignificar as perdas anteriores, lançando-a novamente em um sem-sentido existencial, ameaçando o instável arranjo que conseguira a custo. Daí, a seriedade que precisava ser conferida a alguns enunciados: “Se [o marido] for embora de casa, eu me interno de novo”; “Será que quando minha mãe morrer, a depressão vai voltar?”.

Quando se aproximava o fim do primeiro ano de atendimento, fui procurada pela filha e pelo esposo da paciente, ambos preocupados com uma dificuldade de Maria para conciliar o sono, além de certa inquietação e, aparentemente, a presença de solilóquios. Ele também queria a minha opinião sobre a possibilidade de estar prejudicando a mulher por “ter outras pessoas”. Os acolhi, conversamos e orientei-os a buscar uma consulta extra da paciente com a médica, que fazia residência em psiquiatria. Em outra ocasião, na mesma época, conversei com esta médica a respeito de Maria, e ela me disse das dificuldades que estava tendo para estabelecer um diagnóstico. Lembrou que outro residente já houvera dado o diagnóstico de parafrenia, e disse que, na preceptoria, a sua professora cogitou se tratar de uma histeria, a partir de entrevista que fez com a paciente. Acrescenta: “Será que não é uma psicose histérica?”.

É interessante notar a complexidade da questão diagnóstica neste caso, e as diferentes perspectivas ao abordá-la. Na vertente de um diagnóstico estrutural, psicanalítico, foram empreendidas discussões clínicas, estudos, supervisões, e através da leitura atenta da fala da paciente, encontrou-se em uma negação (“ela não é minha filha”) a expressão que pôde apontar para a ausência de inscrição do Nome-do-Pai, levando à hipótese de psicose. O particular da referência diagnóstica comparece articulado àquilo que é da ordem do inconsciente, de maneira que interessa a diferenciação entre neurose e psicose para que o sujeito possa ser abordado por meio da palavra que endereça ao Outro, ou que do Outro

porventura recebe sob a forma de alucinações. Trazer à cena do tratamento o sujeito do inconsciente servindo-se de seu sintoma é uma articulação que, diferentemente de por no outro um emblema, permite ao analista se orientar no tratamento, fazendo a leitura da sua posição, do lugar onde o paciente acontece de o colocar.

Na perspectiva fenomenológico-descritiva da psiquiatria, recorre-se aos manuais diagnósticos (CID-10 e DSM-IV), nos quais se elencam descrições fragmentárias dos sintomas sob a forma do extenso rol de transtornos enumerados. Perante a dificuldade para encontrar uma nomeação satisfatória, depois de se transitar por várias, opta-se por uma espécie de solução pela reunião dos sintomas, revelando o relativismo classificatório: psicose histérica. Os registros dos psiquiatras no caso de Maria são descrições dos quadros observados, destacando a adequação no vestir, os sintomas e as queixas, as alterações da memória e da sensopercepção, as doenças prévias existentes. Nas prescrições, as tentativas para bem definir a dose e o fármaco adequados, capazes de controlar os mal-estares da condição da paciente. É assim que Sertralina, Amitriptilina ou Paroxetina são-lhe prescritos para a depressão, Carbamazepina, Tioridazina ou Haldol para a psicose, Rivotril ou Diazepam para tranquilizar. Trata-se de uma forma de intervir na qual se busca o consenso estatístico para nomear o transtorno que, afinal, deve desaparecer sob o efeito dos fármacos.

Novos quefazeres

Maria não veio a apresentar um novo surto até o final dos atendimentos que teve comigo. Surgiram, no processo, outras questões, oriundas de mudanças na realidade, e que a convocaram à responsabilização frente a posições até então não experimentadas. As suas preocupações se deslocaram, e ela buscou partilhar comigo, sua psicóloga, as invenções sobre os novos quefazeres.

O principal acontecimento deste período foi a relação conjugal da sua filha, e a posterior gravidez. A filha de Maria engajou-se em um casamento cujo companheiro era um rapaz cerca de seis anos mais novo, que não tinha emprego nem profissão definida. Ele gostava de ir a bares e de usar drogas, e a relação do casal era marcada por frequentes discussões, que às vezes culminavam em cenas de violência física. Tal situação preocupava muito Maria, que não se cansava de dar conselhos à filha e ao genro, e se empenhava em prover a casa deles de alimentos sempre que aquela a procurava. Isto a exauria, inclusive porque o seu marido criticava a conduta de ajudar a filha dando-lhe alimentos, considerando-a inadequada e protetora – dizia que a moça precisava “se virar” (esta também estava desempregada à época).

Passados alguns meses, a situação se modificou: o rapaz começou a trabalhar, e a relação desfrutou de alguma estabilidade. Veio, então, a gravidez, e a paciente se sentiu convocada a uma função que não experimentara antes: a de avó. Como ela recebia um benefício (Bolsa-família) do governo federal, disponibilizava uma parte dele para preparar a chegada da criança, bem como se mobilizava junto aos irmãos da igreja para levantar doações.

Este engajamento pareceu dotar Maria de novo ânimo, assegurando-lhe a importância da sua presença e das suas ações. As falas relativas às questões do casamento, do sexo e das outras mulheres do esposo não cessaram completamente, mas já não ocupavam o mesmo espaço de antes. E uma pergunta que retornava sempre era durante quanto tempo mais ela precisaria seguir indo ao Juliano Moreira. Cito algumas frases de uma sessão:

> Quando eu venho para o Juliano, eu fico pensando em tudo que eu passei aqui. Aquela internação, ter ficado lá em cima, junto daquelas outras mulheres... Então eu pergunto: 'Meu Deus, por que banana eu precisei vir pra cá?'. Tudo aquilo que eu passei, ficar correndo pela laje, me jogar, fiquei toda arranhada, cheia de mancha roxa (...). Eu enfiei as unhas em [filha], puxei os cabelos dela (...) É terrível! (...) Eu fico muito frustrada porque eu tive aqui (...). As pessoas dizem: 'Mas [Maria], você está tão melhor! A cara que você tinha!'. E eu fico me perguntando como é que estava a minha cara (...). Tudo aquilo que eu passei, as vozes, 'Faça isso, faça aquilo, vá para a cozinha!...'. De que diabo vieram estas vozes?. Então eu pergunto: Será que a depressão vai voltar? Será que, quando a minha mãe morrer, a depressão vai voltar?.

Considero este trecho da fala de Maria emblemático de muitas das questões que venho abordando nesta tese. São perguntas que revelam a perplexidade do psicótico quanto à vivência esmagadora do gozo do Outro, deixando sem resposta a origem das vozes que lhe vêm em comandos. Os procedimentos que envolvem o tratamento, sobretudo quando este é asilar, causam pesar e frustração, e suas marcas parecem indeléveis. A opinião dos pares é lembrada com estranheza, pois o estado extraordinário da pessoa em surto não é de todo assimilável, de maneira que a lembrança da experiência retorna como uma ameaça constante, semelhante ao caráter traumático das marcas mnêmicas quando resignificadas no psiquismo. E ao analista, não há o que interpretar, mas ele pode se manter na transferência tendo a função de testemunhar e de secretariar ajudando a circunscrever e a bordejar o real, no intento de diminuir a disposição mortífera do gozo.

Maria seguiu por mais alguns meses, até se completarem dois anos de trabalho. Sua neta nasceu com saúde, e a sua mãe, envelhecida, veio a carecer de cuidados. Como esta

residia no interior do Estado, Maria decidiu que iria passar alguns meses com ela. Foi assim que pautou o tema da suspensão do tratamento, e obteve alta por sua própria decisão.

Retorno, por fim, à frase de Maria, “O que eu não gosto é ficar assujeitada, ter que ficar dependendo do outro, porque eu não tenho como me sustentar”. Creio que o trabalho foi levado a um ponto no qual isto pode ser reescrito: ao invés do assujeitamento, ela deu conta de se sustentar naquele casamento, mesmo sem prazer no sexo; reencontrou sentido no exercício da função materna e na recente função de avó, retomando os contatos com os vizinhos e irmãos da congregação; decidiu, também, viajar para cuidar da própria mãe. A escuta analítica e o manejo na transferência convocaram à palavra e à responsabilização, permitindo um deslocamento do assujeitamento ao Outro para uma posição de sujeito.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica do sujeito não se pretendeu, aqui, como um modelo a ser seguido, ou uma prescrição de condutas a adotar com base no dispositivo analítico, mas sim como um modo de pensar uma prática possível no trabalho com pacientes em um ambulatório de uma instituição pública de saúde mental, trabalho cujo efeito possibilita que algo de sujeito advenha.

Em outros termos, a prática deve permitir que surjam efeitos de sujeito: que o paciente possa tomar a palavra e se fazer escutar pelo analista; que esta palavra permita, em se tratando de uma psicose, fazer bordas ao gozo invasivo do Outro; que haja, como fruto do ato analítico, o aceno à responsabilização, no sentido de que o paciente se habilite a responder por sua escolha, mesmo na psicose; que o trabalho convoque à permanência do paciente no laço social, uma vez que não há sujeito sem Outro.

A trajetória de estudos, orientação e discussões para a construção desta tese, incluídos aqui o Seminário e o Exame de Qualificação, me fez ver que, para abordar a clínica do sujeito, era preciso mais do que simplesmente me ater aos casos clínicos: faz-se-ia necessário contextualizar o meu local de atuação, situar o leitor no lugar de onde falo, apresentar o hospital no qual desenvolvo a clínica que aqui abordo. Derivou daí o contar um pouco da história do Hospital Juliano Moreira, situando-a no cenário da saúde mental no Brasil.

Ao nos acercar deste campo, constatamos haver, contemporaneamente, um conjunto de iniciativas transformadoras da assistência, o que nos convoca à reflexão sobre os rumos políticos e éticos assumidos. A fim de melhor compreender tais desdobramentos, retomei, com Foucault, as tradições crítica e trágica na história da loucura, com o nascimento das práticas asilares e a criação mesma da psiquiatria, e avancei de modo a poder chegar ao cenário atual da Reforma Psiquiátrica e as suas influências e consequências na confecção de novos fazeres no campo psi.

Em cada um dos casos que escolhi para desenvolver na tese, priorizei alguns aspectos que tiveram mais relevância, de maneira que o trabalho servisse de mostração do que pode a clínica. Para tanto, busquei o específico da concepção de sujeito na psicanálise, enfatizando o seu laço com a clínica (teoria e clínica são inseparáveis, como sempre quis e fez Freud), e segui fazendo uma leitura do que chamo “discursividades presentes no HJM”, utilizando-me da teoria dos discursos em Lacan. Procurei, por este meio, evidenciar como se dá a elisão ou o apagamento do sujeito uma vez que predominem determinados discursos em função de cada uma das práticas (o discurso médico hegemônico, o da Reforma Psiquiátrica, o da assistência, o que ancora a preponderância do tratamento pelos fármacos). A clínica do sujeito aqui

comparece na aproximação com a posição do analista, seja quando esta pode ser sustentada no lugar ocupado pelo objeto *a* no discurso do analista, seja na condição advertida quando ele precisa circular por outros discursos.

A questão diagnóstica constituiu-se em um eixo por meio do qual abordei os três casos selecionados para versar sobre o tema do sujeito. No Caso Márcia, destaquei o valor significante do "ser paciente do Juliano", a partir do próprio tratamento – a riqueza deste caso deixa ver a articulação entre o sujeito e o Outro, a presença do Outro na constituição do sujeito. Como mostrei, o efeito do sentido dado pela cultura sobre o Hospital Juliano Moreira torna este uma metáfora da loucura, conforme enunciou a paciente. No trabalho analítico, a sua fala foi escutada de modo a dar lugar a novas associações e produzir outros sentidos, a engendrar interrogações, possibilitando mudanças na posição subjetiva.

Os dois outros casos foram se revelando como de psicose no decurso do tratamento, e para discorrer sobre eles, fez-se importante trazer um tanto do que diz a psicanálise sobre essa estrutura. Tratei, assim, da teoria psicanalítica das psicoses, calcada no trabalho de Freud e de Lacan, e através da demarcação de certos momentos teóricos e de conceitos fundamentais, destaquei o modo como estes autores lidaram com a palavra e as produções do psicótico, construindo bases para a clínica que se pretenda do sujeito na psicanálise.

Sobre o diagnóstico, nos diz Leguil (1989), em palavras que bem traduzem uma perspectiva de análise que aqui fiz minha, que ele, o diagnóstico,

> Diferentemente de uma etiqueta, é um dos meios de se orientar num tratamento para dizer, do lugar onde nos põe o paciente, o que permite sua efetuação, até mesmo (...) que não a permite totalmente. Demarcação na estrutura, traço do que se liga na transferência, primeiro sedimento ou emblema rudimentar de um impossível, juntando num mesmo vocábulo o sintoma e o que o completa, um diagnóstico tem portanto compromisso com o cuidado em dispor as primeiras coordenadas da experiência. (p. 69).

Conforme apontei em diferentes passagens deste escrito, a psiquiatria vem gradativamente se afastando de categorias diagnósticas importantes que a sua própria história legou. Uma das reflexões que advém desta constatação, para a qual trago Quinet (2001) em auxílio, é a de que "o atual movimento de desaparecimento das entidades clínicas descritas pela psicanálise dos manuais de diagnóstico (DSM e CID) dificulta a proposta de interconexão entre psiquiatria e psicanálise almejada por Freud" (p. 73). Sobre isto, posso dizer que o caso Maria é diferente do caso Iolanda no que se refere à troca efetuada com o psiquiatra: a de Iolanda foi mais rica na perspectiva da atenção ao sujeito, talvez porque o

psiquiatra tenha estudos de psicanálise a informar a sua prática. No caso Maria, a condução dos médicos esteve pautada na busca do consenso estatístico, sem qualquer remissão à estrutura psíquica.

O trabalho com o psicótico é deveras árduo, desafiador, inquietante. Não há recalque a suspender, expectativas de retificações subjetivas devem ser contidas, a dialetização de posições muitas vezes não vem. E como diz Neusa Souza (1991), lembrando a colocação de Beckett de que as palavras, em sua aventura, contam uma história de amor e revelam contentamento consigo mesmo, na psicose "a alegria cede lugar à angústia e as palavras, ao perderem sua capacidade de designar e significar, deixam de contar história". (p. 37). Ainda assim, e quiçá por isto mesmo, é importante não recuar, é um dever ético do analista manter a aposta de que, pela oferta e sustentação do seu trabalho, ali onde muitas vezes tudo parece tão dilacerado, um novo dizer possa advir, uma outra forma de responder ao Outro, de esvaziar um pouco a sua consistência, possa se dar, um remendo novo no tecido esgarçado de uma existência possa ser costurado. Por tais caminhos, a aposta.

Antes de finalizar, há ainda um ponto que considero merecedor de atenção, e que surge como efeito de reflexões entabuladas na tese. Como inspiração, apoio-me em uma passagem enunciada por Rinaldi e Alberti (2009) que tem a intenção de salientar a contribuição da universidade à saúde mental na medida em que volta para este campo as suas pesquisas:

> Vivemos atualmente um momento de máximo risco frente ao recrudescimento impressionante da foraclusão do sujeito! Diante do que não temos outra saída senão fortalecer nossa prática com atos que se sustentem em nossa teoria, nossa formação de psicanalistas e nossa consequente particularidade ética, ao contrário do que se pensava antes, de que é preciso adaptá-las ao discurso médico para se fazer ouvir. (id.)

A presente tese depõe disto: é o resultado de uma pesquisa acadêmica, oriunda de um trabalho no campo da saúde mental, o qual é, por sua vez, calcado na experiência clínica da pesquisadora, clínica esta orientada pela psicanálise. E vale a pena sublinhar: o trabalho analítico se desenvolve em um ambulatório de um hospital público.

É este o aspecto a assinalar, o qual talvez venha a se constituir em um incentivo para futuras reflexões: a premência de se voltar a atenção ao lugar de importância que o ambulatório ocupa na assistência em saúde mental. Destaquei de modo breve, no capítulo dois, que o ambulatório conta como um pilar significativo no conjunto de alternativas ao tratamento asilar e cronificante da doença mental, sendo ele um local privilegiado para a

prática da psicanálise. Contudo, esta relevância atestada pela própria história não parece ser compatível com o lugar que vem sendo dado a esta modalidade de tratamento na formulação das novas políticas de assistência. Tem sido frequente, em ambientes de discussão com profissionais que atuam em unidades de saúde mental – a exemplo de debates em aulas de pós-graduação, em colóquios e seminários, em reuniões com psicólogos etc. – a constatação de que há uma espécie de denegação quanto ao papel que cumpre o ambulatório nas políticas de saúde mental, com um silenciamento no que toca aos projetos para a ampliação das unidades já existentes, e para a construção de outras no futuro próximo.

Aborda-se ampla e intensamente o tema dos CAPS e das novas modalidades de atendimento, dando a impressão de que a atenção psicossocial, com a realidade das redes e o trabalho de reinserção, se apresenta quase exaustiva na assistência em saúde mental. Sabemos que nem sempre é isto o que se intenta, mas a omissão em se evidenciar as boas práticas dos tratamentos ditos "clássicos", como, entre outros, o psicanalítico, é reveladora de um modo de considerar que a "velha clínica" deve dar lugar a uma outra, "nova", pautada por condutas pragmáticas e intervenções pontuais.

Os psicanalistas contam significativamente entre os que estão a denunciar os possíveis efeitos desta postura reticente para com a clínica, e da intensificação de condutas e abordagens nas quais o sujeito do inconsciente fica elidido ou foracluído. Esforçam-se para mostrar como se procura estabelecer o caráter exitoso dos tratamentos na medida em que os sintomas são suprimidos ou os comportamentos ajustados às expectativas de uma sociedade marcada pela produção e consumo intensos, e pela espetacularização do cotidiano.

A pesquisa e a tese que ela engendrou, aqui expostas, talvez possam expressar uma contribuição, um incitamento à reflexão. O ambulatório é o lugar do ir-e-vir, um lugar de passagem, é o consultório tornado público, e para onde acorre uma população que, paradoxalmente, não serve de parâmetro para a espetacularização da vida, mas tem sido cada vez mais envolvida com os imperativos do consumo. Estas pessoas dispõem da ocasião de encontrar, neste lugar de passagem, um espaço para construir as suas interrogações, para contar as suas angústias, para se analisar, inclusive, se tiverem a contrapartida de profissionais que não se deixem guiar pelo *furor sanandi* nem pelo furor de reabilitar e reeducar, como assinala Figueiredo (2004).

Para encerrar, retomo as palavras já ditas de que trabalhar com a psicanálise no âmbito da instituição pública de saúde mental é poder transitar no campo do diverso, e mesmo em discursos diversos, se necessário for, desde um lugar advertido. É se manter na lida sem

garantias outras que a de um saber suposto, e sob a égide de uma ética que preza pelo desejo e respeita a diferença. É levar em conta o sujeito na sua alteridade radical.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia. Psicanálise e discurso: a clínica no campo social. In: GUERRA, Andréa M. C.; MOREIRA, Jacqueline de O. (Org.). **A Psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba, PR: Editora CRV, 2010, p. 19-25.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, p. 73-84.

ANDRADE FILHA, Lêda L. **A clínica na saúde mental: qual lugar para o sujeito?**. Trabalho apresentado na mesa redonda Saúde Mental e Subjetividade, do evento comemorativo ao Dia do Psicólogo (Texto não publicado). Salvador, Bahia:. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, agosto de 2010.

_____. **Singularidade e divisão do sujeito: um percurso na teoria de Freud e Lacan**. Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 1999.

ARAGAO E RAMIREZ, Heloísa Helena. Sobre a metáfora paterna e a foraclusão do nome-do-pai: uma introdução. **Mental**, Barbacena, v. 2, n. 3, nov. 2004 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2012.

AUBERT, Jacques. James Joyce – Nota biográfica. Tradução Olga M. C. Souza. In: LETRA FREUDIANA. ***Retratura* de Joyce: Uma perspectiva lacaniana**. Rio de Janeiro: Escola da Letra Freudiana, 1993, ano XII, nº 13, p. 27-39.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. (Trad. Sonia Soianesi & Maria Celeste Marcondes). São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979.

BENETI, Antônio. Do discurso do analista ao nó borromeano: contra a metáfora delirante. In: **Opção Lacaniana OnLine**. Texto estabelecido por Sueli de Melo Miranda. Escola Brasileira de Psicanálise-Seção Minas, 2005. Disponível em: http://www.opcaolacaniana.com.br/antigos/n3/pdf/artigos/ABDiscurso.pdf.. Acesso em: 13 out. 2012.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. (Trad. Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

BIRMAN, Joel. Relançando os dados: a psicopatologia na pós-modernidade, novamente. In: VIOLANTE, Maria L. V. (org.). **O (im)possível diálogo psicanálise-psiquiatria**. São Paulo: Via Lettera, 2002, p. 47-63.

-----. **Guerras psi**. In: Cult – Revista Brasileira de Cultura. São Paulo: Ed. Bregantini, nº 159, jul. 2011, ano 14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BURGARELLI, Sueli Rodrigues.; SANTIAGO, Jésus. A psicose de Lacan a Freud. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, abr. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2012.

CALLIGARIS, Contardo. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CALVINO, Italo. **Marcovaldo ou As estações na cidade**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CAMPOS, Haroldo de. O afreudisíaco Lacan na galáxia de lalíngua (Freud, Lacan e a escritura). In: CESAROTTO, Oscar (org.). **Idéias de Lacan**. São Paulo: Iluminuras, 2001, p. 175-195.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. (Trad. Maria Thereza da C. Albuquerque). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CHATELARD, Daniela S. Do determinismo psíquico às escolhas subjetivas. In: **Revista do Departamento de Psicologia**. UFF, v. 19, n. 2, p. 339-344, Jul/Dez. 2007. Disponível em: http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/v19n2_cap04_dodeterminismo.pdf. Acesso em: 18 mai. 2012.

CHEMAMA, Roland. (Dir.). **Dictionnaire de la Psychanalyse**. Paris: Larousse, 1993.

COSTA, Jurandir. F. Apresentação. In: GOLDBERG, Jairo. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Corá Editora: Instituto Franco Basaglia, 1994.

DESCARTES, René. Discurso do Método. In: **Os Pensadores –** Descartes, vol. I. Tradução J. Guinsburg e B. P. Júnior. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

DICIONÁRIO Contemporâneo da Língua Portuguêsa Caldas Aulete. Rio de Janeiro: Editôra Delta S.A., 1970.

DICIONÁRIO Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2007, Versão 2.0a.

DICIONÁRIO Michaelis UOL. Programa WDIC. Dicionário eletrônico, adquirido em jan. 2007

DOR, Joël. **Introdução à leitura de Lacan: estrutura do sujeito**. Trad. Patrícia C. Ramos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

EL-BAINY, Estenio I. **Juliano Moreira: o mestre, a instituição**. Salvador, BA: Memorial Professor Juliano Moreira, 2007.

FERNANDES, Andréa H. O caso Aimée e a causalidade psíquica. **Ágora (R J.)**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, Dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982001000200006. Acesso em: 04 ago. 2012.

_____. **A clínica da recepção no campo da saúde mental**. Projeto de pesquisa desenvolvido junto à Universidade Federal da Bahia/Curso de Psicologia, com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, 2006-2008 (trabalho apresentado em aula do curso de pós-graduação em psicologia da UFBA., em outubro de 2008).

_____. Psicanálise: interpretação. In: FERNANDES, Andréa (Org.). **A lógica da interpretação**. Salvador: Associação Campo Psicanalítico, 2012.

FERNANDES, Andréa H.; FREITAS, Luana A. de. Tempos de reforma psiquiátrica: a clínica da recepção e a direção do tratamento no hospital Juliano Moreira, de Salvador – Bahia. In: **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo: Universidade Mackenzie, v. 11, n.1, p. 97-109, 2009.

FERNANDES, Lia R. **O olhar do engano: Autismo e Outro Primordial**. São Paulo: Escuta, 2000.

FERREIRA, Aurélio. B. de H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, Ana C.. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

_____. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.** 7(1): 75-86, mar. 2004.

_____. FIGUEIREDO, Ana C. A função da psicanálise (e do psicanalista) na clínica da atenção psicossocial. In: NASCIMENTO, Eliane M. V. do; GONZALES, Rita de C. F. (Org.). **Psicanálise e os desafios da clínica na contemporaneidade**. Salvador: EDUFBA, 2007, p. 81-89.

_____. Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental. In: GUERRA, Andréa M. C.; MOREIRA, Jacqueline de O. (Org.). **A Psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba, PR: Editora CRV, 2010, p. 11-18.

FIGUEIREDO, Ana Cristina; TENÓRIO, Fernando. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, ano V, v. 1, p. 29-43, 2002.

FINK, Bruce. **O sujeito lacaniano; entre a linguagem e o gozo**. Tradução Maria de Lourdes Sette Câmara. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. [1966]. (Trad. Salma T. Muchail). São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____. Introdução (*in* Binswanger) [1954]. In: FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise**. (Org. Manoel B. da Motta; trad. Vera Lúcia A. Ribeiro). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, 3.ed., p. 71-132.

_____. Filosofia e Psicologia [1965]. In: FOUCAULT, Michel. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria, psicanálise**. (Org. Manoel B. da Motta; trad. Vera Lúcia A. Ribeiro). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010, 3.ed., p. 220-231.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. [1961]. (Trad. José T. C. Netto). São Paulo: Editora Perspectiva, 1978).

FREIRE, Marcelo M. **A escritura psicótica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vols. IV e V.

_____. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia paranoides). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XII.

_____. (1911). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*) relatado em autobiografia ("O Caso Schreber", 1911). In: **Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (*Dementia Paranoides*) relatado em autobiografia : artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)**. Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1913 [1911]). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XII.

_____. (1914*a*). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIV.

_____. (1914*b*). O inconsciente. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIV.

_____. (1917 [1915]). Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIV.

_____. (1915). Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIV.

_____. (1916-1917 [1915-1917]). Conferências introdutórias sobre psicanálise – Conferência XXI: O Desenvolvimento da Libido e as Organizações Sexuais. In: **Edição**

Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vols. XV e XVI.

_____. (1917 [1915]). Luto e melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIV.

_____. (1923 [1922]). Dois verbetes de enciclopédia – (A) Psicanálise (B) A teoria da libido. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XVIII.

_____. (1923). A organização genital infantil. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIX.

_____. (1924 [1923]). Neurose e psicose. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIX.

_____. (1924*a*). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIX.

_____. (1924*b*). A dissolução do complexo de Édipo. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XIX.

_____. (1926). A questão da análise leiga. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XX.

_____. (1930 [1929]). O mal-estar na civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XXI.

_____. (1933*a* [1932]). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXI: A dissecção da personalidade psíquica In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1987, vol. XXII.

_____. (1933*b* [1932]). Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXXII: Ansiedade e vida instintual. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XXII.

_____. (1940 [1938]). Esboço de psicanálise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XXIII.

GARCIA-ROZA, Luiz A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

GERBASE, Jairo. *a* no nó. In: ALMEIDA, Amélia (org.). **Objeto *a*: invenção lacaniana**. Salvador, BA: Campo Psicanalítico, 2009, p. 33-41.

GODINO CABAS, Antonio. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Cora Editora: Instituto Franco Basaglia, 1994.

GUIMARÃES, Roberto M. & BENTO, Victor E. S.. O método do "estudo de caso" em psicanálise. **Psico**, Porto Alegre, RS: PUCRS, 39(1), 91-99.

HADDOCK-LOBO, Rafael. *História da Loucura* de Michel Foucault como uma "História do Outro". In: **Veritas**. Porto Alegre, v. 53, n. 2, abr./jun. 2008, p. 51-72.

HANNS, Luiz A. **Dicionário comentado do alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1996.

HENNING, Marta. Neuroquímica da vida cotidiana. In: **Cadernos do IPUB – Antropologia e história dos saberes psicológicos**, vol. VI, n. 18, pp. 123-132. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

HISTÓRIA do Pensamento. São Paulo: Ed. Nova Cultural Ltda., 1987.

JACOBINA, Ronaldo. **O asilo e a constituição da psiquiatria na Bahia**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado em Saúde Comunitária. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia, 1982.

JORGE, Marco A. C.. "A psicoterapia conduz ao pior" – Apontamentos sobre a querela psicanálise/psicoterapia. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana C. (Org.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 127-140.

JORGE, Marco A. C.; FERREIRA, Nadiá P.. **Lacan, o grande freudiano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

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

_____. **Psicose, perversão, neurose: a leitura de Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

_____. **Lacan e a psicose**. In: JORNADA DE PSICANÁLISE DO COLÉGIO DE PSICANÁLISE DA BAHIA. Salvador, Bahia, 18 e 19 ago. 2006 (trabalho não publicado; registro sob a forma de anotações pessoais).

KAUFMANNER, Henri. **A solução elegante de Lacan: uma formalização do "Além do Princípio do Prazer"**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG/FAFICH, 2006, 147p..

KOYRÉ, Alexandre. **Considerações sobre Descartes**. Lisboa, Portugal: Editorial Presença, 1992

LACAN, Jacques. (1932). **Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade**. Tradução Aluísio Menezes, Marco A. C. Jorge e Potiguara M. da S. Jr.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____.(1938). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Tradução Vera Ribeiro; versão final Angelina Harari e Marcus André Vieira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1955-1956). **O Seminário, livro 3: as psicoses**. Versão Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1988.

_____. (1956 [1954]). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a "Verneinung" de Freud. In: **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1959 [1957-1958]). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1960). Posição do inconsciente. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1962-1963). **O Seminário, livro 10: a angústia**. Versão final Angelina Harari. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. (1964). **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1990.

_____. (1966). A ciência e a verdade. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. (1969-1970). **O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise**. Versão Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992.

_____. (1970). Radiofonia. In: LACAN, Jacques. **Outros escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. (1971-1972). **...ou pior. Seminário XIX**. Tradução Andréa T. D. Gonçalves, Deane Fiúza, Denise Coutinho, Maria A. M. Fernandes, Michel Colin. Revisão de Denise Coutinho. Salvador: Espaço Moebius, 2003. Publicação não comercial.

_____. (1972-1973). **O Seminário, livro 20: mais, ainda**. Versão M. D. Magno. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

_____. (1975-1976). **O Seminário, livro 23: o sinthoma**. Edição h-e-R-e-S-I-a, volumes 1, 2, 3. Para circulação interna. Salvador: Colégio de Psicanálise da Bahia, 1997.

LALANDE, André. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3ª ed.. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LAURENT, Dominique. Retorno sobre a tese de Lacan: o futuro de Aimée. In: MILLER, Jacques-Alain (Org.). **Ornicar?: 1. De Jacques Lacan a Lewis Caroll**. Tradução André Telles... [et al.]. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004, p. 80-100.

LEGUIL, François. Mais além dos fenômenos. In: LACAN, Jacques e outros. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989, p. 60-69.

LETRA FREUDIANA. ***Retratura* de Joyce: Uma perspectiva lacaniana**. Rio de Janeiro: Escola da Letra Freudiana, Ano XII, nº 13, 1993.

MACEDO, Lucíola F. de. **A experiência trágica da loucura em Michel Foucault**. Disponível em: http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Luciola_Freitas_de_Macedo_A_experiencia_tragica_da_loucura_em_Michel_Foucault.pdf. Acesso em: 09 jul. 2011.

MILNER, Jean-Claude. **A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia**. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

MILLER, Jacques-Alain. Esquizofrenia y paranoia. In: BROCA, R. et al.. **Psicosis y Psicoanalisis**. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL, 1985, p. 7-30.

MONSENY, José. A ética psicanalítica do diagnóstico. In: QUINET, Antonio. **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 69-72.

MONTEZUMA, Márcia A. A clínica na saúde mental. In: QUINET, Antonio. **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 133-141.

NALLI, Marcos A. G. Figuras da loucura em Histoire de la Folie. In: **Psicologia em Estudo**. Maringá, PR: jul./dez. 2001 v. 6, p. 39-47.

NOVAES, Cynara S. A. **A mãe da humanidade: elaborações sobre o diagnóstico orientado pela psicanálise**. Monografia apresentada ao Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2009.

NUDLER, O. Descartes e o campo epistemológico moderno. In: FUCKS, Saul. **Descartes: um legado científico e filosófico**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: COPPE, 1998, pp. 171-182.

PAMPLONA, Graça. Uma questão diagnóstica – psicose ou histeria?. In: QUINET, Antonio (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 261-267.

PEREIRA, Mário E. C. Bayle e a descrição da aracnoidite crônica na paralisia geral: sobre as origens da psiquiatria biológica na França. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 743-751, dez. 2009.

PESSOTI, Isaias. **Os nomes da loucura**. São Paulo: Ed. 34, 1999.

POLI, Maria C.. "Eu não procuro, acho": sobre a transmissão da psicanálise na universidade. In: LO BIANCO, Ana C.. **Freud não explica: a psicanálise nas universidades**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006, p. 39-52.

PORGE, Erik. Sujeito. In: KAUFMANN, Pierre. (Editor). **Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996

QUINET, Antonio. **Teoria e clínica da psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. Como se diagnostica hoje?. In: QUINET, Antonio (org.). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 73-77.

_____. **Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

_____. **A estranheza da psicanálise: a escola de Lacan e seus analistas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2011. Disponível em: http://pt.scribd.com/doc/61389230/QUINET-A-A-estranheza-da-psicanalise. Acesso em: 11 mai. 2012.

RAMOS, Ricardo A. Histórias da *História da Loucura*. In: **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 13(1): 215-231, 2003, p. 225-229.

RICOEUR, Paul. **Da interpretação: ensaio sobre Freud**. Tradução Hilton Japiassú. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

RINALDI, Doris. (2006) Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.) **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 141-148.

_____. Joyce e Lacan: algumas notas sobre escrita e psicanálise. In: **Joyce – Lacan: O Sinthoma / Intersecção Psicanalítica do Brasil**. Recife: CEPE, 2007, p. 169-175.

_____. Reinserção social e clínica: impasses no campo da reforma psiquiátrica. In: GUERRA, Andréa M. C.; MOREIRA, Jacqueline de O. (Org.). **A Psicanálise nas instituições públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba, PR: Editora CRV, 2010, p. 129-140.

RINALDI, Doris Luz; ALBERTI, Sonia. Psicanálise, Saúde Mental e Universidade. **Estud. pesqui. psicol**., Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, set. 2009 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 dez. 2013.

RÖD, W. **Conhecimento e autoconhecimento na filosofia moderna**. Trabalho apresentado na 30ª Semana de Filosofia da Universidade de Brasília (UnB). Brasília, DF: maio de 2000 (texto cedido para uso restrito de participantes do evento).

ROUDINESCO, Elizabeth.; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1998.

SAFOUAN, Moustapha. Da foraclusão. In: KATZ, Chaim S. (Org.). **Psicose: uma leitura psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 1991, p. 213-232.

SAURET, Marie-Jean. A pesquisa clínica em psicanálise. **Psicologia USP**, 14(3), 89-104.

SILVESTRE, Michel. **Amanhã, a psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

SIMANKE, Richard T.. **A formação da teoria freudiana das psicoses**. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

SOUZA, Aurélio. **Os discursos na psicanálise**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2003.

SOUZA, Neuza S. A palavra da psicose. In: BIRMAN, Joel; DAMIÃO, Marcelo M. (coord.) **Psicanálise, ofício impossível?**. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

STAKE, Robert. E. Pesquisa qualitativa naturalista: problemas epistemológicos. **Revista Educação e Seleção**, (7), 19-26.

STRAUSS, Marc. A verdadeira função do pai é unir um desejo à lei. In: MILLER, Gérard (org.). **Lacan**. Tradução Luiz Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

TENÓRIO, Fernando. Da reforma psiquiátrica à clínica do sujeito. In: QUINET, Antonio (org). **Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 121-131.

VEGH, Isidoro. Joycescrito – Por que Lacan recorreu a Joyce?. In: **Joyce – Lacan: O Sinthoma / Intersecção Psicanalítica do Brasil**. Recife: CEPE, 2007, 227-234.

VENÂNCIO, Ana T. **As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações**. In: Revista Estudos Históricos. Rio de Janeiro, nº 36, p. 59-73, jul./dez. 2005.

-----. **Sem camisa de força** (Reportagem). Revista de História da Biblioteca Nacional, edição nº 66, março de 2011. Disponível em: http://www.revistadehistoria.com.br/v2/home/?go=detalhe&id=3012. Reportagem de 01/04/2010. Acesso em: 05 mar. 2011.

VERAS, Marcelo F. A. dos S. **A loucura entre nós: A teoria lacaniana das psicoses e a saúde mental**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

VILLALBA, Ivete. A audácia da psicanálise ante a culpa. In: **Anais do 2º Congresso Internacional do Colégio de Psicanálise da Bahia: "A Culpa"**. Org. Urania T. Peres, Regina Sarmento e Darilda Miranda. Salvador: Colégio de Psicanálise da Bahia, 2001, p. 435-440.

ZAFIRIAN, Édouard. Um diagnóstico em psiquiatria: para que?. In: LACAN, Jacques e outros. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989, p. 45-51.