

Pontuações sobre a psicose atual

Eliane Mussel da Silva

Resumo

Proponho neste artigo estabelecer alguns elementos teóricos que permitam pensar nas psicoses atuais com suas experiências discretas e certezas comuns contrapondo-se às psicoses extraordinárias com suas experiências de invasão do Outro. Para tanto, recorreremos ao texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, de Lacan, para dar conta dessa clínica diferencial.

Palavras-chave: Psicose extraordinária, Psicose atual, Foraclusão do significante Nome-do-Pai, Ausência da significação fálica.

Primeira pontuação: psicoses atuais

Não podemos nos furtar à constatação de que as mudanças sofridas na atualidade e verificadas a partir de seus efeitos no sujeito contemporâneo devem ser contextualizadas no âmbito da psicose, que também sofreu alterações.

No território das psicoses convivem sujeitos muito transtornados com suas experiências de invasão do Outro, com vivências de fim do mundo e suas certezas ao lado de sujeitos mais normalizados, com experiências discretas e certezas comuns. Se não temos tantas dificuldades no estabelecimento do diagnóstico dos psicóticos clássicos, temos que reconhecer as dificuldades para o diagnóstico das psicoses atuais. Primeiro, porque as psicoses normalizadas ou atuais constituem um grupo muito heterogêneo na literatura psicanalítica e depois pela confusão nas nomeações.

A partir da literatura existente e da nossa clínica, podemos trabalhar com a hipótese da existência de dois grupos de manifestações clínicas da psicose na atualidade.

No primeiro grupo incluímos os sujeitos psicóticos que nos chegam e que ainda não apresentaram uma crise psicótica (pré-psicose); outros que, apesar do

desencadeamento da crise psicótica, não sucumbem à dissolução imaginária, à vivência de fim de mundo por conseguirem rapidamente alcançar um reequilíbrio mediante as estabilizações ou suplências; há aqueles cujas crises passam despercebidas por serem muito atenuadas e breves; há outros que fazem bom uso da dissimulação e da ocultação, lançando mão de uma defesa voluntária que os coloca longe dos dispositivos de atenção à saúde mental; há os que são medicados; há os que apresentam estados clínicos superpostos como os transtornos do apetite, a toxicomania, os fenômenos psicossomáticos.

Enfim, são sujeitos que encontraram mesmo que de forma precária uma saída, uma solução que permite um apaziguamento frente à invasão do Outro, seja por causa das identificações imaginárias, das passagens ao ato, da obra, seja por causa do trabalho de construção simbólica, como proposto pelas leituras freudiana e lacaniana acerca da metáfora delirante do presidente Schreber. O que existe em comum no grupo é o fato de que todos esses sujeitos poderão apresentar uma psicose declarada e devem ser pensados a partir da primeira formalização a respeito da psicose em Lacan, que tem como paradigma o caso Schreber.

No segundo grupo observamos quadros decorrentes das transformações do discurso do mestre na contemporaneidade com a promoção de novos laços sociais que implicam novas composições psíquicas e com a formação de novos sintomas. Podemos aqui destacar a modalidade de apresentação da psicose denominada psicose ordinária por autores ligados ao campo freudiano, a saber, formas normalizadas da psicose.

Querelas à parte, apostamos com Graciela Brodsky ([2009] 2011, p. 47) que são psicoses que diferem completamente das psicoses anteriormente descritas por serem caracterizadas pela ausência de desencadeamento.

Dentro dessa mesma perspectiva Jacques-Alain Miller nos diz que

[...] há psicoses adormecidas, como existem espiões adormecidos, que jamais acordarão. Há diferenças entre as psicoses que podem ser desencadeadas e as que não podem (MILLER, [2009] 2010, p. 23).

O que podemos dizer das psicoses na atualidade, que denotam uma nova modalidade de apresentação clínica na qual os sintomas clássicos não se fazem presentes como as alucinações e os delírios? Não apresentam o desencadeamento clássico das psicoses? Se entendermos que a apresentação dos sintomas é fruto de cada época, podemos interrogar quais foram as mudanças socioeconômicas e ideológicas ocorridas na contemporaneidade que contribuíram para o surgimento de novas modalidades de subjetivação, bem como podemos teorizar novos elementos orientadores para o diagnóstico da psicose.

A sintomatologia presente nas psicoses atuais é discreta, caracterizada por uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida do sujeito, a partir de uma tripla externalidade, de acordo com Miller ([2009] 2010): a social, corporal e a subjetiva, ou seja, observamos

uma desordem na maneira como o sujeito sente o mundo que o rodeia, vivido ou como uma desconexão social, um desligamento do mundo dos negócios, trabalho ou outros, ou através de uma identificação social, de uma identificação intensa com o ofício do sujeito, onde este significaria “[...] bem mais que um trabalho ou uma maneira de viver”; a desordem em relação ao corpo que é vivido como o Outro para o sujeito e a externalidade subjetiva que traz a “[...] experiência do vazio, da vacuidade”.

Dois grupos distintos de manifestações da psicose que nos remetem a diagnósticos diferenciais, e principalmente a direções de tratamento diferentes.

Segunda pontuação: o sujeito contemporâneo

O sujeito contemporâneo chega ao nosso consultório com uma pergunta muito clara: quer saber o que ele é: bipolar, depressivo, ansioso, fóbico, etc. É uma pergunta relativa ao que eu sou a partir de um transtorno, de uma norma. As perguntas fundamentais do sujeito ao Outro, que nos remetem à falta-a-ser, deixam de existir, colocando em evidência a inconsistência do Outro e a mutabilidade do simbólico.

O sujeito se vê, dessa forma, desorientado frente à multiplicidade de serviços e produtos que se apresentam a ele. E na ausência de significantes norteadores, o sujeito aparece dirigindo suas próprias identificações. Identificações imaginárias, que operam muitas vezes de forma precária, outras vezes restituindo o sentido.

Prova disso é o Movimento Pós-Psiquiátrico, que surgiu na Holanda há cerca de duas décadas e que vem sendo levado adiante por um grupo de pacientes que apresentam quadro alucinatorio e não obtiveram resultado algum com a terapêutica medicamentosa e psicoterápica, bem como pessoas que nunca buscaram tratamento psiquiátrico.

O que há em comum nesse grupo é o fato de que todos os indivíduos são incrédulos em relação aos possíveis benefícios que poderiam obter com o uso de medicações, e incrédulos em relação às explicações dadas pela psiquiatria sobre o funcionamento do sistema nervoso central (SNC) e dos neurotransmissores.

Um dos primeiros grupos surgiu com uma mulher que tinha alucinações verbais e não respondia a neurolépticos, e pediu a uma jornalista amiga que comentasse na televisão a sua experiência. Logo após a entrevista mais de cinquenta pacientes que alucinavam se manifestaram por telefone, levando à formação de um grupo denominado Ressonância.

Hoje em dia há mais de 180 desses grupos em países como Holanda, Escócia, Gales, Inglaterra, Estados Unidos, etc., todos ligados em rede (na internet com o site <www.hearing-voices.org>), onde trocam e discutem suas experiências de ouvir vozes e ter visões, usando um enquadre não médico, com grupos de autoapoio. Os grupos realizam suas próprias explicações a partir do intercâmbio de suas experiências singulares, o que permite, segundo os autores, que os pacientes obtenham um sentido a partir de uma identificação imaginária: a Rede dos Escutadores de Vozes.

Sem dúvida, são casos únicos que expressam a resistência dos sujeitos aos enquadramentos e às classificações comuns no discurso dominante da ciência, que escraviza o sujeito a um saber que existe a ele mesmo. Diante do impossível de tratar, encontraram uma solução contingente, a Rede dos Escutadores de Vozes, que funciona como um aparelho suplementar à forclusão, para alguns.

As psicoses discretas ou normalizadas encontradas na atualidade se caracterizam segundo Laurent (*apud* BROUSSE, [2008] 2009, p. 5) pela não resposta aos significantes mestres tradicionais, manifestando o fim do poder do Nome-do-Pai enquanto único significante da lei simbólica.

Se o discurso do mestre moderno sustentava a prevalência da solução psicótica pela metáfora delirante, o discurso do mestre contemporâneo, a saber, o discurso da ciência divide a figura do Outro em uma diversidade de insígnias. Logo, a resposta que constatamos na clínica é que os psicóticos contemporâneos tratam esse S_1 isolado em seus efeitos de gozo e não mais buscando rearticulá-lo a uma cadeia a partir da criação de um S_2 , de uma metáfora delirante.

De um trabalho com a psicose tendo como horizonte a construção da metáfora delirante nas psicoses clássicas ou extraordinárias, hoje vemos o trabalho do sujeito na busca de construir uma referência para si, ao recolher algo do Outro social que lhe permita uma nomeação, tornando mais relativizada sua relação com o Outro.

Terceira pontuação: um pequeno percurso histórico clínico da psicose

A preocupação em delimitar as fronteiras da loucura ocorre desde o nascimento da psiquiatria no século XIX, na França. Com Kraepelin surgem as primeiras descrições e classificações das doenças mentais, utilizando o critério evolutivo como elemento ordenador de sua classificação.

Desde a sua primeira nosografia, Kraepelin esteve às voltas com uma grande questão: Como incluir determinados quadros clínicos da psicose que diferiam sobremaneira dos quadros clássicos como a esquizofrenia, a paranoia e a melancolia ou por questões etiológicas, ou pelas manifestações sintomatológicas, ou pelo tipo de evolução?

Tratava-se de psicoses de formas atenuadas, rudimentares e parciais da loucura já descritas por autores clássicos como o delírio parcial de Esquirol e Pinel, também denominado loucura racional ou loucura parcial dos autores alemães; a forma simples e a latente da esquizofrenia bleuleriana e a loucura lúcida de Trélat citada por Alvarez (ALVAREZ, 2008, p. 53).

Frente ao impasse duas foram as posições assumidas pelos diversos autores da psicopatologia clássica: uns como Falret negaram a existência das psicoses com sintomatologia discreta; outros como Bleuler as incluíram em alguma das grandes categorias existentes de forma a não dismantelar os modelos psicopatológicos existentes.

Talvez por terem sido rejeitadas por diversos autores, encontramos uma escassez de referências bibliográficas em relação às psicoses normalizadas, ou seja, esses sujeitos cuja vida “[...] corre por caminhos mais movimentados e caminham com um passo semelhante à maioria de seus contemporâneos” (ALVAREZ, 2008, p. 53).

Nas duas últimas décadas, nos diversos cenários seja da clínica psiquiátrica, seja da clínica da clínica psicanalítica, a antiga problemática retorna: quais seriam os limites, as fronteiras que separam a loucura da normalidade? O que distingue a psicose da neurose? Existem fronteiras? Como diagnosticar os loucos normalizados? Como classificá-los?

A psicofarmacologia tenta ampliar o número de consumidores de neurolépticos e de outros psicofármacos abrindo a possibilidade de que pacientes jovens e supostamente candidatos ao desencadeamento de uma psicose utilizem precocemente medicamentos com o objetivo de prevenir possíveis loucuras no futuro.

Do ponto de vista dos manuais como o DSM e do CID, onde se busca uma classificação dos transtornos mentais de forma teórica, segundo seus autores, nos deparamos com os diagnósticos de transtorno de personalidade *borderline*, transtornos psicóticos não especificados utilizados para determinados pacientes que apresentam uma sintomatologia que foge aos critérios para diagnóstico das categorias nosológicas clássicas dentro do campo da psicose.

Na literatura psicanalítica, desde a década de 1990, proliferam os mais variados

nomes para as novas modalidades de apresentação das psicoses, que estão cada vez mais frequentes em nossos consultórios.

O que existe em comum nessa pluralidade de nomeações presentes nas publicações as mais heterogêneas possíveis é o fato de novamente podermos nos perguntar sobre os limites, as fronteiras que separam a loucura da normalidade, a psicose da neurose.

Como no passado, os analistas na atualidade também se dividem em duas posições: de um lado, os partidários de um *continuum*, do delírio universal, dos núcleos psicóticos presentes em estágios arcaicos da constituição subjetiva e, de outro lado, os que afirmam as diferenças estruturais irredutíveis.

Sabemos que, independentemente do campo teórico em que se está trabalhando, quando se trata de um sistema classificatório, é necessário incluir a classe dos inclassificáveis como uma exigência lógica. Porém, Bogochvol (2007, p. 41) adverte que o inclassificável resulta de uma dificuldade de classificar – que pode decorrer tanto do fato de se operar com determinado sistema classificatório quanto de limitações inerentes ao próprio sistema.

As dificuldades encontradas na atualidade para o estabelecimento do diagnóstico desses quadros psicóticos com sintomatologia discreta decorrem – a nosso ver – de limitações inerentes ao próprio sistema classificatório do ponto de vista do campo psiquiátrico e da necessidade de trabalharmos com novos elementos que possam nos orientar para o estabelecimento do diagnóstico da psicose na teoria psicanalítica.

A clínica da psicose em Lacan pode ser teorizada a partir de três momentos:

- A teoria da forclusão do Nome-do-Pai. Nos anos 1950, com o *Seminário 3: as psicoses* ([1956] 1985) e o texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* ([1957-1958] 1998). Aqui, nesta primeira formalização, o objeto de inves-

tigação teórica é a psicose desencadeada. Parte do axioma do inconsciente estruturado como uma linguagem e tendo como paradigma as formações do inconsciente na neurose, constrói uma clínica binária, descontinuísta, pautada na presença (*Behajung*) ou ausência (*Verwerfung*) do significante Nome-do-Pai. Após o desencadeamento da psicose teríamos que pensar as estabilizações possíveis também denominadas saídas ou soluções, a saber, formas de apaziguamento frente à invasão do gozo, como a passagem ao ato, um trabalho de construção simbólica, como proposto pelas leituras freudiana e lacaniana acerca da metáfora delirante do presidente Schreber, e uma estabilização precária a partir da identificação imaginária que forja um eu imaginário para o psicótico. Momento clínico de um trabalho com a psicose que podemos denominar 'a construção de uma ficção do delírio'.

- A formalização do objeto *a* e os mecanismos de sua extração. No *Seminário 11* Lacan ([1964] 2008) conclui que, na constituição da realidade além do imaginário e do simbólico, intervém o registro real. É no jogo dialético com o Outro da linguagem, que o sujeito vai se constituindo através de distintas operações. Porém, há um resto não especular que não é nem simbólico, nem imaginário, que ele chama de objeto *a* e tem uma consistência de vazio ligado ao que Freud denomina de objeto pulsional. A extração do objeto *a* sustenta o campo da realidade. Em 1966 já menciona algo sobre a oposição entre o sujeito do significante e o sujeito do gozo. O sujeito do significante é exatamente aquele representado por um significante para outro significante; e o sujeito do gozo aparece com um significante apenas.

- Teoria dos nós e o *sinthoma*. Com a introdução do conceito de objeto *a* e do sujeito do gozo Lacan retoma a clínica da psicose para pensá-la incluindo o registro do real ao registro simbólico e imaginário.

Nesse paradigma trabalhado por Lacan no *Seminário 22: RSI* (1974-1975) e no *Seminário 23: o *sinthoma** (1975-1976), trata-se de uma clínica da suplência, ou não, à falta do Outro. Trata-se de uma clínica contínuísta ou borromeana, caracterizada pela forclusão generalizada e pelas diferentes formas de suplência, isto é, os arranjos singulares de cada sujeito com seu gozo, de como o sujeito é capaz de fixar o gozo.

Partindo desses elementos ordenadores da clínica, admitimos de forma consensual que a fragmentação corporal da esquizofrenia, a indignidade do melancólico e a autorreferência do paranoico são dimensões de experiências singulares, que convencionamos chamar de psicose, nos alertando para a maneira como a loucura compromete a linguagem, o corpo, o gozo e o vínculo social. Mais quais seriam os elementos indicativos na clínica de um quadro de psicose ordinária?

Tempo de concluir: instante de compreender

Acredito que teríamos que pensar as psicoses atuais a partir da leitura do texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* em que Lacan ([1957-1958] 1998, p. 564) nos aponta duas articulações:

A *Verwerfung* será tida por nós, portanto, como forclusão do significante. No ponto em que, veremos de que maneira, é chamado o Nome-do-Pai, pode, pois, responder no Outro um puro e simples furo, o qual, pela carência do efeito metafórico, provocará um furo correspondente no lugar da significação fálica.

Ou seja, estabelece que o transtorno no nível imaginário (significação fálica = -zero) é efeito da forclusão do Nome-do-Pai (Po).

Mais adiante Lacan rompe com a relação causal entre a significação fálica e a forclusão do Nome-do-Pai ao dizer:

Terá esse outro abismo sido formado pelo simples efeito, no imaginário, do vão apelo feito no simbólico à metáfora paterna? Ou deveremos concebê-lo como produzido num segundo grau pela elisão do falo, que o sujeito reduziria, para resolvê-la, à hiância mortífera do estádio do espelho? (LACAN, [1957-1958] 1998, p. 577).

Assim, podemos supor que nas psicoses extraordinárias encontramos a forclusão do Nome do Pai acompanhada da ausência de significação fálica numa relação causal, enquanto as apresentações atuais da psicose, partindo da leitura do texto citado, denotam que o furo da significação fálica se mantém de forma latente, mesmo com o Nome-do-Pai foracluído, o que permite a inserção do sujeito no Outro social de forma operativa. Não haveria, dessa forma, manifestações clínicas da ausência da significação fálica. Logo, o sujeito psicótico pode atrelar o incurável do *sinthoma* às ofertas de sentido feitas pelo Outro da cultura. \varnothing

SCORES ON THE CURRENT PSYCHOSIS

Abstract

I propose in this article to establish some theoretical elements that allow to think of the current psychosis with their discrete experiences and common certainties opposing the extraordinary psychosis with their experiences of invasion of the Other. To do so, we turn to the text The preliminary question to any possible treatment of psychoses (Lacan) to account for this differential clinic.

Keywords: *Extraordinary psychosis, Current psychosis, Forclusion of the signifier Father Name, Absence of phallic signification.*

Referências

ALVAREZ, J. M. Las otras psicosis. A partir de cuándo se está loco? In: VASCHETTO, E. (Comp.). *Psicosis actuales. Hacia un programa de investigación acerca de las psicosis ordinarias*. Buenos Aires: Grama, 2008. p. 51-64.

BOGOCHVOL, A. Borderline. In: ALVARENGA, E.; FAVRET, E.; CÁRDENAS, M. H. (Orgs.). *A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007. p. 41-49.

BRODSKY, G. *Loucuras discretas: um seminário sobre as chamadas psicoses ordinárias* (2009). Belo Horizonte: Scriptum, 2011.

LACAN, J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-1958). In: _____. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Revisão técnica de Antonio Quinet e Angelina Harari. Preparação de texto de André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 537-590. (Campo Freudiano no Brasil).

LACAN, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de M. D. Magno. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Campo Freudiano no Brasil).

LACAN, J. *O seminário, livro 3: as psicoses* (1955-1956). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de Aluísio Menezes. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Campo Freudiano no Brasil).

MILLER, J.-A. Efeito do retorno à psicose ordinária (2009). *Opção Lacaniana online nova série*, São Paulo, ano 1, n. 3, nov. 2010. ISSN: 2177-2673. Disponível em: <www.opcaolacanianana.com.br>. Acesso em: dez. 2016.

Recebido em: 13/03/2017

Aprovado em: 20/03/2017

Endereço para correspondência

E-mail: <e.mussel@globo.com>.

Sobre a autora

Eliane Mussel da Silva

Psiquiatra. Psicanalista. Sócia do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais. Professora da Faculdade de Psicologia da PUC Minas.