



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

ALUCINAÇÃO: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Sérgio Ricardo Bezz

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Rio de Janeiro

2016

ALUCINAÇÃO: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Sérgio Ricardo Bezz

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Anna Carolina Lo Bianco

Prof^a. Dr^a. Fernanda Teophilo Costa-Moura

Dr. Fernando Ribeiro Tenório

Fevereiro de 2016

FICHA CATALOGRÁFICA

B574 Bezz, Sérgio Ricardo.
Alucinação: uma abordagem psicanalítica/ Sérgio Ricardo
Bezz. 2016.
105f.

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2016.

1. Psicanálise. 2. Psicose. 3. Alucinação. I. Lo Bianco, Anna Carolina. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 150.195

RESUMO

ALUCINAÇÃO: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

Sérgio Ricardo Bezz

Orientadora: Anna Carolina Lo Bianco

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

A dissertação aborda a alucinação na psicanálise, circunscrevendo sua aparição na psicose. Sua frequência e importância na clínica são tematizadas a partir de um caso clínico atendido no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, RJ, desde a primeira recepção à estabilização delirante, através de um laço transferencial. A partir do referido caso, desdobra-se uma articulação conceitual da estrutura da psicose em Lacan, perpassando a forclusão do Nome-do-Pai, e a transferência em sua versão na clínica da psicose. Com o caso Schreber, examina-se o lugar de suas alucinações na constituição de seu corpo, e de sua solução delirante via relação transferencial. Do campo da psiquiatria clássica, retoma referências para compreensão e crítica da definição da alucinação como percepção sem objeto, para, com Freud e Lacan, examinar sua condição na estrutura de linguagem, em seu caráter verbal, dando especial espaço para a noção de automatismo mental de Clérambault. No circuito da pulsão, o conceito de objeto *a* de Lacan ganha relevância, levando à proposição de que o sujeito psicótico é aquele que se funde com este objeto, evidenciando sua particular condição de objetalizado.

Palavras-chave: psicanálise; psicose; alucinação; objeto *a*, psiquiatria.

RÉSUMÉ

HALLUCINATION: UNE DÉMARCHE PSYCHANALYTIQUE

Sérgio Ricardo Bezz

Directeur de Recherche: Anna Carolina Lo Bianco

Mémoire de Master de Recherche soumis au Programme du Master en Théorie Psychanalytique de l'Institut de Psychologie de l'Université Fédérale de Rio de Janeiro – UFRJ, faisant partie des conditions nécessaires à l'obtention du titre de Maître de Recherche en Théorie Psychanalytique.

Ce mémoire se penche sur la question de l'hallucination pour la psychanalyse, situant son apparition dans la psychose. Sa fréquence et son importance pour la clinique sont thématiques à partir d'un cas clinique suivi à l'Hôpital Psychiatrique de Jurujuba, à Niterói, Rio de Janeiro, dès son premier accueil jusqu'à la stabilisation délirante, par un lien de transfert. A partir du cas cité, se développe une articulation conceptuelle de la structure de la psychose chez Lacan, passant par la forclusion du Nom-du-Père, et par le transfert dans sa version dans la clinique de la psychose. A partir du cas Schreber, est examinée la place que ses hallucinations occupent dans la constitution de son corps, et de sa solution délirante via la relation de transfert. A partir du champ de la psychiatrie classique, seront reprises des références pour la compréhension et la critique de la définition de l'hallucination comme perception sans objet, pour, avec Freud et Lacan, examiner sa condition dans la structure de langage, dans son caractère verbal, soulignant le rôle spécial de la notion de l'automatisme mental de Clérambault. Dans le circuit de la pulsion, le concept de l'objet *a* de Lacan gagne de l'importance, aboutissant à la proposition selon laquelle le sujet psychotique est celui qui se fusionne avec cet objet, mettant en évidence sa condition particulière d'objectalisé.

Mots-clefs : psychose ; hallucination ; objet *a* ; psychiatrie.

AGRADECIMENTOS

A Anna Carolina Lo Bianco, pela acolhida e suporte desde a entrada até o final do mestrado, além da acurada leitura da dissertação nas orientações. Também agradeço em ter me proporcionado vivenciar a força e importância de seu trabalho com a psicanálise na transmissão na Universidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica e seu corpo docente e discente, pelas aulas, discussões e debates.

Aos membros da banca examinadora:

Fernanda Theofilo Costa-Moura, pela forte presença de enunciação de sua palavra, na Universidade, e onde quer que ela ecoe. Também pelas aulas do Programa e da Graduação, agradeço muito.

Fernando Ribeiro Tenório, à memória de um trabalho na Rede de Saúde Mental de Niterói, e pela referência de seriedade e comprometimento. Nesse momento, à sua generosa acolhida ao renovado convite de trabalho.

A Simone Gryner, pela minha formação na psicanálise, e sua incidência decisiva para minha tomada em mãos do trabalho e da palavra.

A Eduardo Rocha, pelos intensos anos de trabalho conjunto e pela importância em meu percurso em incontáveis momentos. Pela sua coordenação da Oficina de Psicanálise do Hospital de Jurujuba e da direção do hospital, foco de transmissão de um trabalho ético precioso com a clínica da psicose.

A Sylvia Notrica Morard, pela ajuda com as traduções e seu companheirismo.

Ao Tempo Freudiano, lugar que por tantos anos pude trabalhar e ter uma formação na psicanálise. À oficina de psicose, que me deu acesso a uma leitura e a um trabalho com a psicose decisivos, tanto na minha prática no campo da saúde mental, na minha clínica, e agora no mestrado.

A Ana Claudia e Nina, por serem as razões do coração. De onde vem a energia, a força e o desejo para avançar.

“Imagino que me perguntarão por que eu não contei antes para os médicos todas essas coisas, na forma de queixas. Só posso responder perguntando se teria sido dado algum crédito à minha descrição desses fatos ligados a fenômenos de natureza sobrenatural”.

Daniel Paul Schreber

ALUCINAÇÃO: UMA ABORDAGEM PSICANALÍTICA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

1 - Razões de uma escolha	9
2 - Observações sobre a metodologia de pesquisa	14
3 - Alucinação como fato clínico	18

CAPÍTULO I - CASO CLÍNICO

1 - Caso H.	22
2 - A recepção	25
3 - Questões sobre a medicalização	27
4 - Creditar a palavra	32
5 - Um lugar para a psicose em transferência	33
6 - A alucinação da lâmpada: de que se trata?	34
7 - Desencadeamento: o tempo de uma psicose	36

CAPÍTULO II - ESTRUTURA DA PSICOSE E ALUCINAÇÃO – UMA VIA TRANSFERENCIAL

1 - O discurso do psicótico e a <i>Verwerfung</i>	38
2 - O Nome-do-Pai e a Estrutura	43
3 - Uma questão preliminar: a transferência e a resistência	49
4 - Transferência na psicose	54

CAPÍTULO III - O LUGAR DA ALUCINAÇÃO EM SCHREBER

1 - Alucinação e desejo	59
2 - Schreber: um corpo produzido pela voz	60
3 - A hipocondria de Schreber	62
4 - Voz e corpo	66
5 - Primeiro momento alucinatório	67
6 - A provisória solução do transexualismo	68

CAPÍTULO IV – O OBJETO NA ALUCINAÇÃO

1 - Do objeto da psiquiatria ao objeto da psicanálise	71
2 - Automatismo Mental de Clérambault	75
3 - Os objetos pulsionais	79
4 - O objeto na psicose	83
5 - O sujeito e o objeto: fantasia e alucinação	87
6 - A voz e o silêncio da psicose	90

CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
----------------------------	----

BIBLIOGRAFIA	100
--------------------	-----

INTRODUÇÃO

1 - Razões de uma escolha

Foi em minha prática com psicóticos na emergência, e na coordenação da enfermaria de crise masculina no hospital psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, que tive a oportunidade de ter um encontro com pacientes em um momento de enorme gravidade. Um radical tempo da irrupção de fenômenos críticos da psicose, não raro, situações de grande risco, as quais necessitavam de uma atenção extrema para que os pacientes até mesmo se mantivessem na vida.

Tratava-se de arranjos e desarranjos os mais difíceis da linguagem que naquele momento se davam a ver. Assim como seus efeitos em toda a vida mental, corporal e social dos pacientes tornavam-se evidentes, exigindo um esforço de formação daqueles que se ocupavam em dirigir esses tratamentos. As consequentes intervenções estavam referidas, deste modo, à leitura possível pelo clínico dos acontecimentos da psicose em cada paciente. Foi com a responsabilidade prática de, nessa intervenção, me dirigir ao que estava ali radicalmente sendo colocado, que a necessidade de articulação conceitual se impôs a mim.

Ao entrar na enfermaria, deparava-me com gritos aflitos, injuriosos e injuriados. Perguntava-me, angustiado: “mas por que esses pacientes gritam tanto?” Especialmente abordei um jovem, desassossegado, que trazia um semblante evidente de enorme sofrimento, e indaguei: “O que está havendo? Por que você está gritando?” Ao que ele me responde: “*Não estou gritando, é a voz*”. Desde então, meu espanto e o intrigante de sua resposta me levaram a reconhecer na voz, nessa voz estranha a ele, a alucinação. Um mistério para mim, pois como poderia ele não reconhecer como sua aquela voz que saía de sua boca e comandava sua ação?

A frequência do aparecimento de fenômenos alucinatórios nos psicóticos com quem trabalhei foi a porta de entrada para meu interesse em melhor definir, melhor cernir a importância de tais fenômenos no tratamento da psicose, e procurar fazer uma reflexão que me permitisse formular conceitualmente o que estava ali em questão. Comecei por indagar se a aparição abrupta, radical da alucinação seria privilégio dos

psicóticos. Essa primeira pergunta, simples a princípio, instigou-me a abrir um campo de pesquisa que visava à investigação da alucinação.

Para orientar esse trajeto, segui indicações de Lacan em seus trabalhos endereçados à clínica e à doutrina das psicoses, para de início colocar algumas perguntas: como a alucinação é concebida para os clínicos clássicos no campo psiquiátrico? Que condições a sua permanência nas psicoses preenche? Há alucinação na neurose? É condição da alucinação uma disfunção perceptiva? Todas elas me indicavam caminhos a serem tomados para responder à questão que realmente passou a me interessar: o que é a alucinação?

A alucinação tornou-se para mim um elemento privilegiado na leitura dos casos, como um modo singular de resposta desses psicóticos a convocações muito próprias, por vezes claramente localizáveis em sua relação com o outro, encarnado na figura mesma do clínico que o atende. Encontrar-me com isso, nos tratamentos de internação, trouxe a exigência de um maior esclarecimento clínico-teórico quanto às operações de linguagem em jogo no psicótico.

A título preliminar, poderemos dizer que a alucinação não figura entre os conceitos fundamentais da psicanálise, nem mesmo é localizável na obra psicanalítica a proposição da alucinação como conceito. Proporei nomeá-la provisoriamente como uma operação de linguagem – um fenômeno que teima em surgir na prática clínica com psicóticos. Insistência misteriosa e espantosa.

Em muitos casos, a frequência da presença automática e imposta de uma voz me indicaram estar diante de uma característica comum, não necessária, mas de valor fundamental. Ao me ocupar desses pacientes, a partir de uma tentativa de tratamento pela palavra, como tratar essa voz? Para responder a esta pergunta, o movimento primeiro das equipes de saúde mental, diante do enorme sofrimento dos pacientes, caminhava claramente na direção de suprimi-las, silenciá-las, a ponto de não querer ouvi-los a esse respeito. Curioso paradoxo esse, não ouvir aquilo mesmo que os pacientes ouvem e dizem incessantemente, a voz. O paciente que respondeu: “não sou eu que grito, é a voz” abre um enorme campo de reflexão. De quem é a voz? Com quem falamos? Quem grita?

A voz, como, aliás, o olhar também, são objetos privilegiados para a psicose. Como acompanhar o modo como se articulam para cada sujeito, seja na trama delirante ou como fenômeno isolado? As imposições à vida do sujeito são de que ordem, absolutas? Há alguma mediação possível? São questões da clínica. Não raro, acompanhando pacientes assolados por vozes, observamos a importância dessa voz para sua vida, para sua ligação com o mundo – seja a voz tirânica, coercitiva, injuriosa, ou seja amigável, orientadora e companheira.

Também observo, acompanhando psicóticos em tratamento, a prevalência e importância do olhar do Outro, o qual pode assumir um caráter vigilante, persecutório, premonitório. Seja qual for seu vetor, possui a característica de ser um olhar sobre o sujeito, vindo de fora, que o objetifica. Diz-nos o quanto ele é observado na rua, pelos vizinhos, e, nesse olhar incessante, o quanto ele pode ser atormentado por isso, sendo capaz de atos os mais disruptivos como resposta. Paradoxalmente, seu lugar no mundo é profundamente marcado nessa operação. Escuto inúmeras situações onde sem a voz, sem o olhar, nessa dimensão imposta, nada lhe resta.

Constato a grande dificuldade do reconhecimento das alucinações. Sua enorme gama fenomênica passará imperceptível às orelhas dos clínicos na prática atual dos serviços de assistência a psicóticos, certamente por ser efeito do reducionismo conceitual, do achatamento teórico transmitido e ensinado atualmente nas concepções das alucinações, como disfunção cerebral, calcadas numa simplificação, nomeada como alteração da percepção, signo de uma disfunção neuronal. Vale dizer que alucinação como falsa percepção, ou uma percepção sem objeto, é uma concepção de uma tradição esquecida atualmente, referida a todo um debate do final do século XIX. Recebida sem sua história e sua tradição, produz a leitura consequente, quase como regra, de um signo de uma patologia a ser medicada, reduzida, aplacada e até eliminada.

Jean-Étienne Dominique Esquirol, considerado, junto com Philippe Pinel, um dos fundadores do campo psiquiátrico, foi o primeiro a forjar uma definição da alucinação. Vejamos como, em 1883, em seu importante trabalho *Maladies Mentales*, ele a definiu:

Um homem que tenha a convicção íntima de uma sensação naquele instante mesmo percebida, ao passo que na ausência de um objeto exterior capaz de provocar tal sensação não está na posse de seus sentidos, está em um estado

de alucinação: é um visionário. (ESQUIROL apud LANTERI-LAURA, 2000, p. 246).

Destaco aqui sua *convicção íntima*. O que faria com que esse sujeito nos diga que escuta uma voz, com certeza absoluta, quando não há ninguém na realidade que emite tal voz? A partir dessa concepção de Esquirol, toda a leitura subsequente da alucinação como erro, uma alteração da percepção do mundo a ser ajustada, corrigida, decorrerá numa concepção de tratamento segundo a perspectiva de restituição da posse de seu sentido deformado. Sentido esse a ser corrigido em geral na referência a uma moral vigente.

O que isso implica? Ser tomado como um problema do campo perceptivo, sensorial, em que o objeto da percepção está ausente na realidade, parece-nos, supõe uma relação de transparência entre o sujeito e o que ele percebe. A perspectiva de ajuste do sujeito à realidade pressupõe uma realidade já lá, prévia, antes do sujeito. Ao contrário, na psicanálise, desde Freud, a concepção de realidade sofre uma revisão completa com o conceito de inconsciente. Toda a realidade percebida pelo sujeito dependerá da janela da fantasia. O corte operado pela psicanálise torna a realidade um efeito produzido pelo sujeito do inconsciente; desse modo, ela é uma realidade psíquica, não uma realidade material.

Na psicose, de que realidade se trataria? O que a alucinação nos esclareceria a respeito dessa desnaturalização da realidade como já lá, prévia ao modo de constituição do sujeito de linguagem? No Seminário das psicoses ([1955-56] 1988), de modo surpreendente, Lacan resgata do eminente psiquiatra francês Jules Séglas a alucinação psicomotora verbal. Um modo alucinatório surgido pelo aparelho fonador do próprio paciente, e não como uma falsa percepção. A voz alucinada se diz pela boca do paciente. A voz fala nele. Ao exemplo de uma paciente que diz: “É uma voz que sai da minha garganta, as pessoas falam pela minha garganta”. A ausência da sensorialidade, de subjetividade e o caráter de intrusão do outro marcam esse fenômeno, criando uma realidade que age e dirige a vida do paciente. Interessante notar a ausência completa de qualquer referência aos sentidos, indicando a necessidade de uma revisão da formulação corrente de alucinação auditiva. O apelo ao órgão sensorial da audição parece-nos aqui pouco esclarecedor para o de que se trata nesse fenômeno descrito por Séglas.

O desafio foi colocado na clínica com nossos pacientes psicóticos, onde as alucinações são intensas, por vezes presenças constantes. Nesse diálogo a muitas vezes, não sabemos bem com quem falamos. Talvez por não ser mesmo um diálogo. Então, quem fala na psicose, com quem falamos na psicose? Há, nesse “diálogo”, uma necessidade ética em supor um sujeito, mesmo ali onde não veríamos seu vestígio.

Essa dissertação busca trazer alguns elementos para melhor reconhecer os efeitos do funcionamento desse sujeito psicótico na estrutura, e a margem de manobra na transferência que ele pode nos oferecer. Buscarei cernir na pesquisa a operação própria do sujeito psicótico na alucinação, atento a seus efeitos na transferência, no esforço em reconhecer, cernir, respeitar e suportar o real da alucinação na linguagem. O modo de funcionamento próprio do psicótico nas irrupções alucinatórias, sabemos, traz efeitos catastróficos, mas também de trabalho. É uma aposta e uma hipótese.

No primeiro capítulo, trarei um caso clínico. Atendido por mim no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, é um trabalho de muitos anos. Especificamente, traz a passagem precisa de uma alucinação – a “lâmpada”. Alguns desdobramentos e nodulações do tratamento, a partir da transferência e sua estabilização delirante, são temas apresentados. Em suma, um caso que possui uma alucinação precisa, tornada pedra angular de sua transferência, e de sua estabilização delirante. Alguns tempos de seu tratamento são definidos, como o desencadeamento da psicose, e sua relação com as medicações, mas, sobretudo, sublinha-se a difícil e fundamental questão do crédito necessário à palavra psicótica, ainda que situada pelo que de mais estranho seja ao reconhecimento comum – a alucinação.

Proponho, no segundo capítulo, “Estrutura da psicose e alucinação – uma via transferencial”, nos aproximarmos de conceitos fundamentais para a psicose como estrutura de linguagem. Recorro ao conceito de foraclusão do Nome-do-Pai. Em um primeiro momento, recorro da *Verwerfung* freudiana a fonte de onde Lacan pôde forjar a foraclusão como um conceito-chave para compreensão da psicose. Da alucinação como uma resposta produzida pela foraclusão. Sigo evidenciando o modo como Lacan articula o significante do Nome-do-Pai, nos três tempos do complexo de Édipo.

No segundo tempo do capítulo, dadas as referências estruturais da psicose, examinarei a questão da transferência, especificamente como ela pode ser lida na

psicose. Espero indicar uma possibilidade de examinar respostas psicóticas, em seus fenômenos próprios de linguagem, na estrutura que lhes concerne, no laço transferencial com o Outro.

No terceiro capítulo, intitulado “O lugar da alucinação em Schreber”, farei uma passagem pelo célebre caso Schreber, lido por Freud e retomado por Lacan. Examinarei as passagens em que a presença das alucinações determina e produz seu corpo de um modo radical. Seus sintomas hipocondríacos serão reconhecidos como o período inicial de sua psicose no desdobramento das vozes e a incidência sobre a constituição de seu corpo. Situarei a importância do primeiro momento alucinatório e todo o trabalho do delírio até a sua solução transexual, de se tornar a mulher de Deus.

No quarto capítulo, “O objeto na alucinação”, entrarei nas articulações acerca do objeto da alucinação. Partirei das concepções clássicas da psiquiatria. Lacan, na importância dada a Clérambault, especificamente da noção de Automatismo Mental, demarcará a via para a compreensão e estabelecimento de um funcionamento da cadeia significativa automática, acéfala. As alucinações serão incluídas entre os fenômenos de Automatismo Mental, com a precisão de um funcionamento que não recorre a nenhuma sequência de ideias, ou seu caráter anideico, conforme isolado por Lacan.

A referência do objeto da alucinação, ligado à conceituação lacaniana de objeto *a*, levou-me a desenvolver, a partir do conceito de fantasia, como estabelecido e escrito por Lacan \$ <> a, uma chave de leitura para abordar a alucinação como um objeto colado ao sujeito. Sujeito não barrado, e objeto não mais velado pela tela da fantasia. Por fim, a voz ininterrupta da psicose alucinatória levou-me a interrogar sobre o silêncio, e seu lugar, ou não lugar, para muitos daqueles psicóticos submetidos ao barulho constante das vozes, sem descanso.

2 - Observações sobre a metodologia de pesquisa

Para a pesquisa, há o esforço de situar a intrínseca relação em psicanálise entre seu campo teórico e a prática. O método freudiano explicita-se: “Uma das reivindicações da psicanálise em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (FREUD, [1912] 1990, p. 152). Sua clínica

escreveu a teoria e, inversamente, poderíamos também dizer que a teoria escreveu sua clínica. Será nesse vai e vem que poderemos situar o trabalho no campo psicanalítico.

Freud, partindo de sua prática clínica, pôde situar a presença do sujeito, de sua posição, suas determinações simbólicas, suas quedas, falhas – consequência direta do modo mesmo como articulava e inventava o inconsciente freudiano. Rente aos encadeamentos significantes, escutados em sua clínica de suas primeiras pacientes histéricas, o conceito de inconsciente se escreveu.

Desse modo, Freud não somente escreveu conceitos, como um teórico, mas demonstrou que investigação e tratamento coincidem. Assim, criou a possibilidade do surgimento de um novo saber e uma nova clínica no mesmo golpe. O inconsciente passa a ser o objeto de pesquisa de Freud; não será mais possível a ele aplicar um método de investigação a um objeto já delimitado previamente. O inconsciente como conceito não está antes da presença do analista, mas produzido na e por essa presença. Lacan chega mesmo a dizer que o conceito de inconsciente depende da presença do analista. Desse modo, o conceito de inconsciente como perda depende da presença do analista, que a testemunha e a faz existir.

Se a pesquisa em psicanálise possui uma relação com a prática clínica, estaremos em um terreno conceitual onde, estruturalmente, teremos que lidar, nessa práxis, com vicissitudes perpassadas nessa articulação. Para tal, coloca-se o desafio de reencontrar na pesquisa analítica o rigor que Freud trouxe a ela, não se deixando apreender em um conhecimento já mapeado. Esse deslizamento está à espreita da pesquisa em psicanálise, como é apontado por Lo Bianco (2003). O objeto de pesquisa em psicanálise só poderá cernir-se na práxis analítica, na confluência necessária entre o conceito e a prática. O método de pesquisa em psicanálise estará, assim, submetido a esse objeto surgido, produzido no campo da práxis analítica.

O ensino em psicanálise não passa sem a operação em causa do conceito de que se trata. Trata-se nesse ponto da radicalidade da formação analítica. Em torno desta questão, Lacan retoma conceitos cruciais da psicanálise: inconsciente, repetição, pulsão e transferência. Demonstra a solidariedade entre eles, sua implicação mútua. Ao abordar o conceito de transferência, diz: “Este conceito é determinado pela função que tem

numa práxis. Este conceito dirige o modo de tratar os pacientes. Inversamente, o modo de tratá-los comanda o conceito.” (LACAN, [1964] 1995, p. 120).

Questão a mais fundamental na psicanálise, a sua transmissão, ganha todo o relevo no ensino de Lacan em 1964. Indica ser parte da própria psicanálise, em sua estrutura, a resistência ao inconsciente. Ela faz parte do conceito. O inconsciente abre para se fechar. O fechamento indica o inconsciente, faz parte do conceito. Lacan segue:

A presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente, de modo que quando ela se manifesta hoje em dia em certos encontros como recusa do inconsciente é uma tendência, e confessada, no pensamento que formulam alguns – isso mesmo deve ser integrado ao conceito do inconsciente. (p. 121).

Pode-se acompanhar, assim, a particularidade do conceito em psicanálise. De um lado, na apreensão comum do ensino de uma disciplina qualquer, temos a transmissão do conceito como conhecimento. Do lado da psicanálise, situado no corte freudiano, tomado no real da ética psicanalítica, dá-se lugar ao corte e à fenda do inconsciente. Em suma, um conceito psicanalítico porta uma resistência a que ele se escreva plenamente, convocando o sujeito ao trabalho. Conceito da falta, hiância aberta pelo que resta a dizer do conceito.

A incidência destas questões é atual. O desafio da missão do ensino de conceitos, aliado ao ofício de uma prática profissional, está colocada para qualquer profissão como a engenharia, o direito, a economia, dentre tantas outras. No entanto, para a psicanálise, encontramos aqui um importante problema a ser enfrentado em seu ensino. Não reduzir seus conceitos a uma teoria, um conhecimento.

É dada à Universidade o lugar da transmissão de conhecimentos, e Freud não se furtou à busca de uma legitimação de sua descoberta do inconsciente nesse lugar da ciência, junto a seus pares. Certamente a Universidade traz atualmente uma dificuldade para a psicanálise. Tende a transformar a psicanálise em mais um conhecimento dentre outros.

Que grave risco se pode observar dessa transformação da psicanálise em mais um saber consumível. Então, em nossa atualidade dominada pela tentativa de transparência da informação, do acesso e do consumo do saber, vemos a tendência permanente de transformar os conceitos analíticos em conhecimentos plenamente

absorvíveis, eliminando do conceito analítico sua dimensão própria, ou seja, aquela apontada por Lacan como o do conceito da falta, *Unbegriff*. Diz: “Aqui brota uma forma desconhecida do *um*, o *Un* do *Unbewusste*. Digamos que o limite do *Unbewusste* é o *Unbegriff* – não o não-conceito, mas o conceito da falta” (LACAN, [1964] 1988, p. 30). O conceito analítico portará em sua condição mesma a impossibilidade de ser consumido, e sua transmissão inclui essa falta. Nem por isso é menos rigoroso o que está em jogo nos conceitos analíticos. Lacan, ao dizer – o conceito da falta, da fenda própria ao inconsciente –, abre um campo novo, inédito, ou seja, aquele de um conceito que porta a falta. A incompletude fazendo parte da operação de linguagem remete a uma lógica própria na psicanálise.

Lacan ([1960] 1998), em “Observação sobre o relatório de Daniel Lagache”, diz da união do sujeito e seu objeto figurando como o ideal clássico de uma teoria do conhecimento, “fundamentada na conaturalidade pela qual o conhecedor, em seu processo, vem a co-nascer no conhecido” (p. 673). Sua utilização da palavra francesa *connaître* (conhecer), faz aqui homofonia com *co-naître* (co-nascer). No conhecido temos, assim, essa coalizão entre o sujeito e seu objeto, desaparecendo a fenda, a hiância inconsciente, condição do sujeito do desejo, dividido. Desta forma, aponta para uma recusa, uma obstrução para que a transmissão da descoberta freudiana tenha operatividade. A aposta da psicanálise segue em marcha na dependência mútua, da implicação entre um sujeito e o Outro, lugar ocupado pelo analista, que ligados e produzidos pela transferência dependem da incompletude que os une: o inconsciente.

Buscarei, a partir do fenômeno alucinatorio, particularmente em sua aparição na psicose, transitar nessas determinações do tratamento e do conceito. O método aqui se colocará em contraponto ao utilizado nas concepções de uma clínica baseada em reguladores psico-químicos matemáticos, como nos aponta Charles Melman (1968), ao abordar a questão das alucinações. Constato a evidência dessa concepção como hegemônica no campo psiquiátrico atual, e sua eficácia na incidência do aplacamento sintomatológico. Essa visada, segundo Melman, tem seus fins, entre eles, a limpeza do sujeito no apelo às escalas psicométricas, produzindo “exploração social, difusão massiva de tranquilizantes em um uso propriamente toxicômano, penúria mais cerimonial do discurso científico” (p. 121). É uma afirmação forte, indicando a redução dos fenômenos da psicose a determinantes orgânicos. Nesse caso, torna a psicose uma

disfunção, um organismo em déficit, levando a uma clínica apoiada fundamentalmente nas condutas medicamentosas “reparadoras”.

Em psicanálise, lança-se luz à concepção da alucinação tomada como parte da tessitura de linguagem, implicando uma estrutura própria à psicose, e não de déficit em relação a um organismo funcional. Na busca de uma maior aproximação do que se passa em um tratamento, será relevante de que modo os delineamentos da fala alucinada do paciente será endereçada a seu clínico, portanto, a questão do sujeito em transferência estará em causa. Examinarei a relação desse sujeito com seu objeto, nomeadamente, aquele que na alucinação possui o caráter de imposição, coerção, automatismo da linguagem próprio à estrutura da psicose. Desse modo, o objeto na psicose se dá a ver. Ele fala, comanda o sujeito de modo o mais claro e exposto. A psicose revela algo velado para a neurose, ou seja, a inexorável condição do sujeito como determinado por seu objeto.

3 - Alucinação como fato clínico

A inseparabilidade no método psicanalítico entre a prática clínica e a conceituação teórica produzirá fatos clínicos próprios ao clínico em causa, pois ele está implicado até a cabeça com o que recorta de seu olhar. Marcel Czermak (2013) nos diz que, para falarmos de fato clínico, “precisamos supor, evidentemente, que haja clínico: ele faz parte do quadro” (p. 111). Se o clínico faz parte do quadro que se produz no tratamento, faz da clínica psicanalítica uma operação dependente absolutamente da formação do clínico, esta implicada diretamente no que ele escuta e não escuta, e no que ele vê e no que ele não vê. O fato clínico é, nesta concepção, em suma, uma questão de método.

Maria Cristina Poli (2012) aponta para a dimensão sintomática do fato clínico, “o sintoma de ter que produzir um escrito a partir da questão deixada em aberto por ele” (p. 59). Em meu percurso, motivador desta dissertação, a questão da alucinação vem a ser este ponto de abertura. Tornou-se para mim um elemento privilegiado na leitura dos casos, como um modo singular de resposta desses psicóticos a convocações muito

próprias, por vezes claramente localizáveis em sua relação com o outro. Sublinho, nesse ponto, onde o lugar do outro está encarnado na figura do clínico que o atende, o campo fecundo para o aparecimento desse fenômeno alucinatório como resposta.

Certa vez, um paciente me disse ter escutado a minha voz falando com ele à noite, algo que o apaziguou, naquele momento, do medo de morrer e o permitiu descansar. Encontrar-me com isso, nos tratamentos de internação, trouxe a exigência de um maior esclarecimento clínico-teórico quanto às operações de linguagem em jogo no psicótico, não dispensando a presença do clínico nos efeitos transferenciais desse encontro.

Um paciente recém-internado demonstrava trejeitos afeminados. Andava sem parar alternando a tonalidade de sua voz, entre uma fina, afeminada, e outra masculinizada. Abordava os pacientes, discretamente, com insinuações de interesse, ou mais sexualizado, chegando a tentativas bastante diretas e expostas a outros pacientes – algo que o fazia ser agredido com frequência. Diante desse fato, foi sugerido a ele, pelo enfermeiro, ficar em um espaço mais protegido, pois ele corria risco com os outros. Nessa atitude de cuidado com ele, argumentou-se a razão: “Sua homossexualidade, os outros respondem mal a isso”. A mensagem era: você é homossexual. Produziu-se um acesso de fúria e agressividade dirigida a aquele que lhe falou, e ao mesmo tempo uma confusão mental proeminente.

Diante desse quadro, outro profissional, um acompanhante terapêutico, o aborda, e com um tempo pôde escutá-lo em sua oscilação de voz, a presença de uma mulher em seu corpo, falando pela sua boca. Espanto diante disso! Ele não se reconhecia nessa voz feminina, e nem em seus “comportamentos homossexuais”. Ele pôde dizer que havia nele alguém que falava, e que era uma mulher, a “maligna”. Quando ele falava com os homens, e os chamava para o sexo, era ela quem falava; interessante, pela boca dele mesmo: “ela quer os homens”. Havia, assim, um duplo. Ele e ela habitando o mesmo corpo, o que produzia, por vezes, um embate em que ele gritava para ela, como num diálogo áspero.

Tal passagem trazida em supervisão deu ocasião a que se localizasse, em primeiro lugar, a voz alucinada, articulada a um vetor decisivo de sua psicose, antes desconhecida: o da transexualização. Porém, isso não o localizava nem do lado

heterossexual, nem do homossexual. Naquele momento, a injunção de se reconhecer em uma posição sexual – a homossexual – tornara-se excessiva. Observa-se aqui um efeito catastrófico decorrente da sugestão no sentido do reconhecimento de uma homossexualidade latente, fato que, aliás, é constantemente observado nos psicóticos (LACAN, [1958] 1998).

A leitura de seu trejeito afeminado constitui um fato clínico. Se o tomamos como homossexual, sua resposta de passagem motora e automática ao ato constitui um fato a ser integrado no modo mesmo como a equipe se posicionou. Temos aqui um fato que somente na leitura transferencial da psicose pode orientar o trabalho.

O acompanhante terapêutico (AT) tornou-se uma peça dessa engrenagem, tocando nesse ponto, dizendo-o e trocando-o com a equipe, e o fazendo existir. As intervenções do AT dirigiam-se à equipe de enfermagem, advertindo para o recuo da proposição de assumir a homossexualidade do paciente, produzindo efeitos bastante apaziguadores para o caso. Vemos a importância das respostas do paciente diretamente relacionado à posição da equipe.

O desafio passou a ser ouvir essa voz, deixá-la ressoar, acompanhar o modo como se articulava na trama delirante, ou como fenômeno isolado, e que repercussões impunha à vida do sujeito. Esse paciente nos revelou o horror em ser implacavelmente objetificado, porém, surpreendentemente, também trouxe a curiosa formulação de vozes amistosas, companheiras. Indicavam o que fazer em seu cotidiano, com quem falar, com quem flertar. Esse era seu modo de viver, seu acesso ao laço, ao outro e à humanidade, mesmo tortuosa. Constatamos que sem a voz, seu automatismo, o paciente entrava numa desertificação, num esvaziamento completo, mutismo radical, espécie de congelamento da linguagem. Caso se retirasse dele esse acesso à voz, nada lhe restava.

O esforço aqui será o de tratar a alucinação na intrincada relação da porta de entrada que se oferece em sua abordagem por Lacan. A perspectiva aberta com sua invenção do objeto *a* e a articulação no campo da alucinação psicótica mostram o quanto aí esse objeto se coloca sem as vestes imaginárias habituais da neurose. O objeto fala diretamente, de modo a tornar o sujeito determinado por essa fala direta, sem mediação. Czermak (2013) diz: “[...] são questões de método, pois basta colocar

diferentemente, circunscrever essa questão do objeto, especialmente sob o ângulo do abjeto, para reabrirmos o campo” (p. 125).

O sujeito torna-se abjeto, desprezível, repulsivo. Haverá toda uma série de posições do sujeito psicótico. O importante aqui, no momento, é indicar, a partir da ênfase dada por Czermak, da colocação do objeto no centro da experiência psicótica. Uma busca no decorrer do trabalho será a de situar, quanto à alucinação, sua estrutura, e a transferência no tratamento como motor da colocação do objeto em causa.

CAPÍTULO I - CASO CLÍNICO

1 – Caso H.

Relato agora uma experiência clínica, pela qual fui em grande parte motivado a escrever esta dissertação. Trata-se de uma experiência clínica de recepção¹, com um jovem, na emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, há 17 anos. Os pontos de apoio em seu tratamento, não habituais aos procedimentos de emergência no hospital, despertaram o interesse da exposição do que terá sido aquela recepção e seus desdobramentos.

Este é um caso que teve importância fundamental em minha formação, no que aprendi a respeito da transferência na psicose. Tive oportunidade de apresentá-lo e discuti-lo com colegas psicanalistas em espaços do hospital dedicados à reflexão clínica e em reuniões de equipe da enfermagem. Desse modo, as condições institucionais de acompanhamento e acolhimento de uma clínica pela palavra e pela transferência foram decisivas.

Especificamente, este caso, que nomeio aqui de H., apresentou um momento alucinatório muito importante, pois foi construído em seu tratamento, articulando, a partir desse momento, sua trama delirante. Responde também à debatida questão sobre o que se faz na recepção de um paciente em crise na Rede de Saúde Mental.

A pretensão será a de expor, a partir de uma leitura da psicanálise, uma experiência particular, evidentemente não universalizável. Não se trata de encontrar um meio melhor ou mais eficaz para realizar a recepção nos Serviços, mas modestamente indicar alguns efeitos do valor da palavra nestes primeiros atendimentos e sua implicação no destino desse paciente.

¹ A recepção é um dispositivo de acolhimento e avaliação na chegada de novos pacientes em saúde mental, e subsequente encaminhamento. Realiza-se nos diversos serviços da Rede de assistência pública em saúde mental. Distingue-se de uma simples triagem, pois implica a dimensão do tratamento e da terapêutica desde as primeiras recepções, já implicando e exigindo atos clínicos, e a responsabilidade daqueles que o realizam.

A relevância da recepção como um dispositivo nas redes de atenção à saúde mental é notória. É a porta de entrada para a Rede. Decide o encaminhamento, a direção para onde seguir, na regionalização de seu atendimento para um Serviço apropriado, em local mais próximo de onde se reside. Mas também, e aqui a responsabilidade dos profissionais deste dispositivo é enorme, exige intervenção no tempo dessa chegada. O que guiará essas intervenções e seus efeitos a médio e longo prazos são aspectos em geral pouco investigados, em se tratando de situações de crise e, especificamente, de jovens adolescentes.

Freud ([1913] 1990), a respeito dos primeiros passos do tratamento psicanalítico, trouxe-nos uma metáfora que nos interessa quanto ao que se passa no dispositivo de recepção – o início do jogo de xadrez. Há, em suas aberturas, diz ele, a possibilidade de uma apresentação sistemática exaustiva, porém as jogadas subsequentes não são passíveis da mesma sistematicidade. Assim, os primeiros movimentos ao mesmo tempo impedirão certos caminhos, assim como abrirão outros. O tratamento psicanalítico acha-se sujeito a limitações semelhantes, diz Freud. As possibilidades no decorrer de um tratamento serão solidárias desse início e, em alguns casos, determinadas por ele. A analogia é clara e instrutiva: as primeiras entrevistas, de recepção, decidirão ao que se abre ou não na sequência do tratamento.

Esta é uma oportunidade trazida pelo caso em questão. O acompanhamento do paciente ocorre desde o início de sua crise, quando contava 18 anos de idade, ou seja, há 17 anos. Encontrava-se em um tempo de uma irrupção psicótica, de risco. Sua recusa em submeter-se à medicalização impunha uma estreita margem de intervenção e abordagem pelos psiquiatras da emergência. Assim, no improvável de um contexto psiquiátrico atual, nosso ponto de partida foi algo que pode parecer muito simples: fazer valer o valor da palavra. Contávamos fundamentalmente com uma aposta: o laço pela palavra. Este momento tão difícil da crise, de tanto barulho, colocou dificuldades que não foram pequenas, considerando que dar crédito, acreditar no real de sua palavra tornou-se a matéria prioritária do tratamento, conseqüentemente secundarizando o procedimento de prescrição de medicamentos hegemônicos na rotina do Serviço.

Desse modo, o testemunho a seguir traz a evidenciação de um processo do desencadeamento de uma psicose, surgido no tempo da saída da adolescência, até a estabilização. Da alucinação da “lâmpada”, como veremos, ao delírio e seus alicerces

transferenciais. Assim, encontramos-nos com o que foi um desafio prático: no ato de recepção, na emergência, incluir o sujeito psicótico em sua relação peculiar com a palavra e com o Outro. A construção de um trabalho, incluindo o crédito a um lugar para a palavra, e seus efeitos nos caminhos abertos pela estrutura psicótica na transferência.

Esse lugar dado à palavra não vai por si. Guarda consigo uma necessidade, para operar, de ser ocupado, agenciado. Assim, não é um lugar abstrato; é imprescindível que ele seja encarnado. Desse modo, tratou-se de um trabalho sustentado no laço estabelecido, de longa duração, e sustentado para além de um dispositivo específico, como a emergência, enfermaria ou ambulatório. Para além também de seu território de referência², diretriz organizadora da rede de saúde pública.

Portanto, o paciente manteve-se ligado a um lugar para sua palavra, referência esta conservada no decorrer do tempo, sobre a qual construiu seu caminho de tratamento. Referido a um laço, à ligação subjetiva comigo, à margem do estabelecido quanto à territorialização², poderemos refletir a partir desta perspectiva. Tomarei esta noção de território em sua dimensão de território existencial, não a reduzindo completamente ao território geográfico habitacional.

Considerando o valor da noção de território para a saúde pública, para o SUS e, conseqüentemente, para a saúde mental, este caso colocou em questão de que modo se deveria fazê-lo valer. Na indicação de assegurar o acesso do paciente ao tratamento, a importância máxima foi dada à sua particular relação comigo, no lugar que nosso laço ocupava e ocupa subjetivamente para ele. Nosso vínculo sempre o orientou a me buscar no lugar do hospital onde eu estivesse, mesmo que ele mudasse de endereço e de cidade, como de fato ocorreu.

Seu primeiro atendimento se deu na emergência do Hospital de Jurujuba. Naquele momento, eu atuava como psicólogo da equipe, participando dos plantões. Eu havia chegado no tempo da montagem daquela equipe, que possuía uma importante

² A noção de *territorialidade* liga-se ao princípio do SUS de regionalização da rede de serviços públicos de saúde. Em Niterói, os serviços de saúde mental dividem-se por áreas geográficas. Os pacientes são referidos ao dispositivo dentro de sua área. A territorialidade expressa a relação da população com determinado espaço locoregional. A territorialidade é uma referência fundamental para a regionalização.

função na Rede de Saúde Mental de Niterói: a regulação das internações e recepção de todas as situações de crise, de surtos psiquiátricos, no município de Niterói.

Este dispositivo mantém-se até os dias atuais, com a mesma importância, na rede pública. Sua direção de trabalho preconiza atendimentos pontuais, avaliativos diagnósticos e de conduta. Desse modo, o encaminhamento desse paciente encontrou a exceção de prosseguir: na própria emergência, por um tempo, e, depois, seguindo-me em outros lugares da Rede. Mesmo mudando-se para outra cidade, o paciente vinha regularmente em viagem para me ver.

Qual seria seu território? Certamente não teve nada a ver com a referência de Serviço regionalizado, ligado a seu endereço, mas sim ao que chamei de território existencial, a uma existência fundada no trabalho subjetivo do tratamento. Assim, tivemos este ponto de partida muito simples, mas custoso: fazer valer o valor de seu endereçamento através da palavra como seu recurso primordial, implicando a transferência como constituinte de seu território.

2 – A recepção

A recepção de H. se deu no serviço de recepção e emergência do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba. Vinha do ambulatório do hospital, recusando-se a tomar os medicamentos prescritos pela sua psiquiatra assistente. “Quero vitaminas”, dizia, mostrando-se pouco disposto a falar mais do que isso. A essa altura, a equipe já tinha a notícia de sua grave tentativa de suicídio prévia, por ingestão de veneno de rato.

A convicção dele quanto à necessidade de vitaminas chamava atenção. A primeira tentativa da equipe médica foi a de convencê-lo a tomar medicamentos prescritos por sua psiquiatra. Diante disso, ele sai da sala e se dirige para a porta de saída do hospital. Nesse instante eu o abordo: momento forte de um encontro tenso. Ele estava claramente contrariado. A equipe de apoio e segurança da emergência, já acionada, armava a contenção física para que ele não saísse.

Perguntei-lhe o que estava havendo, ao que me responde, irritado: “Há coisas que não vou nem dizer, você não acreditaria”. Respondi-lhe que se quisesse poderia me contar, eu acreditaria nele. Com alguma reticência minha e dele, concordou em me falar. Reproduzo nosso diálogo:

- Preciso de vitaminas, não de remédios psiquiátricos.
- Sim, mas por que precisa delas?
- Você não vai acreditar em mim. Todos acham que sou louco, mas não sou.
- Se você me disser, eu acreditarei no que você tem a dizer. (Nesse momento, rapidamente instalou-se uma atmosfera amistosa. Sua irritação deu lugar a uma clara expressão de alívio).
- Tenho que fortalecer meu corpo. Corpo são, mente sã. Você vai me dar as vitaminas? Se não, vou embora.
- Certo, mas gostaria de ouvi-lo mais a respeito do que te acontece. Então, você se sente fraco?
- Não, mas posso ficar, já fiquei antes. Preciso fortalecer minha alma contra o maligno. Me dá as vitaminas, ok?
- Ok. Vamos ver isso com a médica. Concorda em voltar amanhã para me dizer mais sobre isso, e de como ficou?

Mesmo com sua concordância em voltar, a equipe médica sentia-se insegura. Ao falar de meu encontro com ele em reunião do plantão, aconteceu de uma médica, a Dr^a. F., me acompanhar na estranha aposta de lhe dar vitaminas e esperar o desdobramento da entrevista prevista para o dia seguinte.

Juntando-se a mim no pouco que surgiu de meu breve contato com ele, Dr^a. F. terá uma grande importância no futuro do tratamento. Sem abrir mão de não dispensá-lo dos neurolépticos, prescreveu as vitaminas e as medicações psiquiátricas. Assim iniciou-se um tratamento que dura 17 anos.

O fato marcante foi que, em sua chegada, desde o primeiro atendimento, colocara em xeque o procedimento psiquiátrico de medicalização, pois a recusava veementemente. Assim, o conhecido impasse dicotômico das recepções em emergência psiquiátrica se evidenciava, entre a internação involuntária, forçada, e um acompanhamento fora da internação e seus riscos. O que poderia decidir? Questão constante na equipe médica, sempre pronta a interná-lo por esta razão: “paciente refratário em fazer uso da medicação”. Foi dentro desta tensão, fazendo parte da equipe da emergência, que se deu nosso primeiro encontro.

Aqui se vê, portanto, esta distinção de sua recepção, considerando-se a paisagem sintomática apresentada – não medicalizá-lo. E, a tempo, uma abordagem tal que, neste

caso, desdobrou-se em um tratamento sem o uso de medicações, contando exclusivamente com o vínculo bem particular mantido comigo.

H. retornou com grande frequência, tomando as vitaminas, mas não os neurolépticos. Nas entrevistas subsequentes, fez uma construção que abrirá, futuramente, um lugar crucial na transferência. Dizia ter se encontrado com algo, uma aparição, uma lâmpada mágica, a qual não pegou, não tocou. Em um tempo posterior, define esse como seu erro crucial, não ter tocado na lâmpada, pois não sabia que precisava fazer isso. Então, precisava reencontrá-la para cumprir sua missão na terra, que era a de resolver os problemas de corrupção, enchentes, tráfico de drogas, a fome das crianças e outros. Dizia-me que ninguém acreditava nisso, não davam nenhum crédito a ele. Vamos retornar a esse ponto mais adiante. Mas entendo que ele constitui a pedra angular de sua estrutura. Um ponto alucinatório por onde todo o edifício delirante se construirá.

Ao mesmo tempo, H. dizia que o gênio da lâmpada estava no hospital. Era um paciente da enfermaria de longa permanência do hospital, o qual, a cada dia que vinha ao atendimento, não deixava de visitá-lo. Simplesmente queria vê-lo, para me dizer desse encontro com o gênio. “O gênio está separado da lâmpada, e preciso reuni-los de novo”.

3 – Questões sobre a medicalização

Faço aqui uma primeira inflexão, referida a esse fenômeno atual, de vulto mundial, do uso maciço de medicamentos. Nosso paciente de saída o recusa, e assim questiona um modo de abordagem hegemônico na emergência. Questão a mais instigante, que pode ser útil para aqueles que se ocupam de receber novos pacientes em crise para tratamento. Como manejar o trabalho, nesse tempo tenso e de riscos, sem esse apoio químico de saída?

Não havendo uma resposta cabal, somos impelidos à proposição de que a decisão estará em cada caso, dada as suas condições. Estas intrinsecamente ligadas ao lugar do clínico em questão, de como ele se situa diante das questões propriamente

clínicas. Situo a recusa de medicação desse paciente como uma questão clínica. Por isso, proponho uma breve reflexão sobre esta questão.

É inegável a importância do avanço da tecnologia médica, especificamente no aprimoramento das medicações para tratamentos de perturbações psíquicas as mais diversas. Mas o que decidirá sua aplicação? Quais as referências do clínico para prescrevê-las? Constatamos o quanto os protocolos de conduta ganharam espaço, cada vez mais prevalentes como guia das ações dos profissionais da saúde. Perguntamo-nos sobre tais protocolos. Será que ajudam no caso a caso?

Esta questão aponta para a ciência em nosso tempo, em seu avanço, criando objetos cada vez mais adequados ao que seria um bom funcionamento da vida moderna, apontando para soluções que seriam as mais adequadas a toda ordem de situações. Tal promessa terá incidências subjetivas para cada sujeito em questão. Ou seja, haveria um bom objeto, aquele que resolveria uma falta, a mais fundamental do sujeito. Com a psicanálise, vemos justamente a importância estrutural de que o objeto de que se trata para o desejo, causa do desejo, é um objeto faltante, articulado a uma cadeia significante.

Tema importante na psicanálise, particularmente como tomado por Lacan, ele é trazido por Charles Melman em algumas publicações a esse respeito. Em sua proposição, Melman fala de uma nova economia psíquica em jogo, associado ao que seria a criação de *gadgets*, objetos os mais adequados ao desejo. Desejo reduzido e decaído à condição de necessidade a ser satisfeita. Pois bem, que campo mais favorável para esta lógica que o da medicina mental. Para um desconforto subjetivo, uma medicação. Para uma expressão sintomática do sujeito, outra medicação. A equação está construída, *gadget*-medicação. Ali onde um objeto de desejo, em sua falta simbólica produz o sintoma de um sujeito, reduz-se este objeto, em sua dimensão significante, propondo um que viria a satisfazer e responder a seu desejo. Melman (2003) retoma nesse ponto o conceito antigo de *pharmakon*. Pensava-se haver sempre um bom objeto para curar uma doença. Em suma, curar nosso mal-estar, nossa insatisfação.

A lógica descrita acima está referida diretamente à neurose. Portanto, à lógica dos profissionais, do mal-estar daqueles que atendem os pacientes, pois é uma questão para os psiquiatras em nosso tempo. Estarão fadados, capturados nessa lógica, um

sintoma – uma medicação? Diria até que essa questão estende-se a todas as categorias profissionais da saúde mental, seja nos serviços públicos, ou em seus consultórios privados. Levam, deste modo, seus pacientes inequivocamente ao rentável mercado das medicações, e mais ainda a se tornarem espécies de toxicômanos, dependentes de uma anestesia, a cada expressão subjetiva desconfortável incômoda. Mesmo no discurso psicossocial de inclusão dos pacientes em dispositivos de tratamento extra-hospitalares, de cunho comunitário, podemos escutar dos profissionais esta “verdade” maior e inquestionável: é preciso tomar as medicações. E se algum paciente não as utiliza, não as aceita, todos os seus “transtornos” serão explicados por ser refratário à medicação.

Todo esse quadro estava contido naquela sala de plantão daquela tarde do hospital. Essas forças estavam lá. Médicos fixados na necessidade da medicação por razões, diria, protocolares e “científicas”. O campo da saúde mental é, tanto quanto todas as áreas da saúde, determinado por essa lógica contemporânea. Ou seja, a medicação torna-se um signo de alívio do mal-estar do clínico, deixando de lado uma dimensão significativa “remédio”, “medicação”, que poderia vir a ser articulada pelo paciente como resultado de um trabalho em que ele se houvesse com suas questões de sujeito. Condição para a construção subjetiva de cada sujeito a partir do significante. Do que poderia vir a ser uma passagem da medicação como signo à medicação como significante.

A propagação de uma perspectiva que se afirma como “a ciência”, aquela a mais avançada e respaldada por pesquisas quantitativas, possui o intuito de transformar os pacientes em corpos neuroquímicos, dispensados de sua dimensão de sujeito. Não pretendo entrar profundamente nessas questões. Acredito ser suficiente apontar para o determinante interesse de mercado dessas pesquisas, financiados por grandes grupos econômicos ligados à indústria farmacêutica. As pesquisas propagadas mundialmente, apoiadas por um mercado laboratorial, exaltam os medicamentos e suas atuações neuroquímicas como o que há de mais moderno e eficiente.

A esse respeito, há artigos bastante sérios abordando este quadro assinados por Robert Whitaker (2005), jornalista investigativo interessado nestas questões. Ele aborda o significativo aumento de diagnósticos psiquiátricos e o conseqüente crescimento do dinheiro envolvido. A genealogia de verdades propagadas comercialmente no uso das medicações como benéficas e necessárias são explicitadas com dados concretos,

observando, surpreendentemente, seus efeitos daninhos, de uso a médio e longo prazo, aumentando consideravelmente o número de óbitos por complicações clínicas. Em recente entrevista, Whitaker (2005) explicitou o aumento crescente de dinheiro envolvido nos Estados Unidos com medicamentos psiquiátricos: “Os gastos combinados com medicamentos antidepressivos e antipsicóticos saltaram de algo ao redor de US\$ 500 milhões em 1986 para quase US\$ 20 bilhões em 2004.” (Entrevista ao *Street Spirit*).

Qual o lugar para uma clínica que considere o sujeito neste panorama? Na atualidade, trabalhando na psicanálise, vejo, a partir da prática clínica, um respiradouro para que a palavra do sujeito possa existir, na condição de que um clínico se ocupe de seus pacientes para além de gráficos econômicos, condutas padrão e protocolos. Destaco o que observamos na atualidade: a marcha do que se pode considerar um cientificismo, que leva a uma prática na qual o sujeito está foracluído, dando lugar à leitura monótona, a-simbólica de determinantes orgânicos neuroquímicos.

Nenhum lugar para a palavra, para a voz endereçada, para o significante. A acepção psicanalítica definirá uma prática absolutamente diferente. Um clínico como presença, como intervenção na palavra, tomada de posição, riscos, à leitura do caso, enfim, debruçar-se, inclinar-se sobre o leito paciente, contido na própria definição etimológica da palavra *clínica*.

Em relação a H., a Dr^a. F. foi sensível ao laço possível com o paciente. Assim, ela se debruçou em seu caso comigo. As vitaminas em nada faziam parte do protocolo médico, mas o importante estava no fio que elas produziam para seu tratamento possível. Deste modo, foi somente na brecha da lógica médica hegemônica, por ela, com ela, que algum ar pôde passar, deixando a linguagem do paciente respirar e sobreviver.

Uma clínica sustentada na transferência aponta outra lógica, pois implica a leitura do tipo de laço entre o paciente e seu clínico, e operar desde aí, do lugar ocupado pelo clínico para o paciente. Na psicanálise, não se trata evidentemente de negar a relevância das medicações psiquiátricas, mas elas mesmas poderão ganhar outro lugar para além de seu efeito puramente cerebral. É sabido que não é indiferente o ato clínico de prescrição, quando se considera a qualidade do vínculo em jogo. Se há confiança ou

desconfiança no médico, se a atitude de medicar está referida ao protocolo ou ao modo próprio do sujeito se situar na transferência.

É notável o quanto a psicose está propensa à objetificação pelos campos de saber e de prática médico-psicológica medida pela lógica do “protocolo científico”. O que se tornou na atualidade a clínica psiquiátrica? Melman (1968) propõe sua resposta aguda: uma manipulação segundo uma psicométrica em que seus fins são “exploração social, difusão massiva de tranquilizantes em um uso propriamente toxicômanos, penúria mais cerimonial do discurso científico” (p. 121).

Reitero o quanto de modo algum proponho uma perspectiva de combate ao uso de medicamentos psiquiátricos; proponho, sim, a questão de como utilizá-los, considerando o sujeito e o laço em questão com o clínico. Importa salientar que nesses anos, pouco a pouco, a partir dos atendimentos, na confiança depositada por H. em minha palavra, a medicação ganhou um lugar diferente, e atualmente ele se dispõe a utilizá-las. Precisamente, a partir da passagem em que diz a mim: “O gênio usa medicação, mas ele não é um doente, é um duende”. A partir do jogo significativo, a medicação ganha algum lugar. H. pede que eu indique um médico que o ajude a dormir melhor: “É o maligno que está à espreita”.

Houve, mais tarde, um momento em que, para nosso paciente, diante de uma urgência do reencontro da lâmpada, tornou-se absolutamente urgente, imperativo reencontrar Dr.^a F. Um agravamento de seu estado se deu a ver, e a morte recolocou-se para ele como saída a esse não encontro. Foi necessário propor a sua internação e a introdução de neurolépticos. Fui firme quanto a isso na sessão com ele, e surpreendentemente ele a aceitou, sem a recusa inicial. Resumidamente, restabeleceu-se sua espera do reencontro da lâmpada após esse breve período.

Czermak (2012), a esse respeito, ressaltou uma função muito interessante das medicações neurolépticas. Diz ele: “Na medida em que manifestações psicóticas sejam respostas a uma questão inarticulável pelo sujeito, esses medicamentos agem como moderadores da ação irresistível da transferência.” (p. 206). Assim, naqueles casos onde o registro simbólico é capenga e o laço torna-se real demais, direto demais, a medicação torna-se um recurso. Vê-se a possibilidade presente nesta aceção deste recurso

químico, na ordem da responsabilidade prática do clínico de psicóticos na ordem da transferência.

4 – Creditar a palavra

Feitas as observações anteriores, encontro-me na perspectiva da retomada de um trabalho clínico. H. colocou a questão: como dar crédito à sua palavra referida a uma aparição dessa ordem de aparência tão regredida, tão ficcional – a lâmpada de Aladim, o gênio –, nesse momento tão delicado e grave? Sua seriedade era notável, não havia nada de mais real para ele, não havia nenhuma mentira, nenhuma ilusão. Havia uma dimensão não dialetizável, não relativizável em sua palavra. O registro de real se impunha no que ele me dizia. Acreditar passou a situar-se do lado do real, deslocando a questão de sua apreensão imaginária, de falso ou verdadeiro, para o crédito ao real.

Lacan ([1953-54] 1986) trata do valor da palavra, referindo-se à Odisseia de Homero. No caminho de aventuras do herói Ulisses, seus companheiros são transformados em porcos. Ainda aí, em meio à pocilga, guardam sua relação com o humano, pois comunicam através dos grunhidos suas diferentes necessidades. “O grunhido do porco não se torna uma palavra a não ser quando alguém se coloca a questão de saber o que ele quer fazer crer. Uma palavra não é palavra a não ser na medida exata em que alguém acredita nela.” (p. 272).

É presente a radicalidade desta questão. A palavra, para existir enquanto tal, depende do Outro, depende de que alguém acredite nela. A cada entrevista, foi preciso recolocar essa questão, e a cada vez suspender a imediatez da resposta de internação, na possibilidade daquela palavra louca valer para alguém. Mais uma vez a aposta em seu retorno se fazia neste valoramento de sua palavra, e mais uma vez, mas sempre a cada vez. Em nenhum momento estava descartada a possibilidade de interná-lo. Era preciso renovar, a cada vez, o crédito ao que ele dizia, e sobretudo ao fato de que vinha, de sua vontade própria, dizer a mim.

As entrevistas de recepção aconteciam, e em determinado momento um laço estava estabelecido. Decidi tomá-lo em tratamento – era comigo, não o encaminharia,

como seria o esperado na recepção da emergência. Seu vínculo comigo foi sustentado então pelo fato de eu ouvi-lo e de “acreditar” no que ele dizia. Passei a ser o único com quem ele fala de certas coisas das quais ele sabe, e que se disser a alguém, algum amigo, vão chamá-lo de louco, e não vão acreditar em nada do que diz. Seguindo com Lacan ([1953-54] 1983), ele nos diz: “É nessa dimensão que uma palavra se situa antes de tudo. A palavra é essencialmente o meio de ser reconhecido. Ela está aí antes de qualquer coisa que haja atrás.” (p. 273).

5 – Um lugar para a psicose em transferência

Tendo H. sua fala reconhecida na dimensão de verdade, as sessões se desdobravam e novas construções se delineavam. Com o tempo, a proliferação de vivências e fenômenos se decantava e um interesse muito claro e direto instalava-se: reencontrar Dr^a. F. “Ela está com a lâmpada”, disse-me. Perguntava sobre ela, se tinha seu telefone, e que precisava muito disso. Estava muito preocupado com acontecimentos do mundo, como enchentes, a fome, acidentes... Não parava de pensar nisso. Nesse momento, ela não trabalhava mais no hospital, mas H. precisava reencontrá-la.

A Dr^a. F., em sua ausência, conjugou-se à lâmpada desaparecida. Uma aparição alucinatória da lâmpada, desaparecendo a seguir. Dr^a. F. presente, depois ausente, não fazendo mais parte da equipe. E minha presença estável, articulando a ausência da lâmpada desaparecida e a ausência da Dr^a. F. Diagrama o mais estável e acabado de seu delírio, foi por onde sua realidade se reconstruiu.

Durante todo o tempo seguinte a esse arranjo, mantém este que é o núcleo de seu delírio: a busca do reencontro com a lâmpada mágica de Aladim. Ponto de estabilização das intensas e múltiplas vivências do início. Sua vida familiar e relacional ganha contornos inesperados: casa-se, cuida de afazeres da casa, da manutenção do carro. Leva uma vida com expectativas de trabalhar algum dia; no entanto, sem conseguir realizar efetivamente seu intuito, ele o faz a cada vez comigo, como operação em sua fala de algo a ser realizado no futuro. Ao mesmo tempo, participo com ele desse

diagrama estável em que, incluído nessa espera, sou a ponte para o reencontro de um objeto pleno de poderes, que não há. A cada vez, essa falta se recoloca na linguagem, falando, em sua palavra endereçada.

Nesse momento, passo a representar para ele alguém que pode ajudá-lo a reencontrar a lâmpada. Ele poderia através de mim chegar à Dr^a. F. A cada sessão, H. faz a pergunta: “E Dr^a. F., apareceu? Fica ligado, Dr. Sérgio, se ela vier, segura ela. A lâmpada está com ela, isso vai resolver a fome das crianças, o tráfico, a corrupção...”. Minha condução se deu sem saber no que daria: “Não apareceu, mas estou aqui, vamos esperar”. Minha posição foi clara: “Espera, ainda não apareceu! Continue a esperar”. Ele aceitava um tanto chateado, mas contava comigo nessa espera. Eu precisava esperar com ele. Desse modo, ao sair da sessão, a cada vez, deixava comigo esse encargo: esperar Dr^a. F. A espera coloca a perspectiva de no futuro haver esse reencontro.

É possível assimilar a distância operada entre a lâmpada, objeto alucinado, e seu reencontro lançado ao futuro na espera de seu reencontro ao que Lacan ([1958] 1998) sublinhou sobre a linha assintótica da solução de Schreber. Lembremos que, para Schreber, após sua transformação em mulher, via transexualista de seu delírio, surgirá uma nova humanidade das criaturas Schrebianas. Um futuro em perspectiva constitui, na solução delirante, um além, que reorganiza uma nova realidade. Diz Lacan que se constitui, assim, uma dupla linha assintótica que une “de um lado uma divergência imaginária no espaço e no tempo, com uma convergência ideal de sua conjunção” (p. 578).

6 – A alucinação da lâmpada: de que se trata?

Como compreender o de que se trata nesse objeto? Que objeto é esse que vem a faltar, a lâmpada? H. me diz que não sabia que precisava tocá-la; em seguida, a lâmpada desaparece e passa a faltar. É em torno dessa falta que seu delírio vai se articular em sua busca de um reencontro e por onde toda a sua vida vai girar. Mas o que podemos pensar sobre essa falta?

Primariamente há uma certeza, uma pura presença objetual – “ela estava lá” –, momento de sideração alucinatória. Uma interpretação lhe surge, portando um saber-tudo, sem dialética, uma certeza. Esse objeto passa a ter o estatuto do que ele não tocou, tornando-se privado desse objeto por um ato que ele não fez. Daí por diante, é responsável por corrigir sua “falta”. Esse objeto se articula a seu ideal de salvamento do universo, o que não é outra coisa senão seu delírio. Um sentimento de responsabilidade pelo salvamento do universo, de seriedade máxima. Demonstrou poder até mesmo morrer por isso. Portanto, o risco da passagem ao ato colocava-se na estrutura, na relação com o objeto.

Essa “falta” expressa na lâmpada desaparecida cumpre uma importante função estrutural, em um arranjo muito particular. Esse objeto existe no mundo, é real, e não simbólico. Seu trabalho gira em torno de se virar com a falta da falta simbólica, considerando a primariedade dessa presença, alucinatória, mencionada acima no “*ela estava lá*”. Esse objeto em espera, no qual ponto a ponto produziria a resolução das faltas, dos problemas, dos buracos, do que não funciona, constitui em seu delírio uma solução estrutural à falta de uma falta simbólica.

Talvez por isso, numa lógica psicótica em que uma espécie de falta se construiu, ele não tenha caído totalmente na esquizofrenização, na demência ou na fragmentação contínua. Há um campo linguageiro que observo que se desdobra em seu tratamento em torno dessa “falta” sob um fundo de presença (há a lâmpada), mas agora em perspectiva, não ao alcance. Essa falta, porém, precisa ser articulada a cada sessão, nesse curioso arranjo de linguagem no qual estou incluído, no qual faço parte.

Lançando luz à concepção da alucinação tomada como parte da tessitura de linguagem, implicando um sujeito em transferência, a relação desse sujeito com seu objeto se explicitou. Ou seja, diante de uma alucinação precisa, de caráter de imposição, coerção, automatismo da linguagem próprio à estrutura da psicose, constrói sua vida. Clérambault utiliza a metáfora bastante própria a esse caso, dizendo que as alucinações são um “pedestal” sobre o qual se erige a “estátua” do delírio.

Esse caso possui muitos detalhes, mas aqui traz o interesse da articulação de uma alucinação, uma presença de um objeto que o sidera, e o delírio que se segue em sua tentativa de recuperação desse objeto alucinado na relação transferencial. A cada

vez, é esse o centro do que me diz, exigindo de meu lado, acompanhar movimentos diferenciais produzidos na presença de sua palavra, de suas invenções, e aí nesse real de sua palavra inscrever, atravessar conceitos para melhor estar com ele nos efeitos de transferência na sua psicose.

7 – Desencadeamento: o tempo de uma psicose

Tentarei situar agora o tempo do desencadeamento, da deflagração da psicose de H. Trabalho com a hipótese de que houve, em um tempo preciso de sua vida, o da saída da adolescência, uma passagem na linguagem que o lançou na psicose. Não é claro, em muitos casos, de que se trata nessas primeiras irrupções sintomáticas na crise da adolescência. Nesse momento entram em jogo questionamentos essenciais para os adolescentes, de destinos neuróticos ou psicóticos. As passagens ao ato poderão advir, como em nosso caso, na tentativa de suicídio. A esse respeito, Jean-Jaques Rassial (1999) aponta que “É nessa precipitação no Real que me parece mover, em última análise, todas as passagens ao ato na adolescência”. Assim, indica que “fenomenologicamente, o processo da adolescência aproxima o sujeito da psicose” (p. 136).

Para H., qual terá sido a exigência contingencial, sexual, na qual sua resposta foi a precipitação no real, na passagem ao ato, da tentativa de suicídio? Chegamos, depois de estabelecido o tratamento, talvez um ano após, ao momento de sua entrada no exército. Diz sobre esse tempo, pela primeira vez, do sexual:

- Eu estava no serviço militar, lá conheci um boliviano que mantinha contatos com Brasília, com a Petrobras, com o que acontecia por lá. Ele ia a reuniões com políticos. Revelou-me que havia um esquema lá, que o Tancredo Neves já havia morrido há muito tempo, que aquele que a imprensa mostrava era um impostor.

E segue:

- Eu fazia sexo oral com ele.

- Sexo oral? – perguntei.

- Sim, ele me dizia muitas coisas. Tudo que acontecia de coisas erradas em Brasília. A corrupção, o dinheiro desviado, assim o Brasil não vai pra frente!

Seu encontro sexual, marcado no sexo oral, ganhou essa feição de uma mensagem oral, direta, da revelação da verdade, da política, da corrupção. Ali onde a

exigência simbólica do encontro sexual coloca-se genitalmente, o que vemos surgir? A revelação de uma verdade plena. No lugar da angústia, índice do enigma do desejo do Outro, lhe vem a cascata de fenômenos psicóticos, plenos de sentido, sem furos, sem enigma.

A catástrofe subjetiva o levou ao fim do mundo. “Me suicidei, e com isso o mundo ia acabar”. Curiosa conjugação de tempo verbal: “Me suicidei”, fato consumado, houve sua morte. Ainda assim, “o mundo ia acabar”, ou seja, um novo mundo que passa a existir a partir de sua morte. Mundo fora do desejo a ser reconstruído.

Trata-se de uma reconstrução a partir de escombros significantes. De recolhimento de sua palavra desde o primeiro momento, fazendo-a existir enquanto tal, articulando, em seu delírio, um novo mundo onde ele possa viver. A inclusão do sujeito psicótico traz, ao mesmo tempo, a questão de situar sua posição em relação aos objetos do mundo, à palavra do outro, e da margem de manobra na transferência para o tratamento.

Depois de tantos anos nesse acompanhamento, constato fazer parte de sua nova vida, após sua “morte”. Uma vida tecida na e pela transferência, incluídos aí os riscos de uma existência não fundada no aniquilamento do sujeito, produzido pela supressão do crédito à palavra como significante, seja no livre curso do cientificismo de mercado industrial de medicamentos, ou na pura tentativa de fazer o bem ao paciente. Lidamos com um risco de morte, mas também de vida. Trata-se de uma escolha – uma vida sem riscos ou um risco da vida que porta a morte.

A experiência acima descrita do tratamento de H. será um fio condutor da dissertação. Como um pano de fundo, levou às articulações teóricas que se seguem. Mesmo que não explicitamente citada, essa experiência estará presente como um ponto de partida de interrogações acerca da alucinação e suas relações com a transferência em tratamento.

CAPÍTULO II

ESTRUTURA DA PSICOSE E ALUCINAÇÃO – UMA VIA TRANSFERENCIAL

Neste capítulo, farei uma breve retomada do modo como Lacan concebeu a operação da psicose, suas linhas de força. Situaremos a alucinação nesta operação, buscando ter uma compreensão de seu funcionamento para o psicótico, em sua relação com o Outro da linguagem. Para tanto, retomaremos as fontes lacanianas e sua concepção da estrutura da psicose. Iremos nos deter, em um primeiro tempo, em dois pilares da teoria: em primeiro lugar, a *Verwerfung* freudiana, retomada por Lacan, base de sua formulação da forclusão. E, em segundo, a função no complexo de Édipo do significante do Nome-do-pai, indicando os destinos da estrutura a partir desse operador.

No segundo tempo do capítulo, dadas as referências estruturais da psicose, avançarei na direção de uma trilha para a questão da transferência. Esperamos indicar uma possibilidade de examinar respostas psicóticas, em seus fenômenos próprios de linguagem, na estrutura que lhes concerne, no laço transferencial com o Outro.

1 - O discurso do psicótico e a *Verwerfung*

Formado na clássica tradição psiquiátrica francesa, Lacan dará à palavra, na psicose, sua importância e suas condições conceituais. Desde sua tese de doutorado de 1932, considerada como a última tese de psiquiatria contemporânea, busca, a partir do caso chamado Aimée, suas linhas de força. Em 1970, ou seja, 28 anos após sua tese, dirá:

Mas é admirável que, quando fiz esse trabalho, que saiu em 1932, eu tinha então trinta anos, eu tinha procedido com um método que não é sensivelmente distinto do que fiz depois. Caso se releia minha tese, vê-se essa espécie de atenção dada ao que foi o trabalho, o discurso da paciente, a

atenção que lhe dei é algo que não se distingue do que pude fazer depois. (MELMAN, [1970] 2009, p. 29)

Observa-se, desde o início, na formação psiquiátrica clássica de Lacan, que o valor ao discurso do paciente estava colocado. Sua entrada nas psicoses se fez nesse campo discursivo, como ele pôde afirmar. Não dispensou a análise discursiva e o exame da lógica de sua constituição.

No seminário das psicoses, de 1955-56, definidor da psicose como estrutura de linguagem, recorre também a referências da psiquiatria. Porém, vale lembrar, já absolutamente mergulhado na tarefa de articular as estruturas freudianas da psicose, a partir da lógica significante, tendo em mãos os instrumentos da linguística, os quais ainda não havia no tempo de Freud. Toma para si a tarefa de fazer avançar a teoria e a prática com os pacientes psicóticos, partindo de Freud, retomando seu trabalho, mas avançando no terreno recém-criado por linguistas como Ferdinand de Saussure e Roman Jakobson. Lacan toma de Saussure a noção de significante para utilizá-la não como linguista, mas para ler a operação do inconsciente no discurso de seus pacientes.

Nesse seminário sobre as psicoses, Lacan faz valer seu procedimento de retorno a Freud. Veremos delinear-se, passo a passo, a estrutura própria em jogo na psicose: a *Verwerfung* freudiana, localizada no caso do Homem dos lobos, de Freud ([1916-17] 1990). Sabemos o quanto todo o desenvolvimento freudiano, sua leitura teórica do caso, o situa no campo da neurose obsessiva. No entanto, Lacan terá uma leitura aguda em torno de um ponto do caso, um acontecimento em sua história, pontual. A passagem da alucinação do dedo cortado. Vejamos como Freud o escreve, a partir das palavras do Homem dos lobos:

Quando eu tinha cinco anos, estava brincando no jardim perto da babá, fazendo cortes com meu canivete na casca de uma das noqueiras que aparecem em meu sonho. De repente, para meu inexprimível terror, notei ter cortado fora o dedo mínimo da mão (direita ou esquerda?), de modo que ele se achava pendurado, preso somente pela pele. Não senti dor, mas um grande medo. Não me atrevi a dizer nada à babá, que se encontrava apenas a alguns passos de distância, mas deixei-me cair sobre o assento mais próximo e lá fiquei sentado, incapaz de dirigir outro olhar ao meu dedo. Por fim, me acalmei, olhei para ele e vi que estava inteiramente ileso. (p. 108)

Freud segue em sua teorização: “Ele rejeitou a castração e apegava-se a sua teoria da relação sexual pelo ânus. Quando digo que ele havia rejeitado, isso quer dizer que ele não teria nada a ver com a castração no sentido do recalque” (p. 107).

Lacan ([1955-56] 1988) leu esta passagem e viu nela uma estrutura outra. Não se trata da castração, no sentido do recalque; então, vislumbra aqui outra operação, fora do recalque. Do que se trata nessa rejeição, nessa recusa do recalque, é um ponto crucial que abrirá um campo fundamental para a aceção de estrutura da psicose. Tal é a importância teórico-clínica desse ponto que, ao perseguimos um pouco o percurso no caso do Homem dos lobos, teremos notícias de seu tratamento posterior a Freud, com Ruth Mack Brunswick. Neste tratamento, constata-se o aparecimento de sintomas hipocondríacos de caráter notadamente psicóticos. Há mesmo uma tese com frequência levantada que é a da estrutura em jogo ser mesmo a de uma psicose. O que faz manter o interesse no mecanismo destacado por Lacan da *Verwerfung* para o trabalho sobre a psicose, e mais especificamente sobre sua relação com o fenômeno da alucinação na psicose. Lacan segue a esse respeito:

Há uma relação estreita entre, de um lado, a denegação e o reaparecimento na ordem puramente intelectual do que não está integrado ao sujeito, e, de outro, a *Verwerfung* e a alucinação, isto é, o reaparecimento no real do que é recusado pelo sujeito. Há aí uma gama, um leque de relações. (p. 22)

Em vários lugares, Lacan valoriza o texto de Freud, *Die Verneinung* ([1925] 1990), traduzido por *A negativa*. Texto em que Freud assinala que, para o sujeito entrar na rede simbólica, é preciso uma afirmação primeira, *bejahung*. Para tal, Freud dá o exemplo de um sujeito que diz: “não é minha mãe”. Há aí uma afirmação anterior que indica, subjacente à negativa, uma afirmação primeira.

O que aparece como negativa traz uma afirmação anterior. Uma negação dependente de um sim anterior. Não havendo essa afirmação, o sujeito compromete sua entrada no campo do simbólico. Dizendo de outro modo, é o sim à entrada no simbólico. O que há na negatividade de certos psicóticos é uma pura negação. Recusa sem recurso a nenhum além, puro congelamento no não. Distinção a mais fina entre a psicose e a neurose. A *Verneinung*, denegação, pressupõe um sujeito dirigido ao além do que se diz, pela negativa. A recusa da *Verwerfung* não está referida a esta afirmação primeira. A respeito da *Verwerfung* e o Homem dos lobos, Lacan ([1955-56] 1988) traz ainda a seguinte passagem:

O sujeito não é de modo algum psicótico. Só tem uma alucinação. Poderá ser psicótico mais tarde, não o é no momento em que tem essa vivência absolutamente limitada, nodal, estranha à vivência da sua infância, inteiramente desintegrada. Nesse momento de sua infância nada permite

classificá-lo como esquizofrênico, mas se trata de um fenômeno psicótico. (p. 74)

Interessante notar: “o sujeito não é de modo algum psicótico”. Como entender essa frase? Parece nos abrir essa possibilidade desse fenômeno em não psicóticos. A que Lacan se refere nessa passagem? A diferenciação entre um fenômeno psicótico e a estrutura da psicose é indicada.

Como diferenciar o que se passa na psicose e o caso do obsessivo, na imposição de comandos aos quais ele está submetido. Como diferenciá-los das alucinações? São questões de relevância clínica e teórica. Observo haver muita confusão e imprecisões do lugar da alucinação na prática clínica e diagnóstica. Charles Melman (2011), em seu seminário sobre a neurose obsessiva, ao tratar das ideias obsessivas, diz:

[...] não são justamente reais, pois não se apresentam de forma alguma como alucinações. É portanto difícil dizer que elas vêm do real. Mas por outro lado, elas também não se apresentam como simbólicas, pois se fossem simbólicas, o sujeito seria capaz de retomá-las como Eu (no original, *je*). (p. 187)

As ideias obsessivas, em seu caráter de imposição, poderiam nos confundir e nos fazer dar-lhes um caráter de imposição, vindas do real, sem a mediação do simbólico. Melman nos apresenta a tentativa de dar conta dessa questão através dos registros lacanianos do simbólico, real e imaginário. As imposições do obsessivo lhe vêm ao pensamento como uma compulsão a pensar. Há uma necessidade em distinguir a compulsão à repetição e, de outro lado, as imposições que retornam do real, em que o simbólico do recalque não operou.

Outro aspecto interessante trazido por Melman a esse respeito trata da observação nos pacientes psicóticos, nos quais sua alucinação lhe vem do Outro sob a forma que o visam como objeto infame. Ele é visado. No obsessivo, diz Melman, a mensagem que lhe vem do Outro é toda amor, de algum modo atribuída a um pai amoroso. É o sujeito que responde de um modo obsessivo, sem poder fazer de outro modo, dirigindo ao Outro injúrias.

O obsessivo faz do Outro objeto infame, objeto imundo. Vemos vetorizações bem distintas. De um lado, o Outro diz – mensagem direta, injúrias, o sujeito reduzido a puro objeto do Outro. As mensagens que lhe chegam são vividas como xenopáticas. Por outro lado, no campo do obsessivo, o imperativo das injúrias ao Outro é já uma

resposta de sujeito. O que vemos são consequências teórico-clínicas, a partir da estrutura de linguagem, distinguindo a psicose e a neurose obsessiva.

A *Verwerfung* freudiana, retomada por Lacan, forjou a operação estrutural da forclusão do significante do Nome-do-Pai, decisiva para a definição da psicose como uma estrutura própria de linguagem. Sublinha-se, assim, uma particular relação do psicótico com o significante. Mais precisamente, na falta de um significante primordial que viria dar ao significante sua condição própria de limitado, de não fornecer uma significação plena, totalizante – o significante do Nome-do-Pai. Criam-se as condições e o terreno para fenômenos de linguagem muito próprios à fratura no campo do simbólico na psicose. Os fenômenos decorrentes estarão referidos e essa estrutura de linguagem, no campo do significante, na linguagem.

Pinçando de Freud a *Verwerfung*, uma rejeição relativa ao simbólico do recalque, Lacan ([1955-56] 1998) cria uma importante chave para a escuta da estrutura em questão. Na passagem a seguir de seu Seminário das psicoses, consagra o que veio a ser o conceito referência lacaniano da operação estrutural psicótica – a forclusão. Diz Lacan:

Em todo caso, é impossível desconhecer, na fenomenologia da psicose, a originalidade do significante como tal. O que há de tangível no fenômeno de tudo o que se desenrola na psicose é que se trata da abordagem pelo sujeito de um significante como tal, e da impossibilidade dessa abordagem. Não torno a voltar à noção da *Verwerfung* de que parti, para a qual, tudo bem refletido, proponho que vocês adotem definitivamente essa tradução que creio ser a melhor – a forclusão. (p. 860)

Lacan articula essa fundamental diferença entre a neurose e a psicose. Dirá: “O que cai sob o golpe do recalque retorna, pois o recalque e o retorno do recalado são apenas o direito e o avesso de uma mesma coisa” (LACAN, [1955-56] 1988, p. 21), e segue: “tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real”. Lacan dirá haver uma estreita relação entre a *Verwerfung* e a alucinação, “o reaparecimento no real do que é recusado pelo sujeito” (p. 22).

Surge já uma definição: a alucinação como resposta no real daquilo que o sujeito não pode responder simbolicamente. Bastará o dispositivo entre um que fala a outro, e poderemos ver surgir a estrutura em causa. Para o psicótico, tomar verdadeiramente a palavra diante da exigência simbólica da linguagem poderá desencadear a psicose.

Na neurose, diante da falta a dizer, própria ao simbólico – o não poder dizer tudo, mantenedor de suspensões e vazios, incompletude própria ao significante –, se delineará como efeito o sujeito dividido. Na psicose, os efeitos serão de retorno no real. Sem o recurso do simbólico, como na neurose, faz surgir esse retorno de um modo direto, sem mediação. O caráter xenopático da alucinação se faz notar.

O que assinala a alucinação é esse sentimento particular do sujeito, no limite do sentimento de realidade e do sentimento de irrealidade, sentimento de nascimento próximo, de novidade, e não de qualquer uma, de novidade a seu uso que faz irrupção do mundo exterior. (LACAN, [1955-56], p. 164)

2- O Nome-do-Pai e a Estrutura

No seminário *As formações do Inconsciente*, Lacan ([1957-58] 1999) apresenta pontos de passagens de abordagens conceituais e conseqüentemente clínicas. A cada momento desses, decantando-se o que é, segundo o próprio Lacan, uma boa maneira de conduzir a clínica. Retomaremos o entendimento da articulação daquele momento, principalmente de alguns conceitos como o Nome-do-Pai e a estrutura, e, para tal, buscaremos nos capítulos sobre os três tempos do Édipo a maneira como o Nome-do-Pai vai ser assumido pelo sujeito, ou não, e suas determinações estruturais. Especificamente no que diz respeito à psicose, em seus efeitos de linguagem, e na neurose, em seu entendimento de constituição por este significante particular.

Nesse seminário, a noção do Nome-do-Pai é introduzida na abordagem do complexo de Édipo, conceito crucial para o entendimento da estrutura de linguagem, que é a estrutura clínica para Lacan. Sua entrada de forma satisfatória na constituição da neurose é detalhada nos três tempos de Édipo.

A criança está numa dependência, como ser vivo, da mãe. Diferente do bebê animal, o bebê humano é absolutamente dependente dos cuidados da mãe; sem isso, ele morre. De saída, há uma separação a se fazer entre o mundo humano e mundo dos animais não falantes. Mesmo na suposição de Ernest Jones de que para se engravidar é preciso haver o coito, e num prazo bem preciso, Lacan aponta que o importante está nas pessoas sancionarem num significante que foi com o pai que ela praticou o coito, que aquele com quem aquela mulher praticou o coito é o pai. Muito diferente quando emprestamos aos animais a estrutura pai-mãe-filho, pois, efetivamente, quando um

cachorro tem uma ninhada, não haverá nada da ordem de uma culpa, de um impedimento da cultura, ou psíquica, para que ele cruze com sua filha, ou até a devore. É uma concessão o empréstimo do simbólico que então se faz ao animal. Por essa razão, não é difícil encontrarmos animais domésticos, como cachorros e gatos, com o sobrenome da família.

Essa dependência da mãe não se fará somente então no plano biológico da espécie humana porque há o desejo mãe. A mãe humana não procria como animal, mas é fecundada pelo significante pai que faz gerar, nascer um sujeito, na melhor das hipóteses. Nesse sentido, o desejo da mãe é o que introduz a criança no mundo simbólico, é o Outro primordial, como diz Lacan. No próprio ato de alimentar o filho, ela lhe dá muito mais que alimento, dá-lhe palavras. A apetência da criança será, então, pelo desejo da mãe. Porém, neste momento a criança ocupa para a mãe também um lugar especial, esperado desde muito tempo por ela. O lugar de completude que esta criança proporciona, de satisfação, de enfim, o esperado, um filho, todo ele submetido ao cuidado caprichoso da mãe, à lei caprichosa da mãe, à lei da mãe.

A criança é, nesse tempo, segundo Lacan, um assujeito, porque profundamente assujeitada ao capricho daquele de quem depende. É necessário e suficiente que ela seja o falo para a mãe. Esse é o primeiro momento do Édipo, como descreve Lacan. Tanto a mãe está marcada para a criança, como a criança está determinada pela mãe: é quase uma complementariedade. É muito importante dizer *quase*, porque algo acontece. Se esse desejo é desejo, ele está referido a um para-além. O desejo é o desejo do Outro, nos diz Lacan. Há nesse desejo da mãe um Outro. Na ausência e presença da mãe inscreve-se que há um para além dela, da criança, como detentora de toda a mãe. Outro que então possui alguma coisa que diz respeito ao que a mãe deseja, essa alguma coisa é o falo. É somente assim que não se fecha o circuito entre a mãe e a criança, e disso dependerá tudo que se segue. É interessante observar que o lugar do falo é homólogo ao lugar do pai, ou seja, para além da mãe, está o pai, não apenas o pai da criança, mas o pai da mãe, ou, melhor dizendo, o pai na mãe, o que Lacan chamou do Outro no Outro.

O segundo tempo do Édipo marca-se como o tempo da entrada da privação da mãe pelo pai. Ele proíbe a mãe, não o filho, como pensavam os analistas. O pai frustra a criança da posse da mãe. Mas o que é um pai? Essa pergunta de Lacan vai de encontro com o que ele quer mostrar, a partir da estrutura de linguagem, da importância decisiva

da entrada do simbólico para a constituição do sujeito. O pai que importa para o complexo é o pai simbólico, o pai como metáfora. O significante do pai vem substituir o significante materno. Isso é fecundo para a estrutura, pois dá a chance do nascimento do sujeito. O não do pai vem como uma mensagem sobre a mensagem da mãe. Esse é um ponto nodal do complexo, pois da posição do sujeito diante da privação da mãe dependerão diversas formas clínicas descritas no seminário.

No terceiro tempo, com essa privação simbolizada pelo sujeito é que se realiza a identificação com o pai, crucial para o desfecho satisfatório do Édipo. Aquele que priva a mãe é quem pode ou não dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui, o falo. Trata-se do pai potente.

Quando a criança é o falo para a mãe, Outro primordial, qual é o estatuto dessa lei privada? Já aí teria como virtual a lei simbólica do pai porque a mãe está submetida ao simbólico? Lacan diz que nesse primeiro tempo o pai está velado, apresenta-se como um símbolo. No segundo, apresenta-se menos velado, mas não totalmente revelado; é a presença do não do pai, há uma negatividade essencial, é o tempo do pai onipotente: “*Não reintegrarás seu produto*, é endereçado à mãe” (LACAN, [1957-58] 1999, p. 209). O terceiro tempo faz-se, então, da dita identificação com o pai, como aquele que tem o falo; é a passagem para o pai potente, que produz o desfecho, a dissolução do Édipo.

Pode haver percalços nesses tempos, e a questão é de como o Nome-do-Pai se faz e se articula no complexo, disso parecendo depender as diferentes estruturas clínicas. Lacan retoma em vários pontos do seminário a neurose obsessiva, a histeria, a fobia, a psicose e a perversão.

Por exemplo, se o sujeito recusa a privação feita na mãe, o que pode ocorrer de diversas formas, ele mantém-se identificado ao falo, abrindo-se para o campo das perversões ao exemplo da homossexualidade masculina. Lacan ([1957-58] 1999) fala que a mãe ditou a lei para o pai num momento decisivo, e diz:

No momento em que a intervenção do pai deveria ter introduzido o sujeito na fase de dissolução de sua relação com o objeto do desejo da mãe, e cortado pela raiz qualquer possibilidade de ele se identificar com o falo, o sujeito encontra na estrutura da mãe, ao contrário, o suporte, o reforço que faz com que essa crise não ocorra. (p. 215).

No seminário, Lacan faz referência a Hans e à sua fobia. Mais uma vez, é de uma questão com o pai que se trata, ou de um desfecho pouco satisfatório do Édipo. Ele supre uma certa falta do pai, e digo *uma certa* falta porque, de alguma maneira, mesmo que pouco satisfatória, ele estava inscrito, senão Hans seria psicótico, o que não era o caso. A saída da fobia veio então como um modo de assegurar um para-além ao que Lacan chamou de uma angústia de assujeitamento em que ele vivia, determinada por ele encarnar o falo para a mãe.

Seria aí como uma encruzilhada estrutural, na maneira como o Nome-do-Pai se inscreve, que o destino do sujeito se faz, e Hans se virou como pôde nesse sentido, instituindo seu objeto fóbico que cumpre uma função em relação a uma certa precariedade paterna. Teria o objeto fóbico uma certa função de metáfora paterna? É uma questão, pois se esta metáfora é da substituição do significante materno pelo significante paterno, o objeto vem em lugar de um pai, como efeito da carência paterna. Deixo esta questão em aberto.

O de que se trata, então, é que a palavra do pai, o não do pai, tenha valor, tenha que valer para a mãe, não podendo ser igual a zero. A questão não é como a mãe se relaciona com o pai, mas da importância que ela dá à sua autoridade, ao lugar que ela reserva para o Nome-do-Pai. A lei é traduzida aqui como o texto articulado do pai pela mãe. O não do pai recusado pela mãe, em um tempo muito preciso do complexo de Édipo, colocaria o próprio Nome-do-Pai em xeque, em derrisão, ou em xeque-mate, na pior das hipóteses: a psicose. Essa me parece ser uma operação complexa, porque além do exame das condições pelo lado dos pais é preciso considerar que a criança como sujeito também se posiciona nessa constelação, aceitando ou recusando a castração.

Não é a mesma coisa dizer que uma pessoa deve estar presente para sustentar a autenticidade da fala e dizer que há alguma coisa que autoriza o texto da lei. Com efeito, o que autoriza o texto da lei se basta por estar, ele mesmo, no nível do significante. Trata-se do que chamo Nome-do-Pai, isto é, o pai simbólico. Esse é um termo que subsiste no nível do significante, que, no Outro como sede da lei, representa o Outro. É o significante que dá esteio à lei, que promulga a lei. Esse é o Outro no Outro. (ibid., p. 152)

O pai acha-se numa posição metafórica, na medida e unicamente na medida em que a mãe faz dele aquele que sanciona, por sua presença, a existência como tal do lugar da lei. (ibid., p. 202)

Segundo o dicionário Aurélio (1986, p. 1454), promulgar traz o sentido de ordenar a publicação, de tornar público. Traz também o de sanção, o ato de tornar santo,

respeitado; aprovação dada a uma lei pelo chefe de Estado / Aprovação, confirmação, ratificação.

O Nome-do-Pai é o significante que dá esteio, suporte à lei. Tem sua sede no Outro, ou seja, o Outro como sede da lei só o é porque essa lei foi promulgada, tornada pública, no movimento de uma autorização pela mãe do texto da lei do pai. A ideia de uma lei que precisa ser aprovada, de uma aprovação. O pai é aquele que funda o próprio campo do Outro da lei significante. Seria então uma espécie de dupla sanção? Da mãe que veiculava uma lei privada num primeiro tempo, que autoriza num segundo tempo mediando a entrada da lei articulada no simbólico, da lei do pai, que sanciona a existência como tal do lugar da lei, que lança o sujeito para o laço social, caso esse desfecho seja satisfatório.

Caso isso não ocorra, surge, então, a estrutura da psicose. Lacan isolou os efeitos da não inscrição do Nome-do-Pai, de sua *Verwerfung* no campo clínico, no campo das psicoses desde o *Seminário 3*. Investigando a respeito do caso do presidente Schreber, indica uma abordagem e um entendimento a respeito da alucinação a partir da estrutura de linguagem, o que ultrapassa em muito a abordagem psiquiátrica desse fenômeno como uma percepção sem objeto.

Ocorrendo a forclusão do Nome-do-Pai, a metáfora paterna primordial, que funda o sujeito, também não se inscreve. O significante em estado puro faz-se ouvir nas alucinações, isso fala diretamente ao sujeito na psicose. Na neurose, o Outro está barrado, passando ao inconsciente em suas formações simbólicas, o que na psicose, por faltar a barra no Outro, retorna no real em suas formas alucinatórias. O Outro lhe fala ininterruptamente. Lacan ([1958] 1998) chega a dizer que o psicótico é mais habitado pela linguagem do que a habita.

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose. (p. 582)

A relação do psicótico com a linguagem fica profundamente marcada e alterada pela ausência do significante do Nome-do-Pai no campo do Outro. A ligação entre o código e a mensagem fica destruída pela ausência do significante da lei, que ordena e normatiza as relações do sujeito com a linguagem. A mensagem não será autenticada pelo Outro no código. Uma das vias de análise fundada na estrutura da linguagem levou

à observação clínica do fenômeno de mensagem que Lacan demarca em Schreber. A cadeia é interrompida, e ali onde deveria haver outro significante, representando o sujeito para outro significante, surge o fenômeno da mensagem que se interrompe no ponto mesmo que indicaria a posição do sujeito no código a partir da própria mensagem. Esse fenômeno se evidencia nas palavras de Schreber: “Agora eu vou me...”, “Você deve de fato...”, seu complemento que é em geral de uma ordem ofensiva, invasiva, provocativa.

O fenômeno de código é apresentado pela língua fundamental de Schreber. É uma organização do mundo onde cada palavra comporta em si uma definição, e se relacionam entre si, no entanto não sendo organizado pelo simbólico. Aqui têm lugar os neologismos, tão frequente em psicóticos. Parece, então, que há uma lógica significante implicada na inscrição desse significante especial.

Lacan ([1957-58] 1999) diz: “O Nome-do-Pai funda como tal o fato de existir a lei, ou seja, a articulação numa certa ordem significante. Ele é o significante que significa que, no interior desse significante, o significante existe” (p. 153). Ainda, “O Nome-do-Pai é o significante que, no Outro como lugar do significante, é o significante do Outro como lugar da lei” (LACAN, [1958] 1998, p. 590).

O Nome-do-Pai irá responder a outra questão da maior importância na abordagem da psicose, ou seja, seu desencadeamento. A psicose se dá a ver quando o sujeito é convocado a responder do lugar onde não há Nome-do-Pai, onde lhe falta o recurso do simbólico. Observa-se toda a catástrofe existencial, o desagregamento do pensamento, e toda uma série de maneiras da deterioração da vida do sujeito.

Lacan ([1958] 1998) fala da invocação, da exigência feita por “Um-Pai”. Ou seja, considera-se essa exigência feita a um sujeito, um chamado a seu comparecimento. Em um momento preciso da vida, diante do que podemos considerar um chamado simbólico a um sujeito, em sua dimensão de cindido, em perda, dá-se a ver a estrutura em causa. O que vemos na psicose? Como resposta à invocação, desse apelo, revela-se que a sustentação de tal subjetividade estava calcada em uma relação imaginária. É na ausência desse recurso simbólico que articula a cadeia significante que a psicose eclode. Esse é o fator desencadeante dos desarranjos da psicose.

Assim, na psicose, nesse tempo preciso de um chamado simbólico a um sujeito, vemos surgir sua radical objetificação, não mais cindido, mas compacto do psicótico. A alucinação pode assim ser lida como uma resposta de estrutura, um extremo da supressão do sujeito. Sem recurso, não tem como reaver, recuperar esse operador do significante do Nome-do-Pai prescrito no tempo, irrevogável, que o relançaria em um encadeamento significativo.

Retomar a palavra imposta ao psicótico pela alucinação, na e pela transferência: eis um modo próprio de a psicanálise operar. Ou seja, do lado do analista, como Outro do psicótico, receber seu modo próprio de articular sua palavra ao Outro, que por estrutura traz a contingência de ser não barrado pelo Nome-do-Pai. Na palavra psicótica, no fenômeno da alucinação, situa-se um trabalho a ser feito a cada caso onde esse fenômeno tem lugar. Com as ferramentas trazidas por Lacan, será possível situar a alucinação como índice de estrutura. Coloca-se, assim, a questão sobre que margem é possível ter para ajudar na vida de um psicótico, considerando o lugar desse fenômeno para sua existência. De que modo poderá o clínico temperar na transferência a franca exposição ao Outro sofrida por esses pacientes alucinados? Essa é uma questão de manejo na transferência desde os primeiros momentos em que recebemos um paciente. A esse respeito, voltemos ao que Lacan ([1955-56] 1988) nos diz a respeito do desencadeamento da psicose:

O fato de que uma análise possa desencadear uma psicose desde os seus primeiros momentos é bem conhecido, mas nunca ninguém explicou por que. É evidentemente função das disposições do sujeito, mas também de um manejo imprudente da relação de objeto. (p. 24)

Nessa passagem, Lacan nos fala do manejo da relação de objeto. Como entendê-la? Czermak (1991) diz, a propósito de um caso onde o fenômeno de desdobramento no espelho se fazia, que “teríamos uma ideia do tipo de transferência que se pode esperar, o lugar que nos será dado, dos efeitos que se supõem e também a margem de manobra que teremos” (p. 112). Esses pontos fariam parte de questões preliminares de todo tratamento possível da psicose. A transferência colocada como primeiro plano do tratamento poderá orientar todo ele nos casos de psicose.

3 - Uma questão preliminar: a transferência e a resistência

No início de sua conferência XXVII, sobre a transferência, Freud ([1916-17] 1990), diante da expectativa de sua audiência em conhecer a técnica da análise para fins terapêuticos e o que este realiza, responde: “E têm o inquestionável direito de conhecer este aspecto. Todavia, não o direi aos senhores, *mas insistirei que descubram por si mesmos*” (p. 503, grifo nosso).

Descubram por si mesmos. Vê-se a clareza de Freud quanto à via de acesso à psicanálise. Não restrita ao conhecimento dos conceitos, os quais ele mesmo está ensinando, mas, leio assim: façam a experiência vocês mesmos, ou seja, submetam-se aos efeitos da transferência, reconheçam-na, operem com ela. Portanto, submetam-se à análise sob transferência.

Esta foi sua experiência, fundando o campo da psicanálise nesse ponto de partida da clínica. Construído na prática com os neuróticos histéricos e obsessivos, indica nessa conferência o tempo de comparecimento da transferência na interrupção das associações. Via da resistência, seja pelo amor dirigido ao analista, próprio às histéricas, ou ao modo odioso e hostil, mais ligado ao modo obsessivo da transferência.

Como seria possível entender o que ele chamou de interrupção das associações? Por que é nesse tempo que a transferência ganha lugar, justamente no momento da interrupção da fala? Observa-se, com Freud, a importância fundamental desse tempo, não de seguimento das associações, de sua continuidade, mas sim de fechamento, descontinuidade da fala. Desfaz-se de imediato a falsa intuição corrente, ou seja, aquela de que a transferência é via de acesso ao inconsciente. Será ao contrário, a resistência ao inconsciente, a face da resistência da transferência o índice do inconsciente.

Foi em sua clínica que Freud identificou a resistência própria à transferência no tratamento analítico. Sua clínica tornou-se uma usina de conceitos. Estes servem a ela, nascem dos impasses encontrados com seus pacientes. Assim, Freud reconheceu, em seu encontro com pontos de resistência na fala, no tratamento, o índice de algo que se relacionava ao analista. Diz Freud ([1912] 1990):

No ponto em que as investigações da análise deparam com a libido retirada em seu esconderijo, está fadado a irromper em combate; todas as forças que fizeram a libido regressar erguer-se-ão como resistências ao trabalho da análise, a fim de conservar o novo estado de coisas. (p. 137)

Ao sujeito do inconsciente em transferência, conjuga-se a resistência. Cada ato do paciente, cada associação isolada deve levar em conta a resistência. A tentativa do sujeito é a de não querer saber da causa, daquelas forças que lhe comandam. O novo estado de coisas é aquele pelo qual a neurose sustentará sua sintomática. O sujeito não abrirá mão de bom grado disso, e Freud ([1916-17] 1990) sabia bem disso. O manejo exigido do analista supõe receber, não rejeitar esse modo de endereçamento, levando o sujeito a trabalhar a partir de suas repetições. Diz ele:

Superamos a transferência mostrando ao paciente que seus sentimentos não se originam na situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo obrigamo-lo a transformar a repetição em lembrança. (p. 517)

Em respeito à transferência, situa-a como determinante para o destino de um tratamento. Em sua reatualização, a cada tempo, exige também por parte do analista um trabalho. Então, na resistência inerente à transferência, o analista está tão implicado quanto o paciente. Lacan ([1954] 1998) radicaliza formulando a célebre asserção: “Não existe na análise outra resistência senão a do analista” (p. 377). Ou seja, o analista está implicado subjetivamente com a transferência, algo que exige um trabalho também do lado do analista. O lugar da supervisão, análise e formação tomam seu lugar. Então, o *descubram por si mesmos* proposto por Freud, como vimos, traz a dimensão da responsabilidade do analista com a problematização e análise de suas resistências, de seus preconceitos das mais variadas ordens.

Freud não se economizou nessa análise, foi o que vimos no artigo de Lacan ([1952] 1998), “Intervenção sobre a transferência”, a respeito do caso Dora. Freud deixa-nos a possibilidade, diante de seu fracasso, num momento preciso do tratamento, dessa retomada, do isolamento do ponto de fracasso. Interessante notar o quanto as intervenções de Freud produziram todo o avanço do tratamento, como quando faz, diante da exposição de Dora da trama em que se enredava, a pergunta de qual seria sua parte naquilo que contava. A condução e posição de Freud permitiu, rente ao significativo, a implicação de Dora como sujeito ativo no processo.

A resistência como índice da transferência logo se fez presente, e Lacan nos mostra como Freud, operando na transferência, estava implicado diretamente na interrupção do tratamento. Como isso se deu? Ao não poder a tempo se deparar com, e considerar, o vínculo homossexual, ou seja, sua apreciação insuficiente desse vínculo

que ligava Dora a Sra. K. Em nota de rodapé do posfácio de seu escrito do caso Dora, Freud ([1905] 1990) diz:

Quanto mais me vou afastando no tempo do término dessa análise, mais provável me parece que meu erro técnico tenha consistido na seguinte omissão: deixei de descobrir a tempo e de comunicar à doente que a moção amorosa homossexual (ginecofilica) pela Sra. K era a mais forte das correntes inconscientes de sua vida anímica.” “[...] Antes de reconhecer a importância da corrente homossexual nos psiconeuróticos, fiquei muitas vezes atrapalhado e completamente desorientado no tratamento de certos casos.(p. 113-114)

Lacan não hesita em nomear tal passagem como preconceito de Freud, considerando a primazia do personagem paterno do complexo de Édipo natural, e não normativo. O próprio Freud não deixará de localizar esse ponto cego do tratamento de seu lado. Foi, talvez, uma das heranças que ele pode nos deixar – seu fracasso, seu pecado. A grandiosidade e honestidade que nos transmite ao incluir em seu trabalho a falha, o fracasso de um tratamento, cria um campo crucial em psicanálise, mostrando ser a transferência ao mesmo tempo força motriz do tratamento e também sua força de parada do tratamento. Diz Freud ([1905] 1990): “A transferência, destinada a constituir o maior obstáculo à psicanálise, converte-se em sua mais poderosa aliada quando se consegue detectá-la a cada surgimento e traduzi-la para o paciente” (p. 111).

É uma questão se, a cada caso, será possível tratar dos preconceitos do lado do clínico, e de submeter os fracassos ao outro, em transferência. É um desafio para cada um, e mais uma vez o *descubram por si mesmos* se aplica, à condição de um endereçamento ao Outro, que faça retornar a própria mensagem invertida, surpreendente, no melhor dos casos.

Colocar a transferência em operação considerando a resistência inerente a ela, reconhecê-la, intervir nela, demarca a psicanálise de todos os métodos psicoterápicos existentes até hoje. Evidencia-se nesse caso exemplar de Freud sua clara distinção do que seria uma apreensão psicológica. Lacan ([1952] 1998) dirá da distância de um psicologismo, coisificante do ser humano, fechado em suas conclusões e seus sucessos, daquele de uma psicanálise, que em sua forma traz “prudência no método, escrúpulo no processo, abertura nas conclusões” (p. 216).

Prossigamos um pouco a reflexão em torno da parada das associações do paciente em tratamento. Entendo, então, que no curso das associações conscientes, na

fala corrente, brota uma interrupção. Ocorre aí um corte nesse curso, inaugurando uma cadeia propriamente significante. Articula-se na cadeia a perda pontual do sentido consciente de uma palavra. Índice do inconsciente, de uma perda que se articula como corte. Lacan ([1964] 1995) segue propondo: “É aqui que a presença do psicanalista é irreduzível como testemunha dessa perda” (p. 122). E continua:

O que Freud nos indica desde o primeiro tempo é que a transferência é essencialmente resistente, *Übertragungswiderstand*. A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar. Longe de ser passagem de poderes ao inconsciente, a transferência é, ao contrário, seu fechamento. (p. 125)

O inconsciente na transferência torna-se para Freud esse conceito fundamental, como um relé para a articulação conceitual de toda a psicanálise. O relé é uma bobina, utilizada em componentes elétricos, e serve como interruptor, que abre e fecha a passagem de corrente elétrica. É responsável pelo funcionamento de todo o sistema elétrico. A analogia com o conceito de inconsciente é legítima. Lacan (ibid.) propõe, assim, que “o sujeito que só se abre para tornar a se fechar” (p. 121). O sujeito só poderá ser lido, desse modo, como sujeito do inconsciente.

Lacan retoma esse conceito fundamental: o inconsciente. Utiliza termos como surpresa, descontinuidade, vacilação, hiância, fenda, pulsação temporal. Corte do sujeito. São termos todos eles indicativos de uma ética, situada na falta, na perda e na descontinuidade.

O reconhecimento e testemunha do analista desse lugar, produtor de um homem descentralizado do mundo, diz Lacan, faz parte do conceito de inconsciente. Uma presença em ato faz dessa causa do sujeito uma ética. O ser do homem é sua fenda, não a totalidade de um ser filosófico. O inconsciente traz consigo um corte, em descontinuidade com a ordem sequencial consciente. Diz ele:

O inconsciente é essa parte do discurso concreto, enquanto transindividual, que falta a disposição do sujeito para restabelecer a continuidade de seu discurso consciente [...] é esse capítulo da minha história que está assinalado por um branco ou ocupado por uma mentira: é o capítulo censurado. Mas a verdade pode ser reencontrada; o mais das vezes ela já está escrita em algum lugar. (p. 124)

Lacan situa, desse modo, a natureza do campo freudiano nesse ponto. “A mais segura subsistência do campo de Freud é que o campo freudiano é um campo, que por sua natureza, se perde” (p. 122).

O conceito do inconsciente, invenção freudiana, fundou um campo de trabalho clínico e teórico inédito – a psicanálise. Sabemos atualmente as consequências dessa invenção, não só para o campo da clínica e do saber, mas na cultura, na história do homem. Descentrado de si mesmo, vê a determinação de sua vida vinda de outro lugar, ou seja, do que Freud chamou da “outra cena” do inconsciente.

Até então, antes de Freud, as possibilidades clínicas centravam-se na ordem da percepção consciente, na unidade de uma subjetividade centrada no ser e no eu. Herança recebida de toda uma tradição filosófica, Freud parte dela, rompendo com séculos do curso do pensamento ocidental. Tem na “outra cena” do inconsciente a condição de uma nova clínica e um novo homem, cindido, dividido e sintomatizado pela trama inconsciente.

O trabalho do analista no tratamento situa-se nesse campo, como testemunho dessa perda, própria do inconsciente, atualizada no laço transferencial. Receber tal endereçamento e trabalhar com ele serão, como Freud ([1914-15] 1990) adverte àqueles que se iniciam na psicanálise, “as únicas dificuldades realmente sérias que tem de enfrentar residem no manejo da transferência” (p. 208).

4 - Transferência na psicose

As histéricas sopraram a Freud o inconsciente, a transferência e foi com elas que o inventor da psicanálise criou um novo real na clínica. A neurose é para Freud o campo de possibilidade para seu método. Porém, sabemos o quanto ele não foi indiferente à psicose. A importância até hoje de seu trabalho sobre o presidente Schreber é indiscutível, trabalho no qual formula e apresenta análises fundamentais sobre a paranoia. Ainda assim, será preciso considerar o fato de Schreber não ter sido um paciente de Freud. Sua prática está claramente voltada para os neuróticos. Sabemos ainda o quanto sua apreensão da psicose vinha em grande parte de seus colaboradores próximos, como Jung ou Abraham, que lhe traziam casos e comunicações sobre seus pacientes psicóticos.

Freud insiste em vários lugares que seu método não se aplica aos psicóticos. Cito: “Esses pacientes, paranoicos, melancólicos, sofredores de demência precoce, permanecem, de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico” (FREUD, [1916-17] 1990, p. 511).

Não há como se opor a Freud acompanhando a estreita articulação dos conceitos fundamentais em sua dependência da estrutura da neurose. Ainda assim, ele não deixou de propor uma conceituação, diferenciando a neurose das formas psicóticas, da relação própria de um funcionamento do psicótico. Veja-se seu fundamental trabalho do caso Schreber, em que propôs a assertiva do delírio como via de reconstrução do mundo. Seu esforço de conceituação deixou aberturas para futuras entradas. Haverá a oportunidade de examinar algumas passagens em Schreber no capítulo III desta dissertação, situando as relações entre o delírio e suas alucinações e a função transferencial de sua relação com seu médico Flechsig para esta articulação.

Desse modo, será com os psicóticos que Lacan nos permitirá retomar as noções freudianas de um tratamento pela fala. Por sua vez, será também a partir dos conceitos de inconsciente, transferência e resistência, de onde retirou as balizas para o tratamento possível com psicóticos.

Lacan falou do analista como testemunha da perda própria do inconsciente, da descontinuidade, da hiância, do corte. Sua presença fazendo parte do conceito do inconsciente, pois ao testemunhar reconhece, dá lugar e cidadania ao Outro. Mas o que ele, o analista, testemunha na psicose? Será a ausência da perda, na presença de objetos não simbolizáveis, impostos pela voz, ou pelo olhar vindos de um Outro sem barra? De outro lado, o que o psicótico testemunha? Lacan ([1955-56] 1988), a esse respeito, diz:

[...] poder-se-ia dizer, o psicótico é um mártir do inconsciente, dando ao termo mártir seu sentido, que é o de testemunhar. Trata-se de um testemunho aberto. O neurótico também é uma testemunha da existência do inconsciente, que ele dá um testemunho encoberto que é preciso decifrar. (p. 153)

Czermak (2012), na esteira do relançamento lacaniano, escreve seu texto intitulado “Os psicóticos resistem mal à transferência”. Nele, aponta o caráter irresistível que a transferência pode tomar para certos psicóticos, que sem resistência são cooptados na passagem ao ato. Diz ele:

Podemos encontrar casos de psicose acompanhados sem erro técnico que, apenas pela virtude desencadeante da transferência, desembocam em atos

incontroláveis e ininterpretáveis. A estrutura da psicose – bem como a transferência que se produz aí – pode determinar esses fatos, sobre os quais Lacan dizia: “hesitaremos em falar de acting-out”. (p. 192)

Fato observável, esse efeito transferencial de psicóticos. São inúmeras situações descritas em reuniões nas quais participei em dispositivos de atendimento a psicóticos, em que, a partir de um laço estabelecido com um profissional, o paciente passa a alucinar a voz do profissional. A alucinação passa a integrar um sintoma ligado diretamente ao laço de transferência.

De fato, essas vozes não são sintomas como na neurose, cifrados simbolicamente. No entanto, são claramente produzidas na relação com o lugar do Outro. A relação com esse lugar Outro é bastante difícil para os psicóticos, pois, como vimos, é um Outro não marcado pela inscrição do Nome-do-Pai; por isso, propenso a ser um Outro não barrado, tirânico, coercitivo.

O sujeito possui sua condição em total dependência do Outro. Assim, o próprio sujeito pode tornar-se totalmente consistente, petrificado em um sentido único, sem dialética. Ou, por outra face, diluído a tal ponto de não conseguirmos situar nenhuma possibilidade de tomar posição de espécie alguma, nenhuma subjetividade. Penso em pacientes em uma condição tal que precisam de comandos permanentes de um acompanhante para realizar tarefas simples do dia-a-dia, como tomar banho, escovar os dentes, e caso isso não ocorra, congela-se em uma paralisia e em um mutismo absoluto.

Coloca-se agora a difícil questão da clínica e da teoria com os psicóticos. Como ocupar esse lugar Outro para o paciente? É daí que pode lhe vir o mais terrível da voz aniquilante, ou do olhar que vigia e lhe persegue sem barra, direto ao sujeito, objetificando-o e por vezes o aniquilando. É uma questão candente para o clínico que se ocupa de psicóticos, se atento à transferência, de que pelo fato mesmo de ocupar esse lugar Outro no laço, estará implicado diretamente na via transferencial própria à psicose, ou seja, aquela que é da propensão do Outro sem barra. Louis Sciara (2011b) propõe uma articulação em torno dessa questão. Diz ele:

O trabalho transferencial se apoia numa posição do clínico de tentar manter entre outro e função de Outro, o que tem haver com uma certa vigilância em tornar o Outro menos consistente, em frear sua completude. Para outros pacientes, o Outro é, em contrapartida, pouco consistente. São esses psicóticos mais desprovidos, submetidos a uma onda de fenômenos elementares, a uma pululação dos objetos (voz, olhar...). (p. 49)

Sciara faz esse interessante desdobramento sobre o manejo transferencial com psicóticos, diferenciando essas duas posições em que o Outro pode assumir, dependendo do tipo de psicose em jogo. No primeiro, um Outro consistente. Podemos entendê-lo como o Outro do paranoico, ou seja, ele, o paranoico, é aquele que sabe plenamente as razões do Outro. “Ele quer me matar”, diz-nos o paranoico. “Ele está lá fora e me espera”. Interessante a indicação para o clínico de manter-se menos consistente em relação a essa modalidade de Outro do paranoico. Colocar-se como limitado, não sabido.

Como uma segunda versão do Outro, Sciara nos diz, está aquela do Outro pouco consistente, submetendo o paciente a rajadas da voz, do olhar do Outro vindo de todo lugar. De novo entramos no campo do manejo da clínica, quando aponta para buscar tornar o Outro um pouco mais presente, fazendo de seu dizer, do clínico, um instrumento mais presente. Por vezes dando conselhos e dizendo o que o paciente deve fazer. Tenta-se assim evitar uma desagregação e estilhaçamento produzido pelas alucinações que pode precipitá-lo, não raro, na passagem ao ato. É um manejo delicado, porque arriscado. Abre muitas interrogações, pois é preciso também tomar o cuidado para manter algum lugar para a descompletude do Outro.

O caso H., apresentado no capítulo I desta dissertação, nos mostra a possibilidade de considerar uma reversão de uma posição menos consistente do Outro, a outra mais consistente. De uma relação inicial na transferência, em que passa todo um tempo emaranhado em um estado de confusão delirante, beirando a desagregação, e siderado e confuso pela presença da lâmpada. Tempo de passagens ao ato, sumiços e uma tentativa de suicídio. As intervenções tiveram um caráter de presença efetiva, em certos momentos precisando orientá-lo ao que fazer. Foi uma presença, diria, com Sciara, consistente.

Após alguns anos de trabalho, um delírio organizou-se, sistematizado. A minha presença tende a se tornar menos consistente, pois passou a me tomar como aquele que sabe, que tem relações com governantes, que posso prender o Lula e a Dilma pela corrupção. Diz: “Veja lá com o governador, o senhor tem suas relações para resolver esse problema da saúde”. Cito este recorte para ilustrar o fio da navalha que a transferência nos impõe, a cada momento exigindo de nos situar quanto ao lugar que ocupamos para o paciente, e como estamos operando.

Nesse tempo do tratamento houve uma depuração de seu quadro, reduzindo-o à questão da lâmpada, na qual sou veículo de sua espera de reaparecimento. Atravessei com ele momentos muitos difíceis, como o falecimento de seu pai, depois de sua mãe, seu casamento, sua separação de sua esposa, relação com os enteados, a droga, maconha cocaína e crack, que deixou de usar. Não observei nele abalos significativos nessas passagens da morte dos pais e da separação. Sua atenção manteve-se na lâmpada, em sua espera de reaparecimento, vivida a cada sessão comigo. Espero com ele e sua espera adia esse encontro para um futuro.

Sua relação com o que lhe acontece é interessante, pois reconhece não poder falar disso com ninguém, pois vão achar loucura dele, mas “é real”. O tratamento definiu que ele só falaria disso comigo, e ele faz isso de um modo, em geral, bastante amável. H. tem um laço muito amigável comigo: ele me abraça, me tem em boa conta. Considero esse traço muito importante para o que considero uma aeração existente na transferência em jogo. Assim ele confia poder falar comigo do que achariam loucura.

Não é uma psicose que jorra alucinações, mas em um momento preciso, como o inicial, surgiu aquele que defini como momento de sua “visão”, como fenômeno alucinatorio fecundo. No entanto, houve a surpresa nesse momento posterior, que situo de uma relação menos consistente com Outro, em que diz ter ouvido de mim algo “alucinatoriamente”, que o protegeu contra a polícia que estava atrás dele – “Vou avisar”, foi o que ouviu de mim. Segundo ele, eu disse em determinado dia em que ele não estava bem: “você avisou e me ajudou. Eu havia dito que invadiria, e você disse: vou avisar”. Perguntei-lhe: “Invadir o que?”, e ele respondeu: “o morro, o tráfico, e você avisou a polícia que era eu, isso me ajudou”. Ele ouve minha voz, tardiamente diz isso.

CAPÍTULO III

O LUGAR DA ALUCINAÇÃO EM SCHREBER

1 - Alucinação e desejo

Para falar da alucinação em Schreber, considero relevante lembrar, brevemente, o modo como Freud situou a alucinação. As relações da alucinação na estrutura de linguagem e as condições de possibilidade para seu aparecimento são pontos tratados por Freud desde o *Projeto para uma psicologia científica* ([1895] 1990), e a *Interpretação dos sonhos* ([1900] 1990).

Freud nomeia como alucinação o acionamento da lembrança de uma vivência de satisfação primeira no *infans*. Ao ressurgimento de um estado de desejo, como aumento da tensão no aparelho psíquico, surge a revivescência alucinatória dos traços perceptivos do seio, objeto de satisfação.

Não tenho dúvida de que na primeira instância essa ativação do desejo produz algo idêntico a uma percepção – a saber, uma alucinação. Quando uma ação reflexa é introduzida em seguida a esta, a consequência inevitável é o desapontamento. (FREUD, [1895] 1990, p. 337)

Diz Freud ([1911] 1990): “Foi apenas a ausência da satisfação esperada, o desapontamento experimentado, que levou ao abandono desta tentativa de satisfação por meio da alucinação” (p. 278). Trata-se da substituição do princípio do prazer pelo princípio de realidade. Dessa decepção, ao que seria esperado como satisfação pela alucinação, demarca-se que nesse encontro seria melhor definido como uma busca de reencontro. Acarreta nessa decepção a impossibilidade da plena satisfação.

A condição do desejo no aparelho psíquico está ligada, desse modo, à alucinação do traço mnêmico do objeto da primeira experiência de satisfação. A alucinação está condicionada ao desejo do sujeito. No entanto, com a observação das alucinações em psicóticos, Freud ([1917] 1990) precisou estabelecer quais são as condições de possibilidade para o prolongamento da alucinação no aparelho, para o que seria um retorno a uma satisfação plenificada.

O princípio da realidade permite um certo aumento de tensão no aparelho psíquico, um adiamento da descarga de energia. Para o psicótico, esse princípio fica comprometido, demarcando um processo alucinatório com característica de intensa descarga, desinibida, sem contenção. Freud reconhece, assim, na alucinação psicótica uma operação própria.

2 – Schreber: um corpo produzido pela voz

O corpo não reduzido à sua estrutura anátomo-fisiológica será nosso ponto de partida, colocando de saída em causa a questão de um corpo, que para se constituir, mesmo em suas funções fisiológicas, dependerá da incidência da linguagem, do inconsciente, do significante. Buscaremos tratar alguns desses efeitos, especificamente observados em pacientes psicóticos, no modo como esse corpo, vulnerável à ação direta da linguagem, sofre de modo radical.

Freud ([1930] 1990) definiu o corpo como uma das fontes do mal-estar da civilização, “condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência” (p. 95). Seguiremos na tentativa de tirar consequências, clínicas e teóricas, dessa assertiva, e, para tal, recorreremos ao paradigmático caso Schreber de Freud ([1911] 1990), sobretudo na leitura que Lacan faz dele.

Tentarei localizar alguns “sinais de advertência” no corpo, como Freud propôs, considerando esses sinais como endereçados ao clínico, à sua leitura. Assim, destaco dois eixos para o desenvolvimento. O primeiro ligado à ação no corpo de Schreber dos raios divinos, das alucinações e do automatismo mental. Assim, situarei um primeiro tempo de sua doença em suas manifestações hipocondríacas. Como segundo eixo, as vozes, as alucinações, e sua estreita relação com o delírio, desembocando na produção de um corpo emasculado, solução final do percurso das Memórias de Schreber.

A importância do caso Schreber para a psicanálise, principalmente no que tange ao tratamento das psicoses, é incomensurável. A explicitação das forças constituintes de

suas vivências, as condições de suas crises são, a meu ver, leitura obrigatória para todos aqueles que se interessam em conduzir tratamentos com psicóticos.

O lugar dado por Freud a seu texto, como testemunho de suas vivências, é de uma riqueza extraordinária, o que já teria o mérito de colocar acento a um texto produzido pelo próprio paciente, passo a passo. Diferentemente do que até então cursava, ou seja, a construção de diagnósticos através dos fenômenos sintomáticos. O esforço psiquiátrico estava em criar as classes diagnósticas calcadas no desenho sintomático, seja quanto aos psicóticos ou mesmo às afecções mentais de toda ordem.

Em seu seminário sobre a psicose, e em seu texto “De uma questão preliminar para todo tratamento possível da psicose”, Lacan ([1958] 1998) faz um trabalho minucioso em torno de Schreber. Estes trabalhos elevaram o caso Schreber ao estatuto paradigmático, referência fundamental para tudo que se seguiu nas pesquisas e investigações psicanalíticas no campo da psicose.

Um desses pontos diz respeito à forclusão. Conceito retirado do campo jurídico, indica um decurso de prazo. Uma peça de um processo que não se apresentou à tempo e, por isso, não poderá constar como válida no processo e em seus encaminhamentos e decisões. O que interessou a Lacan foi ver nessa forclusão algo fundamental em toda psicose.

Na estrutura de linguagem, ocorrendo essa operação da forclusão de um significante particular, definido como significante do Nome-do-Pai, se dão a ver os desarranjos no corpo e fenômenos psicóticos languageiros de toda ordem. Esse significante particular é aquele que indica na cadeia significante que o significante existe como tal, não completo, sem um sentido pleno. É produtor da falta no campo simbólico, da falta no campo do Outro, articulando uma cadeia significante. Falta simbólica, vinda desse lugar Outro, instituindo a falha na linguagem, necessária para que um sujeito do inconsciente, do desejo, tenha lugar.

Em Schreber, com Lacan, torna-se localizável um dado momento de um chamado a responder simbolicamente: ao ser nomeado juiz-presidente da Corte de Apelação. É relevante observar que essa nomeação, para um alto posto, não trazia a possibilidade de recusa por parte de Schreber. A irreversibilidade desse chamado se colocava. Como determinação advinda do rei, tratava-se de uma nomeação não passível

de ser demandada por ninguém. Assim, somente poderia ocorrer por nomeação real, e em caso de recusa se tornaria um delito de lesa-majestade. Vê-se a força simbólica desse chamado.

Pouco tempo após assumir o cargo, sobrevém-lhe o sonho de que sua antiga doença nervosa ressurgira. Em seguida, a insônia e um segundo sonho. Entre o sono e a vigília, é tomado por um pensamento de que seria bom ser uma mulher no ato sexual. É um momento fecundo, precipitador de uma avalanche de fenômenos críticos. Aqui importa sublinharmos o quanto a convocação, a exigência desse alto posto, configurou-se como chamado simbólico, e não podendo ser respondido no simbólico produz uma série de efeitos de retorno no real. Sucumbe ao desencadeamento franco de fenômenos alucinatórios e de uma incidência muito particular em seu corpo, em efeitos hipocondríacos.

3 - A hipocondria de Schreber

Há esse primeiro tempo, que interessará uma abordagem mais detida aqui, do desencadeamento de uma série de fenômenos corporais, nomeadamente hipocondríacos. Sabe-se o quanto esse primeiro momento foi prévio ao franco aparecimento das vozes e ao delírio que se construiu, comunicado detalhadamente por Schreber, retomado por Freud e, posteriormente, por Lacan.

Consta haver registros de três internações. Em suas memórias, não há uma descrição pormenorizada do que teria sido sua primeira internação. Numa breve passagem, menciona uma crise de hipocondria, com ideias de emagrecimento, “sem qualquer incidente relativo ao domínio do sobrenatural” (SCHREBER, [1903] 1995, p. 53). No entanto, sabe-se atualmente o quanto o quadro era grave. Documentos pesquisados posteriormente indicaram ter havido duas tentativas de suicídio, além de vários fenômenos no corpo. Marilene Carone (1995), na introdução da edição brasileira do livro de Schreber, nos diz:

Schreber se acredita incurável, queixando-se de ter perdido de 15 a 20 kg de peso (enquanto a balança acusava um aumento de 2 kg). Vive cada momento como o último, pois está certo de que um ataque do coração é iminente. Está

convencido de que os médicos o enganam intencionalmente sobre o seu peso.
(p. 10)

Coloca-se assim esse fato, importante em sua história clínica, precedente à segunda internação, a mais longa, e àquela em que se produziu o agravamento radical de seu estado. Há essa evolução de sua doença, demarcando os fenômenos no corpo como iniciais e, posteriormente, o que se seguiu de trama delirante, com as impressionantes alterações em seu corpo. Dilacerado, recortado, putrefato, cadaverizado pelas vozes nomeadas como “raios divinos”. Schreber nos dirá:

[...] quero recordar ainda apenas o esôfago e os intestinos, que muitas vezes foram dilacerados ou desapareceram, a laringe, que mais de uma vez degluti junto com o alimento [...] Além desses, devo ainda mencionar um outro milagre que atingia todo o baixo ventre, a chamada putrefação do baixo ventre [...] tanto que mais de uma vez acreditei estar apodrecendo vivo, e o odor da podridão emanava de minha boca do modo mais repugnante.
(SCHREBER, [1903] 1995, p. 130)

Essa experiência relatada mostra a violência perpetrada sobre seu corpo, em seus órgãos. Ficam profundamente marcados, deteriorados, ganhando vida própria e, podemos dizer, até morte própria. Quase sempre se vê o sentido da degradação, como é o caso desse momento muito crítico da história de Schreber. Observamo-lo em seu tempo inicial das primeiras manifestações, podendo ser confundido com algo de uma ordem não psicótica, como fenômenos inespecíficos no corpo. Porém, as vivências de Schreber nos apontam para suas manifestações hipocondríacas já situadas na psicose.

Desde os primórdios da minha ligação com Deus até o dia de hoje, meu corpo vem sendo ininterruptamente objeto de milagres divinos. Se eu quisesse descrever em minúcias todos esses milagres, poderia encher um livro inteiro. Posso afirmar que não há um único membro ou órgão do meu corpo que não tenha sido durante um tempo prejudicado por milagres...
(SCHREBER, [1903] 1995, p. 127)

Será necessário tomar como advertência e indicação clínica as manifestações hipocondríacas, considerando Schreber como exemplo paradigmático de uma complexa e rica evolução psicótica. Nele observamos esse tempo inicial, hipocondríaco, já fazendo parte de um desenvolvimento de sua psicose. O privilégio dado ao corpo na psicose é notório. Talvez seja mesmo um traço comum, invariável. A ausência de uma relação ao Outro, marcada pelos furos do saber, da linguagem, da castração, plenifica a palavra, a língua e o corpo.

Dando prosseguimento às elaborações do caso Schreber, Freud ([1914] 1990) escreve *Sobre o narcisismo: uma introdução*. Ele estabelece o que se tornou o

mecanismo da constituição do eu, e de seu funcionamento. Introduce sua fundamental formulação sobre a questão do psíquico, de como abordar o investimento libidinal nesses casos, onde o corpo psíquico se vê superinvestido. Refere, assim, no circuito da pulsão, e os diferentes destinos da libido, os casos de hipocondria e parafrenia³. Diz Freud: “Nosso principal meio de acesso a ele (narcisismo) continuará a ser provavelmente a análise das parafrenias” (p. 98). E segue: “Podemos suspeitar que a relação da hipocondria com a parafrenia é semelhante a das outras neuroses ‘reais’ com a histeria e a neurose obsessiva” (p. 100).

Freud formula, desta forma, o que será fundamental para a compreensão do funcionamento libidinal, pulsional na psicose: a retração libidinal no eu, na parafrenia, e no corpo, na hipocondria. Assemelha essa última às doenças orgânicas; no entanto, sublinha sua característica fundamental de um represamento da libido do eu, ou seja, ao não investimento nos objetos exteriores.

A esse respeito, Freud ([1915] 1990) traz a expressão “língua do órgão”, referindo-se à palavra tomada como coisa. Ou seja, uma língua do órgão não simbolizada. Um órgão tornado coisa, em si, com um funcionamento autônomo, fora do significante. O exemplo citado anteriormente de Schreber mostra claramente tal funcionamento: o seu corpo apodrecido, órgãos desaparecidos ou profundamente alterados nos fenômenos bem localizados no corpo.

A referência à conceituação lacaniana da articulação do corpo como produzido pelo significante, um corpo significante, desnaturalizado pelo significante, implica a montagem do circuito pulsional, introduzido por Freud em 1914. Lacan avança forjando o conceito de objeto *a* como sendo aquele que no discurso é perda, resto não apreensível do campo do Outro.

No discurso articulado em seus termos por Lacan ([1969-70] 1992), a perda do objeto se infiltra em cada lugar e em cada termo. No significante mestre (S1), significante do saber do Outro (S2), sujeito barrado (\$) e objeto *a*, constata-se a

³ Não é sem importância aqui lembrar da escolha de Freud ([1911] 1990) em situar o diagnóstico de Schreber no campo da parafrenia, e não da demência precoce de Kraepelin ou da esquizofrenia de Bleuler. Sua objeção ao termo esquizofrenia é que sua marca, a *spaltung* das associações, não é uma característica exclusiva da esquizofrenia. Quer assim demarcar a paranoia como um “tipo clínico independente, por mais frequentemente que o quadro que ofereça possa ser complicado pela presença de características esquizofrênicas” (p. 100).

incompletude em cada um desses termos. A parcialidade do sujeito, em sua divisão. Do saber, como um saber que não é pleno, saber inconsciente. Do significante, que de significante em significante nodula e produz fraturas e quedas de sua cadeia. E do objeto, o mais opaco, menos consistente, e mais determinante para todo o discurso.

Assim, na hipocondria, em lugar desse não-todo fundamental de um corpo parcializado pelo significante, há uma totalização expressa no corpo, obturado, completo por uma vivência sem representação. Por haver um discurso não articulado por essa perda fundamental, tem lugar a proposição de que o psicótico está fora do discurso, assim como conceituado por Lacan. O discurso, articulado em seus termos e lugares, constitui um corpo, com seus furos significantizados. A função do órgão depende, pois, da operação de um discurso. O psicótico está fora do discurso; no entanto, não está fora da linguagem. Ao contrário, ele é determinado por ela, como todo ser falante.

A linguagem para o psicótico, não sustentada por um discurso agenciado pelo Nome-do-Pai, como vimos no capítulo II, implica a questão sobre o corpo na psicose, tomada por Freud em 1914. Na esteira de Freud, Lacan (1961-62/2003) também reconheceu a importância dada ao corpo para o psicótico, e assim é acentuada:

O neurótico é o normal na medida em que para ele o Outro com o maiúsculo tem toda importância. O perverso é o normal na medida em que para ele o falo, o grande Φ , que nós identificamos ao ponto que dá a peça central do plano projetivo toda sua consistência, o falo tem toda importância. Para o psicótico, o corpo próprio, que se distingue do lugar que não lhe convém nesta estruturação do desejo, tem toda a importância. (p. 398)

Louis Sciara e Danièle Brillaud ([2001] 2006) propõem que “A hipocondria da língua traduz, por um lado, a onipresença do objeto *a*, na cadeia significante. Objeto não caído, não destacado, encarcerado” (p. 79). “Hipocondria da língua” refere-se ao fato de só existir um corpo porque recortado pela língua. Situará desse modo a hipocondria como uma língua preenchida pelo objeto, não destacado como no corpo da neurose. Esse corpo próprio psicótico conjuga língua e corpo, indissolúveis, atados, unificados por uma das formas de tirania do objeto *a*, parasita desse corpo.

Desse modo, o que se vê em Schreber é o quanto suas vivências hipocondríacas se tratavam de fenômenos de corpo, em nada similares à sintomatologia neurótica. O

desdobramento das vozes alucinadas veio a partir dessas vivências corporais. Situam-se, assim, como prévias às vozes plenamente caracterizadas.

4 - Voz e corpo

Schreber dedica mais de um capítulo de suas Memórias às vivências alucinatórias. Sublinho, sobretudo, o modo como sensações no corpo serão vividas, decorrentes das vozes, e a ligação destas com seu médico Flechsig, figura central em seu delírio. Em carta aberta a ele, explicita essa relação:

Não tenho a menor dúvida de que o primeiro impulso para o que foi sempre considerado pelos meus médicos como meras "alucinações", mas que significa para mim uma relação com forças sobrenaturais, consistiu em uma influência emanada do seu sistema nervoso sobre o meu sistema nervoso. Onde encontrar a explicação deste fato? Parece-me natural pensar na seguinte possibilidade: a princípio, quero crer, apenas com finalidades terapêuticas, o senhor manteve com meus nervos, mesmo à distância, uma relação hipnótica, sugestiva, ou como quiser denominá-la. (SCHREBER, [1903] 1995, p. 127)

Sua certeza ele tira das vozes. Forças para além do perceptível, o interesse terapêutico de seu médico torna-se razão, tecendo seu delírio. Localiza um ao qual justifica a emanção e a intenção dos danos causados. A iniciativa é do Outro, e lhe vem sob forma de vozes, zombarias, e este é Flechsig, médico que o acompanhou e tratou em todo o início de sua doença. As vozes o informam, repetindo seu nome, Flechsig, diariamente, muitas vezes.

Lacan ([1955-56] 1988), examinando um caso, pergunta: a partir de que momento o sujeito começa a delirar? Diz: “O delírio começa a partir do momento em que a iniciativa vem de um Outro, com um A maiúsculo, em que a iniciativa está fundada numa atividade subjetiva. O Outro quer isso” (p. 220). Vemos justamente Flechsig tomando a iniciativa, segundo Schreber. E haveria em Flechsig, nessa relação à distância, uma intenção terapêutica nisso.

Pode-se ver a pista de uma transferência em causa, veiculada nas e pelas vozes em sua relação com seu médico. É da relação com aquele, justamente a quem ele supôs saber e se submeteu a um tratamento, de onde lhe vem seu horror, sua dilaceração, mas também o início de um árduo trabalho de alguma reconstrução do mundo. Nos tempos

de seu tratamento, suas passadas alucinatórias possuem grande importância. Nessa tríade, voz–Flehsig–corpo, pode-se notar a trama delirante se tecer, uma estrutura própria se delinear.

5 - Primeiro momento alucinatório

Há ocorrências de manifestações em Schreber as quais se dão de um modo sutil. São fenômenos que não trazem, a princípio, uma clareza do que se tratam. Diz Schreber:

Durante várias noites, nas quais eu não conseguia conciliar o sono, fazia-se ouvir em nosso quarto um estalo na parede, que se repetia com pausas mais ou menos longas, e que me despertava toda vez que eu estava a ponto de adormecer. (SCHREBER, [1903] 1995, p. 55)

Teriam esses estalos um caráter alucinatório? Interessante notar o quanto esta primeira aparição fenomênica, discreta, já coloca uma estrutura em jogo, ou seja, um fenômeno elementar para situar a operação em causa na psicose. Elementar porque coloca o elemento significante isolado, puro, sem encadeamento e nodulação.

Czermak (2012) propõe ler uma disjunção completa da voz e da palavra. Sua manifestação situa-se como “uma voz desprovida de qualquer caráter fonético” (p. 186). Os estalos escutados à noite possuem esse caráter, de uma voz sem palavra, imposto desde fora.

Sob a luz da operação no significante em curso, mais uma vez sublinho a importância clínica do reconhecimento desse momento inicial: os estalos noturnos estranhos a ele, a insônia. Em lugar da produção de um sujeito dividido pela falta agenciada no significante, representado aqui na falta de sono, há o retorno de uma voz pura: “estalos”.

A impossibilidade dessa falta integrar a cadeia discursiva, articulando um significante a outro, como um resto inapreensível que relançaria a um trabalho do sujeito, essa falta da falta simbólica incide no corpo, no sono, na voz pura vinda não se sabe de onde. Essa voz sem palavras não cessa nesse tempo inicial.

Mais tarde, em sua construção delirante, as vozes, já plenamente qualificadas como tais, nomeiam esses estalos como “distúrbios”. Os estalos passariam de uma

vivência sem sentido a uma experiência em que teria havido uma intenção subjacente a ela; alguém queria algo com isso, estaria por detrás.

Na retomada por Schreber deste início, alucinatório, surge a possibilidade de um certo modo de articulação significativa, próprio ao campo da paranoia. Posteriormente, em sua tomada discursiva do que lhe aconteceu, reconhece que havia, lá atrás, uma intenção dirigida a ele. Daqueles sons, estalos noturnos, surgiu um sentido novo, agora com o colorido persecutório. Cito a passagem onde articula precisamente essa relação das vozes, com Flechsig:

A partir de então surgiram os primeiros sinais de uma relação com forças sobrenaturais, em particular uma conexão nervosa que o professor Flechsig estabeleceu comigo, no sentido de que falava com meus nervos sem estar presente em pessoa. A partir desta época fiquei também com a impressão de que o professor Flechsig não tinha boas intenções a meu respeito; creio ter encontrado uma comprovação desta impressão quando, por ocasião de uma visita pessoal, eu lhe perguntei se ele realmente acreditava em uma cura no meu caso: ele tentou me consolar de algum modo mas — ao menos me pareceu — não conseguiu mais olhar-me nos olhos enquanto falava. (SCHREBER, [1903] 1995, p. 59)

Schreber descreve a língua dos nervos como vinda de fora, confirmando a formulação lacaniana de que o que está foracluído do simbólico retorna do real, de fora, em forma de vozes. “Ocorre que meus nervos são postos em movimento a partir do exterior, e isto incessantemente, sem interrupção” (p. 61). Schreber atesta cabalmente: não é voluntário, é exterior a ele e possui uma estranha conexão com Flechsig, seu médico e figura central transferencial de seu caso.

6 - A provisória solução do transexualismo

Os dilaceramentos de seus órgãos, isto é, de Schreber, vão, pouco a pouco, dando lugar a uma espécie de reconciliação com o empuxo de que se transforme em mulher. Força que tornou-se central em seu delírio diante da qual se rebelou decididamente. O desfecho de suas memórias centra-se nessa reconciliação, assentamento subjetivo através do tornar-se mulher de Deus.

No seminário sobre as psicoses, Lacan ([1955-56] 1988) trata da evolução do trabalho do delírio de Schreber, situando em seu progressivo acatamento do empuxo à mulher, disparado no início de sua doença com a frase, vinda a seu pensamento, de como seria belo ser uma mulher sendo copulada.

Seu corpo é, assim, progressivamente, invadido por imagens de identificação feminina, às quais ele abre a porta, deixa apoderar-se, faz-se possuir por elas, remodelar [...] E é a partir desse momento que ele reconhece que o mundo não parece aparentemente ter mudado a tal ponto desde o início e sai da crise. (p. 290)

Sua solução traz dois aspectos: uma prática transexualista, consistindo em se olhar diante do espelho ornamentado com adereços femininos, e, ao mesmo tempo, tendo a percepção corporal da volúpia, “nervos da volúpia feminina” (p. 575). Em um segundo aspecto, ligado à feminilização, temos a coordenada de uma copulação divina (ibid., p. 575).

Através de uma imagem de mulher forjada em seu próprio corpo se fazendo a mulher de Deus para dar luz a uma nova raça de homens é onde vemos sua reconstrução se sustentar, calcada no plano imaginário. Charles Melman ([1993-94] 2010) também reconhece em sua solução transexualista um caminho de estabilização imaginária. Seu arranjo subjetivo é ainda precário, pois, sem a sustentação do imaginário por um substrato simbólico, faz desse imaginário capenga.

O que o Outro lhe demanda é a emasculação, e ele consegue passar um pacto com o Outro com a condição de sua feminização, pacto capenga que, por não encontrar nenhuma sanção simbólica, só pode manter-se por uma localização imaginária. [...] esse dispositivo lhe permite encontrar o olhar benevolente do Outro, por um momento encontrar um assentamento subjetivo. (p. 173)

Quanto ao precário de sua solução, devemos reconhecer nela o trabalho enorme realizado pelo delírio. Via fundamental para Schreber em sua reconstrução de mundo, à qual é de valor incomensurável para sua vida. Ao reconhecer o valor do delírio, Freud ensina aos clínicos da psicose, indicando-nos um caminho do delírio como via de trabalho no tratamento. Freud ([1911] 1990) refere-se ao mundo devastado de Schreber, e sua via de reconstrução. Na famosa passagem de seu texto, diz:

E o paranoico constrói-o de novo, mas não esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução. (p. 92)

O arranjo dessa nova construção pode nos remeter à figura do bricabraque, ou à bricolagem. Junção, colagem de elementos os mais diversos, produzindo alguma consistência subjetiva. Uma tentativa de restabelecimento, Freud nos diz. O recurso imaginário, porém, em seu arranjo, traz também a fragilidade de uma montagem não suportada pelo enodamento simbólico. Não podemos supor ter havido uma reordenação

de tal modo a criar outra estrutura, fora da psicose. A vicissitude simbólica determinante de sua psicose se mantém, e o de que se trata no reordenamento é mesmo um arranjo.

Mais tarde foram encontrados registros que indicam do temporário dessa solução. Após sua alta em 1902, passaram-se cinco anos até uma nova crise advir, acarretando uma terceira internação num estado gravíssimo. Retornam as vivências corporais de apodrecimento de seu corpo e morte iminente, além das vozes intensificadas que o atormentam. O delírio parece não vir em seu socorro como antes. Schreber morre em 1911 no hospital com sintomas de dispneia e insuficiência cardíaca (CARONE, 1995, p. 17).

CAPÍTULO IV

O OBJETO NA ALUCINAÇÃO

1 - Do objeto da psiquiatria ao objeto da psicanálise

Os senhores assegurarão não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica. O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. 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. (FREUD, [1916-17] 1990, p. 301).

Será que a metáfora freudiana ainda é válida nos dias de hoje? A *anatomia da psiquiatria* sofreu modificações importantes desde o tempo de Freud. Minha experiência no campo do tratamento de psicóticos, no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, em Niterói, colocou-me em contato com a lógica de trabalho da psiquiatria atual – prática centrada no CID (Classificação internacional das doenças da Organização Mundial da Saúde) (CID 10, 1992/1993) e DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da *American Psychiatric Association*) (DSM IV, 2001/2002).

Nesse período no hospital, pude constatar que toda uma tradição clínica, transmitida pelos clássicos da psiquiatria, contemporâneos de Freud, fora substituída por uma apreensão dos casos através de sintomas elencados, cotejados com o código e o manual mencionados. Neles, a supressão do termo psicose como categoria se faz, em favor da denominação do que se chamou de transtornos: “restou o termo psicótico para designar alguns sintomas, sem qualquer implicação psicodinâmica” (TENÓRIO, 2012).

Diante desse recalque da psicose, significante que representou a psiquiatria em sua origem, fui relançado, no interesse pela alucinação na psicose, ao campo esquecido atualmente dos clássicos psiquiátricos. Nesta dissertação, não pretendo aprofundar-me neles, detalhando cada passagem histórica da psiquiatria em torno da alucinação, mas, sobretudo, meu interesse é o de seguir a bússola trazida por Lacan, que indicou a importância, particularmente, de Jules Séglas, enfatizando o caráter verbal da alucinação, e também de Clérambault, com a noção de automatismo mental, de um funcionamento automático da linguagem.

Destaco inicialmente o diálogo entre Lacan e Henry Ey, este, reconhecidamente, um nome de vulto na história da psiquiatria da França e mundial. Entre tantos trabalhos publicados de Ey, há especialmente um: o seu fabuloso trabalho sobre as alucinações intitulado *Traité des Hallucinations* (1973). Com mais de 1500 páginas, aborda as várias acepções de teóricos da psiquiatria, os modelos teóricos acerca das alucinações, a psicopatologia, seu modelo organo-dinâmico, entre tantas outras entradas no tema.

Nesse diálogo, motivado pelo momento histórico das construções psicanalíticas dos anos 1960, Henry Ey propõe um importante colóquio sobre o Inconsciente naquele ano. Contou com várias intervenções, todas elas versando sobre o inconsciente. Tratou-se de um tempo em que Lacan marcou sua firme posição, sustentando seu axioma do inconsciente estruturado como uma linguagem, em resposta a concepções mais ingênuas, como a de Ey, de que o inconsciente seria o desconhecido, aquilo que estaria fora da consciência. Diz Lacan ([1964] 1995): “O inconsciente é um conceito forjado no rastro daquilo que opera para constituir o sujeito”, e segue dizendo que “o inconsciente *não* é uma espécie que define na realidade psíquica o círculo daquilo que não tem o atributo (ou a virtude) da consciência” (p. 844). Lacan desloca, assim, a definição do inconsciente da sua relação com a consciência, proposta por Ey.

A divergência em relação a Henry Ey é anterior ao referido Colóquio, sobretudo no debate a respeito da causalidade psíquica em 1946. Importa sublinhar o fato de que, em 1946, Lacan ainda não possuía o instrumental da linguística, mas já encontrava seu suporte na linguagem. Há um ponto de convergência nesses dois tempos do debate de Ey e Lacan, ou seja, o terreno do qual Lacan partiu em 1946 é o mesmo de 1964 – a alienação do sujeito à linguagem, e sua causação como vinda do exterior, do Outro. O inconsciente, o sujeito do desejo, não mais como causa de si mesmo, mas dependente do campo do Outro.

Em “Formulações sobre a causalidade psíquica” ([1946] 1998), Lacan não poupa ataques frontais às concepções de liberdade, alucinação e delírio de Ey, que situava a origem dos fenômenos psicóticos no cérebro. O distúrbio da atividade psíquica desdobra-se em sua concepção da alucinação como erro, realizando um juízo de valor à alucinação. Ey diz: “miragem da alucinação como uma sensação anormal”. Da mesma forma, o delírio também é situado como erro, ou um engano dos doentes. Lacan

sublinha a passagem em que Ey, a princípio, repudia uma concepção neurológica da alucinação:

Nós a consideramos um erro que é preciso admitir e explicar como tal, sem nos deixarmos levar por sua miragem. Ora, sua miragem leva, necessariamente, se não tomarmos cuidado, a baseá-la em fenômenos efetivos, e, com isso, a construir hipóteses neurológicas mais ou menos inúteis, pois não atingem aquilo que fundamenta o próprio sintoma: o erro e o delírio. (p. 165)

Este é um terreno de onde partem concepções da loucura e da psicose bastante distintas. E Lacan o indica, reconhecendo em Ey o quanto ele estava advertido contra uma hipótese neurológica e sua pressa em fundamentar a sua concepção em uma hipótese semelhante. O que ele, Henry Ey, chamou de “erro fundamental”, tanto do delírio quanto da alucinação, terminando por fazer da alucinação como sensação anormal “um objeto situado nas dobras do cérebro”.

Lacan dirá que é aí que Henry Ey tomou o caminho errado. Contrapondo sua apreensão, Lacan dirá que a psicose é um fato de pensamento. Pensamento como linguagem, articulada, em estrutura que constitui a subjetividade. A causação do sujeito está ligada à linguagem, e os fenômenos psicóticos possuem uma característica fundamental: é o fato de que “sejam quais forem – alucinações, interpretações, intuições, e não importa com que alheamento e estranheza sejam vividos por ele, todos o visam pessoalmente” (p. 166).

Nesse momento, coloca-se já esboçado seu operador da psicose, como trazido no capítulo II dessa dissertação, ou seja, aquele da foraclusão do significante do Nome-do-Pai. O que está foracluído do simbólico retorna de fora, do real. Assim, a abordagem lacaniana da psicose como estrutura de linguagem se apresenta, mas não ainda plenamente articulada naquele ano de 1946. Ele, o sujeito, é visado pelas vozes, e estas lhe vem do Outro da linguagem, de um lugar Outro.

A alucinação é tomada por Lacan como um fato de linguagem, e deverá ser integrado como um fenômeno de linguagem. Essa é a concepção fundamental sustentada por Lacan, ou seja, a alucinação tomada como parte de uma estrutura tecida na linguagem. Lacan alça a alucinação não como algo referido a um mal funcionamento do aparelho perceptivo, decorrente de algum tipo de anomalia de um aparelho que seria

saudável, ou de um mal funcionamento cerebral, mas, sim, como um efeito das operações de linguagem constituintes do ser falante.

Lacan ([1957-58] 1999) afirma sua concepção da psicose como relacionada com a ordem do *logos*. Diz: “na verdade, depois de um século falando da alucinação em psiquiatria, praticamente não demos um só passo e continuamos incapazes de defini-la de outra maneira que não de um modo derrisório” (p. 368).

É, então, no reconhecimento da importância dada à linguagem que Lacan (1955-56) recorre à alucinação psicomotora verbal de Ségla. Lacan caracteriza tal concepção da alucinação descrita por Ségla como uma “pequena revolução” (p. 34), não a reduzindo pelo que até então a psiquiatria preconizava.

Segundo Lanteri-Laura (2000), pode-se estabelecer um quadro das concepções da alucinação até então, antes de Ségla, como, de um lado, as alucinações chamadas psicossensoriais, ou seja, diretamente ligadas à questão da percepção deformada, um erro perceptivo, e, de outro lado, as chamadas alucinações psíquicas, descritas por Baillarger (1809-1890, apud LANTERI-LAURA, 2000), que as diferenciou das alucinações psicossensoriais por não possuírem um componente sensorial. Estas últimas diriam mais respeito a pensamentos que são escutados como impostos, não centrados propriamente na sensopercepção.

Com Ségla (1894), introduz-se a distinção entre as alucinações “psicossensoriais verbais” e as “alucinações psicomotoras verbais” (apud BERCHERIE, 1989, p. 188-207). O passo dado por Ségla foi o de observar “uma alteração radical da relação verbal do sujeito com ele mesmo, com os outros e com o mundo” (p. 250). Nesse escopo, o caráter verbal ganha lugar no vocabulário clínico.

Esse caráter de alucinação verbal é um divisor de águas. Separa, colocando de um lado toda uma leitura e abordagem do fenômeno alucinatório como algo referido a uma anomalia do funcionamento mental, cerebral, neurológico, e de outro lado o reconhecimento da psicanálise do caráter verbal da alucinação, que com Lacan tem enfatizada a sua característica de fenômeno de linguagem.

Um paciente do Hospital de Jurujuba atesta tal fenômeno descrito por Ségla: “Ele está dentro de mim, mexe no meu intestino, me faz suar e me mexer, mesmo que

eu não queira. Ele fala pela minha boca coisas que eu não quero falar, e o que eu quero ele não deixa porque fala outras coisas no lugar”. Nota-se nesse fala uma conjugação tanto da alucinação psicomotora verbal, quanto de automatismos. A importância do caráter mecânico e automático da linguagem, visto no paciente, é valorizado por Lacan. Para avançar na compreensão do automatismo como fenômeno alucinatório, sigo com exame desse ponto.

2 - Automatismo Mental de Clérambault

Lacan renderá homenagem à Clérambault, considerando-o “seu único mestre na observação de doentes” (LACAN, [1946] 1998, p. 169), cernindo fundamentalmente sua originalidade clínica, na qual se inspirou para avançar em sua abordagem da psicose. Nesse fio, o conceito de automatismo mental de Clérambault (1926) toma sua grande importância.

Clérambault propõe uma apreensão das alucinações como uma vivência fora da percepção. Observa a extensão do automatismo, suas várias formas. Inclui uma série de vivências não propriamente alucinatórias, porém a extensão dos automatismos expressa-se também nelas. Lacan sublinha uma de suas características, um acontecimento fora da sensação do paciente, e não conforme uma sequência de ideias (LACAN, [1955-56] 1988). São articulações propriamente languageiras no psicótico, marcado por seu caráter anideico, como nomeou Clérambault, e muito valorizado por Lacan.

Clérambault define o automatismo mental na descrição de algumas aparições prévias ao franco desencadeamento da psicose, não propriamente alucinatórias. Tempo inicial, discreto de uma psicose, caracterizado unicamente pelo fato da atividade mental ser vivida pelo sujeito como estranha e xenopática. Não são marcadas como vivências hostis ou persecutórias, mas são vividas afetivamente com neutralidade. Diz Clérambault ([1924] 2009): “Por Automatismo entendo os fenômenos clássicos: pensamento antecipado, enunciação dos atos, impulsões verbais, tendência aos fenômenos psicomotores, e frequentemente os menciono especialmente” (p. 217).

Para Clérambault, as vozes são tardias em relação ao fenômeno de automatismo mental. Haveria, assim, uma primariedade do automatismo em relação às alucinações e aos delírios, que poderão juntar-se a ele até anos mais tarde. Clérambault destaca suas três características fundamentais:

- 1- Seu teor essencialmente neutro (pelo menos no início);
- 2- Seu caráter não sensorial;
- 3- Seu papel inicial na declinação da psicose.

Clérambault (ibid.) cria sua terminologia a partir de sua aguçada observação, forjando novos termos para definir esses fenômenos sutis do automatismo. Menciona os gestos forçados: “fui forçada a pisotear nesse lenço” (p. 224). Automatismo verbal motor: “sou forçada a falar”. Cita uma série de fenômenos de automatismo mental, como o que ele chamou de emancipação de abstratos, nos quais o pensamento antecipa-se de modo indiferenciado, ou de forma completamente muda. Cita também automatismos visuais: “Mostram-me minhas lembranças”, entre muitos outros. Um traço comum desses fenômenos pode ser localizado por haver uma ação perpetrada por outro sobre o paciente: “Dão-me esquecimentos, param-me”. Nos falsos reconhecimentos: “Sou forçada a reconhecer as pessoas”.

Lacan ([1955-56] 1988) valoriza muito Clérambault por mostrar o aspecto formal dessa relação do sujeito com o significante, “sob seu aspecto de significante puro” (p. 284). Lacan lê em Clérambault a relação de qualquer sujeito, psicótico ou neurótico, com o automatismo da cadeia significante. Vinte anos mais tarde, Lacan manterá esta compreensão da importância do caráter automático do significante. Em seu Seminário sobre o *Sinthoma*, de 1975-76, ele nos diz a respeito do automatismo mental, a partir de um caso em que se apresentavam palavras impostas, retomado por Czermak (2009) em seu artigo “O homem das palavras impostas”:

Como é que não sentimos, todos, que as palavras de que dependemos não são de algum modo impostas? É bem nisso que aquilo que se chama de um doente vai às vezes mais longe do que isso que se chama de um homem saudável. A questão é antes a de saber por que um homem dito normal não percebe que a palavra é um parasita. Que a palavra é um implante. Que a palavra é uma espécie de câncer de que o ser humano se aflige. Como se dá que alguém chegue a senti-lo? (p. 155)

O automatismo é apontado por Lacan como fazendo parte do campo da linguagem, do falasser, indicando a possibilidade dessa operação sem disfarce em

alguns casos, leio de psicóticos. Neles, essa automaticidade fica no campo da exterioridade, imposto. A famosa passagem de Lacan ([1955-56] 1988) de que “se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído pela linguagem” (p. 284) mostra o quanto o neurótico toma para si, como seu, o que lhe vem da exterioridade no automatismo da linguagem. Pois bem, a alucinação na psicose explícita, sem disfarce, o automatismo do objeto imposto. Algo que na neurose esse objeto ganha vestes imaginárias, da ilusão de que o comando é do Eu do sujeito. O objeto da alucinação se explicita na psicose em seu caráter de automatismo desnudado, invasivo, coercitivo.

Jean-Luc Ferreto (2009) dirá da dificuldade de falar do automatismo mental, pois ele reúne quase todos os fenômenos alucinatorios que podemos encontrar nas psicoses. É uma relação de base, inicial da psicose, sob a qual as alucinações terão sua condição de aparecimento na estrutura. Ferreto reconhece no automatismo mental “numa das bordas, dos efeitos de marca do significante na relação de um sujeito com o Outro e, numa outra borda mais legível na psicose, dos efeitos da explicitação do objeto” (p. 111).

Um ponto importante, e que será central no automatismo mental, refere-se à sua incidência na cadeia significante: “Aquilo a que se assiste nesses momentos de desamarração é que a cadeia significante começa a funcionar sozinha, não é mais vetorizada” (FERRETO, 2009, p. 97). Observa-se, em irrupções automáticas discretas na cadeia significante, índice e sinal dessa desamarração. Ainda assim, mesmo em seu caráter inicial, Clérambault via nesse tempo um caminho para as futuras aparições alucinatorias, visto, por exemplo, no que chamou de “iminência alucinatoria ou alucinabilidade” (TYSZLER 2004, p. 139).

A respeito do automatismo mental, Lacan ([1955-56] 1988) dirá: “A única maneira de reagir que possa religá-lo à humanidade que ele pode tender a perder é perpetuamente se presentificar nesse pequeno comentário do corrente da vida que faz o texto do automatismo mental” (p. 345). A responsabilidade do clínico é total, aqui: reconhecer e operar com os modos de reação, de presentificação do psicótico. Que responsabilização pode o psicótico ter pelo seu automatismo? Paradoxo supor que o psicótico possa dizer: “presente”, “isso me concerne”, ali mesmo onde lhe acontece algo radicalmente exterior ao que ele poderia reconhecer como seu. Vê-se no tratamento o quanto direções diametralmente opostas se colocam se a mira é suprimir a voz, ou se a

direção é situá-la na relação para cada paciente. Ao mesmo tempo, a alucinação e o automatismo trazem sua potencialidade aniquilante, mas também, esse é o campo de um trabalho na clínica, situa um sujeito na estrutura. Será preciso considerá-la e levá-la em conta, dando a chance de o paciente se virar com ela. Ferreto ([1999] 2009) diz, quanto a nos aproximar do modo da estruturação da alucinação, como automatismo mental:

Aí é necessário precisar, quanto a alucinação ou tal outro fenômeno psicótico, que se não se tenta conhecer sua estrutura, não se pode saber com o que se está lidando. Para poder agir de modo um pouco coerente, é fundamental compreender os momentos de estruturação: o lugar do Outro, do objeto. (p. 119)

Louis Sciarra (2011a), interessado na clínica, nos dirá que mesmo nos casos de automaticidade linguageira, será, no melhor dos casos, uma questão para o clínico, o modo como esse automatismo se infiltraria nos laços transferenciais, sendo capaz de participar de uma subjetivação própria ao sujeito psicótico, como diz ele: “capazes de impor um conjunto de significações: algumas próprias a alimentar a tessitura delirante do sujeito, se essa tessitura existe” (p. 1).

O caso H. trazido no capítulo I é significativo aqui. H. possuía um elemento inicial, presente em seu quadro, uma alucinação – a aparição de uma lâmpada mágica. Interessante notar o quanto tal aparição, momentânea, marcou uma busca de sua parte de um “reencontro”, aspiração sempre renovada a cada sessão. Seu delírio de salvamento do mundo, vinculado aos poderes da lâmpada, se “infiltram” na transferência na medida em que me tornei veículo desse reencontro. Tornei-me aquele que, em sua espera, o ajudará a localizar a médica que estaria de posse da lâmpada. Seu delírio estável, acompanhado de oscilações de humor, irrompe no fio da navalha onde posso tornar-me alguém que sonega tal acesso a esse objeto.

Pela ação da transferência, esse objeto com tais poderes, urgente de ser reencontrado, ganha o suporte desse laço bem particular. Objeto que lhe falta, justamente por não ter cedido o objeto pulsional essencial, que lhe daria entrada na via do desejo. O objeto da pulsão e a questão do objeto necessitarão de um desenvolvimento, que farei a seguir, para uma melhor aproximação do que se trata esse objeto para a psicose, e do objeto na alucinação.

3 – Os objetos pulsionais

Toda a edificação freudiana acerca da sexualidade parte da proposição inicial, apresentada em seu artigo “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, de 1905. Nele, Freud traz a contribuição fundamental acerca do objeto da pulsão como o que há de mais variável. Uma pulsão não traria soldada a ela um objeto específico a ser alcançado. Descola, assim, o que se imaginava ser uma “demasiada íntima relação entre a pulsão sexual e o objeto sexual” (p. 138). Para seguir a articulação desse objeto para o sujeito, sigo com Freud, porém guiado pela leitura que Lacan fez do objeto da pulsão.

Em 1915, Freud escreve “Pulsões e seus destinos”, um de seus artigos metapsicológicos, e centra sua atenção em detalhar o funcionamento da pulsão. Freud define que a pulsão é um conceito situado entre o mental e o somático, ideia fundamental que desfaz a dicotomia comumente feita entre o corpo e o psíquico. No mesmo artigo, Freud examina a pulsão em função de quatro termos.

Quanto à pressão (*Drang*), diz: “compreendemos seu fator motor, a quantidade de força ou a medida de exigência de trabalho que ela apresenta” (p. 142). Lacan ([1964] 1995) enfatiza que não se trata de nenhuma pressão de uma necessidade biológica, da fome ou da sede. A pressão é sempre ativa, nunca passiva, e possui uma força constante, não permitindo assimilá-la a nenhuma função biológica, que traria sempre um ritmo – “A primeira coisa que diz Freud da pulsão é, se posso me exprimir assim, que ela não tem dia nem tem noite, não tem primavera nem outono, que ela não tem subida nem descida. É uma força constante” (p. 157).

O objetivo (*Ziel*) é sempre satisfação da chegada a seu alvo, pela redução da tensão produzida pela pressão (*Drang*). Esta apreensão é objetada, segundo Lacan (ibid.), no próprio texto de Freud, ao dizer que uma das vicissitudes da pulsão, a sublimação, mostra ser também satisfação da pulsão. No entanto, não atinge o seu alvo; é uma pulsão inibida quanto a seu alvo. Lacan coloca, assim, em questão o de que se trata nessa satisfação. Recorre à observação do que se passa com os pacientes que se dizem insatisfeitos com sua condição, com seus sintomas, e diz: “sabemos que tudo o que eles são, tudo o que eles vivem, mesmo seus sintomas, são satisfação”, e segue: “eles dão satisfação a alguma coisa. Eles não se contentam com seu estado, mas, estando nesse estado tão pouco contentador, eles se contentam, assim mesmo.” (p. 158).

Outro termo trazido por Freud, a fonte (*Quelle*): “É um processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo e cuja excitação é representada na vida mental pela pulsão” (FREUD, [1915] 1990, p. 143). Lacan retoma as zonas erógenas em sua estrutura de borda para falar da fonte da pulsão como a boca, na pulsão oral, ou o ânus, na pulsão anal. “A *Quelle* se inscreve na economia da pulsão nessa estrutura de borda” (p. 162).

Enfim, quanto ao objeto (*Objekt*), diz Freud: “a coisa em relação à qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir seu objetivo” (p. 143). A pulsão que atinge seu objetivo, como vimos, traz uma satisfação da pulsão, de tal modo que esta é paradoxal. A pulsão se satisfaz por completar um circuito que, ao mesmo tempo, cria a fonte, como borda no corpo. Vai em direção a seu objetivo, ou seu alvo e, ao atingi-lo, cria-se nesse traçado um fecho que retorna sobre o ponto de onde partiu. Será nesse retorno que um vazio ganha lugar, vazio pelo qual um objeto é contornado. Objeto esse jamais atingido enquanto tal. Trata-se de um circuito da pulsão, implicando um corpo pulsional, e o Outro, que recorta no corpo os objetos da pulsão. Ou seja, não se trata, como dito anteriormente, de nenhum objeto da necessidade que pode satisfazer a pulsão. Lacan ([1964] 1995) escreveu para esse objeto da pulsão a letra *a*, o objeto *a*, causa do desejo. Diz ele:

Para a pulsão oral, por exemplo, é evidente que não se trata de modo algum de alimento, nem de lembrança de alimento, nem de eco de alimento, nem de cuidado da mãe, mas de algo que se chama o seio... Se Freud nos faz essa observação que o objeto não tem nenhuma importância, é provavelmente porque o seio deve ser revisado por inteiro quanto a sua função de objeto. (p. 160)

Quanto ao objeto, Lacan diz que a pulsão o contorna: “Esse objeto, que é de fato, apenas a presença de um cavo, de um vazio” (ibid., p. 170). Não importa que objeto virá aí, mas sua condição essencial é de que seja um objeto perdido. A pulsão contorna, assim, esse objeto perdido. Encontraremos, diz Lacan, sua aplicação a propósito de outros objetos. Ao mesmo tempo em que o contorna, cria uma borda própria à estrutura da fonte da pulsão. Trata-se de um circuito.

Há passagem de estágios na constituição do sujeito e de seus objetos: oral, anal, genital e, acrescenta Lacan, olhar e voz. No entanto, não será como uma concepção desenvolvimentista que essa progressão se faz. Lacan vem mostrar o quanto é de uma estrutura que se trata, e não de um amadurecimento biológico. Localiza a incidência

decisiva na progressão dos estágios na intervenção da demanda do Outro. Trata-se de reviramentos da demanda do Outro que implica um sujeito desde o início. A cada nova demanda do Outro, logicamente implica um objeto a se perder. Seio, fezes, olhar e voz.

Enfim, isto é o que levará Lacan a dizer que há problemas que implicam um sujeito, pelo fato de que “suas necessidades devam passar pelo desfiladeiro da demanda” ([1960-61] 1992, p. 199). Uma estrutura que comporta uma perda entre o sujeito e o Outro, em suma, uma operação de perda em perda a cada reviramento, permitindo a constituição de um corpo, do desejo. Os objetos da pulsão, recortados pelo Outro, determinam o que será a relação com o desejo do Outro pelo sujeito.

Lacan ([1962-63] 2005), em seu Seminário sobre a angústia, propõe a constituição do circuito pulsional na extração dos objetos *a*. O olhar, a voz, o seio e os excrementos. Esses objetos fazem parte da história do sujeito. Compreendemos, desse modo, a história do sujeito como feita de perdas cruciais. Os marcos fundantes e fundamentais dessa história são feitos de perdas, produzindo o vazio, a opacidade, a negatividade como condição do objeto *a*. Aquele objeto que o sujeito se torna, como perda, é o que ao mesmo tempo constitui-se como causa do desejo. Esta operação da pulsão possui um detalhado desenvolvimento, mas aqui, para o interesse deste trabalho, limito a uma brevíssima menção dessa operação de perda do objeto.

No objeto oral, o seio não será sem importância à posição da criança, sua ligação ao seio da mãe. Lacan ([1962-63] 2004) pergunta: “de que lado está o seio: do lado daquele que sugou do lado que é sugado?” (p. 185). Ele enfatiza, assim, a qualificação *amboceptor* para o objeto oral, ou seja, é um objeto em perda tanto para a criança quanto para a mãe. A criança traz sua resposta frente a essa perda, na ausência e a presença desta, e daí advém a posição tomada pela criança frente ao Outro, seja de recusa, cola, indiferença e tantas outras.

Sobretudo, Lacan ([1962-63] 2004) destaca a caducidade do objeto nesses dois cortes. Para a mãe, no corte da placenta, que resta. E o corte do cordão umbilical, para a criança, que deixa separado o que fazia parte dela como envoltório. É um corte que incide nela, criança, e também sobre o Outro materno. O objeto oral da pulsão se faz, desse modo, como um dos objetos *a*. Isso que cai, diz Lacan, “é mais essencial para o sujeito do que qualquer outra parte dele” (p. 185).

Para o objeto anal, é facilmente observável sua operação. O objeto é tanto demandado à criança quanto também que ela o retenha. A criança passa, assim, a responder a essa demanda da mãe de soltar e reter as fezes. O lugar do sujeito nessa operação situa-se no que justamente é suprimido dessa operação, do que resta, escapa, ou seja, do que vai pelo ralo. Vê-se a pregnância do objeto anal no funcionamento retentivo obsessivo, de fechamento em relação a se endereçar ao Outro.

No objeto olhar, trata-se de uma questão relacionada ao campo escópico. Freud já o havia indicado nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” ([1905] 1990), quando fala do par pulsão de ver/pulsão de exhibir. Lacan ([1964] 1995) faz a distinção da visão e do olhar: O olhar “como objeto privilegiado, surgido de alguma separação primitiva, de alguma automutilação induzida pela aproximação do real, cujo nome, em nossa álgebra, é o objeto *a*” (p. 83). O olhar se especifica como inapreensível. Aquilo que surge da quebra do espelho, da mancha, que borra a imagem e desnorteia a visão. Um olhar que surge de fora, olhar do Outro, desfazendo o conforto da imagem totalizante, realizada com o apoio do imaginário.

Sobre o objeto voz, Lacan ([1962-63] 2004) profere a surpreendente frase “é o objeto caído do órgão da palavra” (p. 71). Em primeiro lugar, uma voz que cai, o objeto caído é a voz, e o órgão, a palavra. É novo figurar a palavra como órgão. A voz vinda do Outro resta como inassimilável para o sujeito. Dimensão real da voz como objeto *a*. Testemunha o lugar da alteridade. Objeto invocante, Lacan o relaciona ao supereu.

O sujeito está fundamentalmente confrontado à voz como imperativo — que reclama obediência ou convicção. É o *supereu*. A voz grossa, som no vazio que não se propaga. O objeto aqui é invocante porque, de alguma maneira, chama um sujeito a se representar, a se fazer presente como sujeito. Trata-se de um objeto que cai da fala que é dirigida ao sujeito. Algo que é caído do Outro, a incorporar. Algo que o sujeito vai ter que transformar em corpo próprio, algo que faz corpo. (COSTA-MOURA & COSTA-MOURA, 2011, p. 238-239)

Lacan estabelece um grafo (figura 1) dessa operação, mostrando que cada operação de perda objetual, passando pela função fálica, no extremo do grafo, retroage sobre o objeto olhar e voz. Faz-se uma relação do objeto fálico na retroação dos objetos. Em suma, para que o *a* opere como causa do desejo, isso implica que todos os estágios sejam percorridos, na extração do objeto, a cada tempo lógico dessa cessão. O falo será o significante que inscreve as perdas marcadas no corpo em sua dimensão sexual,

especificando e localizando essas zonas erógenas. A significação fálica articula-se na operação da perda objetal, dando ao sujeito o lastro do objeto perdido e o falo.

Para o objeto fálico, diz Lacan, sua função imaginária é exercida em todos os estágios. Funciona como uma instância mediadora, exceto na fase fálica, onde ele seria esperado.

É essa carência do falo, presente e identificável em todos outros lugares, não raro para nossa grande surpresa, é o esvaecimento da função fálica no nível em que se espera que o falo funcione, que constitui o princípio da angústia de castração. (LACAN, [1962-63] 2005, p. 283)

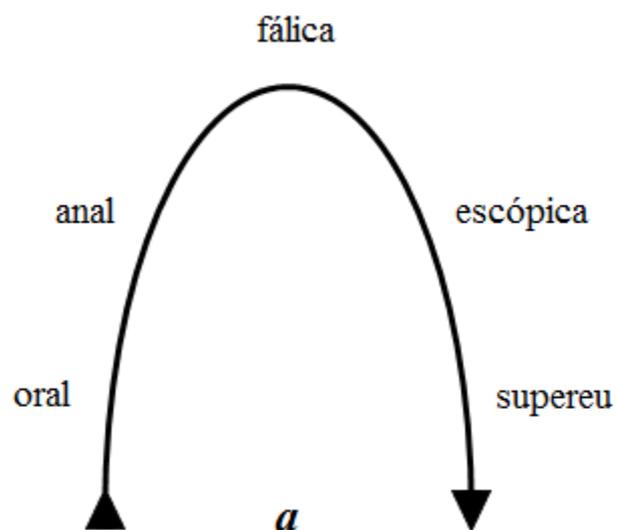


Figura 1

4 - O objeto na psicose

O que acontecerá se esses objetos da pulsão não caem, se a cessão do objeto não ocorre, em suma, se não se tornam objetos da falta do Outro? Outro modo de formular a questão: o que poderá ocorrer se a função fálica não se articula ao objeto? Esse é um modo de trazer a interrogação para o campo da psicose.

Essas são questões que introduzem o problema, e a apreensão do objeto do psicótico. Uma presença real, insistente desses objetos, que tornam-se positivados, ganham uma existência palpável no mundo. Tudo pode passar a falar ao sujeito: as placas de trânsito, a televisão, o vizinho, o espelho, enfim, o Outro passa a existir concretamente. O que conceitualmente no objeto *a* é marcado por uma perda, por uma negatividade, se positiva em presença.

É possível constatar a prevalência em psicóticos da voz e do olhar. Ele é visto e falado, alucinatoriamente, sem mediação e proteção. Ele será olhado de modo intrusivo, e sem a proteção fálica o olhar do Outro se torna uma presença a tal ponto que pode até criar furos em todo o corpo. Furos no concreto, vide casos que sob a injunção de uma voz, cavam o corpo, fazem furos no corpo. Uma pulsão desespecificada das bordas do corpo. Um olhar que fura qualquer parte do corpo, fazendo um corpo muito próprio do psicótico.

Na busca de uma melhor articulação sobre o estatuto do objeto da alucinação, parti da definição clássica psiquiátrica da alucinação, que a considera como uma percepção sem objeto. Trabalhei tomando o objeto como uma questão. Seguindo, após apresentar o conceito de objeto *a* lacaniano, arrisco a formulação de que uma alucinação terá sempre a presença do objeto, dessa vez positivado, de acesso direto, propondo, assim, ao parafrasear a fórmula lacaniana, que a alucinação não é sem objeto.

Será importante ainda demarcar como Lacan ([1958] 1998) responde a essa questão da percepção na alucinação. Temos a distinção trazida por ele no texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”. Trata-se do *perceptum* e do *percipien*, noções retiradas da fenomenologia, que examinava a forma como a percepção é tomada por aquele que percebe. Lacan toma a percepção como dependente do sujeito, do mundo do sujeito, de suas condições à percepção. Não é uma faculdade apartada do modo de constituição daquele que percebe. Todo o campo sensorial ficará, assim, em dependência do modo de constituição de um dado sujeito na estrutura da linguagem.

Ousamos, com efeito, pôr no mesmo saco, digamos assim, todas as posições nessa matéria, quer sejam mecanicistas ou dinâmicas, quer a gênese seja do organismo ou do psiquismo, e a estrutura, da desintegração ou do conflito, sim, todas elas, por mais engenhosas que se mostrem, na medida em que, em nome do fato manifesto de que uma alucinação é um *perceptum* sem objeto, essas posições contentam-se em pedir ao *percipens* justificativa desse

perceptum, sem que ninguém se dê conta de que, nesse pedido, um tempo é saltado: o de interrogar se o *perceptum* em si deixa um sentido unívoco no *percipiens*, como aquele que lhe daria sua unidade. (p. 538)

Perceptum sem objeto, como Lacan diz, indica um equívoco. Se há objeto na alucinação, que objeto é esse que não está no mundo sensível, apreensível, cooptável em uma realidade imediata de uma visão compartilhada? Importa salientar o sentido unívoco dado por aquele que percebe daquilo que é percebido por ele. Ou seja, um sentido que não está aberto a outros sentidos possíveis. Há apenas um sentido, sem recurso. O sujeito que percebe, e o que é percebido, ou seja, tanto o sujeito quanto o que lhe vem do Outro, estarão submetidos a esse sentido único. Um sujeito não dividido pelo sentido, assim como um objeto percebido não aberto ao equívoco da significação.

Seguindo nos rastros do objeto: na neurose, é ao objeto negativizado a que o sujeito deve sua aparição, nessa intrínseca relação de mútua dependência; um não existe sem o outro, ou seja, não há sujeito sem a perda que o constitui. Só advirá um sujeito como dividido na perda da completude que teria sido – aquela buscada nas patologias neuróticas.

Será o mesmo objeto, esse da neurose e da psicose? A resposta neurótica a essa aparição chegará a uma rápida reconstituição do campo do imaginário, da dúvida, enfim, o recurso da fantasia está lá, separando o sujeito do objeto. O objeto será vestido pelo imaginário, trazendo uma espécie de proteção e barreira ao funcionamento de comando do objeto. Lacan escreve: *i(a)* – a imagem que recobre o objeto. Somente desse modo que a pergunta poderá se colocar ao sujeito neurótico: será mesmo que vi, que ouvi? Essa não é uma possibilidade para o psicótico, a do acesso à dúvida. É nesse lugar da dúvida no neurótico que surgirá a certeza incorrigível do psicótico.

Será que o paciente psicótico acredita nas vozes? Essa é uma pergunta frequente para quem se introduz na lida com psicóticos, como estagiários e técnicos da saúde mental. É uma pergunta carregada de consequências, pois é com ela que tentarão convencer o psicótico de que aquilo que ele ouviu não existe, que aquilo que ele diz ser seu tormento não tem como existir por razões supostamente evidentes – propondo para essa resolução provas de realidade frequentes.

Esse iniciante da clínica é antes um sujeito da dúvida e não sabe que sua ação é dependente dessa estrutura que é a sua, a da dúvida. O neurótico é aquele que crê,

funciona na crença de que em última instância poderá colocar em suspenso, entre parênteses, a presença do objeto. Ele, neurótico, poderá dizer: “será mesmo?”. Abordando a paranoia, Lacan ([1964] 1995) dirá que o paranoico é aquele que não dispõe do fenômeno da crença.

No fundo da própria paranoia, que nos parece no entanto toda animada de crença, reina esse fenômeno de *Unglauben*. Não é o *não crer nisso*, mas a ausência de um dos termos da crença, do termo em que se designa a divisão do sujeito. Se não há, de fato, crença que seja plena, e inteira, é que não há crença que não suponha, em seu fundo, que a dimensão última que ela tem que revelar é estritamente correlativa do momento em que seu sentido vai desvanecer-se. (p. 225)

A dúvida virá, terá lugar no campo onde uma perda fundamental se deu, aquela que institui o lugar da falta simbólica enquanto tal, permitindo colocar outras coisas aí, metaforicamente. Na alucinação psicótica essa metaforização não há, e o que estará aí com a literalidade que o atinge em cheio, sem o recurso de dialetização, é a pura presença da voz.

Para mantermos a questão da alucinação, *stricto sensu*, fazendo parte do campo da psicose, proponho, a seguir, uma entrada na questão do quanto o não recurso à fantasia na psicose cria o campo de onde a alucinação tem lugar.

Volto ao caso H., apresentado no primeiro capítulo. A pergunta que se coloca refere-se agora à figura da lâmpada de Aladim, objeto de sua alucinação, posteriormente central no delírio: por que a figura da literatura, da cultura, nesse lugar de objeto de sua psicose?

Há algo que é um traço de H.: a força de literalidade, não de literatura, dessa lâmpada mágica. É como enxerto, transplante exigido pela ausência de vascularização simbólica dessa falta que lhe daria acesso à metáfora. Como o simbólico está desamarrado, ele fica impedido de transitar na fábula em sua dimensão literária, como figura ficcional, mas, em lugar disso, torna-se mensagem direta. Seu real não ficcional, lâmpada de Aladim, lhe vem de fora, da história de Aladim.

Esse é um fenômeno de linguagem que se estabilizou nesse desenho, mas não se contém inteiramente nele. Há lateralmente outros, sem um lugar tão central para ele, como, por exemplo, no momento em que diz ter atravessado a baía de Guanabara a nado. Durante a travessia, diz que houve o desaparecimento das montanhas. Surge a partir desse desaparecimento a frase: “a fé remove montanhas”.

Trata-se de um dito da cultura. É o que lhe oferece uma significação. Isso nos aponta que há significação na psicose. Talvez seja mais preciso dizer que há a significação na psicose, mas diferente do campo neurótico, em que a significação é fugidia e a dúvida tem lugar. A certeza e não dialetização dessa significação absoluta é outro ponto cardinal de estrutura.

Outra passagem, em que observo essa qualidade literal, está no que diz de Joana D'arc. H. diz ser o nome de sua vizinha, e foi quem lhe fez bruxaria. Ele diz dela como alguém que quer seu mal, responsável pelas coisas não darem certo em sua vida, tais como não ter sido jogador do Flamengo, não conseguir trabalho, e outras.

Joana D'arc, personagem da história francesa, queimada na fogueira acusada por muitos de bruxaria, é uma figura utilizada por grandes nomes da literatura, contribuindo diretamente para figurar na cultura mundial associada à bruxaria. Um nome de literatura passa à literalidade não metaforizada.

5 - O sujeito e o objeto: fantasia e alucinação

O difícil conceito lacaniano de objeto *a* é, como foi visto, da maior importância na pesquisa a respeito da alucinação. Para ainda abordá-la por mais uma entrada, seguirei com a noção de fantasia em Lacan. A fantasia se constitui nessa que é a operação de um sujeito. Separado de seu objeto, cria um mundo imaginário profundamente marcado pelo simbólico, e lança o sujeito em uma perspectiva própria ao campo da neurose.

Freud, no início de seu trabalho com as histéricas, supunha haver uma situação real, traumática, produtora dos sintomas apresentados na histeria. Por todo um tempo de trabalho, buscou localizar a cena traumática na realidade. Sua técnica estava baseada na transformação do material recalcado inconsciente para o campo da consciência, desfazendo, assim, os sintomas. Ele reconheceu não ter havido tal acontecimento no real, mas na fantasia. A fantasia era produtora de uma realidade psíquica.

Toda realidade do sujeito é assim marcada pelo desejo e emoldurada pela fantasia. Ela irá organizar o mundo da realidade do sujeito. Ao mesmo tempo em que a

fantasia possui o caráter de tela protetora contra o real, também faz uma tela, a janela por onde a realidade poderá ser vista.

Lacan ([1966-67] 2008) escreveu a fórmula da fantasia, própria à neurose, $\$ \langle \rangle a$. O sujeito dividido é sua relação com esse objeto perdido. Poderíamos dizer que a fantasia é condição do sujeito, pois o separa do objeto e instaura uma distância, produtora de uma hiância, de um *gap* entre o sujeito e o objeto. Esse objeto nunca apreensível é causa do desejo do sujeito.

A lógica da fantasia apresentada por Lacan mostra na punção, representada no losango $\langle \rangle$, figuras de lógica compostas: \lt (menor que), \gt (maior que), \wedge (disjunção), \vee (conjunção). O que nos interessará no momento será mostrar essas relações lógicas entre o sujeito e o objeto. Assim, há uma impossibilidade do sujeito alcançar o objeto plenamente, ou seja, uma satisfação plena, representada na escrita acima: conjunção/disjunção/maior que/menor que. Em “A ciência e a verdade”, Lacan ([1966] 1998) dirá que o sujeito está em uma exclusão interna a seu objeto (p. 875), indicando essa separação necessária e constituinte do sujeito e do objeto. Uma relação topológica, em que um depende do outro.

Desse modo, é possível conceber a fantasia como uma tela contra o real. Como uma tela protetora do real, separando o sujeito do encontro direto com a dimensão real do objeto. Para ilustrar com uma pequena ideia que ajude a compreender um pouco o de que se trata no impossível desse encontro, recorro ao exemplo vivencial do quanto não conseguimos olhar diretamente para o sol. Para mirá-lo, é preciso uma tela, um instrumento ótico qualquer que filtre a excessiva incidência de luz, que nos cegaria sem essa proteção. A analogia dessa tela protetora da fantasia com esse instrumento que permitiria algum acesso da visão do sol parece válida.

Algo que constitui um impossível para o sujeito, esse esperado encontro entre o sujeito e seu objeto faz do desejo motor, movimentando a cadeia significante a esse encontro que, no entanto, torna-se um encontro com a falta do encontro. A esse respeito, Lacan ([1964] 1995) retoma a função do *tiquê* de Aristóteles. “A função do *tiquê*, do real como encontro – o encontro enquanto podendo faltar, enquanto que é encontro faltoso” (p. 57).

Para seguir no exame da fantasia como referência, coloca-se a questão sobre o que poderá ocorrer se essa operação falha, ou se desfaz? Se essa operação da fantasia fracassa, o que se vê? Uma conjunção entre S e a ? O Sujeito acoplado ao objeto a , sem distância? A fala de alguns psicóticos nos aponta para sua relação com as vozes, eles e as vozes indissociados, uma espécie de objetalização do sujeito nas injúrias proferidas: “puta”, “viado”, “verme”. Vemos imediatamente o quanto na alucinação não estamos no campo da fantasia. Quando um psicótico diz dessas vozes que fazem dele esse objeto infame, absolutizado na voz do Outro, não vemos aí nenhum traço de simbólico. É a pura voz, real, sem relançar um sujeito a dizer, de significação em significação.

A fantasia como significante faz um sujeito buscar um sentido, sempre fugidio. Sem esse recurso, o sujeito torna-se o objeto, torna-se o próprio real do objeto. Ele torna-se no real esse objeto da injúria do Outro. Sem a tela protetora, sem a janela que seria a da fantasia, a própria janela também se torna real, ejetando o sujeito, por vezes, no real da janela. É o que vemos nas inúmeras passagens ao ato, de pacientes que se jogam pela janela.

Czermak (2004) considera essa conjunção entre o sujeito e a , propondo uma escrita com os mesmos termos lacanianos da fantasia, ou seja, o S e o objeto, mas sem a punção $\langle \rangle$. Diz isso a partir de um minucioso trabalho em torno da síndrome de Cotard. Esta síndrome foi descrita por Jules Cotard ([1880] 2006) e se trata de casos em que existe uma convicção delirante de que eles não têm mais estômago, cérebro e outros órgãos. São espécies de mortos-vivos. Decorrente de ideias hipocondríacas sobrevêm a eles que são imortais. Um delírio hipocondríaco-melancólico. Em suma, eles se consideram um nada, um ignóbil, infame. Deles emana o mal a outros; por isso, tendem a tentar se eliminar.

Czermak (2004) reconhece nesses casos a explícita presença da dimensão do objeto. Esses pacientes não podem dialetizar o que está formulado em sua convicção. Trata-se de uma equivalência entre o objeto asqueroso que ele descreve e o sujeito. Pode-se ler em relação a esse caso $S=a$. O sujeito torna-se o objeto. Há uma espécie de fusionamento, de acoplamento, levando o paciente ao que seria o extremo da melancolia. Czermak complementa, ainda, com a pergunta: onde é que fica o corte? O paciente fará um verdadeiro corte, diz Czermak, ele se elimina verdadeiramente em

passagens ao ato. Escreve, então, $S=a=$, “o sujeito sendo equivalente ao objeto como equivalendo ao corte” (p. 47).

Ler e operar com a clínica das psicoses levou Lacan (1967) à famosa proposição que o psicótico traz seu objeto a no bolso. Essa formulação nos traz uma indicação de leitura das psicoses, abrindo um terreno de investigação das diferentes maneiras de funcionamento, de fusionamento desse objeto não cedido, parasitário, colado ao corpo, não velado pela fantasia. Destaco, assim, nesse estranho objeto da alucinação a relação importante e fundamental do psicótico com esse objeto-abjeto, sem as vestes imaginárias e simbólicas.

Proponho, ainda, a partir dessa chave de leitura conceitual, aquela de um objeto que viria a ocupar, preencher bem demais esse lugar para o sujeito definido na sua fantasia, examinar o de que se trata em situações transitórias de despersonalização, ou ainda em perturbações referentes à chamada psicose puerperal, e em passagens ao ato mesmo na neurose. Poderíamos ler nesses casos essa desapareição da distância entre o sujeito e seu objeto, fato que indica o quanto essa conjunção não é privilégio do campo das psicoses. No entanto, as condições de seu encadeamento e, sobretudo, se um sujeito poderá surgir dessa irrupção será decisivo para termos uma melhor ideia se estamos lidando com fato episódico das vicissitudes do sujeito neurótico ou de um colapso revelador de uma estrutura onde um sujeito está foracluído da operação, sem uma retomada pelo encadeamento significativo do que ocorreu.

Vê-se a presença da psicose justamente ali onde o sujeito é chamado a responder em sua divisão numa injunção do simbólico. Não tendo a proteção da fantasia, das formações do inconsciente, nos lapsos, chistes ou sintomas cifrados, tem seu retorno no real pela alucinação – objeto plenificante, obturante, que diz da ausência de uma fantasia, suporte do desejo do sujeito. Sem disfarce, atormentadora, pode eventualmente ser uma voz sem palavra, disjunção exposta na psicose nos zunidos, barulhos, apitos... sem silêncio. Este será ainda mais um ponto a desdobrar, ou seja: de um lado, esse barulho que preenche o vazio trazido pelo silêncio, produzido pela presença dessa voz atormentadora que fala diretamente ao sujeito, e, de outro lado, um silêncio nadificante, paralisador e estéril.

6 - A voz e o silêncio da psicose

Czermak (2009) retoma a definição de saúde por Leriche: “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” (p. 17), e nos propõe uma articulação acerca do objeto *a*. Parafraseando Leriche, diz: “A saúde é a vida no silêncio do objeto *a*” (p. 18). Sua formulação nos instiga a buscar aproximar, buscar alguma relação entre o silêncio e o objeto *a*. Evidentemente, não se trata de uma relação simples, porém nos parece mais uma pista para tratarmos a questão da presença tão estridente da voz alucinada da psicose.

Lembro-me de um paciente que me disse, certa vez, utilizar um fone de ouvido com música alta durante o dia para tentar confundir as vozes que estavam sempre lá, atormentando-o. Para ele, não havia um instante de silêncio.

Será preciso fazer uma distinção entre a voz como objeto pulsional, marcada pelo simbólico, e a voz alucinada no psicótico. Na psicose, por não ser especificada pulsionalmente, articulando essa voz ao desejo, ela surgirá como mensagem direta vinda do Outro, tirânica, acusatória, comando puro, sem o recurso a nenhuma simbolização silenciadora. Resta no lugar do sujeito um estardalhaço dessa pura presença aniquilante. O sujeito não advém como dividido, cindido, e sim como foracluído do simbólico. Assim é que em pacientes psicóticos tomados pelas vozes essa experiência atormentadora se expressa de modo bastante variável, no barulho ininterrupto, na presença imposta de palavras de comando ou de comentários injuriosos.

A ausência de silêncio se faz notar nessa presença de uma voz que não cala. O sujeito torna-se o objeto voz, fazem um, uma espécie de um, totalizado, sem brechas, preenchido. No Seminário 11, Lacan ([1964] 1995) diz: “Será que o *um* é anterior à descontinuidade? Penso que não, e tudo que ensinei nos últimos anos tendia a revirar essa exigência de um *um* fechado” (p. 30).

Importante e difícil questão. Dependerá dessa conceituação do *um* a diferenciação do um da totalidade, do um fechado, e do um contado a partir da fenda, da ruptura, da descontinuidade do inconsciente. O conceito da falta, da contagem do pontual e evanescente do inconsciente é formulado de um modo inédito neste momento. Diz Lacan: “Onde está o fundo? Será a ausência? Não. A ruptura, a fenda, o traço da abertura faz surgir a ausência – como o grito não se perfila sobre o fundo de silêncio,

mas ao contrário, o faz surgir como silêncio” (ibid., p. 31). Curiosa inversão de um senso comum que diria que o grito se faz sobre um silêncio. Porém, o que Lacan ([1964-65] 2006) nos traz indicou uma leitura diferente. Para ele, não será o grito que cria o silêncio, mas o grito faz surgir o silêncio.

O que é sensível é que o silêncio não é o fundo do grito; não há, aí, relação de *Gestalt*. Literalmente o grito parece provocar o silêncio e, aí se abolindo, é sensível que ele o causa, ele o faz surgir, e lhe permite manter a nota. É o grito que o sustenta, e não o silêncio ao grito. (p. 217)

Lacan nos fala de *Sileo e Taceo*, como duas formas do silêncio. *Taceo* como a dimensão do silêncio que é aquela do calar-se. No uso corrente da língua portuguesa, dizemos tácito. Ao utilizarmos a expressão ‘acordo tácito’, indica-se acordo sem palavras. *Sileo* é, para ele, de outra ordem, um silêncio fundante, estruturante, que aponta para uma ausência essencial da palavra, isto é, um buraco de significação, uma impossibilidade de simbolização. Segundo Eni Orlandi ([1992] 2007), “primitivamente *sileo* não designava propriamente ‘silêncio’, mas ‘tranquilidade’, ausência de movimento ou ruído. Empregava-se *sileo* para falar de coisas, de pessoas, e especialmente da noite, dos ventos, e do mar” (p. 33).

Silêncio estruturante indicará uma estreita relação entre esse silêncio e o significante. Na constituição do significante enquanto tal há um silêncio fundamental, pois nem tudo passa à palavra, há sempre um resto de silêncio, criador. Para a própria cadeia significante existir, é preciso um ponto insondável, de ausência de palavra, de silêncio. Um silêncio de estrutura, um silêncio significante. Em virtude dessa impossibilidade, poderemos tomar o desejo, então, como oriundo do próprio silêncio que surge junto com o significante. O silêncio surgido como efeito do simbólico, de não poder dizer tudo.

Para abordar as origens desse silêncio estruturante, Lacan ([1964-65] 2006) refere-se ao grito, expressão primitiva e indiferenciada da necessidade no recém-nascido que, por estar fora do sentido, convoca o outro materno a responder, a um ato interpretativo, banhando a criança na linguagem. Esse ato tem por efeito fazer do grito uma demanda. O que inicialmente se expressa como descarga fisiológica, animada por um desconforto, é tomada como um pedido que terá vindo de um sujeito.

Vê-se assim uma voz marcada na linguagem pelo simbólico, a partir da intervenção do Outro, marcada por um sentido, sempre fálico. Ao mesmo tempo,

demarca a constituição de um sujeito onde a fisiologia é perdida e cria uma rede significativa com furos, silêncios, fraturas, vacilações, dúvidas, crenças... Evidencia-se a clara distinção entre a neurose e a psicose em seus operadores de estrutura. Lacan ([1961] 1998) diz: “Uma ética se anuncia, convertida ao silêncio, não pelo caminho do pavor, mas do desejo: e a questão é saber como a via de conversa da experiência analítica conduz a ela” (p. 691).

De que silêncio então se trata ao se constatar, no início de uma psicose, a frequência de um mutismo aniquilante, siderante, sem possibilidade de um sujeito vir aí? A paralisia de um puro vazio exposto a céu aberto sem nenhuma significação que viria em seu socorro? Menciono ao menos duas formas de aparição desse silêncio aniquilador na psicose: a primeira na mania, a segunda na psicose alucinatória crônica.

Na mania, a fuga de ideias como sua característica maior se expressa na logorreia sem fim, voz infinitizada, aniquilante do sujeito exposto à impossibilidade de corte, à descontinuidade do inconsciente, que sem operar o condena a não poder descansar. Sua parada é a exaustão física, ou a contenção mecânica e medicamentosa. Não raro tornam-se afônicos, sem voz, pela exaustão das cordas vocais. Silêncio que em nada chama um sujeito, dizendo mais de sua condição de puro objeto flanelado. Sem o corte do inconsciente, a deriva se impõe. Perde-se literalmente no mundo e na literalidade das palavras, que coladas por assonância o aspiram como moscas pela luz no brilho das letras mortas. Czermak (2009) diz que a mania talvez seja na psicose a forma mais radical de aniquilação do sujeito, pois ele não tem como se responsabilizar por nada do que diz, ele é pura linguagem funcionando sozinha, sem sujeito. A respeito da mania, Lacan ([1962-63] 2005) diz:

Na mania, convém esclarecer desde logo que é a não função do *a* que está em causa, e não simplesmente seu desconhecimento. O sujeito não se lastreia de nenhum *a.*, o que o deixa entregue, às vezes sem nenhuma outra possibilidade de libertação, à metonímia pura, infinita e lúdica da cadeia significativa. (p. 365)

A outra forma de aparição do silêncio, que vale a pena mencionar, ocorre na psicose alucinatória crônica, descrita por Gilbert Ballet ([1911] 2006). É um diagnóstico utilizado principalmente na psiquiatria francesa. Ainda nos dias atuais podemos encontrar sua presença em discussões clínicas, mesmo que bastante diminuída, pois o consenso mundial diagnóstico (CID 10) optou pelo saco de gatos da esquizofrenia,

obscurando particularidades clínicas relevantes. Esse diagnóstico caracteriza-se pela presença ininterrupta e penosa das vozes associadas a um quadro persecutório. As alucinações chamadas auditivas são preponderantes. As vozes ganham uma “leitura”, são associadas diretamente à perseguição de que os pacientes são alvos. Sendo de um sofrimento sem igual, é disso que alguns se queixam nos pedindo desesperadamente: “Faça essas vozes pararem!”. O que não permite o silêncio para esses pacientes? Há ocorrência na evolução de casos em que tanto o delírio paranoico como o aplainamento das alucinações produz, após anos, um debilitamento intelectual, ou em outras formas delirantes estereotipadas.

A dificuldade do tratamento desses casos é grande, nos quais a prevalência alucinatória é intensa e por vezes não recua facilmente. Uma pista já pode ser inferida nessa referência anteriormente mencionada, de uma estrutura de linguagem em operação no fenômeno da alucinação verbal psicomotora. Talvez, como indicação clínica, coloque em suspensão o furor psiquiátrico, ou, mais precisamente, o furor de saúde mental, de fazer como única possibilidade calar essa voz, esse grito.

A dificuldade aqui será a de um real como impossível de suportar? Esta é a definição de clínica para Lacan: o real como impossível de suportar. Então, pode-se ler: o real-voz, como impossível de suportar, e sua resposta a esse impossível, será sua ética, e, se estamos na psicanálise, na ética da psicanálise, a resposta do clínico estará do lado de seu desejo, suportando em alguma medida o vazio, o silêncio, ou o grito, fora de seu sentimento pessoal.

A homofonia na língua francesa entre *santé mental* (saúde mental) e *sentimental* (sentimental) traz uma interessante ligação, pois nos coloca a interrogação sobre o que dá a direção quando o que comanda a ação está ligado ao sentimento do clínico. Se aflitivo e sofrido, então, buscar-se-á aliviar, melhorar, e enfim, sentir-se melhor. Mas quem está sendo visado neste ponto?

Em conferência no Rio de Janeiro, Marcel Czermak (2004) dará outra indicação, criando um neologismo: “apatético” (p. 199). Não no sentido do apático, mas enfatiza o sem *pathos*, então, a-pathos, sem a patologia do sentimento amoroso. Compara a intervenção do analista a esse *apatético*, ao modo de um cirurgião, que corta sem

sentimento amoroso, sem a patologia sentimentalista dramática, como seria bem ao feitio neurótico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com a psicanálise em dispositivos psiquiátricos e de saúde mental foi o ponto de partida desta dissertação. A função da prática em equipe, compartilhada e solidária, mostra-se desejável nas instituições de tratamento. Nesse contexto surge a exigência de encontros com profissionais de formações bastante heterogêneas. Assim foi que, no acompanhamento dos casos, pude ver que, em relação a um mesmo paciente, produziam-se leituras bastante distintas do que estava em jogo no que se apresentava dos fenômenos da psicose e, conseqüentemente, da direção e do caminho a seguir no tratamento.

Pude perguntar-me sobre o que fazia e do que dependia que, diante do mesmo paciente, dois clínicos vissem casos tão diferentes, privilegiassem pontos tão distintos. Tal disparidade evidenciou-se no tocante à apreensão da alucinação, fenômeno tão presente nos pacientes psicóticos com quem lidei.

Desse modo, a abordagem da experiência alucinatória, destacada no trabalho de dissertação, veio de meu ponto de vista, da posição que pude ter a partir de minha formação na psicanálise. Considerei a importância de escutar tais fenômenos, melhor compreender sua função e estrutura, mas, fundamentalmente, examinar como tais alucinações se infiltravam no laço transferencial, ou seja, de como o clínico passava a fazer parte da alucinação.

Para entrar neste trabalho, tornou-se decisiva a questão metodológica. Tratava-se para mim de um desafio instigante, trabalhar com meu ponto de partida da clínica, e desse real da clínica articular o campo conceitual da psicanálise. Não se tratava, assim, de fazer uma pesquisa teórica do tema, que viesse a explicar o que se passava na clínica, mas sim ao que Lacan apontou da práxis psicanalítica: “uma ação realizada pelo homem [...] que o põe na condição de tratar o real pelo simbólico.” (LACAN, [1964-65] 1995, p. 14).

É sabido o quanto Freud, médico de formação, partiu de sua clínica com as históricas, interrogando concomitantemente as questões teóricas em jogo, como diz ele: “pesquisa e tratamento coincidem” (FREUD, [1912] 1990). A indissociabilidade entre a prática freudiana e sua teoria constituiu na interpenetração desses campos uma relação que concerne ao método psicanalítico. Lacan, seguindo Freud, dirá ainda a esse respeito que o conceito determina uma práxis, e a práxis determina o conceito (LACAN, [1964] 1995, p. 120).

Sucedeu assim a ideia de que um fato clínico está diretamente relacionado ao olhar do clínico. Em suma, o fato de haver o clínico, e toda a sua importância na clínica, faz com que se afirme: “ele faz parte do quadro” (CZERMAK, 2013, p. 111). Ou seja, o modo de apreensão dos fatos dependerá do clínico. Sua formação, seus caminhos teóricos, suas resistências e preconceitos recortarão o campo de possibilidades de nomeação, de reconhecimento e de tratamento dos fatos que lhe chegam na clínica. Desse modo, apreensão da alucinação e o lugar a ser criado para esse fenômeno dependerão da escuta e da formação do clínico.

Por tal razão de método, parti da clínica, com um caso atendido no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, o caso H. Trazendo um fato em seu discurso, a aparição alucinatoria de um objeto, a lâmpada, com poderes mágicos, ele tenta reavê-lo. Apela por seu reencontro, por vezes com urgência vital, de tal sorte a lhe acontecer uma grave tentativa de suicídio. Suportando tal tratamento pela relação transferencial, pude examinar alguns efeitos no destino deste paciente. Pude percorrer as etapas que se delinearam em seu delírio, a partir dessa alucinação precisa, a “lâmpada”.

O caso H., descrito no capítulo I, foi o fio condutor da dissertação. A partir dele foram elaborados os capítulos seguintes, sempre remetidos à questão de um tratamento pela transferência, no qual a alucinação revela a condição do sujeito como determinado por seu objeto.

Desse modo, na travessia deste trabalho com a alucinação, evidenciaram-se alguns traços importantes e frequentes na psicose. Esta deu a ver seu caráter contundente e de violenta intrusão do Outro, coagindo e dirigindo a vida do paciente. Com Lacan ([1955-56] 1988) vimos o lugar da alucinação na relação vivida do psicótico com Outro de um modo xenopático que, vindo de fora, faz sua irrupção do mundo exterior.

No caso descrito, vimos uma possibilidade de acolhimento e crédito à sua palavra, imposta desde fora pela alucinação, na e pela transferência. O trabalho do clínico, como Outro do psicótico, foi o de receber seu modo próprio de articular sua palavra ao Outro. O fenômeno da alucinação trouxe à tona o difícil trabalho a ser feito a cada caso onde esse fenômeno tem lugar, pois coloca a questão sobre o manejo dessa transferência de incidência direta, sem resistência, não deixando de considerar o lugar desse fenômeno para sua existência. Questão candente para o clínico que atende psicóticos, que, pelo fato de ocupar esse lugar Outro no laço, estará implicado diretamente na via transferencial própria à psicose, ou seja, aquela que é da propensão do Outro ser sem barra. É do Outro que lhe vem a voz não dialetizável, aniquilante, mortífera e imperativa. Vê-se a dificuldade em temperar, na transferência, a franca exposição ao Outro sofrida por esses pacientes alucinados, considerando o real da voz, sem visar necessariamente sua supressão.

No caso H., tal dificuldade se expressou – ouve minha voz, desconfia que eu esteja com a lâmpada, que sonego o acesso dele à lâmpada, e, mais fundamentalmente, reatualiza uma espera desse reencontro a cada sessão, colocando o objeto a certa distância nessa operação, na transferência. Foram todos tempos de um trabalho em que fui enodado nesse laço, exigindo, de meu lado, acompanhar e intervir nesses movimentos da estrutura em causa.

Tal perspectiva de abordagem da alucinação como um fato de estrutura a determinou como efeito de uma operação de linguagem, a forclusão do Nome-do-Pai, como visto no capítulo II. É, portanto, um fato de linguagem, e que possui condições de estrutura para que tenha lugar. A *Verwerfung* freudiana foi o substrato, retomado por Lacan, no caso do Homem dos Lobos, para reconhecer que há o retorno no real do que foi recusado pelo sujeito. Uma recusa situada como aquela de uma impossibilidade simbólica.

Tal abordagem alça a alucinação não como algo referido a um mau funcionamento do aparelho perceptivo, decorrente de algum tipo de anomalia de um aparelho que seria saudável, ou de um mau funcionamento do cérebro. Concepção oriunda da definição clássica da psiquiátrica: a alucinação como uma percepção sem objeto. Com Lacan, a alucinação será tomada como um efeito das operações de linguagem constituintes do ser falante.

Desse modo, na trilha percorrida para melhor compreender seu estatuto da alucinação, na clínica e na linguagem, o conceito de objeto na psicanálise teve lugar. Na articulação lacaniana no Seminário da angústia, acompanhei a progressão dos objetos, oral (seio), anal (excrementos), escópico (olhar), invocante (voz), e de como se articulam ao sexual no lastro dado pela inscrição fálica. Lacan demarcou, assim, quanto ao objeto, sua característica fundamental, a perda realizada em cada etapa, em cada tempo da constituição objetual de um sujeito. Enfatiza a dimensão de queda, da extração de cada objeto contornado pela pulsão recortados, e recortando as bordas do corpo. Desse modo, diz: “Esse objeto, que é de fato, apenas a presença de um cavo, de um vazio” (LACAN, [1962-63] 2004, p. 170). Ele escreve nesse cavo, lugar da perda de objeto uma letra, o objeto *a*.

A abordagem da alucinação na psicose trouxe, a partir da clínica, a questão do objeto perdido na psicose. Justamente, o que acontece é a presença real desses objetos, não negativizados, em perda, como na operação da constituição dos objetos da pulsão. Acontece, desse modo, que se positivam em presença, os objetos ganham um estatuto de aparição direta, sem a mediação simbólica vista no sujeito da neurose. A voz alucinada, o olhar que tudo vê, o Outro invasivo, tirânico, coercitivo. Da clínica vem a constatação da prevalência em psicóticos da voz e do olhar. Uma pulsão desespecificada das bordas do corpo, produzindo um olhar e uma voz que podem vir de qualquer lugar, que furam qualquer parte do corpo, fazendo um corpo muito próprio do psicótico.

A esse respeito, o caso de Schreber, abordado no capítulo III, testemunha o quanto as vozes criam um corpo cadaverizado, putrefato, dilacerado. Trata-se de um objeto não extraído das bordas do corpo, de uma hipocondria psicótica, mantendo o objeto agarrado, fusionado ao corpo – “A hipocondria da língua traduz, por um lado, a onipresença do objeto *a*, na cadeia significante. Objeto não caído, não destacado, encarcerado” (SCIARA & BRILLAUD, 2001, p. 79).

Como uma presença real, insistente desses objetos, a alucinação ganhou seu estatuto – ela não é sem objeto. A voz fala-lhe ininterruptamente, sem silêncio, sem intervalo. O olhar o persegue, as placas de trânsito falam a ele, enfim, os objetos passam a existir concretamente, não há dúvida a esse respeito para ele, e sim uma incorrigível certeza dessa presença. Em suma, o que conceitualmente no objeto *a* é marcado por uma

perda, por uma negatividade, se positiva em presença. Essas foram algumas articulações que introduziram o problema, e a apreensão do objeto para o psicótico.

Esta compreensão do objeto *a*, trouxe a reflexão a respeito da relação entre o sujeito e o objeto. Na escrita da fantasia $\$ \langle a \rangle$, Lacan ([1966-67] 2008) estabelece a relação fundamental do sujeito como excluído de seu objeto em uma relação lógica de disjunção e conjunção, maior que e menor que. É intrínseca a esse objeto sua condição de perdido, numa relação indissociada a esse sujeito dividido pela castração. É salientado que a fórmula da fantasia pode ser assimilada à estrutura da neurose.

Na psicose, a fantasia não opera. O sujeito psicótico ganha, desse modo, sua particular condição, pois, não mais dividido, traz o objeto não dividido, fusionado a ele. A fórmula da fantasia se desfaz, a figura lógica da punção desaparece produzindo um sujeito e seu objeto colados. Um sujeito objetalizado, seja na voz de comando, no olhar de um Outro que tudo vê, na vivência de excrementos que saem pela boca, e tantas outras expressões dessa objetalização.

A esse respeito, Lacan aponta para a condição do psicótico, como aquele que traz seu objeto no bolso. Diz: “Ele não se liga ao lugar do Outro, do grande Outro, pelo objeto *a*, o *a* ele o tem a sua disposição. [...] digamos que ele tem sua causa no bolso, é por isso que ele é um louco” (LACAN, 1967, p. 13). Essa formulação tornou-se uma chave, uma indicação de leitura das psicoses, das alucinações, assim como nos diferentes modos de funcionamento, de fusão desse objeto para o sujeito psicótico.

Para concluir, chegando ao final do trabalho, marcou-se a insistente e instigante indicação de que será pela função da fala, no campo da estrutura de linguagem, que a alucinação poderá ganhar cidadania. Ao retornar a Schreber, como indicado na epígrafe, e também ao caso H., acentua-se esse ponto crucial, ou seja, a urgência de se levar a palavra do psicótico a sério, dar crédito à sua palavra – mesmo aquela que lhe é a mais exterior, a mais estrangeira: sua alucinação.

BIBLIOGRAFIA

BALLET, G. (1911). La psicoses alucinatória crônica. In: _____. *Alucinar y Delirar*, Tomo II. Buenos Aires: Polemos, 2006.

BERCHERIE, P. *Os fundamentos da clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

CADERNOS DO IPUB. *A clínica da Recepção nos dispositivos da Saúde Mental, n 17*. Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

CARONE, M., Da loucura de prestígio ao prestígio da loucura. In: *Memória de um doente dos nervos*, SCHREBER, D.P. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1995.

COTARD, J. (1880). Sobre o delírio hipocondríaco em uma forma grave de melancolia ansiosa. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. Vol. 3 (O corpo: hipocondria, Cotard, transexualismo). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2006.

CLÉRAMBAULT, Gaëtan G. de (1926). Psicoses à base de automatismo. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. Vol. 1 (Fenômenos elementares e automatismo mental). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2004.

COSTA-MOURA, F.; COSTA-MOURA, R. Objeto *a*: ética e estrutura. *Ágora. Estudos em Teoria Psicanalítica, Vol XIV, n. 2*, Rio de Janeiro: Contra-Capa/Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, IP, UFRJ, 2011. p. 225-242

CZERMAK, M. Sobre alguns fenômenos elementares da psicose. In: _____. *Paixões de objeto*. Porto Alegre: Ed. Artes médicas, 1991.

_____. Pesquisas atuais sobre a psicose. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. Vol. 1 (Fenômenos elementares e automatismo mental). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2004.

_____. Fim do texto? In: *A clínica psicanalítica e as novas formas do gozo*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2005.

_____. O discurso liga os órgãos em função. In: CZERMAK, M; TYZLER, J.J. (orgs). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. vol. 4 (A pulsão na psicose: oralidade, mania e melancolia). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.

_____. Sobre alguns fenômenos elementares da psicose. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. vol. 1 (Fenômenos elementares e automatismo mental). 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.

_____. Voz sem palavras e palavras sem voz. In: _____. *Patronímias: questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2012.

_____. Estão arlequinando minha mentalidade. In: _____. *Patronímias: questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2012.

_____. O que é um fato clínico. In: _____. *A porta de entrada e a clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2013.

EY, Henry. *Traité des Hallucinations*, Tome Premier. Paris: Masson et Cie. Éditeurs, 1973.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERRETO, J. L. (1999). O automatismo mental. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. Vol. 1 (Fenômenos elementares e automatismo mental). 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.

FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1900). A interpretação dos Sonhos. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1905). Fragmento da análise de um caso de histeria. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1911). Notas Psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

_____. (1912). Dinâmica da transferência. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1913). Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1914-15). Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1915) As pulsões e suas vicissitudes. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

_____. (1916). Psicanálise e psiquiatria, conferência XVI. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1916-17). Conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência XXVII. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1917) Suplemento metapsicológico à teoria dos sonhos. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1921). Psicologia de grupo e análise do eu. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____. (1925). A negativa. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1990..

_____. (1930). Mal-estar na civilização. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WHITAKER, R. Psychiatric Drugs: An Assault on the Human Condition. [Agosto de 2005]. On-line: *Street Spirit*. Entrevista concedida a Terry Messman. Disponível em: <<http://www.thestreetspirit.org/August2005/interview.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2015.

LACAN, J (1946). Formulações sobre a causalidade psíquica. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1952). Intervenção sob transferência. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1953-54). *O Seminário, Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. (1954). Introdução ao comentário de Jean Hyppolite sobre a “Verneinung” de Freud. In: _____. *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1954-55). *O Seminário, Livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987.

_____. (1955). “A coisa freudiana”, in: *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1955-56). *O Seminário, Livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. (1957-58) *O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

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

_____. (1960-61). *O Seminário, Livro 8: A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

_____. (1960). Observações sobre o relatório de Daniel Lagache: Psicanálise e estrutura da personalidade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1961-62). *O Seminário: A Identificação*. Recife: Centro Freudiano de Estudos, 2003.

_____. (1962-63) *O Seminário, Livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

_____. (1964). *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. (1964). Posição do inconsciente no congresso de Bonneval, in: *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1964-65). *O seminário, livro 12: Problemas cruciais para a psicanálise*. Recife: Centro Freudiano de Estudos, 2006.

_____. (1965-66). A ciência e a verdade, in: *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. (1966-67). *O Seminário, Livro 14: A lógica do fantasma*. Recife: Centro Freudiano de Estudos, 2008.

_____. (1967). Petit discours aux psychiatres, Conférence sur la psychanalyse et la formation du psychiatre, à l'Hôpital Sainte-Anne. 10/11/1967. Disponível em: <<http://www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan60.php>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

_____. (1969-70) *O Seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

_____. (1979). Ouverture de la Section clinique, *Ornicar?*, n. 9, Paris, 1979 Disponível em: <<http://www.ecole-lacanienne.net/pastoutlacan.php>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

LANTERI-LAURA, G. "Signification Clinique et Psychopathologique des Hallucinations", in: *Évolution Psychiatrique: clinique phénoménologique*, n. 65. Paris, 2000.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 26 set. 2015.

LO BIANCO, A. C. Sobre as bases dos procedimentos investigativos em psicanálise. 2003. indisponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200003&lang=pt#nt1b>. Acesso em: 10 ago. 2014.

MELMAN, C. "Introduction critique à l'étude de l'hallucination". *Revue Scilicet*, nº 1. Paris: Éditions du Seuil, 1968.

_____. (1970). Contribuições da psicanálise à semiologia psiquiátrica. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. Vol. 1 (Fenômenos elementares e automatismo mental). 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2009.

_____. (1993-94). *Nouvelles Etudes sur l'hystérie*. Toulouse: Editions Érès, 2010.

_____. *O homem sem gravidade*. Rio de Janeiro. Companhia de Freud, 2003.

_____. *A neurose obsessiva no divã de Lacan*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2011.

ORLANDI, E. (1992). *As Formas do Silêncio*. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 2007.

POLI, M. C. “Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa: universidade e instituição” in: *Leituras da clínica, escrituras da cultura*. Campinas: Mercado de Letras, 2012.

RASSIAL, J. J. *O adolescente e o psicanalista*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

SCIARA, L.; BRILLAUD, D. (2001) Da hipocondria da língua à hipocondria do corpo. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. Vol. 3 (O corpo: hipocondria, Cotard, transexualismo). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2006.

SCIARA, L. Transfert e psychoses: quelles spécificités? In: *Conditions, enjeux et actualité de la question du transfert des las psychoses – Journées d'études des 14, 15 et 16 octobre 2011*. Paris: Cahier de l'Association lacanienne internationale, 2011a.

_____. A questão do sujeito psicótico: Uma precondição ética à abordagem da transferência nas psicoses. 2011b. Disponível em: <<http://www.tempofreudiano.com.br/artigos/detalhe.asp?cod=95>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

SCHREBER, D. P. (1903). *Memórias de um doente dos nervos*. Org. Marilene Carone. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1995.

TENÓRIO, F. R. *Automatismo mental, desespecificação pulsional e morte do sujeito: a condição objetalizada do sujeito na psicose*. 2012, 194 f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica). – Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro: 2012.

TYSZLER, J. J. Hallucinations et représentations. 1995. Disponível em: <http://www.freud-lacan.com/index.php/fr/colloques/seminaire-d-hiver/seminaire-d-hiver-2015/44-categories-fr/site/267-Hallucinations_et_representations>. Acesso em: 24 jan. 2016).

_____. Clérambault. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria*. Vol. 1 (Os fenômenos elementares). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2004.

_____. A hipocondria do homem dos lobos. In: CZERMAK, M.; JESUÍNO, A. (orgs.). *A clínica da psicose: Lacan e a Psiquiatria*. Vol. 3 (O corpo: hipocondria, Cotard, transexualismo). Rio de Janeiro: Tempo Freudiano, 2006.