

As estabilizações na clínica das psicoses e das toxicomanias

Júlia Reis da Silva Mendonça¹

Márcia Rosa²

¹Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Psicanálise pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Psicóloga e psicanalista.

²Pós-Doutora pela Universidade de Paris 8. Doutora em Literatura Comparada. Mestre em Filosofia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia/Estudos Psicanalíticos da UFMG. Psicanalista. Membro da Associação Mundial de Psicanálise e da Escola Brasileira de Psicanálise, Seção Minas Gerais.

Introdução

Na atualidade, observa-se um aumento de toxicômanos que apresentam uma estrutura psicótica. Da mesma forma, há uma ampliação das práticas “terapêuticas” que visam “tratar” esses sujeitos, como as comunidades terapêuticas, a terapia cognitivo-comportamental – que tem foco na mudança de comportamento – e a Psiquiatria biológica medicamentosa. Contudo, diante de tais práticas que primam pela abstinência do uso de drogas como condição de tratamento e que desconsideram as particularidades dos sujeitos, a Psicanálise defende um método teórico-clínico que considera que há uma causalidade psíquica no recurso à substância. A Psicanálise defende, portanto, uma construção do diagnóstico diferencial e da direção de tratamento distinta da Psiquiatria de orientação biológica e de outras terapias psicológicas, na medida em que: 1. Considera que a psicose é uma estrutura clínica na qual um significante primordial está foracluído, o Nome-do-Pai; 2. Defende a importância do sujeito (do inconsciente) e não da substância consumida; 3. Entende que cada sujeito faz um uso particular da droga, de modo que a droga/substância pode ter diferentes funções para cada sujeito de acordo com seus determinantes psíquicos.

Nesse sentido, este trabalho pretende apresentar algumas considerações sobre as estabilizações na clínica das psicoses e das toxicomanias para a Psiquiatria clássica e contemporânea, de orientação biológica, e para a Psicanálise. O método teórico-clínico proposto pela Psicanálise freudiana promoveu um corte epistemológico com a Psiquiatria clássica ao propor uma escuta para além do olhar: a escuta do inconsciente, a atribuição da doença mental não a uma causa orgânica, e sim psíquica, e a mudança de paradigmas em relação à construção do diagnóstico e da direção de tratamento, principalmente em relação ao entendimento do delírio como uma solução estabilizadora da psicose. Do mesmo modo, na contramão da Psiquiatria contemporânea de orientação biológica, que medicaliza tanto o sintoma como o delírio, a Psicanálise de orientação lacaniana buscou descrever as desestabilizações e os fenômenos elementares a partir da compreensão de que na psicose se trata de um problema da relação do sujeito com o corpo e com o Outro. Desse modo, a Psicanálise considera que o delírio não é um *deficit*, e sim uma solução diante do real, uma invenção, um dos modos, entre outros, de se alcançar a estabilização da psicose. Do mesmo modo que as diferentes formas de estabilização – via passagem ao ato, via identificação imaginária, ou via construção da metáfora delirante –, descritas por Lacan, o recurso à droga também pode promover uma estabilização da psicose quando a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” promove uma localização/contenção do gozo, ainda que essa solução revele alguns impasses.

As psicoses e as estabilizações para a Psiquiatria clássica

A Psiquiatria se constituiu como uma disciplina médica que tinha como objeto a doença mental. Ao mesmo tempo em que a Psiquiatria criou, na modernidade, um novo objeto social, a loucura, práticas de vigilância e punição se ergueram no pano de fundo do tratamento proposto aos denominados “alienados”.

Até o século XVIII, os pacientes com transtornos mentais eram afastados do resto da sociedade e encarcerados em condições precárias, sem nenhuma oferta de tratamento, com outros excluídos socialmente, como criminosos, mendigos, prostitutas. A internação, como pontua Foucault (1998), era assunto de política e não da Medicina, e não tinha a finalidade de curar, e sim de excluir da sociedade aqueles que eram julgados inadequados.

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

Pinel entrou para a História por ter criado um local exclusivamente destinado aos denominados doentes mentais: as instituições sanitárias, os manicômios. E também por oferecer, de forma inaugural, uma terapêutica para tratá-los: o “tratamento moral”, que tinha como objetivo normatizar o alienado com ajuda da instituição curativa, por meio de medidas físicas e higiênicas como banhos frios, pregações morais, máquinas giratórias, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa.

Pinel considerava que o conhecimento se baseava na observação empírica dos fenômenos. Ainda que considerasse que a loucura tinha diversas causas (físicas, herdadas), ele atribuía maior importância às causas morais, como as paixões intensas e os excessos (Bercherie, 1989). O fim da enfermidade, ou seja, a estabilização do quadro clínico, seria, então, alcançada com a “eliminação da matéria mórbida” (Bercherie, 1989, p. 22). E para alcançar tal objetivo os loucos eram colocados em instituições e afastados do meio familiar, de modo que, submetidos a uma disciplina severa e a um mundo regulado pela lei médica, eles alcançariam a estabilização. Dessa forma, baseado no método da observação empírica e clínica, Pinel promoveu uma mudança de paradigma em relação à loucura, que passou a ser definida como uma doença mental passível de tratamento.

Esquirol, discípulo de Pinel, também estava preocupado em delimitar as disfunções psíquicas que caracterizavam a doença mental e descreveu sintomas clínicos observados nos transtornos mentais, separou a idiotez, termo que ele utilizou para substituir o idiotismo, de uma demência aguda; dividiu a demência em uma forma aguda, passível de cura, da forma crônica e incurável; excluiu da descrição da mania a forma “sem delírio”; distinguiu a alucinação

do delírio; e criou a grande classe das monomanias, que são os transtornos mentais que afetam parcialmente a mente, deixando intactas as faculdades mentais. Ele também deu continuidade ao tratamento moral iniciado por Pinel, pois considerava que o adoecer era parte da experiência sensorial do sujeito e que a loucura podia ser um estado reversível, isolando os loucos a fim de lhes impor novos “hábitos intelectuais e morais” (Bercherie, 1989, p. 72).

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

Contudo, ao longo do século XIX, a Psiquiatria sofreu influência da Física, da Química e mais fortemente da Biologia, aliada a estudos sobre anatomia e fisiologia, caracterizando a formação do que Bercherie (1989) nomeou de Psiquiatria clássica, que teve uma forte influência de Kraepelin.

Kraepelin estabeleceu uma metodologia de pesquisa dos transtornos mentais que incluía um novo modo de classificação das patologias. Diferentemente de seus antecessores Pinel e Esquirol, o autor (2009) propôs um modelo biológico ao considerar que as patologias psiquiátricas tinham causas orgânicas e eram hereditárias.

Kraepelin se utilizou de estudos estatísticos comparativos das doenças mentais em diferentes culturas para investigar a questão da degeneração e validar suas classificações nosológicas. Como o autor estava preocupado com a transmissão hereditária das patologias mentais e os desvios de conduta, ele defendeu uma Psiquiatria preventiva, de modo que “tratar” passou a ser sinônimo de diagnosticar. Ele definiu dois grandes grupos patológicos: a demência precoce e a loucura maníaco-depressiva, que seriam endógenas, congênicas, de constituição hereditária, e em sua maior parte incuráveis. Estas seriam distintas da loucura exógena, doenças mentais adquiridas, que seriam consequência de fatores tóxico-infecciosos, acidentais, ou de uso de medicamentos. Na categoria da demência precoce, foram incluídas as formas clínicas: 1. Hebefrênica, em que estavam presentes os distúrbios de linguagem. 2. Catatônica, em que os estados depressivos eram seguidos de uma fase de excitação, estupor catatônico, e fase confusional. 3. Paranoide, também definida como delirante, em que estavam presentes as alucinações e os delírios. Kraepelin reagrupou todos os estados agudos (psiconeuroses) não confusionais que não constituem estados síndromicos da demência precoce, e as nomeou como loucura maníaco-depressiva, em que os acessos eram constituídos por três tipos de perturbações fundamentais: do humor, da ideação e da vontade. Desse modo, Kraepelin, diferentemente da Psiquiatria que o antecedeu, passou a defender que havia uma identidade entre a melancolia, que ele não distinguia da depressão, e a mania.

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

Bleuler (1985) criticou o termo “demência precoce”, cunhado por Kraepelin, ao observar que a doença poderia aparecer não só na puberdade, mas também em fases tardias da vida, e que, em alguns casos, não havia uma deterioração completa da personalidade, de modo que “era, pois, necessário criar um conceito que reunisse os quadros mórbidos de igual sintomatologia” (Bleuler, 1985, p.279). Sendo assim, o autor elaborou, em 1911, o conceito de esquizofrenia ao agrupar as três formas de demência precoce e incluir a esquizofrenia simples.

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

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

Bleuler apresentou, assim, contribuições importantes para a clínica e teve uma grande influência sobre o ponto de vista dinâmico da Psiquiatria ao considerar a presença não de uma deterioração psíquica, e sim de uma clivagem no psiquismo, que atingia a

personalidade, o processo associativo e os afetos. Ele apresentou inovações no campo psiquiátrico ao explicar que não havia uma gradação do normal ao patológico, e sim uma diferença entre esses processos, marcada por acontecimentos e reações a diferentes situações que poderiam vir a desencadear patologias.

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

Em relação à melancolia, Cotard e Séglas destacaram a presença de ideias de danação, mutilação, autoagressão, suicídio e do “delírio das negações”. Tem-se como eixo de investigação da melancolia, diferentemente do delírio de perseguição presente na paranoia, o mecanismo de autoacusação em que “os doentes acusam a si mesmos, são incapazes, indignos, promovem a desgraça e a vergonha de seus familiares; serão presos, condenados a morte; serão queimados ou esquartejados” (Cotard, 1882, p. 159). O termo “hipocondria moral” foi utilizado para definir uma característica marcante na melancolia, qual seja, a de que o melancólico não acreditava nas atribuições positivas, nem nas manifestações de afeto que lhe eram dirigidas.

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

Um último grande psiquiatra clássico, Clérambault, além de apresentar contribuições acerca da reorganização do grupo das psicoses paranoicas e do estudo dos delírios coletivos, procurou descrever algo que ele identificou como sendo comum às psicoses, ou, pelo menos, à grande parte delas: o automatismo mental, caracterizado pelo “pensamento antecipado, enunciação dos atos, impulsos verbais e tendência a fenômenos psicomotores” (Clérambault, 1924, p. 84).

Maleval (1998) destaca que a originalidade de Clérambault foi a de sustentar o primitivismo e a neutralidade do automatismo mental. Diferentemente dos demais psiquiatras clássicos, Clérambault definiu o delírio não como primário, mas como uma “construção intelectual secundária” (Clérambault, 1924, p. 40), como uma “superestrutura” em relação com o automatismo mental inicial. É justamente essa originalidade de se pensar o delírio como secundário ao automatismo mental, que teria como “aspecto nuclear o que Clérambault chamou de *fenômeno xenopático*” (Barreto, 2012, p. 4), que Miller (1981, p. 58) aponta como precursor “da grande ‘xenopatia’ que Lacan fundou no campo da linguagem com seu matema do Outro”.

Observamos, então, que a Psiquiatria clássica teve como objetivo construir uma descrição e classificação diagnóstica dos transtornos mentais baseada na observação e descrição dos sintomas, o que a caracteriza como uma *clínica do olhar*, “uma experiência eminentemente descritiva ou fenomenológica, voltada para a caracterização, nomeação, sistematização e classificação das entidades nosológicas” (Barreto, 2012, p. 1). Desse modo, tanto a transmissão da herança mórbida deveria ser prevenida como os sentimentos e atos considerados fora dos padrões esperados deveriam ser contidos com internações, terapia por coma insulínico, injeções de metrazol e eletrochoques. O tratamento psiquiátrico tinha, assim, como objetivo a reinserção do indivíduo no meio social por meio da readequação de suas funções pragmáticas.

Maleval (1998) assinala que a Psiquiatria clássica, ao insistir nos aspectos negativos do mecanismo de construção do delírio, negou todo seu aspecto de invenção, de solução diante do real. Contudo, diante da biologização do sujeito proposta pela Psiquiatria da época, que desconsiderava a escuta das particularidades do sofrimento psíquico, emergiu a construção de um novo saber. O método teórico-clínico proposto pela Psicanálise promoveu, assim, um corte epistemológico com a Psiquiatria clássica, ao propor uma escuta para além do olhar: a escuta do inconsciente, a atribuição da doença mental não a uma causa orgânica, e sim psíquica, e a mudança de paradigmas em relação à construção do diagnóstico e da direção de tratamento.

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

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

A Psicanálise freudiana promoveu um corte em relação ao campo da semiologia e da nosologia clássicos ao introduzir o conceito do inconsciente e atribuir uma causalidade psíquica, e não biológica, às formações sintomáticas. Semelhantemente, propôs uma nova forma de tratamento distinta da Psiquiatria, o método psicanalítico, que oferecia uma compreensão do sentido e da intenção do sintoma neurótico, e do delírio como solução estabilizadora da psicose, de modo que Freud (1916-17/1996c, p. 262) assinala que “a psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células”.

Ao fundamentar sua classificação diagnóstica na investigação das estruturas clínicas, a partir de uma clínica da escuta do inconsciente, e em oposição a uma clínica do olhar preconizada pela Psiquiatria clássica, a Psicanálise defendia que o sintoma falava e, portanto, deveria ser escutado. Para a Psicanálise, os sintomas neuróticos, assim como os atos falhos e os sonhos, podiam ser decifrados, uma vez que portavam uma mensagem velada, inconsciente.

Em “Conferências introdutórias sobre Psicanálise” (1916-17/1996), duas conferências nos ajudam na compreensão do sintoma e do tratamento para a Psicanálise: “O sentido dos sintomas” e “Os caminhos da formação do sintoma”. Na primeira, Freud (1916-17/1996a) assinala que os sintomas são portadores de um sentido, que têm relação com as experiências do paciente, e por isso podem ser interpretados e traduzidos. Freud apresenta, nesse texto, fragmentos de casos de histeria, cujos sintomas obsessivos evidenciam a existência de um sentido no sintoma, como o caso de uma paciente que, por meio do sintoma compulsivo de correr para a mesa e tocar a campainha para chamar a empregada, repetia uma cena importante de sua noite de núpcias. Miller (1997b) assinala que a repetição da cena revela que a paciente protegia o marido impotente, ela corrigia algo traumático. Na segunda conferência, Freud (1916-17/1996b, p. 3610) destaca outra vertente do sintoma neurótico: que ele é “resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido”. O sintoma passa a ser compreendido, assim, como uma satisfação substitutiva da libido recalcada “o sintoma emerge como um derivado múltiplas-vezes-distorcido da realização de desejo libidinal inconsciente” (Freud, 1916-17b/1996, p. 363).

Miller (1997b) assinala a importância desse texto de Freud para a compreensão dos caminhos do sintoma sob o paradigma da neurose (histérica e obsessiva), que vão do sentido à satisfação libidinal, ou seja, ao gozo. Não há, assim, somente um sentido reprimido no sintoma, um enigma a ser decifrado, interpretado, mas também há um circuito libidinal em jogo no sintoma. Assim, enquanto a histeria localiza o sintoma no registro simbólico, já que o sintoma tem um *Sinn*, uma mensagem a ser lida, a neurose obsessiva localiza o sintoma no registro real, como repetição, *Bedeutung* (Miller, 1997b). Desse modo, o sintoma é uma formação de compromisso entre a satisfação libidinal e a defesa contra esse

gozo, “o sintoma tem um sentido a partir do qual se goza” (Miller, 1997a, p. 36), ou seja, o sintoma é uma modalidade de gozo.

A direção de tratamento proposta pela Psicanálise tinha como objetivo, assim, o desaparecimento do sintoma por meio da decifração da mensagem que ele carregava. Para a condução do tratamento, era necessário o estabelecimento da transferência, e uma sensibilidade de escuta do psicanalista, que permitiria que este, nas entrevistas preliminares, pudesse realizar um diagnóstico estrutural, entre neurose, psicose e perversão. No texto “Neurose e psicose”, Freud (1924[1923]/1996f) define a neurose como resultado de um conflito entre o eu e o isso, e a psicose como um distúrbio na relação entre o eu e o mundo externo. É importante que se faça aqui um acréscimo, a partir da leitura de Lacan em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-56/1983) e no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58/1998a), que marca uma diferença entre a neurose e a psicose a partir da relação com o Outro da linguagem; enquanto na neurose há uma afirmação primordial, a *Bejahung*, que promove o acesso ao simbólico pela inscrição do significante paterno, na psicose, trata-se da *Verwerfung*, da rejeição ou forclusão do significante do Nome-do-Pai.

Ainda que Freud tenha discorrido sobre as características da psicose e da neurose e sobre o processo de formação dessas estruturas clínicas, o paradigma freudiano do tratamento era o da neurose. De modo que encontramos em sua teoria uma formulação sobre a direção de tratamento e a posição do analista diante da clínica da neurose, da escuta do sintoma do sujeito que sofre do retorno do recaiado. Apesar de Freud se referir à paranoia e à esquizofrenia como inadequadas ao método de tratamento psicanalítico, ele não recuou diante da investigação acerca das particularidades presentes nos quatro diferentes tipos de psicose.

Embora Freud tenha considerado algumas características propostas pela Psiquiatria para a psicose, como a definição apresentada por Bleuler de que na esquizofrenia havia um afastamento do mundo externo, ele apresentou uma teoria inovadora em relação ao campo da Psiquiatria: a tese sobre o delírio. Diferentemente da Psiquiatria, Freud positivou o delírio ao considerá-lo não como um sintoma da psicose, mas como uma tentativa de estabilização. Freud (1924 [1923]/1996f) defendeu que enquanto o neurótico ignorava a realidade por meio de uma fuga, do mesmo modo que tentava substituí-la pela construção da fantasia, o psicótico repudiava a realidade e tentava substituí-la pela criação de uma nova realidade por intermédio do delírio.

Desse modo, a novidade da teoria freudiana em relação à Psiquiatria da época foi o entendimento de que o delírio era um modo de defesa particular do aparelho psíquico, marcado pelo afastamento do julgamento e da censura da instância do eu. Enquanto a Psiquiatria clássica definia o delírio como sintoma primário da psicose, que deveria ser

eliminado a fim de se alcançar a estabilização do quadro, Freud (1911/1996g, p. 78) passa a considerar o delírio como secundário, como uma tentativa de estabilização da psicose “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução”.

E no que se baseou Freud para apresentar uma teoria sobre o delírio oposta àquela defendida pela Psiquiatria clássica? Assim como ele utilizou o caso clínico de Dora e o caso do Homem dos Ratos para estabelecer sua teoria, respectivamente, sobre a histeria e a neurose obsessiva, ele baseou suas formulações sobre a fenomenologia da psicose no livro de um paranoico, Daniel Paul Schreber – *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken* [Memórias de um doente dos Nervos]. Freud (1911/1996g) apresentou, portanto, seu primeiro paradigma sobre a paranoia ao localizá-la no caso de Schreber na manifestação da libido homossexual e na defesa projetiva³ contra esse desejo. As defesas contra esse desejo eram apresentadas como contradições da proposição única: “eu (um homem) o amo (um homem)”, e se expressavam por meio dos delírios de perseguição, erotomaníacos, de ciúmes e megalomaníacos:

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

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

c) No delírio de ciúmes, o paranoico apresenta a contradição: “Não sou eu quem ama o homem – ela o ama”. Assim, suspeita da mulher diante de todos os homens a quem ele próprio é incitado a amar.

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

A retomada do mecanismo de projeção para explicar a defesa contra o desejo homossexual na paranoia apontava para uma “regressão” que se estende “a um completo abandono do amor objetual e um retorno ao auto-erotismo infantil” (Freud, 1911/1996g, p. 84).

³Segundo Freud (1911/1996g, p. 73), na projeção, “uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob a forma de percepção externa”.

Sendo assim, a paranoia e a *parafrenia* – termo que Freud utiliza em substituição à demência precoce de Kraepelin e à esquizofrenia de Bleuler – seriam tipos clínicos distintos. Enquanto na paranoia tanto o conteúdo da ideia como o afeto eram referidos ao mundo externo por meio do mecanismo de projeção, assumindo, assim, o estatuto de um delírio de perseguição, na parafrenia, havia uma fixação disposicional primitiva, um afastamento total da libido do mundo externo, e uma tentativa de estabilização a partir do delírio, e não da projeção.

Em relação à mania e à melancolia, Freud (1917[1915]/1996e) defendia que, apesar de seus conteúdos não serem distintos, os sintomas apresentados eram opostos: enquanto a mania se caracterizava pela alegria, exaltação, na melancolia havia a depressão e a inibição. Apesar de lidarem com o mesmo “complexo”, qual seja, a perda de objeto, na melancolia “o eu sucumbe ao complexo”, enquanto na mania o eu “domina-o ou o põe de lado” e passa a procurar vorazmente novos objetos de investimento libidinal (Freud, 1917[1915]/1996e, p. 259).

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

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

Observamos, assim, que a novidade da teoria freudiana em relação à Psiquiatria clássica foi a subordinação dos sintomas neuróticos e dos fenômenos psicóticos – como

o delírio – a uma causalidade psíquica, ou seja, segundo Freud, havia uma teoria pulsional na base do funcionamento psíquico. Desse modo, os sintomas, tanto na neurose como na psicose, deveriam ser investigados a partir de sua função na economia psíquica de cada sujeito. Sendo assim, destacamos a importância de o psicanalista estar atento para os diferentes modos que cada psicótico encontra, ou inventa, para lidar com o retorno no real do que foi forçado no simbólico.

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

A psiquiatria contemporânea de orientação biológica pôs fim ao tratamento baseado na internação e na terapia de choque como modelo de estabilização da psicose para, atrelada ao progresso da ciência, propor uma revolução terapêutica medicamentosa, de modo que os parâmetros que ditavam o diagnóstico e a direção de tratamento da Psiquiatria clássica foram substituídos, ao longo da passagem do século XIX para o século XX, pela Psiquiatria biológica, que, ao fazer uma equivalência entre os sintomas observados e o diagnóstico, prescindiu do sujeito e da compreensão do que um sintoma revela acerca do funcionamento psíquico.

A partir de 1950, o modelo biológico centrado na hereditariedade e na degenerescência começou a ser substituído pela ascensão do modelo bioquímico e pela produção das primeiras medicações antipsicóticas e antidepressivas. A revolução terapêutica no campo dos medicamentos teve início no fim de 1950 com o uso da clorpromazina, descoberta por acaso – ao ser usada como anti-histamínico e antialérgico, promovia um estado de sedação reduzindo a agitação psicomotora, a euforia e algumas formas de delírios alucinatórios –, inaugurando a série dos neurolépticos, seguida da imipramina, em 1960, que introduziu a série dos antidepressivos. Por fim, os benzodiazepínicos passaram a ser prescritos como ansiolíticos, o que permitiu uma ampliação do recurso ao medicamento para além do tratamento da psicose, como nos aponta Laurent (2004).

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

e a biológica dos transtornos mentais (Caponi, 2012, p. 163). Em função da influência do modelo psicodinâmico e da Psicanálise, as categorias propostas pelo DSM-II consideravam a oposição entre neurose e psicose para a realização do diagnóstico psiquiátrico.

No entanto, a partir dos anos 1970 teve início um movimento na Psiquiatria de reformulação do DSM, a fim de padronizar, uniformizar e validar o diagnóstico psiquiátrico, de modo que foi publicada na década de 1980 a terceira versão do manual, o DSM III, que baseou as classificações psiquiátricas somente em sinais e sintomas, colocando ênfase na superfície e visibilidade dos sintomas, extinguindo a oposição entre as estruturas.

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

Sauvagnat (2012) assinala que o DSM III foi marcado por um retorno às teses kraepelianas como objetivo de excluir qualquer relação com conhecimentos que a Psiquiatria moderna não julgasse científicos, como a Psicanálise, de forma a propor um modo objetivo e descritivo para a classificação das doenças mentais. Os chamados “neokraepelianos” eram um grupo de psiquiatras americanos que debatiam sobre a cientificidade da Psiquiatria e de suas classificações. Eles retomaram o radicalismo médico de Kraepelin, que excluía o espaço de escuta da fala do paciente e baseava a investigação diagnóstica em dados quantitativos, na neurologia e na genética. Os neokraepelianos defendiam que a Psiquiatria deveria se basear em conhecimentos científicos para tratar as doenças mentais, e que haveria uma fronteira entre normalidade e doença. Desse modo, a Psiquiatria deveria ter como alvo o aspecto biológico e se preocupar com o diagnóstico e a classificação das doenças mentais. A partir desse manual, pode-se observar o desaparecimento das estruturas clínicas em detrimento da multiplicação dos transtornos e síndromes.

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

No DSM-IV, publicado na década de 1990, observamos o recrudescimento do caráter atóxico, objetivo e descritivo do manual com a proliferação da classificação diagnóstica em “transtornos”. A psicose, nesse manual, é apresentada ao lado de outros transtornos associados como transtorno esquizofrênico, transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno psicótico compartilhado, transtorno psicótico devido a uma condição médica geral, transtorno psicótico induzido por substância e transtorno psicótico sem outra especificação. Os sintomas presentes na esquizofrenia incluem disfunções cognitivas e emocionais, e o diagnóstico envolve, ainda, o reconhecimento de sinais e sintomas associados com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social. Para o diagnóstico de esquizofrenia – dividida em cinco tipos: paranoide, desorganizado, catatônico, indiferenciado e residual –, é necessário que os sintomas durem pelo menos seis meses e incluam pelo menos um mês de sintomas da fase ativa, isto é, dois ou mais dos seguintes: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico. O DSM-IV enfatiza que essas definições foram baseadas estritamente nos sintomas observados, de modo contrário à definição usada em classificações anteriores, descritos como demasiado abrangente e focalizado na gravidade do prejuízo funcional.

Na versão mais atual do manual, o DSM-V, publicado em 2014, verifica-se um novo aumento da categoria diagnóstica e, conseqüentemente, uma ampliação da lista de transtornos mentais. Esse manual, além de considerar a perspectiva categorial para a classificação dos transtornos mentais em tipos, passou a adotar, também, um sistema dimensional para descrever os fenômenos, cujos limites não são claros, o que os permite distinguir os transtornos mentais “não apenas pelos limites rígidos entre categorias”, mas “em função de graus e quantidades de dimensões” (Laia, 2011, p. 8). A abordagem dimensional foi utilizada, por exemplo, na classificação do “espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”, o que levou à eliminação dos subtipos de esquizofrenia proposto pelo DSM-IV com a justificativa de que eles tinham uma estabilidade diagnóstica limitada, baixa confiabilidade e pouca validade (DSM-V, p. 810).

A Psiquiatria procurou, ainda, uma forma de definir a concomitância de duas patologias consideradas distintas; se inicialmente utilizou o termo comorbidade,⁴ atualmente usa o termo “patologia dual”, utilizada, por exemplo, para definir a coexistência da dependência de drogas e algum tipo de transtorno psiquiátrico (Borderías, 2005), o que possibilitou a formulação da classificação presente no DSM-V dos “transtornos mentais e comportamentais associados ao uso de substância psicoativa”. Contudo, Viganò (2003, p. 8) pontua que esse diagnóstico dual, também definido como “duplo diagnóstico”: 1. Tem um limite diagnóstico em função de sua base observativo-estatístico, que reproduz a

⁴A comorbidade define patologias distintas, que não tem necessariamente relação com outra, “se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas” (Matos, 2005, p. 315).

lógica classificatória que não considera a singularidade do caso clínico. 2. Considera o uso de substância como transtornos psiquiátricos. 3. Não é resolutivo, uma vez que não resolve a questão da direção de tratamento.

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

Observamos, assim, que, atrelado ao mercado da indústria farmacêutica, o DSM buscou ampliar as doenças, descritas sob uma enorme variedade de diagnósticos, e, equitativamente, explicar e controlar cientificamente tanto os comportamentos como os sentimentos e os sintomas por meio dos medicamentos; de modo que os consensos diagnósticos e as estatísticas foram substituindo a riqueza da clínica e do relato do caso, que era realizado pela Psiquiatria clássica. Igualmente, as constantes atualizações do sistema de classificação DSM levaram a uma extinção da ideia da causalidade psíquica e da categoria clínica como eixo de diagnóstico na Psiquiatria, uma vez que o diagnóstico passou a basear em sintomas visíveis e superficiais. Ao reduzir a estrutura clínica ao fenômeno e converter os sintomas em transtornos, as últimas versões do DSM “excluem a subjetividade, eliminam a psicopatologia, restringem a forma do pensar a clínica e contribuem para o término da psiquiatria” (Campos, 2009, p. 3).

Contudo, a clínica psicanalítica nos revela que, na contramão de tais manuais classificatórios que excluem a subjetividade e eliminam a psicopatologia, é preciso que se escutem os sujeitos de modo responsável e por um período de tempo considerável para que se investigue qual a função de um sintoma, ou de um delírio na economia de gozo de cada um.

Se, como nos aponta Miller (2003), o espírito do DSM é marcado pelo nominalismo, pragmatismo e artificialismo, a Psicanálise aponta para um mais além da medicação ao retomar o que há de singular no sujeito, visto que o “sujeito” é o “efeito que desloca, sem parada, o indivíduo da espécie, o particular do universal e o caso da regra” (Miller, 2003, p. 8). Sendo assim, diante de um aumento não só de toxicômanos na clínica contemporânea,

mas de toxicômanos que revelam uma estrutura psicótica, a Psicanálise se coloca como um saber teórico-clínico que considera que há uma causalidade psíquica em jogo no recurso às substâncias. Diante da Psiquiatria de orientação biológica e de práticas terapêuticas que consideram que a abstinência do uso de drogas é condição de tratamento, a Psicanálise defende que é a investigação acerca da função da droga na economia de gozo de cada sujeito, considerando sua estrutura psíquica, que possibilita a construção do diagnóstico diferencial e de uma direção de tratamento.

Sobre as estabilizações na clínica das psicoses e das toxicomanias no ensino de Lacan

Na mesma década da publicação do DSM-III, em 1980, Miller escreveu um texto que analisa a relação entre a Psicanálise e a Psiquiatria. Segundo Miller (1981), apesar de ambas oferecerem um tratamento para o sofrimento do qual os sujeitos se queixam, há uma antinomia entre a posição do psiquiatra e a do psicanalista. Lacan (1966/2001) já havia assinalado que a Psicanálise sempre teve tanto um lugar marginal como extraterritorial em relação à Medicina, e, podemos acrescentar, em relação à Psiquiatria. Marginal por parte da Medicina, que considera a Psicanálise como um tipo de ajuda externa, uma assistência terapêutica; e extraterritorial por parte dos psicanalistas, já que, diferentemente da Medicina, não lidam com um organismo, mas com um corpo marcado pelo desejo e pelo gozo (Barreto, 2014, p. 5). Para a Medicina, o corpo é biológico, uma máquina complexa, passível de “ser inteiramente fotografado, radiografado, calibrado, diagramado e capaz de ser condicionado” (Lacan, 1966/2001, p. 4). A Psicanálise considera, portanto, o que a Medicina deixou de lado ao defender que o corpo é marcado pelo desejo, pelo inconsciente, por “algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos” (Lacan, 1966/2001, p. 5). Da mesma forma, a Psicanálise ressalta a importância do lugar do Outro para a constituição do sujeito e da relação do corpo com o gozo, de modo que Lacan (1966/2001, p. 4) assinala que “um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo”.

Em relação às demandas com as quais lidam o psicanalista e o psiquiatra, Lacan (1996/2001) assinala que elas não têm a mesma estrutura, pois enquanto a demanda de tratamento psicanalítico parte de uma exigência do ideal do próprio paciente, a demanda de tratamento psiquiátrico é social, e muitas vezes não parte do paciente, e sim da família, do poder público, etc. O mesmo acontece em relação ao sintoma: se a Psiquiatria considera o sintoma no campo do fenômeno – pela sua observação, descrição ou classificação –, a Psicanálise considera que o sintoma se produz no discurso, no interior do dispositivo analítico (Miller, 1981). Contudo, a Psicanálise não é contra a Psiquiatria, e sim contra a diluição, na Psiquiatria contemporânea de orientação biológica, dos sintomas em transtornos, e das estruturas clínicas em fenômenos.

A Psicanálise lacaniana permite um posicionamento mais rigoroso e sofisticado em relação às noções de categoria e dimensão propostas pela Psiquiatria, na medida em que coloca como pontos cruciais para a realização do diagnóstico e da direção de tratamento a relação com o Outro, o processo de constituição subjetiva e a investigação acerca dos modos de gozo de cada sujeito.

Lacan assinala que o diagnóstico diferencial em Psicanálise vai além da observação dos fenômenos apresentados, já que tem como guia a distinção entre as estruturas clínicas, tal como descritas por Freud: neurose, psicose e perversão. Lacan defende, assim, que o diagnóstico é realizado a partir da investigação da relação do sujeito com o significante, da presença de fenômenos delirantes e/ou alucinatorios, e da localização do momento de desencadeamento da crise, tal como ele descreve em *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-56/1985) e no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58/1998a).

O primeiro ensino de Lacan é, assim, marcado pela clínica estrutural. A referência estrutural da linguística possibilita a afirmação de Lacan de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, e que, portanto, a fala e a linguagem ocupam lugar central na experiência psicanalítica. O argumento de Lacan é que, apesar de os fenômenos serem compreendidos na experiência analítica por meio do simbólico, do imaginário e do real, é pela via do simbólico que se realiza o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose. Dessa forma, a investigação psicanalítica sobre o diagnóstico baseia-se na estrutura da linguagem, na relação do sujeito com o significante, de modo que o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose é marcado pela inscrição do significante do Nome-do-Pai, no primeiro caso, e pela forclusão desse significante, Po, e ausência da significação fálica, Φ , nos casos de psicose. A forclusão do significante do Nome-do-Pai na psicose impede a entrada desses sujeitos na ordem simbólica e tem como efeito a produção de fenômenos elementares, como a alucinação. Do mesmo modo, a função da mediação simbólica é substituída pela proliferação imaginária.

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

Miller (1981, p. 227) assinala que o analista, para realizar um diagnóstico diferencial de psicose, deve buscar os fenômenos elementares, “fenômenos psicóticos que podem anteceder o delírio e o desencadeamento de uma psicose, e que podem não existir na atualidade do paciente, mesmo que pertença a seu passado e apareça apenas uma vez em sua lembrança”. São eles:

1. Fenômenos de automatismo mental: irrupção de vozes, de discursos alheios na mais íntima esfera psíquica, que são mais evidentes na psicose desencadeada, mas podem estar presentes em silêncio durante anos, como apenas uma ou duas irrupções na infância ou adolescência.

2. Fenômenos de automatismo corporal: fenômenos de decomposição, como a sensação de estranheza em relação ao próprio corpo e de desmembramento. Também podem estar presentes distorções corporais em relação à percepção do tempo e/ou do espaço.

3. Fenômenos concernentes ao sentido e à verdade: vivências inexprimíveis, ou de certeza absoluta.

Lacan utilizou o termo fenômeno elementar para descrever “os elementos mínimos, os elementos primeiros a partir dos quais foi construído, desenvolvido e elaborado o resto” (Miller, 2009, p. 2) presentes na psicose. Lacan se apropriou da noção de automatismo mental, de Clérambault, a fim de defender que: 1. A psicose não é um *deficit*, mas uma estrutura subjetiva. 2. O delírio não é primário e sim secundário ao desencadeamento da psicose. A causalidade do fenômeno elementar seria um sentimento de estranheza, de inquietude que invade o sujeito e que não tem antecedentes em sua personalidade.

Lacan (1955-56/1985) defende que o fenômeno elementar representa para a psicose o que a formação do inconsciente representa para a neurose. Se a neurose tem como base a alienação significativa – o significativo representa o sujeito para outro significativo –, o fenômeno elementar, por sua vez, representa não se sabe o quê para alguém, o sujeito.

Em relação à escuta alucinatória como um dos índices de foraclusão da psicose, Lacan (1957-58/1998a) destaca como característica: que elas se impõem ao sujeito, assumem como tal uma realidade proporcional ao tempo, e tem sua estrutura própria. Como nos aponta Naparstek (2009), a escuta alucinatória na psicose é diferente de uma alucinação produzida pela intoxicação em sujeitos neuróticos. A intoxicação na neurose pode causar alucinações visuais, que cumprem a função de cobrir um vazio, “se vê uma ligação entre o aspecto visual e imaginário que vai no lugar do que o simbólico não pode nomear” (Naparstek, 2009, p. 65). Enquanto na psicose a alucinação traz o aspecto de certeza e corresponde ao retorno no real do que foi foracluído do simbólico sob a forma do objeto *a*⁵ voz. Miller (2013) assinala que o objeto voz não pertence ao registro sonoro

⁵Lacan formaliza o objeto *a* a partir de seu segundo ensino ao incluir o real da experiência, o gozo, que persiste para além da remissão do sintoma. “Se Lacan escreve o objeto com a letra *a*, é para distingui-lo de todas as notações do significativo ou do significado, para as quais ele usa diferentes tipos de S – maiúsculo, minúsculo, itálico, etc. Lacan coloca o objeto à parte da estrutura linguística escrevendo-o com uma letra que ele não declinará” (Miller, 2013, p. 3).

nem ao domínio do sentido; a voz é “tudo que, do significante, não concorre para o efeito de significação”, “é essencialmente fora do sentido” (Miller, 2013, p. 7).

Para Lacan, o objeto voz é correlato à pulsão invocante, o supereu. Lacan retoma Freud a fim de destacar como este descreveu inicialmente o supereu como uma instância crítica, herdeiro do complexo de Édipo, uma voz que acusa, que culpabiliza o sujeito. A definição do supereu permaneceu durante algum tempo pouco desenvolvida na obra freudiana; somente no artigo “Sobre o narcisismo: uma introdução” (Freud, 1914/1996) é que se opera uma novidade na teoria das pulsões a partir das investigações sobre o narcisismo: a possibilidade de investimento da libido não somente nos objetos, mas também no próprio eu. Posteriormente, ao observar que a fronteira entre os sistemas consciente e inconsciente não era bem delimitada, a descrição topológica do aparelho psíquico entre inconsciente, pré-consciente e consciente ficou abalada, de modo que Freud precisou criar um novo esquema para explicar o funcionamento mental por intermédio da análise dos investimentos pulsionais e suas finalidades. Assim, Freud (1920/1996), a partir de suas investigações sobre os sonhos traumáticos, a transferência e o jogo infantil nomeado como *fort-da*, que não se restringiam a momentos prazerosos e eram marcados pela repetição, constata que a oposição entre a pulsão do eu e a pulsão sexual não era mais válida para explicar o funcionamento do aparelho psíquico. De modo que ele submete o aparelho psíquico a um novo dualismo pulsional ao unificar a pulsão sexual e a de autoconservação em pulsão de vida, e contrapô-las à pulsão de morte, a tendência inerente a todo ser vivo de retornar ao estado inorgânico, isto é, livre de tensões. Desse modo, ao propor uma redefinição do aparelho psíquico a partir das três instâncias psíquicas – o eu, o supereu, e o isso –, Freud apresenta uma nova versão do supereu que não se aproxima tanto da proibição, e sim da repetição, da pulsão de morte, de um imperativo de gozo, de modo que Lacan (1955/1998, p. 362) o descreve como “figura obscena e feroz [...] e que convém compreender como a hiância aberta no imaginário por toda a rejeição (*Verwerfung*) dos mandamentos da fala”; e posteriormente acrescenta que “a gulodice pela qual Freud denotou o supereu estrutural – não é um efeito da civilização, mas um ‘mal-estar (sintoma) na civilização’” (Lacan, 1974/2003 p. 528).

Outro ponto fundamental para o diagnóstico de psicose é a localização do momento de desencadeamento da psicose, que ocorre quando algo que não foi simbolizado, ou seja, que foi foracluído do simbólico, *Verwerfung*, reaparece no real.

Lacan (1954/1998c) extrai do texto de Freud, “História de uma neurose infantil” (1918[1914]/1996d), o termo *Verwerfung* para destacar que Freud não se referia ao recalque na alucinação do dedo cortado do Homem dos Lobos, e sim a uma *rejeição*, um processo que tem como efeito “uma abolição simbólica” (Lacan, 1954/1998c, p. 388). A alucinação relatada pelo Homem dos Lobos consistia na falsa lembrança de que havia

cortado seu dedo mínimo da mão e que este estava preso somente pela pele. Nesse caso, podemos observar que o sujeito nada quer saber do recalque, uma vez que não houve a simbolização primordial, e como tal “o que não veio à luz do simbólico aparece no real” (Lacan, 1954/1998c, p. 390), ou seja, o que foi foracluído no simbólico retorna no real. A fim de aprofundar a análise do caso, Lacan retoma o terror inexprimível diante do dedo cortado e o sentimento de grande ansiedade e nenhuma dor, para destacar a presença de um traço de “mutismo aterrorizado” que revela uma falta do significante para nomear tal acontecimento. Segundo Maleval (2002, p. 394), diferentemente do sujeito inscrito na ordem simbólica, em que “os vazios são tão significativos quanto os cheios”, o conteúdo da alucinação do homem dos lobos é “maciçamente simbólico, deve seu aparecimento no real ao fato de não existir para o sujeito [...] este continuou fixado, em seu inconsciente, numa posição feminina imaginária que tira todo o sentido de sua mutilação alucinatória”.

Quando o significante do Nome-do-Pai foracluído é “invocado em oposição simbólica ao sujeito” (Lacan, 1957-58/1998a, p. 584), ou seja, quando ele surge no real a partir de um pai real, o Um-pai, ocorre o desencadeamento da psicose. É o que observamos no caso de Schreber quando ele inicialmente apresenta sua candidatura ao Reichstag, e posteriormente quando ele assume prematuramente o lugar de presidência no tribunal de apelação, o que representa um furo no significado, e “dá início à cascata de remanejamento do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário” (Lacan, 1957-58/1998a, p. 584). Ao se deparar com a foraclusão do Nome-do-Pai, com a falta de um significante que opere como um ponto de basta, o psicótico busca, então, soluções, “até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizem”, por exemplo, por meio da “metáfora delirante” (Lacan, 1957-58/1998a, p. 584).

Sendo assim, Lacan apresenta uma nova leitura da psicose, diferentemente da Psiquiatria de orientação biológica, não mais a partir de um *deficit*, e sim a partir das soluções que cada psicótico encontra, ou inventa, para dar um tratamento ao real, e que promovem uma estabilização do quadro psicótico quando conseguem circunscrever, ou apaziguar, o gozo. Nesse sentido, o analista deve se ocupar de, na posição de secretário (inventivo) do alienado, “traduzir e estabilizar corpos, formas de corpos, participar do empreendimento de estabilização das formas de escrita no sujeito psicótico” (Laurent, 2006, p. 23).

Em um primeiro momento de seu ensino, quando escreve sua tese sobre a paranoia, Lacan (1932/1997) apresenta sua primeira hipótese de estabilização da psicose, via *passagem ao ato*. Posteriormente, o autor (1955-56/1985; 1957-58/1998a) apresenta outros dois modos de estabilização psicótica: pela compensação via *identificação imaginária*, ou pela construção de uma *metáfora delirante*.

Lacan (1932/1997) descreve a tentativa de estabilização via *passagem ao ato* realizada por Aimée, um caso de paranoia de autopunição, para demonstrar como o sujeito pode alcançar

a estabilização ao promover uma separação do Outro perseguidor, de modo que Miller (2014, p. 7) destaca que “no cerne de todo ato há um ‘Não!’ proferido em direção ao Outro”.

O momento do desencadeamento de sua psicose ocorreu quando Aimée engravidou, aos 28 anos, e começou a pensar que as pessoas a desprezavam, caluniavam. Ela também dizia que nos jornais haviam alusões dirigidas a ela, ao que interpretava: “Eles querem a morte do meu filho. Se esta criança não viver, eles serão os responsáveis” (Lacan, 1932/1987, p. 156). Contudo, ao dar à luz a uma criança natimorta, surgiu a primeira sistematização do delírio. Ela tinha certeza de que sua amiga C. de la N. era responsável pela morte de sua filha, pelo fato de ela ter ligado logo depois do parto para saber notícias. Segundo Lacan (1932/1987), a amiga surgiu como substituto da própria irmã e transformou-se numa perseguidora. Na segunda gravidez, Aimée voltou a apresentar um estado depressivo, sofria de angústia e de delírios persecutórios em relação ao filho, o que aumentava sua hostilidade. De tal maneira que ela decidiu, sem comunicar ao marido, viajar para os Estados Unidos em busca de seu sucesso como romancista. Porém, sua família tentou dissuadi-la dessa ideia; depois de sofrer uma intervenção da irmã, que a destituiu de seu lugar de esposa e mãe, ocorreu o desencadeamento da psicose e o surgimento dos fenômenos elementares, e também sua primeira internação. Mas ela teve alta logo, sem estar curada, e suas ideias delirantes persecutórias permaneceram: ela dizia que seria “uma grande romancista” e que seu filho seria “um embaixador” (Lacan, 1932/1987, p. 235).

Além do delírio persecutório, havia também um conteúdo de grandeza, que caracteriza sua crença de ter um destino superior em que realizaria uma grande missão social. Em seus delírios megalomaníacos, ela queria realizar o reino do bem, “a fraternidade entre os povos e as raças”. Essa ideia de um destino ou uma vocação a fez se mudar sozinha para Paris na tentativa de ser uma grande escritora, deixando o filho com seu marido e sua irmã. Contudo, isso a levou a um grande isolamento, e teve início uma construção progressiva da organização delirante que antecipou sua passagem ao ato.

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

Lacan (1946/1998b) defende que se pode falar em estabilização da psicose, nesse caso, na uma vez que Aimée realiza seu castigo: ao agredir o outro acaba atingindo a si mesma de modo especular (se torna culpada perante a lei, punida com a prisão, separada da família e do filho). A passagem ao ato operou como uma detenção e possibilitou a estabilização da psicose ao promover um furo no Outro, uma separação do Outro perseguidor.

Outro modo de estabilização da psicose descrito por Lacan é a construção da *metáfora delirante*. Ele recorreu ao caso Schreber a fim de demonstrar que o delírio não é um sintoma primário na psicose, e sim uma tentativa de cura por meio da construção de uma cadeia de significações, um excesso de significação. Schreber, com a construção delirante “sou A mulher de Deus”, pôde dar uma resposta, ou um tratamento, aos fenômenos elementares que o invadiam – como os raios, os nervos divinos, e vozes que falavam com ele –, o que promoveu uma localização do gozo circunscrito à prática transexualista e à estabilização de seu quadro psicótico.

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

Diante da invasão imaginária da subjetividade própria da estrutura psicótica, o sujeito procura se identificar, se colar à imagem de uma pessoa, ou de um grupo, para tentar solucionar a dissolução do outro como identidade. Essas identificações possibilitam que os sujeitos permaneçam compensados, ou estabilizados, por muito tempo. Lacan (1955-56/1985) relata o caso de um rapaz na puberdade, em um período pré-psicótico,⁶ para exemplificar como o psicótico pode alcançar a estabilização por meio da identificação imaginária, em que encontramos um funcionamento “como se”, que opera um mecanismo de compensação imaginária do significante do Nome-do-Pai ausente (Lacan, 1955-56/1985). No caso apresentado por Lacan, o rapaz tenta conquistar uma tipificação da atitude viril por intermédio da imitação de um de seus companheiros do grupo. Assim, ele tem seus primeiros contatos sexuais na puberdade, e chega a se interessar pela mesma menina de um de seus companheiros até o momento em que o delírio se manifesta no ponto em que o Outro se presentifica.

A partir da introdução da categoria de psicose ordinária, no fim da década de 1990, Maleval (2003) apresenta o funcionamento “como se” como um modo de compensação

⁶Lacan (1955-56/1985, pp. 230-231) define a pré-psicose como “o sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco [...]. Trata-se de conceber, não de imaginar, o que se passa para um sujeito quando a questão lhe vem dali onde não há significante, quando é o buraco, a falta que se faz sentir como tal”.

específico da psicose ordinária. A psicose ordinária, também descrita como psicose não desencadeada, ou pré-psicose, tem manifestações discretas da foraclusão do Nome-do-Pai diferentes do fenômeno elementar. Em *A convenção de Antibes* (1998) e *A Conversação de Arcachon* (1997), Miller busca relacionar as novas apresentações sintomáticas no contemporâneo a uma psicose não-desencadeada, que se caracteriza pela presença de uma externalidade social, corporal e subjetiva. Ele ressitua a relação do sujeito psicótico com o Outro não mais em termos da inscrição ou foraclusão do Nome-do-Pai, mas em termos de enlaces, desenlaces e reenlaces em relação ao Outro.

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

As contribuições trazidas a partir das teorizações sobre as psicoses ordinárias somadas àquelas trazidas por Lacan, a partir dos anos 1970, com a clínica borromeana, possibilita pensar como os sujeitos se relacionam ao objeto-droga ao considerar o gozo e o real na economia psíquica. A clínica borromeana propõe a disseminação do Nome-do-Pai nos elementos da cadeia, em que os três registros – Real, Simbólico e Imaginário – se equivalem (Maleval, 2002). Esses registros se tornam homogêneos em função da propriedade borromeana de manter os nós enlaçados sem que haja interpenetração entre eles, de modo que nenhum nó passa através do furo do outro nó. Os três registros ao se enlaçarem borromeaneamente formam uma cadeia e a ruptura de qualquer um desenoda o conjunto. Contudo, é preciso um quarto elo para manter os outros três enlaçados, o que Lacan nomeia como suplência.

Contudo, a estabilização alcançada pela suplência é diferente daquela alcançada pela compensação imaginária. Se diante do lapso do nó, os sujeitos constroem soluções singulares a fim de promover a amarração dos três anéis, a identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” pode promover uma estabilização da psicose, caso funcione como um enlace ao Outro, caso promova uma amarração dos três registros. Dessa forma, o que nos orienta clinicamente em relação à clínica das psicoses e das toxicomanias é a

localização do momento em que “um sujeito se ‘desenlaça’ em relação ao Outro” (Castanet & De Georges, 2009, p. 18).

Naparstek (2005) assinala que a clínica dos enlaces e desenlaces nos permite localizar “o ponto em que ‘algo se soltou’” e a tentativa de enlace que se constrói a partir daí, e é isso que faz com que a toxicomania não seja uma classe uniforme, “não há nada mais diferente de um toxicômano que outro toxicômano” (Naparstek, 2012).

Na medida em que estamos diante de respostas singulares, faz-se importante que o analista investigue qual a função dessa nomeação “sou toxicômano” na economia de gozo de cada sujeito. Se o psicótico está estabilizado via identificação imaginária ao significante “sou toxicômano”, o que a Psicanálise tem a propor como direção de tratamento?

Sendo assim, um tratamento possível aponta para a investigação acerca da função que a substância ocupa na economia de gozo de cada sujeito, não só como uma tentativa de cura, mas também como um veneno, como algo que intoxica. Freud (1930/1996h) já apontava essa dupla função da droga, o que a caracteriza como um *pharmakon*, na medida em que pode funcionar tanto como um paliativo ao sofrimento, bem como pode ser perigosa, na medida em que altera a química do organismo, promove efeitos no corpo, e também pode levar ao afastamento da realidade e ao isolamento.

Destarte, as contribuições propostas pela clínica dos nós e da psicose ordinária, permitem ao analista avançar na clínica com toxicômanos psicóticos ao investigar a função do recurso à droga para cada sujeito a partir dos enlaces e desenlaces em relação ao Outro e ao questionar qual é a função da identificação ao significante “sou toxicômano” para cada sujeito. Considerando, ainda, que o recurso à substância na psicose também pode promover um gozo excessivo, tóxico e mortífero, o analista não deve recuar diante dessa clínica e sim auxiliar esses sujeitos a construir novos modos de gozo para lidar com esse real que os acomete.

Referências

- American Psychiatric Association. (1989). Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais DSM III-R. São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed.
- Barreto, F. P. (2012). *S ou a Síndrome do Automatismo Mental*, de Clérambault. *Opção lacanianiana online*, 9. Recuperado em 26 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_9/A_sindrome_do_autismo_mental.pdf.

- Barreto, F.P. (2014). Os efeitos da ciência sobre o corpo: o corpo-máquina da Medicina, o corpo neuronal da Psiquiatria biológica, o corpo remodelado da Medicina Plástica. *Opção lacaniana online*, 13. Recuperado em 30 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Os_efeitos_da_ciencia_sobre_corpo.pdf.
- Bercherie, P. (1989). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Bleuler, E. (1985). *Psiquiatria* (15a ed., E. Nick, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bogochvol, A. (2008). A melancolia e os objetos a. *Opção lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 51.
- Bogochvol, A. (2014). Bipolar, maníaco, depressivo. *Opção lacaniana online*, 15. Recuperado em 29 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_15/Bipolar_maniaco_e_depressivo.pdf.
- Borderías, A. (2005). Clases, etiquetas, nominaciones: contribución al debate sobre “patología dual”. *Pharmacon: Efectos de tratamientos de toxicómanos en instituciones*. Belo Horizonte: TyA e Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.
- Castanet, H., & De Georges, P. (2009). Enganches, desenganches, reenanches. In J-A. Miller et al. *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. Buenos Aires: Paidós.
- Campos, S. (2009). O DSM e o grão do sinthoma. *Horizontes, Boletim eletrônico semanal*, 87. XIV Jornada da EBP-MG. EBP/MG e IPSM/MG. Recuperado em 17 abril, 2017, de <http://livrozilla.com/doc/817102/arquivo-pdf>.
- Caponi, S. (2012). *Loucos e degenerados: uma genealogia da Psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Carofile, A. (2007). La institución de la locura. In E. Laurent et al. *Psiquiatria y Psicoanálisis: diagnóstico, institución y psicofármaco sin la clínica actual*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Clérambault, G. G. (1924). Definição de automatismo mental. In A. Harari. *Clínica lacaniana da psicose – de Clérambault à inconsistência do Outro*. Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa, 2006.
- Cotard, J. (1882). Do delírio das negações – 1882. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 1(4), 156-177. Recuperado em 8 março, 2017, de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume01/n4/do_delirio_das_negacoes.pdf.
- Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Freud, S. (1996a). Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17).
- Freud, S. (1996b). Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XVIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17).

- Freud, S. (1996c). Conferências introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916-17).
- Freud, S. (1996d). História de uma neurose infantil. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1918[1914]).
- Freud, S. (1996e). Luto e melancolia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917[1915]).
- Freud, S. (1996f). Neurose e psicose. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924[1923]).
- Freud, S. (1996g). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996h). O mal-estar na civilização. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXI). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996i). Rascunho G. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Kraepelin, E. (2009). As formas de manifestação da insanidade. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, 12(1), 167-194.
- Lacan, J. (1987). *Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. (Trabalho original publicado em 1932).
- Lacan, J. (1998a). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (1998b). Formulações sobre a causalidade psíquica. In *Escritos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1946).
- Lacan, J. (1998c). Resposta ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In *Escritos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1954).
- Lacan, J. (1983). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1955-1956).
- Lacan, J. (2001). O lugar da Psicanálise na Medicina. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32. São Paulo: Eolia. (Trabalho original publicado em 1966).

- Lacan, J. (2003). Televisão. In *Outros Escritos* (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1974).
- Lacan, J. (2016). Encerramento das jornadas de estudos de cartéis da Escola Freudiana. *Pharmakon digital*, 1. Recuperado em 9 de setembro, 2017, de http://www.pharmakondigital.com/edoo2/conferencias/pt/jacques_lacan_pt.html (Trabalho original publicado em *Lettres de l'École Freudienne*, 1976, n.18, 263-270).
- Laia, S. (2011). A classificação dos transtornos mentais pelo DSM-V e a orientação lacaniana. *CliniCAPS*, 5(15). Recuperado em 7 setembro, 2017, de http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_15/LaiaS.pdf.
- Laurent, É. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Trê Haches.
- Laurent, É. (2004). Como engolir a pílula?. In J-A. Miller (Org.). *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Laurent, É. (2006). Os tratamentos psicanalíticos das psicoses. *Papéis de Psicanálise: As Pequenas Invenções Psicóticas*, Belo Horizonte, 2(2), 15-24.
- Laurent, É. (2014). *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Maleval, J-C. (1998). *Lógica del delirio*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Maleval, J-C. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre: El concepto y su clínica*. Buenos Aires, Paidós.
- Maleval, J-C. (2003). Elementos para uma apreensão clínica da psicose ordinária. J. Birman & R. S. P. Henriques, Trad.). *Clínica & Cultura*, 3(1), 105-169. Recuperado em 7 janeiro, 2017, de <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/2841>.
- Maleval, J-C, Michel, G., & Druel-Salmane, G. (2009). Sobre a fantasia no sujeito psicótico: de sua carência e seus substitutos. In V. L. Besset & H. F. Carneiro (Orgs.). *A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Matos, E. (2005). A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. *Revista Psiquiatria*, 27(3). Recuperado em 8 janeiro, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n3/v27n3a10.pdf>.
- Miller, J-A. (1981). Psicanálise e Psiquiatria. In *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Miller, J-A. (1997a). O sintoma e o cometa. *Opção lacaniana*, 19, 5-13.
- Miller, J-A. (1997b). Seminário de Barcelona sobre Die Wege der Symptombildung. *Revista Freudiana*, Escuela Europea de Psicoanálisis, Catalunya, 19, 7-56.
- Miller, J-A. (2003). O rouxinol de Lacan. *Carta de São Paulo*, São Paulo, Escola Brasileira de Psicanálise de São Paulo, 10(5), 18-32.
- Miller, J-A. (2005). *Silet – Os paradoxos da pulsão de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Miller, J-A. (2006). Clínica del superyó. In J-A. Miller. *Recorrido de Lacan*. Buenos Aires: Ed. Manantial

- Miller, J-A. (2009). A invenção do delírio. *Opção Lacaniana online*, 5. Recuperado em 12 novembro, 2017, de <http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/pdf/artigos/JAMDelir.pdf>.
- Miller, J-A. (2009). *La psicosis ordinaria: la convención de Antibes*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J-A. (2013). Jacques Lacan e a Voz. *Opção Lacaniana online*, 4(11). Recuperado em 22 janeiro, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_11/voz.pdf.
- Miller, J-A. (2014). Jacques Lacan: observações sobre seu conceito de passagem ao ato. *Opção lacaniana online*, 13. Recuperado em 29 agosto, 2017, de http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Passagem_ao_ato.pdf.
- Morel, G., & Wachsberger, H. (2009). Investigaciones sobre el inicio de la psicosis. In J-A. Miller et al. *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Naparstek, F. et al. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Naparstek, F. (2009). La alucinación en la intoxicación y en la psicosis. *Pharmakon 11: El Lazo Social Intoxicado*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Naparstek, F. (2012). Entrevista com Fabián Naparstek. *Almanaque On-line*, 11. Recuperado em 5 setembro, 2017, de <http://almanaquepsicanalise.com.br/entrevista-com-fabian-naparstek/>.
- Sauvagnat, F. (2012). Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea. *Analytica*, 1(1). Recuperado em 12 janeiro, 2017, de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/231/281>.
- Séglas, J. (1894). De la mélancolie sans délire. In *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*. Paris: Asselin et Houzeau.
- Stagnaro, J. C. (2007). Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. In E. Laurent et al. *Psiquiatría y Psicoanálisis: diagnóstico, institución y psicofármacos en la clínica actual*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Viganò, C. (2003). Assunção múltipla de substâncias e comorbidade psiquiátrica. *Mental*, 1(1). Recuperado em 5 janeiro, 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42010102>.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo discorrer sobre os diferentes modos de estabilização na clínica das psicoses e das toxicomanias para a Psiquiatria e a Psicanálise. Na contramão da Psiquiatria de orientação biológica, que considera a toxicomania e a psicose como transtornos distintos e defende a abstinência do uso de drogas como condição de tratamento, a Psicanálise propõe que o diagnóstico e a direção de tratamento devem ser traçados a partir da investigação da função do recurso à droga na economia de gozo de cada sujeito, de acordo com sua estrutura clínica, o que aponta para a possibilidade da identificação imaginária ao significante “sou toxicômano” estabilizar a psicose, quando consegue localizar ou apaziguar o gozo.

Palavras-chave: Estabilização. Psicose. Toxicomania.

The Stabilizations in the Clinic of Psychoses and Drug Addictions

Abstract

This work aims to discuss the different modes of stabilization in the clinic of psychosis and drug addictions for Psychiatry and Psychoanalysis. Against the biological orientation of Psychiatry considers drug addiction and psychosis as distinct disorders and advocates abstinence from drug use as a condition of treatment, Psychoanalysis suggests that the diagnosis and management of treatment should be drawn from the role of research of the use of drugs in the economy of enjoyment of each subject, according to its clinical structure, which points to the possibility of imaginary identification with the signifier “I am a drug addict” to stabilize the psychosis when it is able to locate or appease the joy.

Keywords: Stabilization. Psychosis. Drug addictions.

Les stabilisations dans la clinique des psychoses et toxicomanies

Résumé

Cet article vise à discuter des différents modes de stabilisation dans la clinique de la psychose et des toxicomanies pour la Psychiatrie et de la Psychanalyse. Contrairement à la Psychiatrie biologiquement orientée qui considère la toxicomanie et la psychose comme des troubles distincts et qui préconise l’abstinence de la consommation de drogues comme condition du traitement, la Psychanalyse propose que le diagnostic et la direction du traitement soient retracés à partir de l’investigation de la fonction. la consommation de drogues dans l’économie de la jouissance de chaque sujet, selon sa structure clinique, ce qui indique la possibilité d’une identification imaginaire au signifiant « Je suis toxicomane » stabiliser la psychose quand vous pouvez localiser ou apaiser la jouissance.

Mots-clés: Stabilisation. Psychose. Toxicomanie.

Las estabilizaciones en la clínica de las psicosis y las toxicomanías

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo discurrir sobre los diferentes modos de estabilización en la clínica de las psicosis y de las toxicomanías para la Psiquiatría y el Psicoanálisis. Contra la orientación biológica de la Psiquiatría que considera la adicción a las drogas y la psicosis como trastornos distintos y aboga por la abstinencia del uso de drogas como condición de tratamiento, el Psicoanálisis propone que el diagnóstico y la dirección de tratamiento deben ser trazados a partir de la investigación de la función del recurso a la droga en la economía de goce de cada sujeto, de acuerdo con su estructura clínica, lo que apunta a la posibilidad de la identificación imaginaria al significante “soy toxicómano” estabilizar la psicosis, cuando logra localizar o apaciguar el goce.

Palabras clave: Estabilización. Psicosis. Toxicomanía.