



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Leonardo de Miranda Ferreira

**Uma discussão histórico-crítica sobre o diagnóstico em psicanálise**

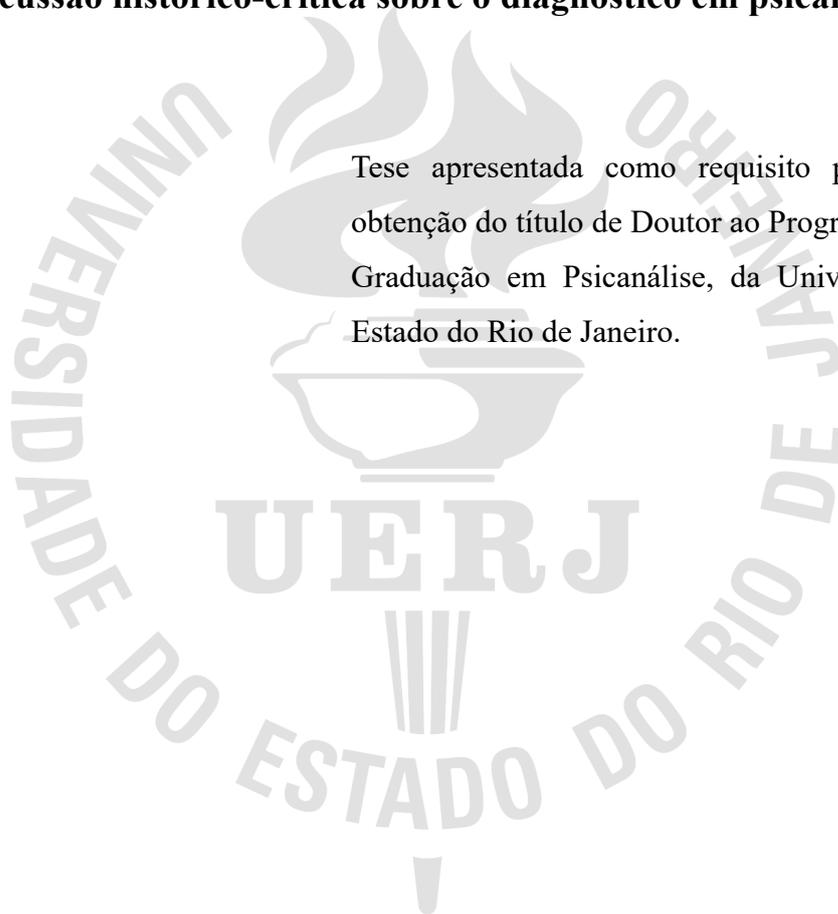
Rio de Janeiro

2020

Leonardo de Miranda Ferreira

## **Uma discussão histórico-crítica sobre o diagnóstico em psicanálise**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.



Orientador: Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

F383 Ferreira, Leonardo de Miranda.  
Uma discussão histórico-crítica sobre o diagnóstico em psicanálise / Leonardo  
de Miranda Ferreira. – 2020.  
133 f.

Orientadora: Marco Antonio Coutinho Jorge.  
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Diagnóstico – Teses. 2. Entrevistas – Teses. 3. Ética – Teses.  
I. Jorge, Marco Antonio Coutinho. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
dissertação, desde que citada a fonte.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

Leonardo de Miranda Ferreira

**Uma discussão histórico-crítica sobre o diagnóstico em psicanálise**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Banca examinadora:

---

Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luciana Ribeiro Marques  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ademir Paccelli  
Instituto de Psicologia – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Denise Maurano Mello  
Centro de Ciências Jurídicas e Políticas - UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cláudia Braga de Andrade  
Escola de Educação - UNIRIO

Rio de Janeiro

2020

## RESUMO

FERREIRA, Leonardo de Miranda. *Uma discussão histórico-crítica sobre o diagnóstico em psicanálise*. 2020. 133 f. Tese (Doutorado em Psicanálise, Clínica e Pesquisa) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Esse estudo parte de uma abordagem histórica sobre o diagnóstico em psicanálise, desde as proposições das terminologias oriundas da psiquiatria clássica, até a sedimentação de uma nosologia propriamente psicanalítica. Ou seja, as categorias diagnósticas adotadas pela psicanálise são tributárias dos estudos dos alienistas do século XIX, mas ao ocuparem seu espaço no escopo teórico desenvolvido por Freud, assumem uma autonomia que as torna distintas de sua concepção original baseada nos critérios psiquiátricos. Então, percorreremos a trilha desenhada pelas categorias clínicas desde sua nomeação na psiquiatria, em seguida, as reconhecemos em gérmen ainda nos escritos considerados pré-psicanalíticos e, finalmente, ao formarem a organização que hoje conhecemos. No entanto, apenas uma leitura arguta e retrospectiva permite extrair da obra freudiana o quadro atual dos tipos clínicos. Jacques Lacan dá o devido destaque aos mecanismos de defesa das estruturas subjetivas e, com isso, demarca as fronteiras de cada campo. O estruturalismo lacaniano nos instrumentaliza a avançar desde Freud na questão diagnóstica, concebendo os quadros clínicos muito além da constelação sintomática com a qual possam estar associados. As diferenças do diagnóstico da psicanálise com a psiquiatria ganham contorno a partir daqui. Não somente pela perspectiva diferenciada da psicanálise sobre o sintoma. Este, ao invés de ser considerado o índice de uma doença, é concebido como uma formação do inconsciente, assumindo uma função particular para o sujeito. Além disso, o diagnóstico psicanalítico diz respeito ao funcionamento subjetivo, a forma como cada um se constitui simbolicamente no mundo, o que inclui os modos de gozo, de ser, amar, sofrer e sintomatizar. Nesse sentido, fica sepultada qualquer tentativa de dar uma objetividade ao diagnóstico, tão almejada na elaboração dos manuais nosográficos e por aqueles que buscavam um referencial orgânico para enquadrar as categorias clínicas. Diante desse cenário, é presumível a ocorrência de casos cujo diagnóstico reside numa incerteza persistente, ou ainda, há aqueles que desafiam as delimitações lógicas que distinguem neurose, psicose e perversão. Para dar conta deles, desenvolveu-se no seio da psicanálise inglesa o conceito de *borderline* que se tornou o imenso guarda-chuva no qual seriam despejados todos os casos de incerteza diagnóstica. Mergulhada em controvérsias, tal terminologia foi desprezada por psicanalistas de orientação lacaniana. No entanto, alguns desses propuseram em meados dos anos 1990 a categoria “psicose ordinária” baseada nas formulações decorrentes do último ensino de Lacan. Ressaltam não se tratar de uma entidade nosográfica própria, mas uma ferramenta clínica. É possível reconhecer alguns pontos de semelhança da psicose ordinária com a “pré-psicose” de Maurits Katan e as “personalidades ‘como se’” proposta por Hélène Deutsch, ambos citados e trabalhados por Lacan no seu seminário sobre as psicoses.

Palavras-chaves: Diagnóstico Psicanalítico. Nosologia Psicanalítica. Incerteza Diagnóstica.

## ABSTRACT

FERREIRA, Leonardo de Miranda. *A historical-critical discussion about the diagnosis in psychoanalysis*. 2020. 129 f. Tese (Doutorado em Psicanálise, Clínica e Pesquisa) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

This study is based on a historical approach to diagnosis in psychoanalysis, from the propositions of terminologies from classical psychiatry, to the sedimentation of a properly psychoanalytic nosology. In other words, the diagnostic categories adopted by psychoanalysis are dependent on the studies of 19th century alienists, but when they occupy their space within the theoretical scope developed by Freud, they assume an autonomy that makes them distinct from their original conception based on psychiatric criteria. Then, we will follow the path drawn by the clinical categories since their appointment in psychiatry, then we recognize them in germ still in the writings considered pre-psychoanalytic and, finally, when forming the organization that we know today. However, only a shrewd and retrospective reading allows to extract from the Freudian work the current picture of clinical types. Jacques Lacan gives due emphasis to the defense mechanisms of subjective structures and, with this, demarcates the borders of each field. Lacanian structuralism instrumentalizes us to advance since Freud in the diagnostic question, conceiving the clinical pictures far beyond the symptomatic constellation with which they can be associated. The differences between the diagnosis of psychoanalysis and psychiatry take shape from here. Not only because of the different perspective of psychoanalysis on the symptom. This, instead of being considered the index of a disease, is conceived as a formation of the unconscious, assuming a particular function for the subject. In addition, the psychoanalytic diagnosis concerns the subjective functioning, the way in which each one is symbolically constituted in the world, which includes the modes of enjoyment, of being, loving, suffering and symptomatizing. In this sense, any attempt to give objectivity to the diagnosis, so desired in the elaboration of nosographic manuals and by those who sought an organic reference to frame the clinical categories, is buried. Faced with this scenario, the occurrence of cases whose diagnosis resides in persistent uncertainty is presumably, or there are those who challenge the logical delimitations that distinguish neurosis, psychosis and perversion. To account for them, the concept of borderline developed into English psychoanalysis, which became the immense umbrella in which all cases of diagnostic uncertainty would be poured out. Plunged in controversy, this terminology was despised by Lacanian-oriented psychoanalysts. However, some of these proposed in the mid-1990s the category "ordinary psychosis" based on formulations resulting from Lacan's last teaching. They emphasize that it is not a nosographic entity of its own, but a clinical tool. It is possible to recognize some points of similarity between ordinary psychosis and Maurits Katan's "pre-psychosis" and the "personalities how if" proposed by Hélène Deutsch, both cited and worked on by Lacan in his seminar about the psychosis.

Keywords: Psychoanalytic Diagnosis. Psychoanalytic Nosology. Diagnostic uncertainty.

## RÉSUMÉ

FERREIRA, Leonardo de Miranda. *Une discussion historico-critique sur le diagnostic en psychanalyse*. 2020. 133 f. Tese (Doutorado em Psicanálise, Clínica e Pesquisa) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Cette étude s'appuie sur une approche historique du diagnostic en psychanalyse, depuis les propositions de terminologies de la psychiatrie classique, jusqu'à la sédimentation d'une nosologie proprement psychanalytique. En d'autres termes, les catégories diagnostiques adoptées par la psychanalyse dépendent des études des aliénistes du XIXe siècle, mais lorsqu'elles occupent leur espace dans le cadre théorique développé par Freud, elles assument une autonomie qui les distingue de leur conception d'origine basée sur des critères psychiatriques. Ensuite, nous suivrons le chemin tracé par les catégories cliniques depuis leur nomination en psychiatrie, puis nous les reconnaissons en germe encore dans les écrits considérés pré-psychanalytiques et, enfin, lors de la formation de l'organisation que nous connaissons aujourd'hui. Cependant, seule une lecture astucieuse et rétrospective permet d'extraire du travail freudien le tableau actuel des types cliniques. Jacques Lacan met l'accent sur les mécanismes de défense des structures subjectives et délimite ainsi les frontières de chaque champ. Le structuralisme lacanien nous instrumentalise à avancer depuis Freud dans la question diagnostique, en concevant les tableaux cliniques bien au-delà de la constellation symptomatique à laquelle ils peuvent être associés. Les différences entre le diagnostic de la psychanalyse et la psychiatrie prennent forme à partir d'ici. Pas seulement à cause de la perspective différente de la psychanalyse sur le symptôme. Celui-ci, au lieu d'être considéré comme l'indice d'une maladie, est conçu comme une formation de l'inconscient, assumant une fonction particulière pour le sujet. De plus, le diagnostic psychanalytique concerne le fonctionnement subjectif, la manière dont chacun est symboliquement constitué dans le monde, qui inclut les modes de jouissance, d'être, d'aimer, de souffrir et de symptomatiser. En ce sens, toute tentative de donner une objectivité au diagnostic, tant souhaitée dans l'élaboration des manuels nosographiques et par ceux qui recherchaient une référence organique pour encadrer les catégories cliniques, est enterrée. Face à ce scénario, la survenue de cas dont le diagnostic réside dans une incertitude persistante est vraisemblablement, ou il y a ceux qui contestent les délimitations logiques qui distinguent névrose, psychose et perversion. Pour en tenir compte, le concept de borderline s'est développé en psychanalyse anglaise, qui est devenue l'immense parapluie dans lequel tous les cas d'incertitude diagnostique seraient déversés. Plongée dans la controverse, cette terminologie a été méprisée par les psychanalystes lacaniens. Cependant, certains d'entre eux proposaient au milieu des années 1990 la catégorie "psychose ordinaire" basée sur des formulations issues du dernier enseignement de Lacan. Ils soulignent qu'il ne s'agit pas d'une entité nosographique propre, mais d'un outil clinique. Il est possible de reconnaître certains points de similitude entre la psychose ordinaire et la "pré-psychose" de Maurits Katan et les personnalités "comme si" proposées par Hélène Deutsch, toutes deux citées et travaillées par Lacan dans son séminaire sur la psychose.

Mots-clés: diagnostic psychanalytique. Nosologie psychanalytique. Incertitude diagnostique.

## AGRADECIMENTOS

Deixo meus sinceros agradecimentos a todos que me acompanharam nesta empreitada.

Meu “muito obrigado” aos meus queridos pais que sempre me apoiaram nos meus investimentos e me proporcionaram subsídios para alcançar os objetivos. Especialmente meu grande amigo, meu pai, que cobriu minha ausência temporária num de meus compromissos laborais para que eu pudesse me dedicar com mais afinco na reta final de minha produção.

Ao grande e admirável Prof. Dr. Marco Antonio Coutinho Jorge, por sua orientação sempre cirúrgica e pela honra que me concedeu de, mais uma vez, ser seu orientando.

Aos Professores e Professoras que integraram a minha banca de qualificação.

Aos Professores e Professoras que compõem a banca de defesa

A todos Professores que passaram e marcaram decisivamente a minha vida ao exercerem seu ofício tão nobre

À CAPES pelo importante fomento no meu último ano de pesquisa.

À Universidade Estadual do Rio de Janeiro por tão bem ter me acolhido e positivamente me surpreendido. Muito obrigado aos funcionários e todo corpo docente.

“O paciente poderá exibir o quadro externo de uma neurose e, contudo, poderá ser algo mais.”

*(FREUD, 1926a, p. 272).*

## SUMÁRIO

1	<b>UMA ARQUEOLOGIA DA NOSOLOGIA FREUDIANA</b>	12
1.1	<b>A herança da psiquiatria clássica</b>	12
1.2	<b>A psicopatologia freudiana e o diálogo com a psiquiatria</b>	19
1.3	<b>Uma genealogia das categorias freudianas</b>	24
2	<b>UMA DISCUSSÃO META-DIAGNÓSTICA</b>	39
2.1	<b>Os diagnósticos médico e psicanalítico</b>	39
2.2	Um pouco sobre os manuais diagnósticos	42
2.3	Um diagnóstico ético e singular	48
3	<b>O DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL</b>	81
3.1	Lacan e o estruturalismo	63
3.2	As estruturas clínicas e o diagnóstico em psicanálise	66
3.3	<b>Neurose</b> .....	74
3.3.1	<u>Histeria</u> .....	74
3.3.2	<u>Neurose Obsessiva</u> .....	80
3.4	<b>Perversão</b> .....	87
3.6	<b>Psicose</b> .....	92
4	<b>Sobre as incertezas diagnósticas</b>	100
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	114
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	116

## INTRODUÇÃO

Na nossa jornada histórico-clínica, iniciaremos contando com as ferramentas dispostas pelos comentadores de Freud para fazermos uma tomada panorâmica de sua obra na intenção de demarcar as trilhas por onde passou cada categoria da nosologia psicanalítica. Para tanto, no primeiro capítulo vamos percorrer desde as origens das terminologias oriundas da psiquiatria clássica, seus autores e qual a dinâmica assumida por elas quando incorporadas ao vocabulário de Freud. Passaremos por Phillipe Pinel sem o ufanismo e o romantismo dedicados a ele por seu gesto considerado “humanizado” de desacorrentamento dos loucos, primeiro no Hospital de Bicêtre em 1792, posteriormente, no Hospital da Salpêtrière.

Quando assume a direção desses manicômios, Pinel herda o compromisso de constituir um saber científico sobre a loucura e estabelecer novos critérios para manter cercados entre os muros manicomiais uma das legiões de proscritos da sociedade. Ligado a uma escola filosófica de destacados intelectuais franceses, Pinel teve seu espírito norteado por convicções científicas. A Escola dos Ideólogos condensava as correntes de pensamento inovadoras do século XVIII e trilhou os princípios metodológicos que balizariam o ideal científico pineliano. A partir da influência do empirismo, Pinel confiava na observação do fenômeno, mas sabia que isso por si só não daria a sua clínica o estatuto de ciência. Ela dever se fazer enunciável, passar para a linguagem e converter a observação numa língua. Com isso, as categorias discernidas da experiência enfim tomariam um corpo e um nome que lhes dariam vida na ciência. Formava-se assim um sistema próprio para a clínica com linguagem, palavras e sentido objetivos que, ao mesmo tempo, se esquivariam dos conceitos e imprecisões da nomenclatura vulgar e evocariam os fenômenos a que se referem.

Dessa forma, Pinel inaugurou a exploração sistemática de um campo e a ordenação dos fenômenos que o constituíam, legando para a psiquiatria um novo método de exploração e classificação, fazendo nascer assim um sistema nosográfico. Posteriormente, Jean-Étienne Esquirol, com seu rigor para estabelecer uma metodologia clínica, avança a partir da nosologia de seu mestre Pinel. Já a batalha de Pinel quanto à negativa de uma atribuição neuroanatômica para explicar as causas da alienação mental, que fora encampada de certa forma por seu discípulo, gradualmente foi sendo perdida.

Com Wilhelm Griesinger, tradição clínica herdada de Pinel foi introduzida na

psiquiatria alemã. Se a escola francesa deu ênfase aos critérios sindrômicos, a alemã se ocupou mais da etiologia, da patogenia e das características do quadro clínico.

Outro marco na nosografia psiquiátrica foi a proposta de concentrar todas as entidades nosológicas adotadas nas diferentes escolas psiquiátricas da Europa liderada pelo alemão Emil Kraepelin. Em 1883, ele elaborou seu *Compêndio de Psiquiatria*, no qual reuniu um sistema único de classificação, organizado de acordo com um modelo científico, encabeçado pela psiquiatria positivista e colidindo assim com os tratados filosóficos até então publicados. Assim, torna mais rigorosa a utilização das entidades nosológicas e visa uma conciliação quanto as bases da anatomia patológica.

É no contexto da disputa existente entre os estudiosos das doenças mentais – que girava em torno da existência ou não de lesão anatômica, podendo assim localizar e tornar concreta a causação de alguns sintomas e conferindo assim um caráter objetivo ao diagnóstico – que o médico vienense, Sigmund Freud se propõe ao estudo e tratamento de uma doença relegada pelos pesquisadores de sua época. Foi a partir do seu estágio de seis meses em Paris com Jean-Martin Charcot que Freud foi despertou a atenção de Freud para a histeria. Assim, um novo campo do saber, distinto do discurso médico, estava prestes a ser inventado às portas do século XX. A psicanálise não seria apenas uma técnica muito particular de tratamento, mas disporia de uma teoria bastante original que iria impactar a moral sexual civilizada, além de considerar a existência de um corpo outro, em contraponto àquele pesquisado nos laboratórios neurológicos.

Ainda no primeiro capítulo, destacamos a trajetória das categorias clínicas oriundas da psiquiatria e assumidas na nosologia freudiana. Em suma, notamos que o percurso segue inicialmente a partir da existência de dois grandes grupos: com a base teórica em torno do conceito de defesa – neuropsicoses de defesa (histeria, neurose obsessiva, paranoia); neurose atuais (neurose de angústia, neurastenia). Em seguida, a partir do ensaio sobre o narcisismo e a teoria da libido – neuroses de transferência (histeria de conversão, histeria de angústia, neurose obsessiva); neuroses narcísicas (paranoia, esquizofrenia, melancolia). Por fim, após a segunda tópica, a nova topologia do aparelho psíquico e a formalização do complexo de Édipo – neurose (histeria, neurose obsessiva); psicose (paranoia, esquizofrenia, melancolia); perversão (fetichismo, voyeurismo, masoquismo e sadismo).

No segundo capítulo, traçamos as diferenças e semelhanças entre os diagnósticos médico e psicanalítico. Ressaltamos que a raiz embrionária da clínica psicanalítica com a psiquiátrica deve corromper a compreensão de que houve uma ruptura efetuada por Freud na construção da psicanálise. Isso deve afastar qualquer entendimento de que a herança trazida

para o seio da teoria freudiana traça uma linha de continuidade, havendo tão somente um acúmulo de saber e retificação de determinados pontos. Freud fundou sua própria clínica através da ordenação de uma nosografia e nosologia próprias à psicanálise, mantendo e ao mesmo tempo subvertendo a relação com a psiquiatria.

Do diálogo profícuo entre esses campos do saber até determinado momento histórico, houve uma ruptura. No lugar da investigação sobre os fenômenos e novas entidades clínicas, a psiquiatria se limitou a pesquisar os efeitos da administração dos medicamentos. Deixou-se de classificar a manifestação fenomênica para se estabelecer o diagnóstico a partir de uma articulação combinatória dos sintomas. A clínica psiquiátrica passa a ser a clínica da resposta dos sujeitos aos psicofármacos. Posteriormente, com o avanço das neurociências e a formalização dos manuais de classificação de doenças, a psiquiatria afastou-se ainda mais da psicanálise com sua evidente opção pela compreensão da máquina neuronal em detrimento da causalidade psíquica, do sujeito do inconsciente e do critério da transferência.

Então, traçamos o momento histórico quando ocorre esse afastamento. Fazemos isso acompanhando as diferentes edições dos manuais de classificação de doenças, principalmente o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) da *American Psychiatric Association* (APA).

Feito esse histórico, demarcamos as particularidades do diagnóstico em psicanálise que, contrariamente ao psiquiátrico, não se baseia nos métodos técnicos que apontam para um transtorno específico de acordo com a aparência de uma constelação sintomática. Tampouco se vale da transposição de um saber geral para a aplicação direta no singular de cada caso. O diagnóstico em psicanálise diz respeito não exatamente uma doença, mas revela uma estrutura clínica, o funcionamento do sujeito, sua forma de se constituir simbolicamente no mundo, que inclui seus modos de gozo, de ser, amar, sofrer e sintomatizar. Se constitui desde o início e atravessa todo o tratamento, permanecendo sob o selo de uma “hipótese diagnóstica” que só poderá ser pensada a partir do laço transferencial; no um a um, no caso a caso.

Além dessas particularidades no estabelecimento da hipótese diagnóstica, a psicanálise não lida com o sintoma da mesma forma que a medicina, mas o convida para a conversa, ao invés de tentar silenciá-lo. Isso porque, do sintoma emergem derivados da verdade, por ser uma formação do inconsciente. Freud nos traz toda uma elaboração decorrente de seus trabalhos clínicos demonstrando que aquilo que constitui o sintoma tem uma dupla face. Ele demonstra que a lógica de constituição do sintoma neurótico exige uma forma de entendimento que extrapola qualquer abordagem a partir daquilo que chamará de sistema consciente. Salienta com isso que o sintoma anuncia a existência de mecanismos psíquicos

que estão relacionados com um modo oculto, estranho e distinto do funcionamento da consciência e dá pistas que nos permite perscrutarmos a lógica própria do inconsciente.

Sendo assim, a análise convoca o sujeito a falar sobre isso que de certa forma é inominável, sendo a partir dessa perspectiva que o analista será tomado como destinatário da mensagem cifrada contida nesse mal-estar. A transformação do sintoma do qual o sujeito se queixa em sintoma analítico é o que torna a análise possível e isso ocorre na medida que a queixa se transforma em demanda endereçada ao analista.

Nesse sentido, não concebemos o diagnóstico como uma mera descrição da correlação entre fenômenos, ou seja, não se trata da profusão de selos imaginários. Consideramos que os fenômenos se constituem numa determinada organização segundo uma ordem que os precede e que os situa na estrutura. Portanto, somente pela via simbólica e sem dela se dissociar, a vertente imaginária do diagnóstico emerge e ganha alguma consistência. Se temos acesso à estrutura pela via do fenômeno, esse modo singular de gozo só ganha uma nomeação a partir da estrutura. Trata-se de um ato de nomeação que não exatamente insere o sujeito num grupo e sim, marca sua própria singularidade.

No terceiro capítulo, retomamos a leitura do Complexo de Édipo feita por Lacan em seu quinto seminário, mas antes abordamos um pouco da história do movimento estruturalista e a influência de seu pensamento no ensino de Lacan. Falamos um pouco, uma a uma, sobre as estruturas clínicas.

No quarto e último capítulo, situamos, inicialmente, a partir da perspectiva estruturalista algumas “categorias alternativas” para tentar dar conta dos quadros clínicos que sustentam uma incerteza diagnóstica. Nesse sentido, falamos sobre o transtorno de personalidade *borderline* que surge no seio da psicanálise inglesa para, em seguida, abordarmos as psicoses ordinárias. Não se trata de uma nova categoria nosográfica, mas de uma ferramenta clínica que pressupõe as formulações decorrentes do último ensino de Lacan, a concepção da topologia dos nós e uma mudança na perspectiva concernente à questão diagnóstica. Finalmente, falamos brevemente da loucura histérica, um tipo clínico que está inserido na lógica da neurose, demonstrando que a loucura – equivocadamente considerada um índice da psicose – não é exclusividade de uma única estrutura clínica.

## 1 UMA ARQUEOLOGIA DA NOSOLOGIA FREUDIANA

### 1.1 A herança da psiquiatria clássica

A fundação do que hoje conhecemos por Psiquiatria Moderna coincide com o momento histórico no qual notamos um esforço por parte de alguns personagens de imprimir um rigor científico aos diagnósticos psicopatológicos. Um dos principais nomes que marcam esse momento é Phillipe Pinel (1745-1826) que se notabilizou pela iniciativa de importar a loucura para o campo médico, por sua tentativa de recolher um saber sobre o que ele chamou de alienação mental e possibilitar algum tratamento para ela.

Pinel nasceu em 20 de abril de 1745, em Saint André, nas colinas de Jonquières, sudoeste da França. Filho de uma família humilde de médicos foi encaminhado para a vida eclesiástica na Faculdade de Teologia de Toulouse onde ingressou em 1767. Porém, suas inclinações para as matemáticas e assuntos relacionados à medicina falaram mais alto e o desviaram de sua vocação religiosa, motivo pelo qual se graduaria médico aos vinte e oito anos nessa mesma Universidade.

Sua aproximação da saúde mental surge tardiamente, primeiro aos quarenta anos, quando um amigo apresentou graves crises psicóticas e, seis anos mais tarde, ao passar a atender numa clínica particular para doentes mentais, na Casa de Saúde Belhomme (PALOMBA, 2005). Esta serviria pouco tempo depois, no período revolucionário, como refúgio para os aristocratas franceses que tentavam fugir do fio da guilhotina e lá se internavam como insensatos. (FOUCAULT, 1961/1978). Pinel esteve em Belhomme nesse tempo até 1792 e somente em agosto do ano seguinte seria nomeado médico-chefe do Hospital de Bicêtre (que desde 1660, passou a fazer parte do Hospital Geral de Paris) onde ocorrerá sua marca biográfica mais relevante.

Em Bicêtre, ele se dedica a distinguir os loucos e os criminosos comuns que se amontoavam pelas celas, muito embora os mais delirantes terem permanecido acorrentados nas alas do subsolo. Esquirol (1838) registra as primeiras libertações de homens que estavam presos a correntes por quarenta anos ininterruptos, desde o místico que dizia ser o próprio Cristo, até o capitão inglês, tido como furioso. Retomando de Hipócrates a concepção de que a doença é uma reação salutar do organismo contra a ação de causas que perturbam seu equilíbrio, Pinel entende que o médico deve se abster de intervir nessa reação orgânica e

assim criar obstáculos para o desenrolar do ciclo natural da doença. Nessa linha, proibiu o uso da sangria, da violência, das vexações inúteis, dos vômitos induzidos e dos purgantes. Por outro lado, adotou o tratamento moral, baseado em diálogos, atividades ocupacionais, considerando o doente como portador de um fundo de razão, através do qual se pode comunicar e produzir modificações. Seu empenho na transformação do hospício num local onde serão oferecidos cuidados médicos é registrado por Foucault (1961/1978) sem a qualificação heroica que a tradição ofertou a Pinel.

O autor explica que, até a segunda metade do século XVIII, a Europa se concentrou naquilo que ele chamará de A Grande Internação: quatro legiões de proscritos da sociedade, figuras indistintas da não-razão, que tendo sido atribuídas dessa forma por uma moral religiosa, foram enclausuradas em instituições asilares. Eram aqueles que extrapolavam o bom uso dos corpos (prostitutas, sodomitas e devassos); os praticantes de magias e feitiçaria, profanadores do sagrado; os libertinos, aqueles que cediam às paixões do coração, se desviando da moral e da razão; e por fim, os loucos que ainda não eram considerados doentes, portanto ainda não tratados como entidades médicas. (LAIA & AGUIAR, 2017)

Foucault (1961/1978) explica que após a Renascença, entre os séculos XVI e XVIII, a loucura foi perdendo gradualmente sua atribuição de fenômeno ligado a um saber místico que fustigava os humanos – bem representado pela figura mitológica dos *grylles*<sup>1</sup>, presente nas imagens artísticas da época –, para ocupar a categoria da não-razão. O marco de virada do processo de dominação da loucura pela razão foi a inauguração do Hospital Geral de Paris em 1656 por Luís XIV. Não obstante o nome da instituição nos remeter a atuações ligadas à saúde, sua finalidade não estava propriamente voltada ao acolhimento de doentes. Ela acumulava as funções de assistência social e casa de custódia, o que caracterizava suas atividades tanto como uma entidade vinculada às forças jurídico/policiais, como num asilo de caridade onde eram abrigados os miseráveis.

A partir da segunda metade do século XVIII a loucura ganharia autonomia e individualidade frente às outras legiões dos proscritos, categorizados por sua não-razão. Repentinamente, a Europa estava repleta de casas que tinham essa mesma natureza, ocupando

---

<sup>1</sup> Figuras humanoides grotescas presentes na arte antiga que reaparecem na época clássica. Em geral são representados por um corpo deformado com cabeça integrada ao tronco ou diretamente conectada aos pés. Na representação da arte de Bosh simbolizam a cólera, o medo, o pecado, a penitência e, finalmente, a desrazão. Na interpretação de Foucault “essas caras grotescas (...) denunciavam o aviltamento do espírito na loucura do pecado. Mas eis que no século XV, o *grylle*, imagem da loucura humana, torna-se uma das figuras privilegiadas das inúmeras Tentações.” (FOUCAULT, 1961/1978, p. 25)

a função social de segregação outrora exercida pelos leprosários da Idade Média, mas agora com critérios mais amplos que autorizavam o enclausuramento. Associavam-se as obrigações morais e as leis civis concentradas numa nova ética do trabalho e numa laicização da caridade organizada pela influência teológica dos reformadores. A miséria “passa de uma experiência religiosa que a santifica para uma concepção moral que a condena” (FOUCAULT, 1961, p. 67). As novas reações diante dos problemas econômicos e do desemprego cancelaram as formas autoritárias de coação adotadas. E esses temas estarão presentes tanto na organização quanto na construção das casas de internamento que se avolumavam na Europa até o século XVIII. O resultado disso é que, pouco tempo depois de sua inauguração, a administração do Hospital Geral de Paris agrupava seis mil pessoas, cerca de 1% da população. A perspectiva de se acabar com a miséria colocando-a fora do circuito social e mantendo, pela via da caridade, a internação da população pobre, se configurou num erro econômico grosseiro.

Em paralelo, as sociedades europeias experimentavam o processo de mudança nas relações comerciais, modos de produção, aumentando, com isso, o número de trabalhadores ociosos e a miséria social. Mascarar artificialmente a pobreza significava alcançar a finalidade oposta a que se propunha a internação em hospitais: ela perpetuaria a indigência e promoveria a restrição da oferta de mão-de-obra. O remédio adotado foi recolocar essa população no circuito da produção, dividindo-a territorialmente entre pontos mais carentes de operários.

Porém, os loucos não figuravam na nova categoria dos “pobres válidos”. Na série de decretos baixados entre 12 e 16 de março de 1790, os loucos, e aqueles que haviam praticado “crimes importantes”, não estavam compreendidos entre aqueles que seriam desencarcerados no prazo de seis semanas a contar publicação de determinado decreto (FOUCAULT, 1961, p. 461). Agora, a loucura estaria cercada pelos muros manicomiais por critérios distintos daqueles adotados no classicismo (entre os séculos XVI e XVIII). Critérios que ainda seriam elaborados e terapêutica ainda a ser desenvolvida. A psiquiatria, concentrada na missão de constituir um saber científico sobre a loucura, nasce do mesmo ato e no mesmo contexto do manicômio.

Foucault consegue dar assim um golpe mortal no ufanismo dos historiadores da medicina que viam no surgimento da psiquiatria, com Pinel e seu humanismo terapêutico, um gesto libertador. Para eles, a psiquiatria teria finalmente possibilitado que a loucura fosse reconhecida e tratada segundo sua verdade, ou seja, sua natureza de doença. O que a *História da loucura* veio revelar de maneira inédita foram as reais dimensões desse gesto libertador, mostrando o caminho histórico através do qual o louco, mesmo livre de grilhões que o confundiam com outras formas da desrazão e, assim, o “desumanizavam”, acabou aprisionado na categoria de doente

mental. (LAIA & AGUIAR, 2017, p. 18)

O movimento de humanização dos hospícios iniciou-se um ano antes da iniciativa de Pinel: William Tuke (1732-1822) foi um filantropo e comerciante de ervas que fundou em 1792 um hospício em York na Inglaterra para oferecer tratamento humanitário aos asilados. O médico florentino Vincenzo Chiarugi (1759–1820) tornou-se diretor do Asilo Bonifácio em 1788 onde aboliu o acorrentamento e a tortura dos internos. Joseph D'Aquin (1733-1815), médico francês que estudou em Turim, na Península Itálica, propôs em 1787 no seu *A filosofia da loucura* um "tratamento moral" para os doentes mentais. Esse último jamais foi citado por Pinel, mas ele reconheceu a influência que os outros dois exerceram em seu gesto considerado humanitário. Porém o prestígio mundial, maior do que de seus predecessores, possivelmente se deu pelo que está além da iniciativa assumida em Bicêtre de desacorrentamento dos loucos e quando nomeado em 1795 diretor no Hospital da Salpêtrière, em Paris.

Pinel estava ligado a um grupo destacado de intelectuais franceses que nortearam seu espírito e marcaram sua tradição ancorada em convicções científicas, filosóficas e políticas. A Escola dos Ideólogos condensava as correntes de pensamento inovadoras do século XVIII e trilhou os princípios metodológicos que balizariam o ideal científico pineliano. Daí a pluridimensional e inovadora forma de ver o paciente, introduzida em Bicêtre, considerando os aspectos físicos, mentais e sociais como um todo. O tratamento moral, por exemplo, advém da influência de Étienne Bonnot de Condillac (1714-1780) e John Locke (1632-1704) com seu sensorialismo. Para ele, o conteúdo da mente depende das percepções e sensações do ambiente. O tratamento consistia, portanto, no isolamento do doente numa instituição especial, retirando-o dos estímulos de suas percepções habituais que geraram a doença, controlando suas condições de vida. Uma disciplina rígida dá a possibilidade – de acordo com a maleabilidade mental pressuposta pelos pensadores citados – de promover um aperfeiçoamento do espírito do alienado.

Para os Ideólogos, o conhecimento advém da observação empírica dos fenômenos e esses deveriam ser agrupados e classificados em função de suas analogias e diferenças, constituindo assim classes, gêneros e espécies. O estudioso, no entanto, não poderia ceder aos enganos de sua própria subjetividade e por isso precisaria evitá-la neste trabalho de análise e síntese.

A partir do empirismo de Condillac, Pinel confiava na observação do fenômeno, mas sem considerar que a mera observação, por não ser cumulativa, lhe daria um estatuto de ciência. Ela deveria se fazer enunciável, passar para a linguagem e converter a clínica numa

língua, tal como Condillac anunciava em seu aforismo: “A Ciência não é mais do que uma língua bem feita.” (BERCHERIE, 1989, p. 32).

Com isso, as categorias discernidas da experiência enfim tomariam um corpo e um nome que lhes dariam vida na ciência. Formava-se assim um sistema próprio para a clínica com linguagem, palavras e sentido objetivos que, ao mesmo tempo, se esquivariam dos conceitos e imprecisões da nomenclatura vulgar e evocariam os fenômenos a que se referem.

Dessa forma, Pinel inaugurou a exploração sistemática de um campo e a ordenação dos fenômenos que o constituíam, legando para a psiquiatria um novo método de exploração e classificação; nasce assim um sistema nosográfico.

Em seu *Tratado*, o autor define a alienação mental como parte das neuroses cerebrais, portanto no campo das doenças orgânicas, das funções superiores do sistema nervoso, sem lesão cerebral representativa, febre ou inflamação estrutural. Ele distingue as neuroses em afecções comatosas e vesânicas. Essas últimas compreendiam a alienação mental (a loucura propriamente dita) e outras doenças que não fazem do sujeito um alienado (hipocondria, sonambulismo e hidrofobia). Pinel se vale do termo “neurose” consolidado pelo escocês William Cullen (1710-1790) que o definia como uma patologia do sistema nervoso, sem febre ou lesão localizada, reunido em quatro ordens de fenômenos: os comas, adinâmias, as afecções espasmódicas sem febre e as vesânicas (mania e melancolia). Cullen publicou em 1769 seu *Synopsis Nosologiae Methodicae* no qual organizou uma classe de afecções gerais inspirado na taxonomia do botânico Carolus Linnaeus (1707-1778) (PEREIRA, 2010).

Bercherie (1989) salienta que a alienação mental não constitui uma classe na nosografia de Pinel, mas uma categoria empírica que se dispersa e nomeia socialmente as quatro espécies de vesânicas discriminadas pelo autor. São elas: a mania, a melancolia, a demência e a idiotia.

A *mania*, além de servir como radical da palavra manicômio, nomeia a manifestação mais acentuada da loucura, uma vez que é descrita por Pinel a partir da presença de delírios generalizados, havendo perda do que ele chamará de “funções de entendimento” (percepção, memória, julgamento, afetividade e imaginação), acompanhada por viva excitação. Mais tarde, o autor irá distinguir uma subvariedade, a “mania sem delírio”, segundo o qual haverá apenas alteração na afetividade e presença de excitação, por vezes violenta. Já na *melancolia* há uma espécie de delírio parcial, pois ele gira em torno apenas de um objeto ou de uma série deles, permanecendo intactas as faculdades mentais, fora desse núcleo delirante. A *demência* e *idiotia* estão ligadas, respectivamente, à supressão moderada e obliteração total das faculdades intelectuais e afetivas.

Para Pinel, a alienação mental era resultado de uma perturbação das funções cerebrais que teria sido provocada por 1) causas físicas: cerebrais (pancada na cabeça, conformação defeituosa do crânio) ou simpáticas (algum órgão afetado repercutiria no cérebro); 2) hereditariedade; 3) causas morais: paixões intensas e excessos de todos os tipos, desde irregularidades de costumes, até uma educação excessivamente branda ou dura. As causas morais eram consideradas as mais comuns na produção da alienação mental, mas se associavam às causas físicas simpáticas, uma vez que as paixões muito intensas e prolongadas (alegria, cólera, medo, tristeza) perturbariam o equilíbrio das vísceras e desorganizariam o funcionamento cerebral. Curiosamente, Pinel une as concepções antigas de Hipócrates, por exemplo, com a noção de que a perturbação cerebral partiria da irradiação oriunda dos primeiros órgãos afetados pelas intensas paixões – estômago e intestinos (para Hipócrates, a melancolia estava relacionada à produção da bile negra) – com as posições doutrinárias materialistas dos Ideólogos. Mas ele não abria mão da defesa da curabilidade da loucura e da rejeição das teorias que a explicavam como resultado de uma lesão material do cérebro. Isso lhe custou o afastamento de alguns de seus seguidores e a oposição teórica crescente, sobretudo com o avanço do movimento anatomopatológico.

Entre os discípulos de Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772 - 1840) se destaca como o mais fiel e ortodoxo. Sua maior contribuição está ligada ao rigor para estabelecer uma metodologia clínica e por progredir a partir da nosologia de seu mestre. Esquirol incluiu categorias como demência senil, demência crônica, separou os conceitos de melancolia em monomania e lipemania, diferenciou mais claramente a idiotia da loucura e discerniu a alucinação como fenômeno distinto da ilusão (PACHECO, 2003).

A geração seguinte a Esquirol promoveu avanços tímidos na sua nosografia, de modo que seu tratado sobre as doenças mentais se manteve como obra relativamente intacta e completa durante toda primeira metade do século XIX. Já a batalha de Pinel quanto à negativa de uma atribuição neuroanatômica para explicar as causas da alienação mental, que fora encampada de certa forma por seu discípulo, gradualmente foi sendo perdida. A frenologia de Franz Joseph Gall (1758-1828) e suas localizações cerebrais influenciou fortemente os alienistas franceses. Antoine Laurent Bayle (1799-1858) é o primeiro a demonstrar anatomicamente uma relação entre lesão e loucura, ao passo que Étienne-Jean Georget (1795-1828) conciliava ambas as concepções com sua tese que compreendia as afecções mentais de maneira dualista (PESSOTI, 2007). Porém o caminho aberto por Bayle não foi suficiente para os alienistas do século XIX basearem toda etiologia da loucura a causas anatômicas o que os obrigou a adotar critérios meramente clínicos para a descrição e classificação das

doenças mentais.

Em paralelo, a escola alemã, a partir daquele que é considerado seu fundador, Wilhelm Griesinger (1817-1868), passa a receber os influxos da revolução pineliana. Se antes tal influência fora blindada pela disputa entre as escolas psiquista e somatista, com Griesinger a tradição clínica herdada de Pinel foi introduzida na psiquiatria alemã, ainda que tenham permanecido presentes certas tonalidades das concepções somatistas. Se a escola francesa deu ênfase aos critérios sindrômicos, a alemã se ocupou mais da etiologia, da patogenia e das características do quadro clínico. Postulava-se que as doenças mentais não são disfunções, mas afecções cerebrais e a nosologia deveria priorizar o critério evolutivo da doença (BERCHERIE, 1989).

Com a proposta de concentrar todas as entidades nosológicas adotadas nas diferentes escolas psiquiátricas da Europa e estabelecendo um marco divisório na tradição pineliana, o alemão Emil Kraepelin (1856-1926) elaborou seu *Compêndio de Psiquiatria* em 1883, em que reuniu um sistema único de classificação, organizado de acordo com um modelo científico, encabeçado pela psiquiatria positivista e colidindo assim com os tratados filosóficos até então publicados. Ele torna mais rigorosa a utilização das entidades nosológicas e visa uma conciliação quanto as bases da anatomia patológica. As causas orgânicas passaram a ser compreendidas como estados de intoxicação cerebral que não necessariamente implicavam em lesões estruturais no sistema nervoso, além da hereditariedade. (RESENDE, 2014)

Inicialmente, seu *Compêndio* contava com trezentas e oitenta páginas, mas conheceu ao longo de 30 anos, oito edições que as transformaram num volumoso tratado com duas mil e quinhentas páginas (BERCHERIE, 1989). O trabalho de Kraepelin se baseou na classificação de doenças mentais de acordo com pressupostos médicos, ainda que houvesse a limitação evidente para correlacionar as categorias descritas e nomeadas a lesões cerebrais específicas. Para ele, a psiquiatria lida com entidades mórbidas inscritas no campo das ciências naturais. Utilizou a metodologia da observação e descrição minuciosa dos fenômenos clínicos distribuindo em entidades diagnósticas descritas como unidades mórbidas isoladas e delimitadas em oposição às demais. Assim, buscou organizar e demarcar as entidades nosológicas em grandes grupos, configurando seu tratado como um projeto categorial.

Mesmo aderindo ao organicismo, Kraepelin admite que tanto o diagnóstico como o tratamento devem se basear no quadro sintomático que é resultado de um mal funcionamento das atividades cerebrais. Também por ser discípulo do fundador da Psicologia Experimental, Wilhelm Maximilian Wundt (1832-1920), ele não deixa de reconhecer os distúrbios como

“processos psíquicos” registrando alguns quadros por seus aspectos psicológicos e comportamentais, mesmo que a eles atribua um comprometimento cerebral definido ou a ser descoberto (PESSOTTI, 1997).

A marca desse trabalho repercute ainda hoje, pois é considerado o precursor da psicofarmacologia e genética psiquiátrica, mas sobretudo, o fundador da nosografia moderna sobre a qual repousarão os sistemas de classificação de doenças DSM e CID.

## **1.2- A psicopatologia freudiana e o diálogo com a psiquiatria**

Feita essa introdução em formato de breve resumo sobre os passos iniciais das nosografias e tentativas de tratamento para o sofrimento mental, falemos agora sobre o encontro entre o saber psiquiátrico com um campo que estaria prestes a se formar no período de virada entre os séculos XIX e XX.

Vimos que desde Pinel a disputa existente entre os estudiosos das doenças mentais girava em torno da existência ou não de lesão anatômica que poderia localizar e tornar concreta a causação de alguns sintomas conferindo assim um caráter objetivo ao diagnóstico. A anatomia patológica representaria então o passaporte de acesso da medicina ao campo das ciências exatas. Porém, a constatação da inexistência desse referencial orgânico se encarregou de minar pouco a pouco essa investigação em relação a determinados fenômenos. Assim, formaram-se dois grandes grupos de doenças: aquelas com sintomatologia regular – que poderiam se relacionar a lesões anatômicas reconhecidas e categorizadas – e as que não apresentavam a mesma regularidade na sua manifestação sintomática, sem haver também uma correlação entre lesão e as perturbações observadas clinicamente (GARCIA-ROZA, 1983). Foi convencionado chamar essas últimas de neurose, termo cunhado em 1769 por Cullen, que inicialmente integrou os quadros de alienação mental, mas com o passar dos anos se destacou como uma categoria distinta (MALEVAL, 1981).

Um dos expoentes que contrariou essa organização do final do século XIX foi o médico neurologista Jean-Martin Charcot (1825-1893). Para ele, a despeito da histeria se situar no campo das neuroses (por não ser possível associar seus sinais clínicos a um referencial anatômico), considerava se tratar de uma afecção nervosa com sintomatologia bem definida e obedecendo a regras precisas, fornecendo, portanto, uma descrição completa de seus fenômenos e demonstrando que eles tinham suas próprias leis e regularidades (FREUD,

1893). Passou então, a buscar formas de promover intervenções pouco comuns para demonstrar sua tese a respeito da histeria. Entre essas intervenções, a hipnose é a mais famosa. Seu uso por Charcot como método de pesquisa abriu caminhos para que outros fizessem da hipnose uma ferramenta clínica, mesmo que no fim de sua vida o próprio Charcot tenha renegado essa finalidade. Não à toa, fora alvo de tantas críticas nesse período, pois concentrava sobre ele tanto a desconfiança em relação ao seu principal método (associado à charlatanice e ao misticismo), quanto a rejeição ao objeto privilegiado de suas pesquisas, a histeria (via de regra, atribuído à teatralização).

Não obstante todas essas controvérsias, Charcot mantinha grande respeito no seio da comunidade médica, motivo pelo qual fora catedrático do Hospital da Salpêtrière, onde assumiu por cinco anos a chefia do setor inaugurado pelo festejado Philippe Pinel. Seu prestígio internacional também alcançava os leigos e atravessava os oceanos, o que foi determinante para que a comitiva imperial brasileira incluísse no roteiro de viagem à Europa, em 1876, sua passagem pela cidade belga de Bruxelas onde a condessa de Barral os recepcionaria e intermediaria o encontro entre a Imperatriz D. Teresa Cristina<sup>2</sup> e o médico. À convalescente, Charcot prescreveu uma cura de águas termais na famosa estação de Gastein, na Áustria. Desse contato nasceria uma amizade entre D. Pedro II e Charcot que também passou a ser seu médico entre 1887 até o leito de morte em 1891 (ASSUMPÇÃO, 2014).

Já como imperador deposto do Brasil e morador da cidade de Paris a partir de novembro de 1889, D. Pedro II recebeu do amigo o encaminhamento de um profissional para o tratamento dos sofrimentos mentais apresentados por seu neto preferido, Pedro Augusto de Saxe-Coburgo e Bragança (1866-1934). Com a queda do Império e a proclamação da República dos Estados Unidos do Brasil, Pedro Augusto passou a sofrer recaídas cada vez mais drásticas ao sabor das notícias oriundas do além-mar, sustentando desde sempre a expectativa de ter o trono restituído à sua família e a esperança de que a sucessão dinástica lhe alcançasse. As tentativas bizarras de insurreição contra o novo regime e os graves delírios persecutórios com ideação suicida levaram o príncipe herdeiro à internação num sanatório em Tülln, próximo à Viena. O tratamento era excessivamente sofrido com injeções de óleo canforado e eletrochoque. Mas o diagnóstico e o prognóstico atribuídos pelos médicos foram contrariados por um jovem neurologista que não reconhecia sinais de monomania em Pedro Augusto, ofertando a ele uma outra terapêutica que despertou otimismo na família e atraiu

---

<sup>2</sup> REZUTTI (2019) conta que a então Imperatriz brasileira sofria de sérios problemas de saúde sem, no entanto, ter um diagnóstico definido. Isso foi determinante para que D. Pedro II decidisse realizar uma das poucas viagens que fez ao Velho Mundo. Embora as consultas com Charcot fossem cobradas por altíssimo valor, não houve melhora significativa no quadro da convalescente. Hoje, sabe-se que D. Teresa Cristina era cardíaca.

para si o apreço dos Bragança (DEL PRIORE, 2006). Charcot foi o responsável pela indicação do jovem médico de quem fora supervisor num estágio de neurologia na Salpêtrière entre outubro de 1885 e fevereiro de 1886. Tratava-se de Sigmund Freud (1856-1939).

Nesse período em que esteve com Charcot, Freud foi despertado para uma atividade que poderia lhe gerar alguma renda e que se alocaria no escopo de suas inclinações como pesquisador. Sua carreira iniciada após a conclusão do curso de medicina em 1883 enfim tomaria algum contorno. Até a conquista da bolsa para o estágio na Salpêtrière, o jovem austríaco era um estudioso no campo da histologia e pouco afeito às atividades propriamente médicas. Mesmo quando atendeu no Hospital Geral de Viena, dedicou-se à pesquisa procurando destacar-se a partir de alguma inovação. Foi onde experimentou os efeitos analgésicos e revigorantes da cocaína como método de tratamento. Dessas experiências, duas passagens dolorosas marcam a biografia de Freud. A primeira, quando receitou a um amigo o uso da substância no lugar da morfina o que lhe agravou o quadro doentio, agora com a adição do vício, e fazendo dessa prescrição motivo de profundo arrependimento devidamente registrado por Jones (1961). A segunda passagem diz respeito a uma patente que lhe escorreu entre os dedos. Freud (1925[1924]) conta que deu algumas coordenadas a um oftalmologista próximo para que este investigasse um pouco mais sobre os efeitos da cocaína no tratamento dos olhos. No entanto, outro amigo captou tal indicação e promoveu-se nos EUA pela descoberta sem dar o devido crédito ao autor original da ideia. Ainda assim, Freud contrastava seu entusiasmo pela potencial utilidade da cocaína com o ceticismo de alguns colegas mais experientes, entre eles o respeitado Joseph Breuer (1842-1925). Mas neste momento, primava a urgência de conseguir o sustento necessário para se casar com a noiva Martha Bernays (1861-1951) e isso só foi possível após seu retorno de Paris (JORGE & FERREIRA, 2010). O ânimo resolutivo para abrir seu próprio consultório na *Rathausstrasse* <sup>73</sup> não foi a única bagagem trazida de volta à Viena.

Na França, Freud participou das Conferências das terças-feiras realizadas por seu mestre Charcot que utilizava a hipnose no intuito de reproduzir artificialmente as paralisias histéricas tentando diferenciá-las das orgânicas. Com isso argumentou que esse tipo particular de paralisia era resultado de “ideias que tinham dominado o cérebro do paciente em momentos de disposição especial” (FREUD, 1893, p. 31). Num só golpe, Charcot recuperou a histeria para o campo médico, por considerá-la como mais um tópico da neuropatologia – com sintomas funcionando de acordo com uma lógica própria e afastados da hipótese corriqueira

---

<sup>3</sup> Freud só viria a se estabelecer no famoso endereço da *Berggasse* 19 em 8 de setembro de 1891, conforme conta numa correspondência de 17 de agosto do mesmo ano (MASSON, 1986, p. 29)

da simulação – e, ao mesmo tempo, introduz a hipnose como uma ferramenta de pesquisa. Hipnose que até ali ainda se esquivava da má fama oriunda de sua raiz embrionária vinculada ao que costumou-se chamar de mesmerismo.

Por volta de cem anos antes, Franz Anton Mesmer (1734-1815), médico nascido no sul do que hoje é considerado território alemão, ganhou notabilidade nos diversos segmentos sociais da Europa do século XVIII. Com seu magnetismo animal foi capaz de curar males de forma intrigante valendo-se do uso de imãs. De nobres a populares, da cegueira à surdez e até paralisias, os desafios colocados frente à nova terapêutica eram superados um a um, o que gerou grande notoriedade e riqueza ao seu inventor. Ele chegou a ser mencionado em duas óperas pelo aclamado compositor Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791) de quem era amigo da família, assim como Christoph Gluck (1714-1787) e Joseph Haydn (1732-1809). Porém, não desfrutou da mesma simpatia dos médicos de sua época que influenciaram o Rei Luís XVI a instalar a Comissão da Sociedade Real de Medicina e da Academia de Ciências, em 1784, para julgar seus métodos (ELLENBERGER, 1994).

Integrada pelo famoso químico francês Antoine-Laurent Lavoisier (1743-1794), pelo médico e inventor da guilhotina Joseph-Ignace Guillotin (1738-1814) e pelo cientista e político americano Benjamin Franklin (1706-1790), a comissão de notáveis gerou um relatório negando a existência do magnetismo animal, mas abrindo margem ao que meio século depois se tornou o âmago daquilo que o inglês James Braid (1795-1860) chamou de hipnotismo. Ao atribuir as curas efetuadas por Mesmer não ao fluido magnético, mas ao efeito da imaginação dos pacientes, o relatório apontou, sem que se dessem conta, justamente para o poder da sugestão no tratamento das doenças. Com essa percepção e efetuando uma reformulação da tese do magnetismo animal, a técnica da hipnose foi constituída por Braid e utilizada basicamente para produzir anestesia até a introdução do éter para essa mesma finalidade em 1846. Mesmer caiu em descrédito, ruiu na sua fortuna e teve o nome associado ao charlatanismo (JORGE, 2017).

Somente com o prestígio dedicado a Charcot pôde-se trazer à luz no meio científico a relegada histeria e fez com que a hipnose resistisse à desconfiança. Mais do que isso, despertou em seu jovem aluno o desafio de empreender uma teoria e tratamento em torno das neuroses. Freud novamente caminharia na contramão do fluxo dos investimentos de seus pares, olhando para onde não se olhava e apostando naquilo que era preterido das atenções, na mesma linha do que fez anos antes ao estudar e receitar a cocaína. Porém dessa vez, com mais experiência e com o rigor clínico aprendido com o mestre francês, um novo campo do saber, distinto do discurso médico, estava prestes a ser inventado às portas do século XX. A

psicanálise não seria apenas uma técnica muito particular de tratamento, mas disporia de uma teoria bastante original que iria impactar a moral sexual civilizada, além de considerar a existência de um corpo outro, em contraponto àquele pesquisado nos laboratórios neurológicos.

Sobre a base de sua teoria, Freud (1914a) comenta a respeito de três passagens que ganharam nova e poderosa significação somente *à posteriori*. Do tempo assim chamado pré-psicanalítico, anterior à publicação em 1900 da *Interpretação dos Sonhos*, o autor destaca grandes ensinamentos dados por colegas importantes, ainda que a ciência desse conhecimento não fosse reconhecida pelos próprios emissores. O ginecologista Rudolf Chrobak (1843-1910), certa vez, contando sobre uma paciente que fora atendida por Freud com sério quadro de crises de angústia, atribui a esses fenômenos o fato da mulher, embora casada há dezoito anos, ser *virgo intacta* devido a impotência do marido. Em tom jocoso, anuncia a “prescrição”: “*Penis normalis, dosim repetatur!*” (Pênis normal em doses repetidas) (Freud, 1914a, p. 24).

Ainda no período de residente, Freud caminhava pela cidade com o amigo Breuer, quando o marido de uma paciente doente dos nervos o abordou para confidenciar algo. À distância, mas com o ouvido atento, o jovem médico ouviu parte do breve diálogo que ao findar foi resumido com uma instrução do veterano: “Estas coisas são sempre segredos de alcova” (*Ibid*, p. 23).

Finalmente, durante sua estada em Paris, numa recepção na mansão de Charcot no *Boulevard Saint-Germain*, hoje transformada na *Maison de l'Amérique Latine* (JORGE & FERREIRA, 2010), ouviu de seu mestre a história de uma conversa com o marido de uma paciente. Também se tratava de um caso de impotência do homem e doença grave da mulher. Charcot o estimulava “continue tentando! Você será bem-sucedido”. O marido se espantou com a recomendação do médico sem acreditar que os males de saúde da esposa poderiam ter relação com essa temática. Então, Charcot conclui: “Mas nesses casos a coisa é sempre genital, sempre... sempre... sempre.” (Freud, 1914a, p. 24).

O grande ensinamento que só um psicanalista poderia depreender dessas três passagens está nas entrelinhas do discurso, no saber oculto dos personagens. Foi o que direcionou a atenção de Freud para algo presente nos comentários citados, embasando a originalidade de sua teoria prestes a ser gestada: a causa da histeria está na sexualidade. No entanto, esse fator não estará nos escritos freudianos até, mas uma vez inserido, mesmo que isso viesse a provocar o descenso com figuras respeitadas pelo autor, não haverá nunca mais de ser excluído de sua obra.

### 1.3- Uma genealogia das categorias freudianas

Charcot utilizou a hipnose e algumas substâncias químicas ministradas por seus assistentes para provocar artificialmente as crises histéricas durante suas aulas lecionadas na Salpêtrière. Se por um lado essas apresentações clínicas demonstravam a existência de uma regularidade dos sintomas histéricos, por outro, evidenciavam que a histeria se encontra fora do território da neurologia. Para contornar essa evidência, Charcot vai considerar a hereditariedade como causa única da histeria, decorrente de uma degeneração e, portanto, membro da “*famille névropathique*”<sup>4</sup> (FREUD, 1893, p. 32). Os eventos desencadeadores das crises estariam sob o guarda-chuva dos “*agents provocateurs*”<sup>5</sup>, entre eles a hipnose. Mais precisamente, Charcot considerava que o trauma envolvido na categoria designada por ele, histeria traumática, era resultado de uma espécie de auto hipnose sem que o sujeito tivesse consciência dessa operação. O que o grande mestre produzia nas consultas públicas das terças-feiras era basicamente uma reação similar, mas a partir de uma ordem, dessa vez, não do próprio paciente, mas agora do hipnotizador externo. O estado hipnótico que o médico provocava temporariamente era o mesmo que o sujeito produzia de forma permanente, sem saber.

Se a disposição de Charcot no sentido de “considerar as neuroses provenientes de trauma, como seria o caso da histeria, encontrou decidida oposição por parte de autoridades alemãs”, (FREUD, 1883[1956], p. 44) ela também permitiu a Freud elaborar sua própria concepção anos mais. Ao isolar o conceito de trauma na mente e desenvolver uma teoria sobre ele, Charcot abriu caminho para que Freud entendesse que aqueles fenômenos não se situavam no campo neuroanatômico. Impôs-se para o jovem médico a condição de ouvir as narrativas dos pacientes reconstituindo o momento traumático ao qual as crises estão vinculadas.

Em seu Estudo autobiográfico, Freud (1924[1925]) cita que desde seu retorno de Paris, na primavera de 1886, utilizou a hipnose no tratamento de pacientes. Ele registra suas primeiras impressões dessa experiência numa carta enviada ao seu grande interlocutor,

---

<sup>4</sup> Numa tradução livre da expressão mencionada por Charcot, a qual é preservada em francês no texto de Freud: “Família das patologias nervosas”

<sup>5</sup> Idem, “agentes provocadores” ou “precipitantes”

Wilhelm Fliess (1858-1958), datada de 28 de dezembro de 1887, onde resume brevemente ter auferido “toda espécie de sucessos pequeninos, porém dignos de nota” (MASSON, 1986, p. 17). No entanto, somente em 1888, fará a primeira menção pública sobre essa técnica como método de trabalho clínico, num artigo encaminhado para a Enciclopédia Villaret. Nele, Freud descreverá o uso da hipnose como uma das formas de tratamento da histeria. A outra forma, remonta em parte a terapêutica introduzida por Pinel (BERCHEIRE, 1989): o paciente deveria ser retirado de seu círculo familiar e internado num sanatório, pois os parentes representam maior resistência à cura do que o próprio doente, além de o ambiente doméstico ser provavelmente o principal deflagrador das crises. Após quatro ou oito semanas, serão acrescentadas a prática da hidroterapia e ginástica, consistindo num tratamento que “tem extraordinário valor na histeria, como a feliz combinação de *traitement moral*” (FREUD, 1888, p. 97). Ao citar a hipnose neste artigo, Freud credits a Breuer a originalidade dessa técnica como método de tratamento. Freud (1924[1923]) conta em sua Breve Descrição da Psicanálise que em 1881, ainda como estudante de medicina, ouvira de seu amigo o relato de uma experiência clínica realizada com o uso do transe para facilitar a rememoração da ocasião psíquica que originou o distúrbio. O caso durou dois anos e Breuer operava dessa forma, compelindo a paciente a reviver os intensos afetos que surgiram naquele processo, o que provocava nela um alívio chamado ab-reação, isto é, liberação da carga de afeto.

Freud utilizará o método catártico (*kátharsis* = purgação) de Breuer, porém, sob a influência de Hippolyte Bernheim (1840-1910) com quem esteve brevemente em 1889, acrescentará por pouco tempo a sugestão que visava forçar através de ordens a eliminação do conteúdo traumático rememorado. A parceria com seu amigo renderá a publicação em 1895 dos *Estudos sobre a histeria* onde apresentará a noção de defesa.

Em “Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar” (BREUER & FREUD, 1893) os autores prenunciam que há um mecanismo de defesa presente na etiologia da histeria. Freud (1894) utilizará este termo um ano depois de forma independente em seu texto “As neuropsicoses de defesa”. Nele, também é possível reconhecer em gérmen as categorias diagnósticas que irão marcar a nosologia propriamente freudiana. Algumas concepções descritas nesse artigo vão se desdobrar em conceitos fundamentais ao longo de sua obra. Por exemplo, o recalçamento será decorrente da inovação apresentada em 1894. E foi ao retornar a essas primeiras formulações sobre o mecanismo de defesa que Lacan estabeleceu no início de seu ensino a relação dessas com aquilo que chamará de estruturas clínicas.

Freud anuncia no artigo citado uma contribuição, quiçá uma modificação, à teoria da

histeria formulada conjuntamente com Breuer, e o faz se baseando na extensão de suas reflexões a partir do estudo detalhado de inúmeros pacientes com quadro de fobias e obsessões. Ele utiliza pela primeira vez este último termo valendo-se da expressão alemã que fora traduzida pelo próprio autor num artigo originalmente escrito em francês por *obsession* (“Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia” (1895[1894]a). Podemos importar para nossa língua o substantivo cognato no lugar da tradução literal “ideias (ou representações) obsessivas”. *Zwangsvorstellung* foi introduzida inicialmente por Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) e dele também é a designação neuropsicose que, segundo Andersson (2000), será emprestada a Freud para intitular seu trabalho de 1894<sup>6</sup>.

Krafft-Ebing era professor da Universidade de Viena, foi contemporâneo e estabeleceu diálogos teóricos com Freud. Dele partiu a indicação para que o colega ascendesse do posto de Professor Conferencista daquela Universidade para Professor-Adjunto. Essa expectativa era existente desde seu retorno do estágio com Charcot em Paris e posta à prova somente onze anos depois. Freud relata tal episódio em cartas a Fliess de 8 de fevereiro e 25 de maio de 1897. Nesta última, refere-se em tom jocoso que um dos requisitos para concorrer à vaga já estava pronto, o *Resumo de Obras Científicas de Docente*. Este seria o seu “Catálogo de Todas as Belezas” (MASSON, 1986, p. 246), numa alusão à ária da ópera *Don Giovanni* de Mozart em que Leporello apresenta um catálogo das conquistas femininas do personagem que dá nome à ópera. Devido a um forte antissemitismo encrostado na cultura, Freud só viria a ascender de cargo em 1902.

Inicialmente, Krafft-Ebing considera que o grupo das psiconeuroses integra “uma classe de loucuras adquiridas não degenerativas” (BERCHERIE, 1989, p. 138) em contraponto à “degeneração psíquica” que são distúrbios emergentes em pessoas com comprometimento cerebral. Posteriormente, de forma inconsistente, o autor falará em “neuropsicoses” para designar quadros mais brandos sem tara hereditária, atrofia degenerativa e cujos aspectos psicológicos prevaleciam.

Os dois termos, “psiconeurose” e “neuropsicose” não constam como tendo sido usados com frequência por outros psiquiatras ou neurologistas. É por isso que me parece presumível que o termo “neuropsicose” tenha sido descoberto nos escritos de Krafft-Ebing, e de lá aproveitado para o trabalho do próprio Freud. Devemos notar também que as ideias etiológicas de Krafft-Ebing quanto às “psiconeuroses” correspondiam de perto àquelas formuladas por Freud em 1894(...) (ANDERSSON, 2000, p. 202)

---

<sup>6</sup> Freud (1896a) posteriormente usará o termo “psiconeurose”, também de Krafft-Ebing, para designar o “primeiro grupo das grandes neuroses”, histeria e neurose obsessiva, em contraponto ao segundo grupo, composto pela neurastenia propriamente dita e neurose de angústia.

Freud (1894) propõe que as “neuropsicoses de defesa” (*Abwehr-Neuropsychosen*) são compostas pela histeria, fobia, obsessão e certas psicoses, evidenciando em torno dessa categoria o aspecto central da defesa, descoberto a partir das observações clínicas dos casos de histeria. Sobre essa, distingue três tipos: a hipnoide, a de retenção e a de defesa que será o protótipo da categoria enunciada no título do trabalho de 1894.

Na revisão desse tema, Jorge (2017) salienta que Freud reconhece os estados hipnoides (propostos por Breuer) como algo jamais encontrado em sua clínica. Ele colocará de lado esse tipo, igualmente com o que faz com a histeria de retenção, sobre a qual assevera haver em sua base um elemento de defesa. A partir de um determinado ponto em seu texto, Freud (1894) passará a utilizar apenas “histeria” sem a preocupação distinguir o tipo específico.

Referindo-se a esse texto, Lacan (1955-56/1988) foi muito preciso ao destacar que Freud, quando propôs sua histeria de defesa, se empenhava numa “primeira tentativa de fazer uma nosografia propriamente psicanalítica” (ibid, p.125). Posteriormente, sinaliza que os outros tipos de histeria, postos à margem nas suas elaborações, funcionam como “pedras de espera” no texto freudiano onde há “alguma coisa a contar, mas que não é contado em parte alguma” (ibid, p. 126). Somam-se a essas indicações no seminário de 25 de janeiro de 1956, uma terceira, de extrema importância para nossa revisão da evolução da nosologia freudiana e que só um arguto leitor de sua obra pode nos advertir quanto ao acabamento das terminologias e categorias propostas:

É preciso compreender bem o que se faz quando se classifica. Vocês começam por contar o número do que se apresenta aparentemente como os órgãos coloridos de uma flor, e que chamam de pétalas. É sempre a mesma coisa, uma flor apresenta um certo número de unidades que se podem contar, é uma botânica inteiramente primitiva. Aprofundando, vocês percebem algumas vezes que essas pétalas do ignorante não são pétalas de modo algum, são sépalas, e isso não tem a mesma função. Do mesmo modo, no que nos concerne, os diversos registros, anatômico, genético, embriológico, fisiológico, funcional, podem ser tomados em consideração, e se sobrepossem. Para que a classificação seja significativa, é preciso que ela seja natural. Esse natural, como vamos procurá-lo? (LACAN, 1955-56, p. 125)

É comum a todos os tipos das “neuropsicoses de defesa”, o mecanismo que atua frente à irrupção de uma representação incompatível na vida ideativa do sujeito e que suscita um afeto demasiadamente aflitivo. Isso faz com que o Eu (neste momento, assemelhado à consciência) produza uma autodefesa, por confiar em sua impossibilidade de resolver tal contradição – entre ele próprio e a ideia incompatível. Até aqui são iguais os processos na histeria, nas fobias e obsessões. O que vai variar daí por diante será o modo de defesa de cada um.

Na histeria, a operação consiste em tornar inócua a representação incompatível,

transferindo para o corpo a soma de excitação, processo que o autor chamará de “conversão”. Nas obsessões, a representação incompatível com o Eu é dissociada do afeto, esse permanece na esfera psíquica e a representação, agora enfraquecida, se ligará a outras representações que não lhe sejam incompatíveis. Nas fobias, ocorre algo semelhante, mas a representação será ligada ao objeto fóbico.

Ao divagar sobre a natureza das ideias incompatíveis relativas a esses dois últimos tipos, Freud (1894) afirma que, via de regra, o afeto aflitivo tem origem na vida sexual do sujeito, mas nesse momento, ainda não atribui esse fator como raiz explicativa para as crises históricas. Isso só ocorre e ficará registrado privadamente numa carta a Fliess de 21 de maio de 1894, quatro meses depois da publicação do texto sobre o qual mencionamos: “em todas as situações em que se adquirem neuroses, isso acontece em decorrência de perturbações sexuais” (MASSON, 1986, p.74). Era o que o fazia se sentir sozinho nessa elucidação e “encarado como uma espécie de monomaniaco, embora tenha a nítida sensação de haver tocado num dos grandes segredos da natureza.” (MASSON, 1986, p.74).

Publicamente, Freud vai estender essa compreensão a todas as neuroses (incluindo a histeria) em dois artigos publicados com uma diferença de seis semanas entre eles, ainda que tenham sido remetidos ao editor no mesmo dia, 7 de fevereiro de 1896. “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” (1896a) escrito originalmente em francês e “Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa” (1896b), com texto em alemão. Precisamente, será nesse último ensaio onde o autor vai considerar pela primeira vez que os mecanismos de defesa, apresentados inicialmente em 1894, têm relação com uma experiência sexual de caráter traumático.

Há um quarto tipo de “neuropsicoses de defesa” muito mais poderoso e bem-sucedido que opera de forma distinta da histeria, das obsessões e da fobia. É o que Freud (1894) ora chama de “confusões alucinatórias”, ora de “psicose”. Nesse caso, diferentemente dos outros tipos, o Eu não separa a representação incompatível de seu afeto, dando a essa representação enfraquecida e isolada um dos possíveis escoamentos (corpo ou outras representações desimportantes). “O Eu rejeita [foraclui] (*werwefen*), a ideia incompatível juntamente com seu afeto e comporta-se como se a ideia jamais lhe tivesse ocorrido” (FREUD, 1894, p. 71). Ele segue com um exemplo de uma paciente no qual demonstra a ineficácia do Eu efetuar uma conversão, recorrendo então à fuga de ideias da psicose. A ideia incompatível liga-se a um fragmento da realidade, fazendo com que o Eu também se destaque da realidade, parcial ou inteiramente.

Anteriormente, ao citar o exemplo de uma mulher que sofria de auto recriminações,

Freud (1894) improvisa uma terminologia, *Überwältigungspsychose* (psicose de esmagamento), que funciona muito mais para destacar sua dificuldade diagnóstica, por vezes instalada entre as ideias obsessivas e a confusão alucinatória. Este é o ponto em que Jorge (2017a) ressalta tratar-se de “um dos momentos em que se lê na obra freudiana a ideia de uma possível continuidade entre neurose e psicose” (*ibid.*, p. 21).

Ainda nessa sequência de rascunhos, cartas e artigos do período pré-psicanalítico, temos um Freud tentando formalizar categorias nosológicas dentro de um sistema que estava em processo de elaboração e que pressupunha conceitos e noções como inconsciente, recalque, pulsão, sexualidade infantil, entre outros. Nessa empreitada, recolherá de seus pares o que já havia sido descrito e avança a partir desses trabalhos, com exceção quando se disse obrigado a começar determinado escrito propondo uma inovação nosográfica por achar razoável “justapor à histeria a neurose obsessiva (*Zwangsneurose*) como uma perturbação autossuficiente e independente” (FREUD, 1896a, p. 168). Nesse mesmo artigo, sugere a distinção entre quatro categorias que compõem dois grupos das grandes neuroses. O primeiro é o das psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva) e o segundo, das neurastenias (neurastenia propriamente dita e neurose de angústia). Posteriormente, em “O mecanismo psíquico do esquecimento” (1898b), Freud vai acrescentar a paranoia ao primeiro grupo, tal como havia proposto em 1894 sob a insígnia das “neuropsicoses de defesa”, mas agora, sem incluir com as fobias. Note-se que estas desaparecem como entidades clínicas próprias e praticamente são aglutinadas a outras neuroses, sendo consideradas como a manifestação de um quadro.

Torna-se difícil desenhar claramente a organização da nosografia freudiana nesse primeiro momento no qual o autor ainda tateava com o estabelecimento das bases de sua teoria. O maior sintoma disso é que as terminologias sugeridas ainda vagam de um grupo a outro, ou mesmo são fagocitadas pela abrangência que uma determinada categoria vai ganhando. É o que ocorre com a neurastenia, a neurose de angústia e a fobia. A partir de “A sexualidade na etiologia das neuroses” Freud (1898a) vai agrupar estes dois primeiros tipos em torno do que chamará de “neuroses atuais”. É possível acompanhar suas rumações a respeito delas desde 1892, nos fragmentos de seus manuscritos, como no chamado rascunho A, no qual se pergunta se a angústia das neuroses de angústia é derivada “da inibição da função sexual ou da angústia ligada à etiologia delas” (MASSON, 1986, p. 37). No mesmo ensaio advoga não existir nenhuma neurastenia ou neurose análoga sem distúrbio da função sexual.

A neurastenia é uma afecção identificada pelo médico americano George Beard (1839-

1883) que compreende o quadro clínico centrado numa fadiga física de origem neuronal, com os mais diversos sintomas (LAPLANCHE & PONTALIS, 1967). Freud será um dos primeiros a recolher essa categoria, situando-a no grupo das neuroses e, não obstante a enorme extensão de suas formas de manifestação, propõe destacá-la como uma neurose autônoma. Com a mesma base etiológica da neurose de angústia – a saber, o acúmulo de excitação sexual, incapaz de achar descarga no campo psíquico, escoada diretamente no corpo, sem mediação do aparelho mental –, ambas terão como efeito desencadeador uma satisfação a menos da libido sexual. Na neurose de angústia, o fator precipitante será a ausência da descarga de excitação. Na neurastenia haverá um apaziguamento inadequado desta. Seja pelo represamento libidinal, coito interrompido, ou total abstinência – neurose de angústia –, seja pela masturbação excessiva ou numerosa poluição noturna – neurastenia –, a descarga inadequada achará diretamente as vias somáticas e vai variar do caminho próprio de formação de sintomas psiconeuróticos que passam pela linguagem numa relação substitutiva de satisfação (deslocamento e condensação). Restam vazias de sentido as crises de angústia, dores crônicas, fraqueza muscular, doenças epidérmicas, todas sem uma disfunção anatômica identificável ou intoxicação por substância que as explique.

Nesse momento da obra, essa será a principal diferença entre as psiconeuroses e os outros dois tipos. Posteriormente, quando nomeadas “neuroses atuais” em 1898, haverá uma outra forma de distinção: a raiz de onde partem os conflitos das neuroses atuais encontra-se no tempo presente (por isso, “atuais”) em contraposição às psiconeuroses que terão suas origens nos conflitos infantis.

No ensaio sobre o narcisismo, Freud (1914c) vai propor a hipocondria como um terceiro tipo de neurose atual<sup>7</sup>. Essa aproximação é feita de forma vaga em 1911 numa nota de rodapé inserida no texto sobre o relato autobiográfico do Presidente Schreber e reafirmado em “Contribuições a um debate sobre a masturbação” (FREUD, 1912). Já na conferência XXIV (“O estado neurótico comum”), o autor vai sugerir pela terceira vez a hipocondria como integrante das neuroses de angústia, ainda que admita ser uma assertiva não isenta de contradições. Nesta comunicação oral, ele nos dá a entender que as neuroses atuais funcionam como uma espécie de antessala, um subtipo clínico das psiconeuroses<sup>8</sup>, ou no caso da

---

<sup>7</sup> Esse termo é traduzido por “neurose real” na edição da Imago apenas no artigo sobre o narcisismo, diferentemente da tradução do mesmo trecho feita pelas outras edições consultadas de língua latina: a argentina Amorrortu e a brasileira da editora Cia das Letras

<sup>8</sup> Algo nessa direção também pode ser constatado no artigo citado, em que Freud (1912) se refere às neuroses de angústia como “o núcleo do sintoma psiconeurótico – o grão de areia no centro da pérola” (p. 313)

hipocondria, o núcleo e o primeiro estágio da parafrenia (demência precoce e paranoia)<sup>9</sup>. Não desprezando o fato de haver no referido texto a menção de que ocasionalmente os três tipos “ocorrem em sua forma pura; porém, mais frequentemente, estão mescladas umas com as outras e com algum distúrbio psiconeurótico” (FREUD, 1916-17 p. 454)”. Em 1925, lançando um olhar retrospectivo, Freud (1925[1924], p. 39) lamenta não ter dado prosseguimento a essas pesquisas e, como consequência de uma maturidade teórica, considera que algumas de suas formulações a esse respeito foram um tanto equivocadas, mas ainda válidas, já que essa é uma temática que recomendaria um exame mais complexo do que aquele que foi empreendido.

Vimos que em 1894, as fobias integravam, como uma entidade clínica própria, o grupo das “neuropsicoses de defesa”, ao lado das obsessões, histeria e paranoia. No entanto, Freud (1895) dá notícias sobre sua incerteza quanto ao isolamento da fobia como um tipo clínico autônomo, qualificando seu mecanismo como “obscuro” (p. 154). Inicialmente, aproxima as fobias das obsessões, com exceção das “puramente histéricas” (FREUD, 1894, p. 70) e das agorafobias que serviriam como modelo para as “fobias típicas”. Isso vai servir para marcar uma distinção, descrita numa nota de rodapé, entre os grupos de fobias “com base psíquica” dos “sem base psíquica”, fazendo delas ocupantes simultaneamente dos territórios das psicose e das neuroses de angústia, de acordo com essa distinção.

Como foi dito, Freud não se mostra convicto quanto a segregação das fobias como uma entidade própria e, por vezes, indica que elas servem mais como um quadro presente em alguns casos da clínica das neuroses, funcionando a partir da lógica de cada tipo. Mas não é forçoso pensarmos que essa categoria – a qual ele destaca ao lado das obsessões, histeria e paranoia em 1894 – será abarcada adiante pela neurose de angústia. Isso é presumível pelo fato de que na proposta de 1896b, onde adiciona comentários ao texto de 1894, Freud exclui a fobia das “neuropsicoses de defesa”, ao passo que propõe o grupo das neurastenias e atribui a elas alguns fenômenos fóbicos. Além disso, expõe tacitamente num texto em francês que “as fobias fazem parte da neurose de angústia e são quase sempre acompanhadas por outros sintomas do mesmo grupo” (FREUD, 1895[1894], p. 96), ainda que, nesse mesmo escrito também admita “que é possível coexistirem combinações de uma fobia com uma obsessão propriamente dita” (*ibid*).

Após os exames condensados nesse conjunto de artigos, Freud passará quase quinze anos praticamente sem discutir o tema das fobias. Somente no caso clínico do Pequeno Hans

---

<sup>9</sup> Esse parêntese reproduzido aqui foi extraído da forma como se encontra no mencionado texto de Freud, contendo a partícula aditiva “e” diferentemente do que faz em outras passagens, quando usa a excludente “ou”

(1909a), após confessar que “no sistema classificatório das neuroses não foi, até agora, atribuída uma posição definida para as fobias” (p. 122), discorrerá de forma menos claudicante que devemos considerá-las como síndromes (conjunto de sinais e sintomas), podendo fazer parte de várias neuroses, sem precisarmos “classificá-las como um processo patológico independente” (*ibid*). É então que sugere o termo “histeria de angústia”, introduzido em 1908 por seu discípulo Wilhelm Stekel (1868-1940). Para além do que tinha postulado, quando identificava os sintomas fóbicos como decorrência da neurose obsessiva ou da neurose de angústia, Freud pôde constatar a existência de pelo menos uma neurose que tinha a fobia como sintomática central. A histeria de angústia guarda total semelhança com a histeria de conversão na sua fundamentação estrutural, com exceção do fato de que a libido não se converte no corpo, mas é liberada sob a forma de angústia. Porém, a rigor, o texto sobre Hans não nos autoriza a tornarmos sinônimas as expressões fobia e histeria de angústia. Isso porque, esta última tão somente orienta a atenção para o mecanismo constitutivo da histeria, acentuando o fato de que o deslocamento para um objeto fóbico funciona como uma saída ao surgimento da angústia livre. No trabalho posterior conhecido como “Homem dos Lobos” Freud (1918) voltará a tratar do assunto, dando contornos mais teóricos sobre esses fenômenos. Por fim, em “Inibição, sintoma e angústia” (1926b) fará um reexame da fobia com base nesses dois casos já contando com os instrumentos conceituais da segunda tópica e das instâncias do aparelho psíquico *Isso, Eu e Supereu*.

Quanto ao termo “psiconeurose” notamos que Freud usualmente o utiliza para nomear o grupo integrado pela neurose obsessiva e histeria, mas não é incomum lermos a mesma terminologia englobando outros tipos clínicos. É o que ocorre em “Disposição à neurose obsessiva” no qual o autor elenca “as principais formas de psiconeurose (...) – Histeria, Neurose Obsessiva, Paranoia, Demência Precoce” (FREUD, 1913b, p.400). Será neste artigo que as “neuroses de transferência” serão usadas pela primeira vez para designar o grupo específico da histeria e neurose obsessiva. A partir de “Recordar, repetir e elaborar” Freud (1914b) importará esse termo da sua nosologia para uma discussão eminentemente clínica, dando uma conotação adicional à “neurose de transferência”: trata-se de uma espécie de doença artificial, um concentrado patológico atualizado na realidade do tratamento que inclui o analista investido libidinalmente.

Mas já em 1909, no estudo do caso Hans, é possível reconhecer a utilização em essência dessas duas concepções (clínica e nosológica), mas sem a conjugação dos termos que só serão trabalhados nos artigos dos anos posteriores. Isso ocorre quando o texto aponta para a distinção das neuroses tratáveis e as incuráveis. O critério para essa distinção demandará o

desenvolvimento de temas que serão melhor abordados num outro momento da obra, como transferência e narcisismo:

Para obter o melhor de tal elemento [cura], outra pessoa [analista] precisa ser trazida para dentro, e na medida em que essa pessoa puder auxiliar, a neurose será curável. Se está na própria natureza de qualquer neurose afastar-se da 'outra pessoa' - e isso parece ser uma das características dos estados agrupados sob o nome de demência precoce -, então, por esta razão, tal estado será incurável por quaisquer esforços de nossa parte. (FREUD, 1909a, p. 112)

Se o funcionamento das neuroses pressupõe o investimento libidinal nos objetos externos, o analista assumirá em algum momento o papel de ser alvo desses investimentos, erigindo assim a transferência. Este será o elemento propulsor do tratamento e é o que permite associarmos essas neuroses com a própria transferência. Por outro lado, há o grupo das neuroses que se notabiliza pela retração da libido no Eu, sendo assim chamadas de “neuroses narcísicas”. Esse termo não se sustentará nem mesmo ao longo do artigo onde é proposto pela primeira vez, haja vista a permuta que o próprio autor faz dessa sua nosologia original com a dos psiquiatras contemporâneos. Não obstante sua existência tenha sido efêmera na obra freudiana, com essa formulação é dado um passo na constituição de uma nosografia que vai permitir dar à neurose e a psicose um sentido estritamente psicanalítico.

Portanto, a partir do ensaio sobre o narcisismo, Freud (1914c) vai contrapor estes dois grupos, considerando as neuroses narcísicas equivalentes às psicoses, ou como as terminologias adotadas ao longo do artigo mencionado: “parafrenia”, “demência precoce” ou “esquizofrenia”. Há uma outra reformulação desses grupos presente no manuscrito recém-descoberto “Neuroses de transferência: uma síntese” (FREUD, 1987 [1915]), onde o autor organizará as psiconeuroses em neuroses de transferência (histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva) e neuroses narcísicas (demência precoce, paranoia e melancolia-mania).

Até aqui podemos demarcar que a nosologia freudiana gira em torno de:

- 1) a teoria do trauma. Considera que na etiologia dos tipos clínicos há a existência de um trauma psíquico e o que delimita cada forma de adoecimento será o mecanismo de defesa que o aparelho mental usará para lidar com a representação associada a esse conteúdo traumático.
- 2) a consideração universal de que o trauma tem íntima relação com a sexualidade. O mecanismo de defesa por excelência será o recalque, independente das particularidades como cada tipo clínico opera.
- 3) o aporte teórico do conceito de inconsciente e do conflito psíquico existente

entre os sistemas *pcs/cs* X *ics*. Uma vez recalçados, os conteúdos do sistema *ics* forçam constantemente o acesso ao *pcs/cs*. Frequentemente a barreira do recalque falha e derivados do recalçado acessam a consciência mediante uma conciliação entre as forças recalçadas e as recalçadoras, eis a constituição dos sintomas.

A partir de 1914, com a proposição do conceito de narcisismo, haverá o aporte da teoria da libido na sua leitura das entidades clínicas. Antes disso, no seu trabalho mais extenso sobre o tema das psicoses, o estudo do caso Schreber, Freud (1911) incorpora as concepções existentes desde 1908 intercambiadas com seu discípulo Karl Abraham (1877-1825), que relacionava a ausência de investimento libidinal nos objetos como característica principal das psicoses. Ele retomará essa noção na abordagem sobre esse caso de *dementia paranoide* que ensinará futuramente no artigo de 1914.

Isso é o que vai permitir explicar o funcionamento das parafrenias (demência precoce ou esquizofrenia) sempre estabelecendo um contraponto dessas com as neuroses de transferência. Nas neuroses, a libido investida nos objetos retorna para o Eu, mas não de forma absoluta, pois esse investimento é conservado num processo de substituição fantasística – objetos reais são substituídos por imaginários. A parafrenia não conta com o recurso da fantasia, de modo que o represamento da libido no Eu se torna radical, tendo como consequência o desligamento erótico nos objetos e o afastamento da realidade. A substituição pela fantasia correlata das neuroses ocorre na parafrenia somente de forma secundária, constituindo uma tentativa de recuperação, destinada a conduzir a libido de volta a objetos externos. Desse processo decorrem os fenômenos psicóticos.

O início dos anos 1910 é um período da obra freudiana no qual emergem diversas designações para os tipos de psicose. O próprio Freud admite certas controvérsias teóricas na adoção de algumas delas, mas ainda assim o faz em nome da interlocução teórica existente entre os autores de sua época. Por exemplo, a “parafrenia” foi sacada do tratado de Kraepelin e passou por algumas alterações<sup>10</sup> quando incorporada aos textos psicanalíticos. O médico belga, Joseph Guislain (1797-1860), usou o termo pela primeira vez para nomear uma anomalia da vontade impulsiva (SERVÁN, et al, 2013). Somente em 1903, Kraepelin vai individualizar a parafrenia como conceito que antes era comum na escola germânica e associado a uma forma de demência desenvolvida na idade adulta.

Freud enuncia em certas passagens sua preferência pela “parafrenia” em detrimento do

---

<sup>10</sup> Kraepelin classifica quatro tipos de parafrenia: sistemática, expansiva, confabuladora e fantasística. Entre esses há quadros de alucinação auditiva, megalomania, melancolia e paranoia.

também kraepeliano *dementia praecox*, embora numa conferência admita ter se aventurado ao “sugerir que se devesse agrupar a paranoia e a demência precoce sob a designação comum de ‘parafrenia’” (FREUD, 1916-17b, p. 484). De acordo com Pessotti (2007), o francês Bénédict Auguste Morel (1809-1873) em seus *Études cliniques* de 1851-52 foi o primeiro a fazer breves alusões a um quadro demencial não senil que se apresenta na segunda idade e que se manifesta com *tics* bizarros, negativismo e até leves prejuízos motores. Mas será apenas em 1860 no seu *Traité des maladies mentales* em que usará pela primeira vez<sup>11</sup> o termo em francês que em 1899 será transformado por Kraepelin na expressão latina *dementia praecox* e recolhida posteriormente por Freud. Cabe-nos ressaltar que de acordo com a proposta categorial de Kraepelin, entidades até então independentes ganham uma unidade psicopatológica ao serem reunidas sob a mesma terminologia. É o que ocorre com a catatonia e a paranoia, descritas por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) entre 1863 e 1874, além da hebefrenia, estabelecida por seu discípulo, Edwald Hecker (1834-1909).

Na psiquiatria desse período, usava-se uma vaga determinação hereditária como forma de atribuir às alienações mentais uma causalidade orgânica, já que a anatomia patológica não era capaz de apontar lesões cerebrais específicas relacionada às doenças. A causa orgânica se daria pelo fato de o cérebro ter sido herdado com toda a estrutura pronta para produzir o quadro patológico com sua forma clínica e sua evolução. A partir de Morel, a “degenerescência” assumirá esse papel exercido pela hereditariedade. Mais tarde, Eugen Bleuler (1857-1939) substituirá a ideia de hereditariedade pela “predisposição”, fazendo a balança pender um pouco mais para a consideração à psicologia em meio à crescente aposta numa explicação biológica. Para ele, a personalidade é o resultado da equação que envolve a adição progressiva tanto das disposições orgânicas inatas, quanto das interações com outros indivíduos ao longo da existência. Seguindo essa linha um pouco mais explicativa e para além da insistência na tentativa de estabelecer uma etiologia anatômica, Bleuler vai variar da mera descrição sindrômica de Kraepelin para buscar algum fundamento psicopatológico das afecções. Nesse sentido, propõe a “esquizofrenia” em substituição à *dementia praecox* (PEREIRA, 2000).

Bleuler foi diretor de instituições manicomiais durante quarenta e um anos, o que lhe conferiu grande reputação e uma vasta experiência clínica. Sua interlocução com a psicanálise

---

<sup>11</sup> Há praticamente um consenso sobre a autoria de Kraepelin do termo, referida inclusive, pelo próprio Freud. Provavelmente porque o alemão destinou todo seu rigor científico, aliado à objetividade clínica, na caracterização do conceito de *dementia praecox*. Mas cabe considerar a controvérsia levantada pelo maior estudioso do assunto, Eugène Minkowski, que dedica o pioneirismo a Morel, ignorada pela maioria dos autores, uma vez que o termo só aparece literalmente na obra menos célebre do alienista francês.

ocorre sobretudo com os cooperadores e discípulos de Freud, Carl Gustav Jung (1875-1961) e Abraham, que se empenhavam numa clínica psicanalítica das psicoses. Em seu artigo de 1911, “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”, Bleuler dedica textualmente a aplicação das ideias de Freud na realização daquele trabalho (PESSOTTI, 2007). E ele se situará teoricamente entre as influências de seu mestre e as proposições psicanalíticas. É quando passa a supor uma teoria da doença, ao se debruçar sobre a *demetia praecox*, o que para a proposta sistemática de Kraepelin deveria ser rechaçada em favor de um ideal de objetividade.

Bleuler coloca em xeque o critério da deteriorização psíquica pressuposta na categoria kraepeliana e remove com isso a doença do grupo das demências. O que ele intenta é demarcar o caráter de dissociação do psiquismo se valendo do instrumental teórico oriundo de sua interlocução com os psicanalistas, ao invés da deteriorização, evidenciada na expressão *dementia praecox*. No entanto, Freud não estava de acordo com a noção de Bleuler embutida no próprio termo esquizofrenia (literalmente, mente dividida) que implica numa clivagem (*Spaltung*) do Eu. Para ele, essa não seria a característica principal, tampouco uma exclusividade da moléstia.

Portanto, a importação das terminologias da psiquiatria para a psicanálise não acompanha a concepção determinada a partir da disciplina médica. Em meio a tamanha profusão de termos e a uma teoria que dava os primeiros passos no enveredamento para o estudo das psicoses, ainda tomando o funcionamento da neurose como paradigma, será o próprio Freud quem vai admitir não serem de “muito grande importância as denominações que damos aos quadros clínicos” (FREUD, 1911, p. 100). Para ele, se existe o acerto desses autores em congregar diversos distúrbios – que antes vagavam dispersos – numa única entidade clínica, também faz ressalvas a essas escolhas. Além da crítica já mencionada à impertinência das nomenclaturas, também destaca como “essencial que a paranoia deve ser mantida como um tipo clínico independente” (*ibid*).

Após a formulação da segunda tópica, a partir de 1920, e como consequência direta dessa virada teórica, a publicação do consagrado artigo *O Eu e o Isso* (1923), será elaborada uma nova topologia do aparelho psíquico aliada à formalização do complexo de Édipo. Essa nova configuração é o que permite a introdução da psicose como uma categoria nosográfica genuinamente freudiana. Mais especificamente, será na escrita do par de artigos “Neurose e psicose” (1924b) e “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924c) onde a abordagem meramente descritiva, com influência da psiquiatria, cederá lugar às concepções psicanalíticas, agora mais aparelhadas.

O objetivo desses dois trabalhos é apresentado já nas primeiras linhas, como um cartão de visita, anunciando a nova perspectiva que guiará os caminhos a serem seguidos pelo autor: aplicar as ideias formuladas em “O Eu e o Isso” à questão da gênese da neurose e da psicose. No primeiro artigo, essa distinção será feita com uma simplicidade que despertou em Freud, três meses depois, a retificação e ampliação de suas premissas no segundo texto. A fórmula inicial se resume em:

A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre ego e o mundo externo (FREUD, 1924b, p. 189)

O segundo artigo é permeado de tentativas esparsas visando estabelecer uma demarcação mais precisa entre neurose e psicose. Num primeiro momento, o Eu se coloca a serviço da realidade operando com o recalque contra uma moção pulsional do Isso. Esse momento ainda não é a neurose em si, a qual se configura a partir do fracasso do recalque, tal como já havia destacado desde o rascunho K, anexo à carta a Fliess de 1 de janeiro de 1896 (MASSON, 1986). A perda da realidade é consequência não do recalque, mas do retorno do recalcado que procurando de alguma forma satisfazer a moção do Isso rechaçada, afasta o Eu juntamente do fragmento da realidade que exigiu o recalque.

Já a perda da realidade na psicose é primária a essa operação. Um mecanismo análogo ao do recalque neurótico arranca o Eu da realidade, total ou parcialmente. Nesse ponto, qualquer simetria com a neurose fica pelo caminho, sobretudo porque a segunda etapa advém como compensação da perda da realidade às custas da limitação do Isso, a partir da criação de uma nova realidade.

Portanto, o processo patogênico da neurose se dá num segundo tempo, uma vez que há inicialmente uma aceitação e posteriormente a evitação da realidade. Na psicose, ocorre a fuga da realidade já no primeiro tempo e o que se busca na segunda etapa é uma tentativa de reparação, de remodelação, a partir do delírio.

Entretanto, a diferença decisiva está na forma de frustração do desejo rechaçado. Não à toa Freud vai se interrogar nesse momento qual o mecanismo específico das psicoses. Lacan vai sacar das rápidas passagens na obra freudiana, mas sobretudo da análise do caso do Homem dos Lobos, a utilização do termo alemão *Verwerfung*, que será traduzido por forclusão. Nesse trecho, Freud (1918) sinaliza que a *Verwerfung* é muito diferente do recalque, dando indícios de que a radicalidade da distinção entre essas duas lógicas demarcará uma nomeação própria para cada mecanismo. No entanto, em diversos momentos de sua obra assim como no segundo artigo de 1924, o autor responderá a uma conjectura a respeito de um

caso clínico, indicando que a operação que caracteriza as psicoses seria a *Verleugnung* (renegação). Somente com o trabalho sobre o fetichismo de 1927, Freud recolherá esse termo para nomear o mecanismo de uma outra forma de subjetividade: a perversão.

Antes disso, ao final do primeiro artigo da dupla de 1924, o autor deixa em aberta a inferência de que haveria uma modalidade de conflito que não foi trabalhada no texto. Trata-se de um meio do Eu lograr êxito à despeito das exigências de cada instância governante entre as quais ele se coloca. Nesse caso, para sustentar a incoerência de cada moção e não cair enfermo, o Eu usurpa um tanto de sua própria unidade e efetua uma clivagem, uma divisão de si próprio. Freud anuncia no horizonte o que vai desenvolver três anos depois.

A perversão está presente na obra freudiana desde o período pré-psicanalítico, mas será nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* que ganhará relevo, funcionando mais como adjetivo do que substantivo e menos ainda como uma categoria nosológica individual. Krafft-Ebing se destacou entre os maiores autores de sua época a se dedicar ao estudo das perversões, tendo sido o primeiro a classificar clinicamente as “psicopatias sexuais”. Freud examinou com cuidado seus escritos e aplicou às suas formulações a teoria dos complexos de castração e de Édipo.

O perverso ficará no meio do caminho, entre o primeiro tempo da neurose e o segundo tempo da psicose. Seria uma espécie de alteração da realidade, num primeiro momento (como na neurose), e no segundo tempo, tentando modificar a realidade, como na psicose. O que estará na base da explicação de Freud (1927) sobre o paradigma da perversão, o fetichismo, é a construção de um objeto fetiche que visa conciliar ao mesmo tempo negação e afirmação da castração. Ressalte-se, uma castração muito específica, a castração materna. Sobre isso falaremos mais detidamente adiante.

Até aqui, anunciamos a percurso da nosologia freudiana com seus tipos clínicos, de modo que podemos resumi-lo da seguinte forma:

- Com a base teórica em torno do conceito de defesa – *neuropsicoses de defesa* (histeria, neurose obsessiva, paranoia); *neurose atuais* (neurose de angústia, neurastenia)
- A partir do ensaio sobre o narcisismo e a teoria da libido – *neuroses de transferência* (histeria de conversão, histeria de angústia, neurose obsessiva); *neuroses narcísicas* (paranoia, esquizofrenia, melancolia)
- Após a segunda tópica, a nova topologia do aparelho psíquico e a formalização do complexo de Édipo – *neurose* (histeria, neurose obsessiva); *psicose* (paranoia,

esquizofrenia, melancolia); *perversão* (fetichismo, voyeurismo, masoquismo e sadismo)

## 2 UMA DISCUSSÃO META-DIAGNÓSTICA

### 2.1- Os diagnósticos médico e psicanalítico

A psicanálise não difere da medicina e de outras terapias no que concerne à necessidade de o sujeito buscar um tratamento em função do mal-estar decorrente do sintoma. Jacques- Alain Miller (1997) observa a exceção constituída pelas instituições psiquiátricas que, na maioria das vezes, são procuradas não pelo paciente, mas por familiares, vizinhos ou até pelo poder público. No caso da psicanálise, de uma maneira geral, o próprio candidato a analisante busca tratamento a fim de resgatar uma harmonia de outrora que foi perdida. “A demanda ao psicanalista é o modo do paciente interpretar para si mesmo o próprio sintoma, a partir do que sabe e do que não sabe e do desconforto de tipo especial que lhe causa” (MILLER, 1997, p. 121).

Com sabemos, Freud inaugurou uma modalidade inédita de direção do tratamento que implica em o analista não se situar como mestre que sabe sobre o que constitui o sofrimento do sujeito e o compreende em seu padecimento. O ineditismo da psicanálise reside justamente em propor o caminho inverso dessa operação. Ao invés de operar através de um saber constituído, o psicanalista propõe ao paciente falar sobre seu próprio sofrimento, fazendo advir com isso uma forma muito particular de saber – um saber não sabido conscientemente, única forma de saber articulado à verdade, o saber inconsciente.

A maneira pela qual o analista responde à demanda de cura do paciente tem íntima relação com a leitura que a psicanálise faz do sintoma. Não nos basta dizer que o sintoma comporta uma mensagem, pois para outras modalidades de tratamento ele também pode ser assim considerado: no caso da medicina, a mensagem de um mau funcionamento orgânico, por exemplo. Para a psicanálise, o sintoma não está associado a uma disfunção, mas a um saber. Não um saber que se situa num catálogo preexistente ao discurso e constitui uma nosologia do sujeito. Não um saber objetivo ou descritivo. Ao situarmos o sintoma como uma formação do inconsciente, estamos demarcando que ele é parte desse saber o qual não se sabe e que conjuga paradoxalmente satisfação e sofrimento, uma vez que o sintoma é o resultado final de uma busca de satisfação iniciada na pulsão e prosseguida na fantasia inconsciente (JORGE, 2010).

Cabe-nos, portanto, fazer o sujeito falar (a partir de seu sintoma) e não propriamente falar através dele, nem muito menos produzir traduções implicadas num outro discurso, como o discurso médico ou psicológico. Tampouco nossa ação vai no sentido de silenciar essa mensagem enovelada no sintoma.

Desse modo, numa discussão sobre o diagnóstico, faz-se necessário abordarmos a construção do diagnóstico no campo do qual a psicanálise surgiu: a psiquiatria - sem, contudo, desprezarmos seus méritos terapêuticos, suas descrições nas quais se enraizaram as primeiras observações freudianas, nem mesmo a necessidade, em alguns casos, do trabalho psiquiátrico ser precedente a qualquer intervenção possível do psicanalista. No entanto, propomos traçar um paralelo entre as duas formas de diagnóstico, a necessidade e importância desse para a direção do tratamento, demarcando, com isso, as diferenças entre a psicanálise e a psiquiatria.

Em mais de uma passagem de sua obra, Freud abordou o tema das divergências entre a psicanálise e a psiquiatria mostrando o quanto elas poderiam ser suplementares uma em relação à outra. Comparando a psiquiatria à anatomia e a psicanálise à histologia, ele não negou sua expectativa de que esses dois campos caminhassem lado a lado, da mesma forma que não admitiu que esta convergência se transformasse numa confusão de disciplinas. Para ele, o ponto de separação reside na base organicista da psiquiatria que não deve ser assimilada pela psicanálise (FREUD, 1916/1969).

Os primórdios da relação entre psicanálise e psiquiatria se dão quando Freud realiza seu breve estágio de neurologia no Hospital da Salpêtrière com aquele que seria um de seus mestres, Jean-Martin Charcot. Com ele, Freud foi iniciado numa dimensão prática até então inexplorada e aprendeu a valorizar, antes de tudo, a experiência clínica como soberana diante de toda e qualquer teoria. A partir desse encontro, ele percebeu que não bastavam as descrições dos quadros psicopatológicos, mas era importante criar um espaço da palavra e da escuta das histéricas. Com isso, promoveu um corte epistemológico ao subverter a ideia de corpo anatomofisiológico, anunciando a existência de um novo corpo que escapava à ordenação do saber médico.

A admissão de uma filiação entre psicanálise e psiquiatria não deve corromper a compreensão de que houve uma ruptura efetuada por Freud na construção da psicanálise. Isso deve afastar qualquer entendimento de que a herança trazida para o seio da teoria freudiana traça uma linha de continuidade, havendo tão somente um acúmulo de saber e retificação de determinados pontos. Freud fundou sua própria clínica através da ordenação de uma nosografia e nosologia próprias à psicanálise, mantendo e ao mesmo tempo subvertendo a

relação com a psiquiatria. (LEITE, 1999)

A herança citada por Miller (1997, p.125) deve-se ao que ele chama de “clínica fundamental psiquiátrica” da qual a psicanálise adveio e de onde Freud recolheu as categorias diagnósticas. O próprio Lacan fala do berço da psicanálise nos seus termos: “Existem tipos de sintomas, existe uma clínica. Só que ela é anterior ao discurso analítico e se o discurso analítico traz uma luz à clínica, isto é seguro, mas não é certo.” (LACAN, 1955-56/1988, p. 10). Donde podemos deduzir que a interlocução teórica mantida entre Freud e alguns expoentes de sua época como Kraft-Ebing, Bleuler e Kraepelin exemplificam o que Lacan chama de “trazer uma luz à clínica”, bem como a influência que a psiquiatria exerceu na construção da psicanálise.

Psiquiatra de formação, Jacques Lacan faz o caminho oposto ao de seus colegas. Isso porque, a partir dos anos 1950<sup>12</sup> a proliferação dos psicofármacos criou uma barreira que impediu qualquer possibilidade de diálogo da psicanálise com a psiquiatria, sobretudo quanto ao esforço de sistematização dos diagnósticos que passou a sofrer a influência da incidência dos medicamentos. O avanço na estrutura nosográfica que vinha desde o início do século XX estagnou-se totalmente nesse período. No lugar da investigação sobre os fenômenos e novas entidades clínicas, a psiquiatria se limitou a pesquisar os efeitos da administração dos medicamentos. Deixou-se de classificar a manifestação fenomênica para se estabelecer o diagnóstico a partir de uma articulação combinatória dos sintomas. A clínica psiquiátrica passa a ser a clínica da resposta dos sujeitos aos psicofármacos (MILLER, 1997).

Mais adiante, com o avanço das neurociências e a formalização dos manuais de classificação de doenças, a psiquiatria afastou-se ainda mais da psicanálise com sua evidente opção pela compreensão da máquina neuronal em detrimento da causalidade psíquica, do sujeito do inconsciente e do critério da transferência. A biologização e adoção do binômio “para cada transtorno, um remédio”, fazem-nos suspeitar de que houve um posicionamento político-capitalista para a tomada desta posição, dados os enormes lucros que a indústria farmacêutica acumulou desde então (QUINET, 2001).

Eis que na esteira do que a Organização Mundial de Saúde vinha organizando, passaram-se a elaborar manuais de classificação de patologias mentais. No entanto, se o diagnóstico em medicina pode ser balizado por uma noção de saúde, essa noção não pode ser replicada na consideração do que se chamará “transtorno mental”. Isso porque não há um sinal objetivo, não há uma norma, nem padrão de referência do que seja saúde psíquica. Há

---

<sup>12</sup> O primeiro medicamento antipsicótico a ser sintetizado foi a clorpromazina em 1952

sim um consenso cultural sobre comportamento e desvio que, ainda assim, é variável de acordo com a época e com a região. Dessa forma, não há possibilidade de uma classificação diagnóstica ser unívoca e globalizante, já que ela obrigatoriamente deverá se inserir num contexto cultural. Para resolver esse imbróglio, aplicaram-se a incidência estatística que auxiliou a estabelecer uma linha de corte entre o normal e o patológico (ZARIFIAN, 1989).

## 2.2. Um pouco sobre os manuais diagnósticos

Se, reconhecidamente, a base dos manuais diagnósticos psiquiátricos é oriunda da influência do Tratado de Kraepelin de 1896, não podemos desprezar que seus pilares se fundamentam na obra médica-filosófica sobre alienação mental de Pinel. Vimos que este tentou imprimir uma sistematização nosográfica, além de importar a loucura para o campo médico e apontar o recurso da filosofia na caracterização da doença mental.

Entre outras razões, o uso de tais manuais de classificação de doenças funciona com a intenção de viabilizar a comunicação entre profissionais, oferecendo uma linguagem padrão e assim facilitar o diálogo entre as diferentes áreas. Daí a tentativa de universalizar os sistemas, indo além da influência de Kraepelin. Nesse sentido, houve uma primeira proposta de aplicação das categorias de transtornos mentais associada a informações estatísticas. Nos Estados Unidos, pesquisadores reuniram dados do sexto censo publicado em 1º de junho de 1840 no qual foi registrada a frequência das doenças mentais na população, estas concentradas nas categorias “idiotia e loucura”. As conclusões destacavam uma grande incidência de “insanos e idiotas” entre os negros dos estados não-escravistas, o que serviu de justificativa para os sulistas sustentarem a tese de que a escravidão era algo que contribuía beneficentemente aos negros. A distorção desses dados foi devidamente denunciada em 1844 em *Insanity Among of the Free States* de autoria de Edward Jarvis.

No décimo censo americano, de junho de 1880, quando pela primeira vez as mulheres puderam ser enumeradas, as doenças mentais foram divididas e aplicadas a partir de sete terminologias recolhidas dos escritos de Pinel e de seus discípulos: mania, melancolia, paresia, demência, dipsomania e epilepsia (ARAÚJO & LOTUFO NETO, 2014).

Em 1946, o exército estadunidense aliado à Associação de Veteranos classificou e reuniu os quadros psíquicos em 22 categorias extraídas do serviço ambulatorial de ex-combatentes da Segunda Grande Guerra. A partir desse trabalho, a própria Organização

Mundial de Saúde incluiu pela primeira vez, em 1948, tais registros numa sessão destinada aos transtornos mentais em seu sistema de classificação de doenças que à época se encontrava na sua sexta edição.

Esse sistema foi introduzido após uma mobilização de médicos em todo o mundo, desde o fim do século XVIII, com o intuito de contornar a grande disparidade dos critérios diagnósticos existentes nos diversos países e estabelecer um sistema único. Essa mobilização deu origem à Classificação Internacional de Doenças, conhecido pela sigla CID que, desde junho de 2018, encontra-se na sua décima primeira versão. Ele se baseia no diagnóstico empírico, considerando que as descrições e compilação das categorias das enfermidades são resultado da observação e organização de sinais e sintomas concentrados sob um mesmo signo. Isso deve auxiliar na identificação das causas, previsão e planejamento terapêutico para as determinadas patologias.

Em paralelo, a *American Psychiatric Association* (APA) desenvolvia a primeira versão de seu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) que recebeu forte influência tanto do campo da psicanálise como também da visão psicobiológica de Adolf Meyer (1866-1950). Publicado em 1952, o DSM-I contou com 106 categorias nosológicas, distribuídas em 130 páginas. Além de não demarcar claramente uma linha divisória entre normalidade e patologia, o manual consistia numa lista de diagnósticos como uma espécie de glossário, sem trazer a descrição clínica de cada categoria, mas tendo o êxito de padronizar as terminologias psiquiátricas em uso (SOHSTEN & MEDEIROS, 2016).

Contemporâneo do CID-8, o DSM-II fora estabelecido em 1968 com 134 páginas e 182 categorias. Era basicamente uma reedição da versão anterior que trazia descrições vagas e generalizadas, sem uma especificação detalhada associada aos distúrbios elencados. Há uma tentativa de conciliação entre a psiquiatria psicodinâmica com a etiologia biológica, além de manter raízes fincadas nas classificações de Kraepelin. Não ignoramos o fato de que as diretrizes assumidas pela APA na elaboração desses manuais têm a ver com a resultante gerada a partir de vetores divergentes entre as diversas forças políticas. Nesse sentido, a psicanálise manteve-se hegemônica no campo psiquiátrico dos Estados Unidos até a década de 1960 – diferentemente da Europa mais alinhada à fenomenologia de Carl Jaspers (1883-1969) – que gradualmente foi se tornando mais biologizante. Um dado histórico relevante que impactou nessa disputa foi a descoberta do carbonato de lítio, uma droga genuinamente eficaz para controlar os efeitos da mania, patenteada pelo australiano John Cade (1912-1980). Finalmente, uma droga se mostrava eficiente para o tratamento de uma doença mental. Em 1970, o *Federal Drug Administration* aprovou seu uso e quatro anos mais tarde ele passou a

ser utilizado como estabilizador de humor para pacientes com transtorno maníaco-depressivo.

À época do DSM-II as críticas se avolumavam vindas tanto dos coletivos sociais organizados<sup>13</sup> quanto do meio acadêmico que intentava se afastar do freudismo e dar uma validade científica aos diagnósticos psiquiátricos. Ficava evidente a carência de um critério operacional capaz de conferir um consenso entre profissionais. Causou estranheza um estudo realizado em 1972 quando comparados os diagnósticos de esquizofrenia nas cidades de Nova York e Londres. Uma avalanche de contestações passou a prevalecer quando o estudo revelou que haveria duas vezes mais esquizofrênicos na cidade americana do que na inglesa (HACKING, 2014)

Seguindo essa onda de críticas, o psicólogo social David Rosenhan (1929-2012) realizou um experimento em 1972, publicado no ano seguinte na revista *Science*, através do qual fez uma denúncia aos critérios diagnósticos adotados por seus contemporâneos. Sua pesquisa consistia em provocar situações que permitissem identificar o chamado “falso positivo” (quando um resultado indica a presença de uma doença, sendo que na realidade ela não existe). Para isso, oito voluntários (incluindo o próprio Rosenhan) pediram internação em hospitais psiquiátricos americanos sem apresentar qualquer alteração no seu comportamento habitual, mas simulando apenas durante a primeira entrevista a audição de vozes que repetiam as palavras “vazio” e “oco”. Sete foram considerados esquizofrênicos e um deles, com psicose depressiva. Houve a internação por 19 dias e nesse tempo eles anotaram de forma reservada num primeiro momento, mas depois à vista de todos, como se dava o tratamento dedicado pelos profissionais de saúde, destacando a negligência dessas equipes para com os pacientes. Logo receberam alta com o diagnóstico de “psicose em remissão”. O estudo pesou drasticamente contra a maneira como se davam os diagnósticos o que resultou na reformulação do DSM-II (MOREIRA, 2010).

Ainda que sensível às críticas, Robert Spitzer (1932-...) se voltou contra o experimento de Rosenham alegando que a alta médica dada em duas semanas sinalizou a detecção de que não se tratavam de pacientes demandantes de maiores preocupações. Não obstante, em 1974, Spitzer liderou uma força-tarefa com o objetivo de reeditar o manual vigente, tentando constituir uma linguagem mais uniforme, de abrangência internacional e em consonância com a CID. O DSM-III foi publicado em 1980, representando um grande marco metodológico e conceitual. Passaram a valer tão somente os sintomas objetivos e foi excluída qualquer

---

<sup>13</sup> Movimentos feministas e gays criticavam, respectivamente, a associação imediata entre histeria e feminilidade e homossexualidade e perversão. Somente em 1973 a APA retira a homossexualidade do quadro das desordens psíquicas

referência teórica, ontológica ou etiológica sendo, portanto, um sistema composto unicamente por diagnósticos descritivos vistos como totalmente comunicáveis, empiricamente verificáveis e baseados em dados epidemiológicos e estatísticos. A proposta de ser a-teórico, a-histórico e a-doutrinário resultou no banimento de terminologias, tal como a neurose<sup>14</sup> que estavam presentes nas versões anteriores e ressaltavam a interlocução existente com a psicanálise. A intenção enunciada para isso era evitar incongruências e impasses no saber e na prática psiquiátrica, mas pouco atentando para a obviedade de se ter descartado a herança da tradição clínica legada por Pinel (ZARAFIAN, 1989). Ou ainda, a justificativa de dar um enfoque biológico e objetivo com a pretensão de assim estar mais associado a um rigor científico fez com que as razões etiológicas e explicativas dos distúrbios cedessem lugar à consideração a respostas dos pacientes à administração de substâncias químicas específicas. Não à toa, a indústria farmacêutica passou a financiar pesadamente essas pesquisas desde então (LEITE, 1999).

Em 1987, foi publicado o DSM-III-R, uma revisão com breves alterações e alguns acréscimos que aprofundaram a proposta de se estabelecer uma psiquiatria biológica. O termo neurose foi banido em absoluto, junto com os parênteses que o mantinham timidamente na versão anterior. Saltaram de 265 para 292 categorias e de 494 para 567 páginas. Aumento significativo que também ocorreu com a publicação do DSM-IV, em 1994, com 297 transtornos em 886 páginas. Sua revisão ocorreu em 2000 com o DSM-IV TR (TR de *text revision*, revisão de texto). Delineou-se mais claramente o diagnóstico multiaxial, introduzido desde o DSM-III, que funciona como uma ferramenta a tornar mais rigorosa e engessada a atuação do médico na investigação clínica.

Uma avaliação multiaxial preconiza que todo caso seja avaliado em cinco eixos diferentes, fornecendo informações distintas, cada qual pertencente a uma classe. Os eixos I (síndromes psiquiátricas), II (transtornos de personalidade e retardo mental) e III (perturbações orgânicas) constituem a avaliação formal do diagnóstico. Os seguintes: IV (avaliação dos estressores psicossociais) e V (escala de avaliação global), fornecem informações complementares ao diagnóstico formal, servindo ao prognóstico e à direção do tratamento. Os três primeiros eixos reúnem dados médico-psiquiátricos, enquanto os eixos IV e V incluem fatores psicossociais.

Com esse instrumento, o clínico obedecerá a um protocolo que prevê eliminar ou reduzir o dissenso entre profissionais quanto às considerações sobre os mesmos casos, crítica

---

<sup>14</sup> O termo neurose ainda é citado nessa edição, mas somente entre parênteses, a fim de conciliar o pleito de psicanalistas americanos com o viés mais biologizante para o qual o sistema passou a pender.

predominante no período anterior ao DSM-III. Há inclusive o apelo numérico, na tentativa de dar um rigor matemático/objetivo, muito presente entre os testes psicométricos, com o estabelecimento de uma escala que vai de 1 a 7 para mensurar os estressores do eixo IV. Decretava-se com essa guinada a gradual morte da singularidade do sujeito em favor da supervalorização de dados comunicáveis e quantificáveis. Por outro lado, debruçado sobre o compromisso de uma atuação estandarizada, o clínico igualmente se esvai, ao se tornar mero operador técnico que alimenta uma base de dados, embora esse seja um intuito praticamente enunciado literalmente na elaboração dessas ferramentas.

Para exemplificar a utilização da avaliação multiaxial, recortemos do artigo de Carneiro & Oliveira (2005) o quadro de um paciente hipotético:

- Eixo I - Síndrome da dependência do álcool;
- Eixo II - Personalidade dependente;
- Eixo III - Cirrose hepática alcoólica;
- Eixo IV - Estressores psicossociais: desemprego contínuo, dependência financeira, abandono familiar (Gravidade 6 num máximo de 7);
- Eixo V - Funcionamento adaptativo atual avaliado em 25, grave dependência dos serviços clínico e social (Considerar que na Escala AGF a performance ótima alcança o nível máximo de 100).

Os mais de dez anos de trabalho das comissões da APA, integradas por cerca de mil profissionais devidamente citados nas últimas páginas do manual, foram coroados com a publicação em maio de 2013 do DSM-5. Uma de suas inovações foi romper com o modelo multiaxial, feito em três atos: ao excluir o Eixo V, a Escala de Avaliação Global; ao considerar os transtornos de personalidades e retardo mental, que antes compunham o Eixo II, partícipes do mesmo grupo dos transtornos psiquiátricos, do Eixo I; e ao fazer o mesmo com outros diagnósticos médicos, antes pertencentes ao Eixo III. Desse modo tornam-se conceitualmente indistinguíveis os Eixos I, II e III.

Além disso, o DSM-5 é marcado pela tentativa de introduzir o recurso quantitativo para os diagnósticos, tirando deles apenas o aspecto de presença ou ausência de sintomas. É o caminho aberto para que seja substituída a classificação com base em categorias para dar lugar aos números, expressando uma apresentação mais objetiva aos diagnósticos. Essa é a proposta de classificar os transtornos mentais em termos de dimensões, ou seja, traços de diferentes diagnósticos podem variar em gradações, quantidades ou nuances. Cite-se o exemplo da hipertensão arterial que pode ser mais aguda ou não, a depender do dado aferido por um aparelho que converte numa escala numérica a gravidade do quadro.

Com a introdução das “dimensões”, visava-se resolver a questão da confiabilidade diagnóstica e aumentar a precisão estatística, além de dar cabo a outros dois problemas quase incontornáveis e que emergiam com o uso do DSM-IV: a comorbidade, portanto, a presença de vários diagnósticos (por vezes antagônicos) para o mesmo paciente e a alta taxa de categorias caracterizadas pela rubrica “Sem Outra Especificação” (LAIA, 2015). Por exemplo, de acordo com o DSM-IV uma criança pode estar circunscrita dentro de cinco diferentes transtornos: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento “Sem Outra Especificação”. Com o DSM-V, o paciente, uma vez diagnosticado com alguma dessas desordens, será categorizado por um termo mais abrangente que abarcará todas as outras – *Autism Spectrum Disorder* (ASD) – e serão atribuídas distinções de acordo com o nível de gravidade do transtorno.

Outra mudança ocorrida no DSM-5 que merece destaque aqui é o emprego do que está revelado na sessão intitulada “Espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos” que vem diluir a referência específica à esquizofrenia e dá a ela um aspecto quantitativo e organizado em gradações como se fosse uma espécie de paleta de cores. Com isso, a classificação não deve mais se pautar apenas pela presença ou ausência de sinais e sintomas, mas considerar a concepção dimensional da esquizofrenia. Além disso, é dado prosseguimento ao antigo projeto de se distanciar das terminologias derivadas das clínicas da psiquiatria clássica e da psicanálise. É o que Laia (2015) chama de “desconstrução da psicose” que prenuncia a expectativa que provavelmente será confirmada nas próximas edições do manual: a classificação psiquiátrica se baseará exclusivamente nos padrões estabelecidos pelas neurociências. Isso porque há ainda no DSM-5 uma mesclagem da classificação categorial com a perspectiva dimensional, o que foi criticado por um dos financiadores dessas pesquisas, o *National Institut of Mental Health* (NIMH). É a tentativa insistente de se realizar o velho sonho de consolidar efetivamente a psiquiatria como uma especialidade do campo médico e longe das considerações psicológicas e psicanalíticas. Para tanto, faz-se necessário estabelecer um critério que dispense a palavra e os modos como ela corta singularmente o corpo de cada sujeito. Uma expectativa que insiste em fracassar.

Concluindo, os manuais de classificação de doenças com os quais o médico opera serve ao profissional não apenas como referência na sua atuação, mas se situa como objeto de reverência para seu trabalho, uma vez que o primeiro passo do tratamento é o diagnóstico e para isso o profissional se torna dependente desses manuais. Ao se pautar pela comparação entre os fenômenos verificados clinicamente com os que são descritos nos sistemas de

classificação, faz da clínica psiquiátrica muito mais da observação do que da escuta. Precisamente, o diagnóstico em psiquiatria segue a base sindrômica ou nosológica. A primeira diz respeito à reunião do conjunto de sinais e sintomas sem, contudo, definir a doença de fundo. O diagnóstico nosológico é orientado pelo sindrômico no sentido de que, por meio da descrição metódica dos transtornos, chegaríamos à doença propriamente dita. Num caso, a síndrome (conjunto de sinais e sintomas) seria atacada através da prescrição de medicamentos, sem, no entanto, curar a doença. Ao receitar o lítio, o psiquiatra não visa curar o transtorno bipolar, mas estabilizar seus sintomas, da mesma forma que os antipsicóticos não servem para curar a esquizofrenia, mas reduzem a intensidade de fenômenos como delírios e alucinações. Uma vez identificada a doença de fundo, pode haver uma intervenção longo prazo e de alcance supostamente mais profundo, embora esse não seja o movimento de maior incidência entre os profissionais. Mas em ambos os métodos, a fenomenologia é o que orienta a formulação do diagnóstico psiquiátrico. (FIGUEIREDO; TENÓRIO, 2002)

### 2.3 Um diagnóstico ético e singular

Por levar em conta a dimensão estrutural da psicopatologia, assim nomeada por Lacan a partir da clínica freudiana que recenseou ao longo da experiência analítica três estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão -, a psicanálise não dá valor de verdade ao fenômeno (LACAN, 1955-56), mesmo porque a maneira pela qual o quadro se apresenta não expressa a posição do sujeito. Este pode, por exemplo, ser um sujeito de estrutura neurótica com sintomas bastante típicos de uma psicose.

É verdade que, ao nível dos fenômenos, no caso de fenômenos corporais, por exemplo, pela distância tomada em relação ao corpo, ou sentimento do corpo como outro, é difícil distinguir entre psicose e histeria. Um sujeito psicótico e um histérico podem, num dado momento, expressar-se mais ou menos da mesma maneira. (MILLER, 1988, p. 94)

À propósito, a histeria é um bom exemplo do desafio imposto ao método sindrômico. Não à toa sua referência foi se tornando cada vez mais efêmera e diluída nos DSMs a partir da terceira edição. Lacan (1957-58) dedica-se a discorrer sobre um dos complicadores colocados pela clínica da histeria no capítulo 20 de seu seminário *As formações do inconsciente*, denominado “O sonho da Bela Açougueira”. Ao retomar a análise do sonho de uma paciente de Freud (1900), o autor fala sobre a identificação histérica que acarreta na “tomada de

empréstimo” de sintomas alheios que estão relacionados com “um traço comum que persiste no inconsciente” (LACAN, 1957-58, p. 375). Se dependêssemos da constatação pura e simples dos sintomas “clássicos”, ou “tipicamente histéricos”, poderíamos concluir que a histeria perdeu sua força epidêmica do final do século XIX, ou mesmo deixou de existir, já que tais sintomas não estão presentes com a mesma frequência em comparação com o que se via nos tempos de Freud. Tempos esses que Miller (1987) chama de Idade de Ouro da psicanálise quando ele indica que havia uma abertura, diríamos, dócil do inconsciente, a partir da qual de uma vez e sem dificuldade, o sintoma se oferecia ao deciframento e, como “por milagre, se desvanecia depois de curas de cuja brevidade muitos de nós, sem dúvida, temos saudades” (MILLER, 1988, p. 57).

Portanto, não se trata de decretar o fim da histeria nos dias atuais devido a essa constatação clínica, mas de reconhecer que a mobilidade de seus sintomas denuncia a ineficiência dos métodos sindrômicos para o diagnóstico. Ou, principalmente, que a profusão de modos sintomáticos pelos quais os histéricos se apresentam aponta para o fato de que não é através de uma cartografia de sintomas que podemos pensar o diagnóstico, mas a partir do discurso do paciente na relação transferencial.

Assim, o diagnóstico em psicanálise, contrariamente ao psiquiátrico, não se baseia nos métodos técnicos que apontam para um transtorno específico de acordo com a aparência de uma constelação sintomática, tampouco se vale da transposição de um saber geral para a aplicação direta no singular de cada caso. O diagnóstico em psicanálise diz respeito não exatamente uma doença, mas revela uma estrutura clínica, o funcionamento do sujeito, sua forma de se constituir simbolicamente no mundo, que inclui seus modos de gozo, de ser, amar, sofrer e sintomatizar. Se constitui desde o início e atravessa todo o tratamento, permanecendo sob o selo de uma “hipótese diagnóstica” que só poderá ser pensada a partir do laço transferencial; no um a um, no caso a caso.

Ao formalizar algumas coordenadas para o método psicanalítico – sem, no entanto, instituir com isso um protocolo de atuação – Freud (1913a) nos permite deduzir que as funções da transferência e do diagnóstico estão encadeadas e emergem a partir de um mesmo operador. O desejo do analista repousa numa ética própria que implica em consequências imediatas à direção do tratamento e será através do qual que o ato analítico ensejará o desejo que move o analisante em sua transferência a percorrer a cura. Desse ponto daremos alguns passos atrás para recuperarmos a cadeia lógica que nos fez chegar a essa proposição.

Em “Sobre o início do tratamento” Freud (1913a), recomenda que as primeiras semanas de atendimento sejam dedicadas a uma função muito específica e assumam um

caráter preliminar à análise propriamente dita. Faz essa distinção de tempos, mas reconhece que a estrutura daquilo que chama de tratamento de ensaio é a mesma dedicada a qualquer outro paciente. O que ele destaca nesta recomendação é que há um corte que separa os dois momentos, geralmente marcado pela indicação do divã e que é correlato ao estabelecimento da transferência, via pela qual transcorrerá o tratamento. Paralelamente e como consequência, nesse período inicial, o analista terá meios suficientes para suspeitar de que o sujeito em questão se encontra numa neurose ou numa psicose.

Falando de outra maneira, o tratamento de ensaio, ou de acordo com a nomenclatura utilizada por Lacan, as entrevistas preliminares têm como função: 1) ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista; 2) erigir uma questão que articule demanda, sintoma e desejo; 3) fornecer elementos que permitam ao analista estabelecer uma hipótese diagnóstica, mais especificamente, um diagnóstico diferencial entre neurose e psicose.

Se a busca pela análise ocorre impulsionada por um sofrimento colocado em questão, se a resultante final entre gozo e sofrimento decorrentes do sintoma produz um “impossível de suportar para o sujeito” (MILLER, 1997c, p. 124), isso por si só não é o suficiente para fazer o inconsciente trabalhar em função da análise. Há de se erigir uma questão que implique o sujeito com seu sintoma. Há, portanto, um limiar, uma porta de entrada na análise que obviamente não se confunde com a porta do consultório. É o que Quinet (1993) chama de função sintomal das entrevistas preliminares, o atravessamento de um umbral a partir da transferência e da colocação do inconsciente como enigma para o sujeito.

Será a partir da tentativa de apaziguamento disso que incomoda, sua conseqüente busca por ajuda e do surgimento de uma questão que articula sintoma e desejo, haverá a transformação do sintoma no estado bruto em demanda analítica. Ressalte-se que essa transformação será correlata ao estabelecimento da transferência, uma vez que é necessária a suspeita de que há algo oculto no sintoma e esteja acompanhada da ilusão de que a decifração desse enigma se encontra no lado do analista.

A especificidade da posição do analista reside no fato de ele não responder desse lugar no qual é colocado, porque não se identifica com o sujeito que sabe, mas sim do lugar de semblante do objeto a causa do desejo. (JORGE, 2017, p. 160)

Com isso, o sintoma muda do estatuto do significado para o do significante. Dessa forma, o analista entende o sintoma como uma formação do inconsciente, não o considerando um distúrbio que remete a um estado doentio, como na psiquiatria, mas um mal-estar que se impõe ao sujeito, para além do sujeito e que o interpela.

Já aqui fica evidente uma importante distinção da psicanálise para outras modalidades

terapêuticas, a saber: na consideração do sintoma como um ato involuntário, produzido para além de qualquer intencionalidade consciente e que comporta um saber que extrapola qualquer registro cognitivo. Ele pode ser lido como uma mensagem enovelada, cabendo ao analista puxar um fio que escapa desse novelo e instigar o paciente com isso a produzir uma verdade a partir do desenrolar desse emaranhado.

A face significativa do sintoma é a que indica que ele não tem um sentido em si mesmo, que não há um saber prévio e externo ao seu sistema próprio, mas que se articula numa cadeia simbólica o fazendo se associar a um saber muito singular. Se do sintoma emergem derivados da verdade é na medida em que ele se apresenta na sua dimensão aflitiva ao Eu, como uma força involuntária, desprovida de sentido e pronta a se repetir.

No entanto, o sintoma, assim como nas demais formações do inconsciente, também se constitui como uma “(...) satisfação cujo carácter problemático é muito acentuado, uma vez que é também uma satisfação às avessas” (LACAN, 1957-58, p. 331) que está para além do princípio de prazer.

O que a experiência analítica nos ensina em primeiro lugar é que o homem é marcado, é perturbado por tudo aquilo a que se chama sintoma – na medida em que o sintoma é aquilo que o liga aos seus desejos. Não podemos definir-lhe o limite nem o lugar – por satisfazer isso sempre, de alguma maneira, e, o que é mais, sem prazer. (LACAN, 1960-61, p. 262-263).

A análise convoca o sujeito a falar sobre isso que de certa forma é inominável, sendo a partir dessa perspectiva que o analista será tomado como destinatário da mensagem cifrada contida nesse mal-estar. A transformação do sintoma do qual o sujeito se queixa em sintoma analítico é o que torna a análise possível e isso ocorre na medida que a queixa se transforma em demanda endereçada ao analista.

O fio condutor da análise não está em oferecer uma boa resposta, ou fornecer qualquer solução ao clamor do Eu, mas proporcionar uma boa questão que implique o sujeito com seu estado de sofrimento. Um exemplo disso é a retificação subjetiva realizada por Freud (1905b) desde as primeiras intervenções no caso Dora, quando ele aponta que toda trama envolvendo a paciente, seu pai, o Sr. K e sua esposa, a Sra. K – trama da qual ela tanto se queixava – contava e dependia de sua cumplicidade. Assim, o analista promoveu algumas inversões dialéticas (LACAN, 1951) que possibilitaram a abertura para uma nova posição do sujeito, fazendo com que a paciente se envolvesse subjetivamente no sofrimento de que se queixava.

A retificação subjetiva assim se configura como uma das chaves de entrada na análise que se produz quando o sujeito formula de forma inconsciente algo que inclui o analista. A pergunta sobre seu sofrimento faz pressupor que da parte do analista pode vir alguma resposta

e, assim, ele é inserido no lugar de objeto da fantasia do analisando.

Ainda no exemplo do caso Dora, Freud reconhece posteriormente numa nota de rodapé que a dedução feita por ele, estranha ao discurso da paciente, foi determinante para a interrupção do tratamento após três meses. Baseado na própria inferência de que seria natural uma jovem como Dora estar interessada por um homem e jamais por uma mulher, deixou de reconhecer a importância da corrente homossexual inconsciente de Dora pela Sra. K, insistindo na interpretação de que havia um desejo recalcado em relação ao marido dela, o Sr. K. Lacan (1951) comenta que isso se tratava de uma transferência negativa da paciente como réplica à contratransferência de Freud, ou em outras palavras, à soma dos preconceitos do analista.

O conceito de contratransferência condensa em si a problemática que nos interessa nesse trabalho, que nos fará desaguar no que Lacan vai desenvolver como desejo do analista e com ele poderemos recuperar o tema do diagnóstico sob a perspectiva da ética da psicanálise.

Para situarmos historicamente a formulação do conceito de desejo do psicanalista, mencionemos brevemente o fato de que em meados do século XX a psicanálise sofreu uma grave apatia teórica provocada essencialmente pelo distanciamento entre os analistas pós-freudianos da obra de Freud. Desde seus primeiros seminários, proferidos a partir do início da década de 1950, Lacan se engajou na empreitada de recuperar o legado e a teoria de freudianos estabelecendo um contraponto ao que boa parte da instituição (IPA) fundada pelo pai da psicanálise orientava. Um dos conceitos que melhor reflete essa produção pós-freudiana – que para Lacan produzia uma profunda distorção da psicanálise – é o da contratransferência.

Tal conceito surge ocasionalmente no II Congresso de Nuremberg (FREUD, 1910) e que não será precisamente elaborado por Freud ao longo de sua obra. Não obstante a pouca importância teórica dada pelo autor, os chamados pós-freudianos supervalorizaram a contratransferência até mesmo considerando como um dado positivo para o tratamento. É possível ler da pena de Freud apenas cinco menções ao termo e a partir delas podemos supor que a contratransferência se trata muito mais de um problema a ser superado do que uma ferramenta de trabalho para a análise. Uma dessas citações<sup>15</sup> encontra-se em “Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica”, uma comunicação oral realizada no final de março de 1910:

---

<sup>15</sup> Freud também cita a contratransferência duas vezes em Observações sobre amor transferencial (1915), uma vez numa carta de 6 de outubro de 1910 à Ferenczi e também numa outra correspondência remetida à Ludwig Binswanger. Sempre dando conta de se tratar de “um dos problemas técnicos mais complexos da psicanálise” (JORGE, 2017, p. 182), sendo necessário ao analista reconhecer a própria contratransferência e ultrapassá-la.

Tornamo-nos cientes da contratransferência, que nele [médico], surge como resultado da influência do paciente sobre os seus sentimentos inconscientes e estamos quase inclinados a insistir que ele reconhecerá a contratransferência, em si mesmo, e a sobrepujará. (FREUD, 1910 p. 130)

Portanto é algo que aponta para a necessidade de um constante autoexame por parte do analista, a fim de evitar que suas questões inconscientes influenciem no tratamento do paciente. Assim, Freud (1910) assinalava para o público de Nuremberg, a importância da análise pessoal de cada um, na medida em que os complexos inconscientes podem ameaçar o andamento de um trabalho clínico.

Lacan (1954-55) dedicou boa parte de seu *Seminário 2* para demarcar a distinção entre a instância psíquica Eu – instância essencialmente imaginária, agente do recalque e, como um prolongamento do recalque, o operador das resistências – e o conceito de sujeito do inconsciente. Como derivação desse entendimento, mais tarde destacará que uma análise não se centra numa relação dual, segundo a qual o Eu do analista interage com o Eu do analisando. Muito pelo contrário, algo nesse sentido só servirá para favorecer justamente aquilo a que se visa esquivar, uma vez que “não há outra resistência à análise senão a do próprio analista” (LACAN, 1958, p. 601). A análise se estabelece a partir de uma relação ternária segundo a ideia de que há nela em jogo o Outro enquanto lugar da palavra, da linguagem, um terceiro presente-ausente que libera o analista de intervir a partir de seu próprio Eu e que dá condições para a emergência do sujeito do inconsciente.

Aí reside um dos grandes contrapontos que Lacan faz à série de distorções promovidas pelos analistas pós-freudianos. Entre esses autores, Jorge (2017) destaca o artigo de Paula Heimann “A propósito da contratransferência”, apresentado num congresso da IPA em 1949 que deu o pontapé inicial para que uma sequência de tantos outros autores viesse a acrescentar produções com base nessa teoria.

Mesmo caminhando na contramão do que se lê na obra freudiana, a autora postula que a contratransferência é mais do que a totalidade de sentimentos que o analista experimenta em relação a seu paciente, é seu mais importante instrumento de trabalho e de pesquisa sobre o inconsciente do analisando. A resposta emocional que se produz no analista funciona como chave de acesso ao inconsciente do paciente. Teorias como essa se sustentam na ideia de que em análise há uma relação entre dois sujeitos promovendo uma espécie de “adestramento do chamado Eu fraco (...) por um Eu o qual há quem goste de considerar capaz de realizar esse projeto porque é forte” (LACAN, 1958, p. 594)

Por outro lado, Lacan convocará os analistas a sustentarem um desejo em análise muito singular, um desejo que os faz ocupar o lugar não propriamente de sujeito, mas de

objeto causa de desejo. Ele desenvolverá aquilo que considera a função essencial em torno da qual gira o movimento da análise, o desejo do analista, sobretudo nos Seminários 6 e 7, além dos artigos que compõem seus *Escritos* “Direção do tratamento” e “Do *Trieb* e do desejo do psicanalista”. Algo que, a despeito do que o nome possa remeter, não diz respeito ao desejo do sujeito psicanalista, tampouco desejo de ser psicanalista. Trata-se de um operador que se insere como condição ética para o analista, orientado a conduzir um tratamento mais além da fantasia. Daí a necessidade de o analista ter se submetido a um processo de análise tão longo quanto possa ser a travessia da fantasia que mediatiza o encontro do sujeito com o real. Para tanto, o analista saberá recusar, ou como lemos em Freud (1915c), irá “se abster” de oferecer respostas imaginárias que sustentem a fantasia, produzam selos alienantes para o sujeito ou que esteja a serviço dos bens e de seu ideal moralizante (LACAN, 1959-60). É nesse sentido que Lacan sinaliza que “o essencial da análise dessa situação em que nos encontramos é ser o analista aquele que se oferece como suporte para todas as demandas e que não responde a nenhuma” (1958-59, p. 560).

Colocando em ação todos esses operadores a partir de uma vinheta clínica, podemos situar o desejo do analista operando segundo a ética da psicanálise numa situação de início do tratamento, ao mesmo tempo destacando para um dos efeitos que o diagnóstico fora do campo dessa ética singular produz. Efeitos de alienação e determinação do sofrimento sem muitos ganhos em termos de efetiva abordagem do sintoma.

Maria é o nome fictício que escolhemos para a mulher de 51 anos que procurou atendimento no ambulatório do setor de psicologia de um posto de saúde munida do encaminhamento do psiquiatra com quem faz tratamento há 4 anos. Ao entrar na sala de atendimento, com cabeça e voz baixas ouve: “E então, Maria...”, “E então, o que devo dizer?”, “Diga as ideias que estão lhe ocorrendo. O que você gostaria de falar?”. Maria parecia não estar preparada para falar, faz um silêncio, pergunta e ela mesma responde “Será que eu devo falar de mim? Então vou falar. Tenho Síndrome do Pânico, tomo determinados remédios e eles já não fazem mais efeito na diminuição das minhas crises. Não aguento mais senti-las, quero que acabem o mais rápido possível, por isso vim até aqui.” Ela faz mais um silêncio até que saca de sua bolsa uma folha com o laudo médico contendo a descrição de seu quadro, põe em cima da mesa e diz: “É isso!”.

Ao decidir falar sobre si, Maria bastou-se em dizer que tem Síndrome de Pânico, ainda que parecesse estar dizendo “sou Síndrome do Pânico”. Nosso trabalho inicial foi no sentido de retirá-la do silêncio que o diagnóstico dado pelo psiquiatra lhe reservava. Se submetida a um saber, a um manual nosológico, essa nomenclatura poderia se associar a algum

significado. Mas não partimos de um saber já dado sobre o sujeito que o silêncio de antemão e lhe traga respostas. Ao marcarmos a segunda sessão, Maria me interroga: “Na semana que vem, você vai me ensinar a não ter mais essas crises?”

Parecia haver a expectativa de um saber que partiria da dedução do universal ao particular ou pela projeção do particular em universal. Desse modo, a nomeação das formas de sofrimento psíquico, segundo um vocabulário estático e normativo, se apoiaria na exclusão da singularidade e no evento que caracteriza a estrutura dramática no qual o sofrimento pode ser apreendido. Como o analista não responde desse lugar que é marcado pela compreensão, o saber produzido constitui-se a partir dos ditos do analisando. É o que se pressupõe na regra fundamental da análise: que o saber suposto está do lado do sujeito e não do analista.

Ao recusar a operação a partir do discurso do mestre, no qual, em tese, há o saber total, por não fomentar a dúvida, o que fica escamoteado nesse laço social é justamente o que é primordial para fazer funcionar o discurso do psicanalista: \$. O exemplo de Maria, que ao final da primeira sessão pergunta se no próximo encontro ela será ensinada a se livrar de suas crises, mais precisamente, do que há de aflitivo em seu sintoma, serve de exemplo para traçarmos esse contraponto. A estranheza demonstrada na porta de saída e antes apresentada após a renovação do pedido para que falasse livremente, tendo já sido citado o quadro de sua doença, deveu-se ao fato de nada ter sido produzido após a convocação de um saber que deixasse de apontar para sua divisão. Em outras palavras, ao dizer “tenho síndrome do pânico” e ponto final, esperava-se uma série de orientações que deveriam debelar suas crises, conforme o que confidenciou na sessão seguinte: “Isso aqui é novo para mim, todos os médicos com quem me consultei me receitavam alguma coisa depois que eu descrevia as minhas crises”.

A estranheza se deu pela resposta dada (ou a falta dela) que divergia do habitual de acordo com a “ordem médica” que aqui aproximaremos do discurso do mestre. O médico (S1) se dirige a um saber-fazer, a uma autoridade absoluta, ao saber científico (S2), e o faz produzir seu objeto (a): o paciente enquanto corpo a ser tratado, destituído de sua subjetividade, apartada da verdade sobre sua divisão. O laço social construído no discurso médico evidencia a exclusão da consideração à subjetividade, seja do médico, seja do paciente. O propósito desse discurso é fazer o saber científico trabalhar para obter a satisfação da cura, de agir sobre o corpo doente, corpo em posição de objeto de cuidados.

Nesse sentido, a “Procura” por um tratamento que se constitui numa *Pró-Cura*, receberá uma resposta que diverge das terapias e da ordem médica, uma vez que essa demanda é endereçada a um analista atravessado pelo discurso inaugurado por Freud

Se no campo médico, o sintoma é tomado como um sinal, um signo da doença, a forma visível da doença e não inclui o sujeito que fica dele exilado, para a psicanálise, o sintoma é lido como uma produção subjetiva, uma manifestação do inconsciente (FREUD, 1926) e ao invés de ser silenciado, é chamado para a conversa.

Se é a falta que vai fazer o sujeito buscar análise e é ela que o faz falar, portanto há de se suportar a demanda, até porque a dimensão do desejo está para além da demanda. Daí a indicação de Lacan (1958) de que o analista deve ser um tanto “morto” e não cair no eixo imaginário para onde ele será sempre solicitado. O analista não compreende, mas supõe que há uma “outra coisa” no dito do paciente, já que o fundamento do discurso é um “mal-entendido”.

Sustentar a posição de aposta no sujeito que saiba replicar a demanda de alívio sintomático com uma outra demanda (de trabalho) e fazendo-se semblante de objeto *a*, é operar com o desejo do psicanalista. É viabilizar que uma análise chegue a seu termo, no confronto com o vazio o qual o desejo, como desejo do Outro, contorna. “Levar uma análise a seu término é se defrontar com esse limite, onde todo desejo tem início.” (RINALDI, 1996, p. 71). O desejo do analista é, portanto, ponto central da ética da psicanálise, fruto de um processo de final de análise, visto que no final de análise, temos um analista. O desejo advertido, em contraponto ao desejo do Outro, tal como nos ensina Lacan no Seminário 7, deve ser entendido como o que restou/resultou da destituição subjetiva promovida pela análise pessoal.

O que preserva o desejo do analista é dirigir-se não à demanda do analisando, frustrando-a ou a satisfazendo, mas sim, aos significantes que se revelam no próprio discurso do analisando os quais, mais do que decifrações, se propõem como novos enigmas no lugar dos sintomas, relançando assim o sujeito na direção da sua verdade e preservando, ao mesmo tempo, o lugar da falta.

No caso de Maria, já na quinta ou sexta sessão, quando abriu um parêntese na sua linha habitual de tecer as mais minuciosas descrições das crises, surge um exemplo da escuta a qual nos dirige ao significante, orientados pela atenção flutuante e sustentada no desejo do psicanalista: “Toda vez que eu preciso me posicionar em situações de conflito, sinto as crises. Eu não gosto de ter que me pronunciar, ter que confrontar alguém. Lembro que quando criança também era assim. Quando um professor me fazia alguma pergunta, eu não respondia, ficava em silêncio porque aí ele não me perguntaria mais nada e eu não precisaria falar. Por mim, eu ficaria sempre no meu canto, esquecida.” Se “nada fazemos a não ser dar à fala do sujeito sua pontuação dialética” (LACAN, 1953, p. 311), perguntamos: “Você queria ficar

esquecida?” Após um tempo em silêncio, ela se questiona: “Esquecida de quê, né?”.

Com a oferta de uma escuta que a singulariza enquanto sujeito e o anúncio de um campo onde se fala para além daquilo que se quer dizer, saltamos de um silêncio – que no início do tratamento se fundamentava na expectativa de orientações vindas de um mestre – a outro, dessa vez reflexivo e que marcou o início da análise dessa paciente.

Maria pôde reconhecer algo que dizia respeito a um funcionamento muito particular na produção das crises de pânico: assumir uma posição desejante diante do Outro se configurava como um risco ao arranjo imaginário que ela produziu para se constituir. Risco que a demanda do Outro seja direcionada para ela que está sempre aquém das condições de dar conta dessa demanda, de acordo com a tirania superegoica que lhe é dirigida, o que evidenciaria sua castração. Nesse caso, opta-se por não entrar em campo para não levar um gol, num movimento de embotamento do desejo que nem sempre as circunstâncias permitem sustentar. “Então, vêm as crises”. Estar num canto esquecida (de seu desejo e da série de situações de sua biografia que ela passa a articular depois daquela pontuação) foi uma saída sintomática que tem nas crises de pânico a expressão de seu fracasso. O apelo egoico para que o analista lhe ensinasse a não sofrer mais com os ataques de pânico era um clamor por mudar as coisas para elas permanecerem como estavam.

Por isso não nos resta senão insistir na colocação em cena, sobretudo no início do tratamento, um discurso que reinsira o sujeito, muitas vezes subsumido por uma lógica da compreensão, abarcado pelo discurso do mestre, tragado pela nomeação e determinação dos seus modos de sofrimento. É nesse sentido que propomos um diagnóstico ético singular que leva às últimas consequências não apenas a singularidade do sujeito, não apenas a ética da psicanálise, mas que a nomeação dos modos de gozo – ainda que se valha dos poucos selos da psicanálise ou das centenas de categorias da psiquiatria – são únicos para cada sujeito.

O leitor mais atento provavelmente notará o paradoxo que se coloca aqui. Como vimos, a psicopatologia psiquiátrica, na intenção de estabelecer nomes para as formas de sofrimento psíquico e cotejando tais nomeações com a incidência oriunda de dados estatísticos, parte de um pouco menos do que uma dezena de designações para, recentemente, configurar mais de novecentas categorias. É difícil se ver distante de quaisquer das descrições dos fenômenos psicopatológicos, ainda mais considerando a concepção dimensional empregada a partir do DSM-5 que abarca toda uma tonalidade de manifestações. Em contrapartida, a psicanálise se vale de três categorias herdadas do diálogo com a psiquiatria, que abrangem a forma como o sujeito se estrutura. Ao dizermos que o diagnóstico em psicanálise é singular, que só é estabelecido a partir da transferência direcionada ao Outro,

orientado pela ética do desejo, aparentemente essa é uma afirmação que colide com a evidência de que há três modos de nomeação que são anteriores ao próprio discurso do sujeito. Tal paradoxo não é recente e faz ressaltar a região fronteira onde a psicanálise situa sua interlocução com as ciências e com a filosofia.

Expliquemos, Freud nos traz toda uma elaboração decorrente de seus trabalhos clínicos demonstrando que aquilo que constitui o sintoma tem uma dupla face. Ele demonstra que a lógica de constituição do sintoma neurótico exige uma forma de entendimento que extrapola qualquer abordagem a partir daquilo que chamará de sistema consciente. Testemunha assim a existência de mecanismos psíquicos que estão relacionados com um modo oculto, estranho e distinto do funcionamento da consciência e dá pistas que nos permitem perscrutarmos a lógica própria do inconsciente. Portanto, se por um lado o sintoma oferece indícios sobre leis gerais do aparelho psíquico, dando condições para a sistematização de seu modo de funcionamento, por outro, reconhece haver um sentido muito particular como cada sujeito reveste o sintoma.

Isso significa que dois pacientes podem apresentar os mesmos fenômenos clínicos, seus sintomas podem ter se constituído a partir de determinados mecanismos que nos permitem atribuir uma mesma designação estrutural, mas ainda assim, cada qual dará um sentido muito próprio para esses sintomas. Para cada um, o sintoma estará relacionado com um modo singular, relacionado com sua forma de subjetivação. É dessa maneira que Freud posiciona a psicanálise, como um método de tratamento e de pesquisa que conjuga a construção de um saber, ao mesmo tempo, universal e particular. Ou seja, se o dispositivo clínico nos permite situar um modo de funcionamento psíquico que seja para todos, tomamos o sentido dos sintomas de uma forma muito particular, elidindo a compreensão que nos proponha uma saída comum e que oriente para uma direção universal do tratamento.

Portanto, ainda que a singularidade do sujeito esteja preservada no horizonte, há o aspecto do diagnóstico que nos impõe uma problemática. O diagnóstico, mesmo em psicanálise, é uma forma de nomeação que insere o sujeito num grupo a partir da reunião de propriedades que o identifica, o representa e, de alguma forma, o mortifica. Com isso, algo do Eu se eleva, na medida em que há a constituição de uma classe a partir de um agrupamento de atributos ou selos imaginários. Podemos justificar que o diagnóstico nos serve para conferir a possibilidade de transmissão sobre um caso, nos dar o poder de antecipação que nos permite apreender o estilo do analisando e assim nos orientar na condução de uma análise (VIEIRA, 2001). Visto dessa forma, o problema permanece e para superá-lo, propomos colocar o debate na perspectiva do diagnóstico ético que o introduz na dimensão estrutural, bem como nas suas

vertentes imaginária, simbólica e real.

Ao longo do trabalho de uma análise, que só é possível sob transferência, os fenômenos ganham materialidade na estrutura própria do sujeito. Ou seja, o diagnóstico é muito mais do que o batismo de um agrupamento de fenômenos; eles devem ser pensados de acordo com a articulação que os organiza, os direciona e que é justamente o que os circunscreve numa estrutura. No entanto, situar os fenômenos numa lógica estrutural não é o passo seguinte à sua nomeação. Pelo contrário, eles só se tornam apreensíveis e nomeáveis segundo o sistema próprio que os estrutura.

Citemos o caso de uma outra paciente que ao iniciar atendimento conosco portava o encaminhamento dado por um médico onde constava a prescrição de uma série de antipsicóticos e alguns selos psiquiátricos que designavam suas crises. Chamava de “apagão” aquilo que fazia dela eventualmente praticar pequenos furtos, além de realizar compras muito acima de sua condição financeira.

“Um dia cheguei em casa e percebi que tinha um celular na minha bolsa. Não sabia de quem era, nem como foi parar lá. Precisei esperar alguém ligar para ele e assim descobrir seu dono. Era de uma mulher da minha igreja, ao lado de quem me sentei, durante o culto naquele dia. Tive um apagão e peguei sorrateiramente o celular dela, não me lembro como fiz isso. O pior é que coisas assim estão acontecendo com muita frequência”.

Para evitar esses episódios, a paciente dependia que uma rede de pessoas se mobilizasse para acompanhá-la quando fosse sair à rua. “Não sendo isso, durante esses apagões, realizo compras impagáveis. Só percebo que ocorreu quando chego em casa e vejo várias sacolas repletas de roupas. É uma vergonha enorme ter que voltar à loja, devolver as peças e pedir para estornarem a compra, porque quando vier a conta do cartão de crédito não teremos como pagar.”

O fenômeno só pode ser nomeado, passando a existir na análise enquanto tal, quando tomado da significação singular para aquele sujeito e isso ocorre ao ser desvendada a função particular que ele ocupa. Como consequência do “a-pagão”, uma mensagem é emitida. Ela não apenas tem endereço certo como seus destinatários acusam o recebimento e se desdobram para dar uma resposta. “Meu pai sempre me tratou diferente dos meus dois irmãos, me criou para ser uma princesa, mas ele bebia muito, então não podia trabalhar o suficiente para pagar meus luxos.” “Meu marido não teria condições de pagar a conta do cartão se eu não devolvesse as roupas que comprei. Para isso, teria que trabalhar duas vezes mais, porque é autônomo. Sabe como é, ele é bem mais velho e eu não posso trabalhar por causa da minha doença. Então ele não aguenta, né.” Colocado em perspectiva, o fenômeno – que no

encaminhamento foi designado como Transtorno Bipolar de humor em comorbidade com despersonalização – funciona como uma denúncia à ineficácia do Outro para dar aquilo que faria da paciente “uma princesa”, ao passo que salienta reiteradamente a castração no campo do Outro: o pai era um alcoólatra e o marido, um velho que “não aguenta”. Tratava-se, portanto, de uma reivindicação fálica que deslocaria a paciente do terreno propriamente das psicoses, tal como nos faria supor o diagnóstico psiquiátrico.

Nesse sentido, não tratamos a nomeação como uma mera descrição da correlação entre fenômenos, ou seja, não compomos o diagnóstico através da profusão de selos imaginários. Consideramos que os fenômenos se constituem numa determinada organização segundo uma ordem que os precede e que os situa na estrutura. Portanto, somente pela via simbólica e sem dela se dissociar, a vertente imaginária do diagnóstico emerge e ganha alguma consistência. Se temos acesso à estrutura pela via do fenômeno, esse modo singular de gozo só ganha uma nomeação a partir da estrutura. Trata-se de um ato de nomeação que não permite inserir o sujeito num grupo e sim, marcar sua própria singularidade. No caso da paciente citada há pouco, a reivindicação fálica se deu como para nenhuma outra neurótica e os efeitos que advêm do gozo do sintoma, além de incontáveis e imprevisíveis, são únicos para aquele sujeito.

Assim, diferente da alienante atribuição que comporta uma designação de personalidade ou de um transtorno, esse ato de nomeação não carrega tais consequências imaginárias. Mesmo porque trata-se de algo que implica, num só tempo, na sua própria dissolução. Ele é posto de saída, se dá no *a posteriori*. Para alcançarmos essa vertente real do diagnóstico estrutural, no ponto de enlaçamento com as vertentes simbólica e imaginária, vamos recorrer a uma situação mítica tal como Freud se vale para fundar sua metapsicologia.

Seguindo a reflexão de Vieira (2001), exploraremos o sofisma proposto por Lacan em “O tempo lógico e asserção da certeza antecipada”, no qual conta a situação em que o diretor de um presídio anuncia a três prisioneiros que o primeiro dentre eles a solucionar e fundamentar logicamente a resposta a um enigma ganhará a liberdade. O sofisma se expressa da seguinte forma: há cinco discos, três brancos e dois pretos, cada preso terá colado em suas costas um desses discos. O desafio é afirmar qual a cor do disco que está colado em suas costas fazendo essa dedução apenas através da observação dos outros dois prisioneiros.

Numa primeira hipótese, se um deles vê dois pretos, logo concluirá sem dificuldades ser ele branco, já que só lhe restaria essa possibilidade de cor. Mas isso não é o que ocorre, pois todos são brancos. Para resolver o enigma será necessário um ato que precede a conclusão de seu raciocínio e implica numa lógica que se impõe como a própria

desconstrução dela mesma. O ato de nomeação se colocará como uma certeza que se antecipa à hesitação provocada nos três prisioneiros ao mesmo tempo.

Falemos de uma outra forma. Se o prisioneiro A fosse negro, B se diria branco, uma vez que C não se moveu para ganhar a liberdade, se dizendo branco, por não ter visto o cenário da primeira hipótese (A e B negros). Diria o prisioneiro A: como ninguém saiu com essa evidência, deduzo que não sou preto, mas branco.

Essa solução pressupõe que todos cruzem a porta da cela ao mesmo tempo com a mesma conclusão. Raciocínio esse que comporta em si uma objeção fundamental: se foi com razão que A chegou à conclusão de ser branco, uma vez que se fosse preto, um dos outros dois sairia para se afirmar branco, eis que A deveria hesitar antes de cruzar a porta, tão logo visse B e C precipitarem-se junto com ele. Entretanto, a hesitação que alcança A, também chegará a B e C, o que, num segundo momento, tornará a fazer com que A se conclua branco, já que se fosse preto, B e C deveriam ter prosseguido. O que determina a conclusão de A é o tempo de parada de B e C, concomitante à desconstrução da lógica que ele erigiu, para em seguida, reconduzi-la também de acordo com a reação dos outros dois prisioneiros. A solução do enigma feita por A implica num movimento de B e C que desmonta e ao mesmo tempo repõe as bases de sua própria conclusão. Para se livrar, será necessário um ato que prescinde de uma certeza que não se antecipe ao próprio ato.

Então, a função da pressa é o que determina a urgência da própria nomeação, antes que os outros o façam, já que apenas o primeiro a ultrapassar a porta da cela ganhará liberdade. A dimensão da pressa está estritamente relacionada à certeza antecipada que existe na asserção em que o sujeito se declara. Ou seja, a tensão temporal antecipa a certeza e é o que constitui a singularidade do ato de concluir na asserção subjetiva. “O sujeito do enunciado coincide com o sujeito da enunciação. É aquele que se declara o que é. (...) A pressa tem a função de precipitar esse ato de declaração.” (QUINET, 1993, p. 63).

No entanto, ressaltamos para a ponderação a respeito do uso indiscriminado das sessões de curta duração como resultado de uma ênfase problemática na função da pressa. Jorge (2017) atribui esse fato, comum entre os seguidores de Lacan, a uma tentativa de mimetizar a prática do mestre parisiense. Assim, convertem a duração fixa da sessão analítica num tempo necessariamente curto, por seguirem um modelo em vez de tomar a orientação de Lacan como um exemplo de liberdade necessária ao analista

Para finalizar, a situação mítica dos três prisioneiros nos serve para pensar o diagnóstico em psicanálise alcançando suas vertentes imaginária, simbólica e real e estabelecendo assim uma diferença para os outros sistemas. (1) a nomeação, necessária para a

saída da cadeia, só ocorre por efeito de retroação. É somente com o ato de ultrapassar a porta da cela que o prisioneiro se faz branco, sem isso, ele permaneceria numa ruminação de deliberações baseada na parada e subsequente caminhada de seus pares que os fariam cruzar a porta juntamente, acarretando na não libertação de nenhum dos três. (2) Não há um Outro que os nomeia, nem mesmo o diretor da prisão que tem papel secundário no sofisma. (3) Dizer-se branco não insere o prisioneiro num grupo; não há identificação, cooperação, nem solidariedade entre eles. O que os une, mas apenas como um conjunto inconsistente, é o mesmo que os separa: o desejo de sair da prisão.

É nesse sentido que podemos articular as três dimensões do diagnóstico psicanalítico. Sua vertente imaginária confere a ele uma roupagem que só pode ser atribuída retroativamente uma vez materializada a estrutura. Além disso, a vertente simbólica, ao mesmo tempo que o insere numa lógica de acordo com determinado funcionamento estrutural, é tomada a partir da singularidade com que o sujeito se articula com seus significantes-mestres e com o real de seu gozo (VIEIRA, 2001).

### 3 O DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL

#### 3.1- Lacan e o estruturalismo

Por que Lacan propõe um “retorno a Freud” 12 anos depois de sua morte? Em “Situação da Psicanálise e formação do psicanalista em 1956”, o autor dá conta de que a teoria e a prática freudianas teriam sido profundamente desvirtuadas por seus próprios seguidores. Jung com sua psicologia dos arquétipos e a Associação Psicanalítica Internacional (IPA) com a psicologia do ego fizeram da psicanálise uma prática baseada na relação interpessoal através de projeções místicas e identificações imaginárias, enquadrando a teoria do inconsciente numa categoria instintual e irracional. Tornou-se urgente repor a psicanálise em seus fundamentos, reabilitando o *talking cure* e retomando o dispositivo analítico criado por Freud a partir da leitura de seus textos.

Nesse contexto, Lacan passa a proferir seus seminários que ocorreram na época de ouro de um movimento filosófico que tomou a Europa, principalmente a França, em meados do século XX e visava, através dos desenvolvimentos exponenciais da linguística e da antropologia, tornar o objeto das ciências humanas um objeto digno de uma proposta de investigação científica. François Dosse (1993) destaca o empenho de Lacan em alcançar o mais alto grau de cientificidade na sua defesa da prática analítica, de modo que o objeto de sua pesquisa deveria ser estruturado como uma linguagem, seguindo o preceito de que a linguagem é o modelo de toda estrutura. Dosse (1993) mapeia o momento inaugural dessa influência a partir do trabalho de Lacan (1949) sobre o Estádio do Espelho, quando a linguística estrutural de Saussure, apresentada a ele por Lévi-Strauss no pós-guerra, assume o lugar da dialética hegeliana como ferramenta para a releitura de Freud.

Mas para o mundo dos estruturalistas a contribuição de Lacan só foi notada na década seguinte ao início de seus seminários, com a publicação dos *Escritos* em 1966. Ao retomarem o acúmulo de mais de dez anos de trabalho, viram em ação a antropologia de Claude Lévi-Strauss e todo o estudo envolvendo a linguística de Ferdinand de Saussure. De autor desconhecido ao grande reconhecimento, Lacan chegou a se notabilizar como um dos maiores nomes do movimento estruturalista (CLÉRO, 2006), embora possamos reconhecê-lo muito mais se apropriando das concepções básicas deste pensamento do que como parte integrante

daquele movimento. Foi a partir dessa influência que o autor rompeu tanto com a epistemologia positivista, de onde se originam as ciências médicas, como também, com a maneira pela qual se dava a transmissão da psicanálise sob o monopólio da IPA.

Em Freud o termo “estrutura” aparece pela primeira vez em 1900 na *Interpretação dos sonhos* para se referir ao modo de configuração muito particular do aparelho psíquico. Kauffman (1996) mostra que em *O homem dos ratos* (FREUD, 1909) há praticamente o reconhecimento de que este termo se encontra no campo linguístico, muito embora Jorge (2002) comente a possibilidade de Freud não ter tido contato algum com a obra de Saussure. No caso clínico citado, as expressões “linguagem dessa neurose” e “a obsessão é um dialeto da histeria” nos permitem essa aproximação intelectual. Fontenele (2018) lembra que o método de interpretação de sonhos proposto por Freud, segundo o qual o texto do sonho é decomposto em unidades fragmentárias para ser recomposto em seu sentido subjacente, guarda semelhança com o que posteriormente será reconhecida na atividade estruturalista. Ainda assim, somente com uma leitura muito cuidadosa para ser inferido no texto freudiano a noção de estrutura tal como Lacan trouxe para a psicanálise.

Sobre o movimento estruturalista, não é possível precisar nele um bloco uniforme, visto que cada domínio do conhecimento faz uso do pensamento estrutural a seu modo. Mas aqui abordamos o edifício do estruturalismo francês que tem como pilares os linguistas Ferdinand de Saussure e Roman Jakobson e o antropólogo Claude Lévi-Strauss. Este último, ao investigar as relações estruturais entre a linguagem e as leis sociais, dá à teoria do inconsciente suas bases objetivas, enquanto Jakobson formalizou os conceitos de metáfora e metonímia e que Lacan posteriormente associará respectivamente à condensação e ao deslocamento de Freud (KAUFFMAN, 1996). Desses autores, sem sombra de dúvidas, foi Saussure quem mais impactou a construção teórica de Lacan, visto que a partir de suas formulações forneceu a base para que o psicanalista desse um passo adiante para cunhar sua famosa proposição: “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (LACAN, 1964, p. 25; LACAN, 1957).

Além de inverter a ideia de que a linguagem representa o mundo, Saussure também sugere que a língua cria a realidade ao mesmo tempo em que é criada pelas relações que se estabelecem dentro do próprio sistema linguístico. Para ambos os autores, a realidade é um fato linguístico. No entanto, a revirada (literalmente) da formulação saussureana é o que dá verve e originalidade ao estruturalismo lacaniano.

Lembremos que Saussure propõe que a língua seja entendida como um sistema, isto é, como uma forma organizada por leis que lhe são próprias. Portanto, seu estudo deve se situar

como o estudo de cada língua, uma a uma, para entender suas leis internas. Este sistema, a língua, é composto por signos, signos linguísticos, que formam cada um deles, uma unidade composta de um conceito e uma imagem acústica, chamadas de significado e significante que se articulam numa reciprocidade biunívoca e são representadas pelo algoritmo<sup>16</sup>:

$$\frac{s}{s}$$

Portanto, o signo linguístico é o resultado da união e articulação de significado e significante. Ele será regido por dois princípios: arbitrariedade e linearidade. O primeiro nega qualquer tipo de naturalização da relação entre significado e significante, ou seja, o significante, a sonoridade “árvore” não estão ligados ao conceito árvore, senão por uma convenção, por uma escolha arbitrária e essa escolha é absolutamente imotivada, abrindo margem para que outros significantes apontem para o mesmo significado, tal como ocorre na variedade de línguas (*tree, arbor, arbre*). Aliás, a própria existência de idiomas e dialetos é tributária da arbitrariedade do signo, da mesma forma que numa mesma língua um conceito pode estar associado a diferentes significantes. Por outro lado, a linearidade diz respeito ao tempo e a natureza auditiva do significante, o que indica que os signos, uma vez produzidos, dispõem-se uns depois dos outros numa sucessão temporal ou espacial. Como consequência deste princípio, não se podem produzir dois sons ao mesmo tempo, mas sim, enfileirando numa linha temporal um seguido do outro. (JORGE, 2002).

Essa linha temporal forma uma cadeia cuja relação de vizinhança e diferença entre seus elementos constitui a significação do signo linguístico. É o que Saussure chama de valor conceitual do signo, isto é, a significação vai variar de acordo com a posição que o signo ocupa na cadeia em relação aos demais. Por exemplo, a palavra “manga”, se sucedida de “doce” ou “curta” remete a significados diferentes, portanto, ganha sentidos diversos. Também há o valor material que, através da diferença entre o som, estabelece uma diferença entre os signos. As letras “p” e “b” são cruciais para diferirmos “pata” de “bata”.

Se por um lado Saussure considerava o travessão existente entre o significado e o significante algo que os ligava para formar a unidade linguística, Lacan se distancia da ideia saussureana dando primazia ao significante e enfatizando que entre eles opera uma barra que põe em evidência o fato de não estarem ‘unidos’, sendo na articulação entre os significantes

---

<sup>16</sup> Esse algoritmo foi descrito a partir da leitura que Lacan fez do ensino de Saussure

que vai ser produzido o sentido. Ao desvinculá-los, Lacan vai constituir uma outra concepção de significante, vai dizer que o significante é aquilo que representa o sujeito para outro significante portanto, ele é autônomo em relação ao significado e acima da barra desliza uma cadeia de significantes (S1, S2, S3, ...). Pelo seu efeito metafórico vai produzir o sujeito como efeito desta cadeia.

A língua constitui um sistema cujas partes estão unidas, não por um simples somatório, mas pela relação que estas partes mantêm entre si, de modo que as significações são formadas pela posição topológica dos elementos, pela ordem de vizinhança, por efeito de combinações possíveis no interior de um sistema linguístico. A isso que Saussure chama de sistema, Jakobson e a prosperidade chamam de estrutura.

Lacan como herdeiro e partícipe da construção do pensamento estruturalista vai conceber a estrutura na clínica partindo do inconsciente freudiano e promovendo uma releitura deste a partir dos pressupostos estabelecidos por Saussure. Ele retoma os casos clínicos de Freud, identificando neles alguns mecanismos psíquicos específicos: o recalque (*Verdrängung*) na neurose, a renegação (*Verleugnung*) na perversão e a forclusão (*Verwerfung*) na psicose.

### 3.2 As estruturas clínicas e o diagnóstico em psicanálise

Não resta dúvida de que o ato diagnóstico provém da medicina, que desde os tempos de seu fundador – Hipócrates – visa categorizar o sofrimento humano para adquirir com isso um saber, uma técnica e uma certa previsibilidade. A palavra grega *diagnóstikós* é o resultado da fusão dos afixos *dia* e *gnósis*, respectivamente, “através” e “conhecimento, saber”. Seguindo essa etimologia, o diagnóstico de uma moléstia seria obtido através do conhecimento acumulado sobre ela.

Tanto para a medicina como para a psicanálise, o diagnóstico é o ponto de partida do tratamento, sendo que para a primeira, trata-se de um dado obtido com a observação a partir de uma semiologia e tem por função estabelecer um prognóstico, bem como o tratamento mais apropriado para aquela doença. Para tanto, o médico dispõe de instrumentos investigativos: anamnese (entrevista que visa recolher os fatos da vida da doença) e avaliação com uso de mediadores técnicos (exames biológicos e instrumentais). Por outro lado, o analista faz uso apenas da escuta como meio de investigação, enquanto o paciente fornece tão

somente seu material verbal. Será então, de imediato na dimensão do dizer e do dito que se delimitará o campo de investigação clínica. (DÖR, 1991).

Apesar do diálogo com a psiquiatria e do recolhimento de algumas de suas categorias nosográficas, Freud constituiu gradativamente uma noção própria a respeito do mal-estar e do diagnóstico. Em “Sobre o início do tratamento” (1913a) recomenda que sejam dedicadas algumas sessões iniciais como um meio de realizar o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose, fazendo assim, a distinção entre dois grandes grupos.

Anos antes, em “As neuropsicoses de defesa” (1894), o autor subdividiu esses grupos em “psiconeuroses” e “neuroses narcísicas”, apresentadas pelos tipos clínicos, respectivamente, fobia, obsessões e histeria; paranoia e esquizofrenia. Quatro anos adiante (1898), em “A sexualidade na teoria das psiconeuroses”, separou as psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva) das neuroses atuais (neuroses de angústia e neurastenia). Em artigos como “Introdução ao narcisismo” (1914) notamos a variação desses termos para “neuroses de transferência” e “neuroses narcísicas” até tomar a forma definitiva (1924 [1923]) “neurose” e “psicose”.

O esforço de Freud por uma precisão diagnóstica não o fez elevar os termos (ora verbos, ora substantivos) comumente utilizados por ele - *Verdrängung*, *Verwerfung*, *Verleugnung* - ao status de conceito. Ocorre que gradativamente, a preponderância de sua utilização associada às maneiras de defesa do sujeito frente à castração, foi sacada por Lacan e estabelecidos como marcos divisórios.

Vale observar que adotaremos daqui por diante traduções específicas para os três termos alemães em detrimento de outras que também são utilizadas por autores psicanalíticos. Traduziremos *Verdrängung* por recalque em oposição ao entendimento das maiores publicações que utilizam o termo “repressão”. Por exemplo, as Obras Completas publicadas pela editora Imago, organizada a partir da *Standart Edition* por James Strachey e traduzida por Jayme Salomão do inglês para a nossa língua, bem como a antiga edição da Editora Delta. Também as recém-publicadas e traduzidas diretamente do alemão, da Cia das Letras, por Paulo César de Souza, utilizaram a mesma terminologia. Essa escolha de palavras não é mera opção de gosto pessoal, pois entendemos serem termos que remetem a entendimentos distintos. “Repressão” indica a atuação de uma força externa que visa abafar, controlar, silenciar uma manifestação. Por outro lado, “Recalque” não sinaliza um movimento de fora para dentro, mas sim, o oposto. Podemos dizer que a polícia reprimiu determinada ação de um grupo. Já não é possível falarmos que ela recalcou tal ação.

Além desse motivo, há diferenças conceituais que distinguem recalque e repressão. A

partir da *Interpretação dos Sonhos* (1900), Freud estabelece o inconsciente como um sistema psíquico que possui uma lógica e funcionamento próprios, assim como o *pcs/cs*. Neste momento de sua produção teórica, o autor considera o recalque como a operação que permite o trânsito entre os sistemas, uma vez que através dela, são promovidas alterações nos elementos que passam do *ics* ao *pcs/cs*. Daí a aproximação automática e cristalizada que erroneamente alguns autores fazem entre recalque e defesa. No entanto, como ressalta Jorge (2002) ao lembrar que o advento do conceito de recalque originário em 1915, num texto metapsicológico, Freud eleva o termo de um simples mecanismo de defesa a um conceito que está na base da constituição do aparelho psíquico. Trata-se de um mecanismo constitutivo do inconsciente, portanto, um mecanismo estrutural e estruturante. A repressão, por sua vez, é uma decorrência do recalque que denota uma ação forçosa externa e por isso não pode ser confundida com a operação do recalque.

A palavra *Verleugnung* recebeu várias traduções, das quais destacamos três: desmentido – que aparece com maior frequência entre os autores por ter sido introduzida por Lacan nas Conferências Americanas; recusa – utilizada no Vocabulário de Psicanálise por Laplanche & Pontalis (como “recusa da realidade”); renegação – que adotaremos por nos parecer mais apropriada devido à força que esse substantivo carrega. Destacamos a ênfase para o rechaço que ocorre após um primeiro tempo de acolhimento. Algo que inicialmente fora aceito, num segundo é rechaçado. Por exemplo, um artista que renega sua obra, ou um pai que renega seu filho.

Finalmente, a *Verwerfung* será traduzida por nós por foraclusão<sup>17</sup>. Também é utilizada a palavra rejeição adotada por Laplanche & Pontalis. Lembremos que os autores à época da primeira edição de seu Vocabulário de Psicanálise eram alunos dos seminários de Lacan e orientados por Daniel Lagache, o que explica que o dicionário tenha verbetes com termos lacanianos, tais como rejeição, Estádio do Espelho, entre outros.

Feita essa digressão, voltemos à questão das estruturas. Freud constitui uma teoria em torno do Complexo de Édipo para abordar as estruturas psíquicas que se estabelecem a partir da “escolha” pela neurose, psicose ou perversão. Sendo que esta escolha é definitiva e marca a irreversibilidade da estrutura.

Podemos extrair de sua elaboração teórica sobre o Complexo de Édipo que existe, inicialmente, uma relação da criança com a mãe que propicia a exclusão ou o não reconhecimento do pai. A suposta harmonia da unidade incestuosa mãe-criança é o

---

<sup>17</sup> Explicaremos o termo foraclusão mais adiante

pressuposto do desejo originário do assassinato contra aquele que se puser como terceiro nesta relação. Num segundo momento, surge a angústia de castração, uma vez que o pai visto como uma figura rival, ciumenta e que opera uma ameaça que incide sobre o corpo. Para a criança não existem dois órgãos genitais, masculino e feminino. Em sua fantasia, o pênis já fora arrancado da mãe, da irmã, ou da companheira de brincadeiras. Neste caso, o seu seria o próximo a sofrer com o mesmo destino. A ligação incestuosa e a angústia de castração declinam, desaparecem, através da aceitação da separação promovida pelo temor de ser castrado e pela suposição de que o falo está em algum lugar donde pode-se aliar. A criança deixa de rivalizar com o pai, para identificar-se com ele e ser como ele. Abandona o desejo de ser o falo da mãe, objeto de seu desejo, para ter o falo como o pai. Na menina a identificação com a mãe a faz desistir do pai e buscar sua completude no falo de outro homem com quem um dia se ligará.

Portanto, o Complexo de Castração organiza-se de maneira diferente para a menina. Ao mesmo tempo, apresenta certas semelhanças no que se refere à universalidade do pênis, que é condição para a constituição do Complexo de Édipo; e quanto à importância do papel da mãe. Ocorre a separação da díade mãe-filho, depois da criança descobrir-se castrada, quando o menino se separa com angústia e a menina com ódio. O Complexo de Castração no menino termina numa renúncia ao amor pela mãe, sendo que a menina se abre para o amor edipiano pelo pai. Enquanto para o menino o Édipo inicia e encerra com a Castração, para a menina, ele nasce, mas não termina com a Castração.

Em “Sexualidade Feminina” (1931, p. 259), Freud admite: “A fase pré-edipiana nas mulheres obtém uma importância que até agora não lhe havíamos atribuído” referindo-se ao fato de a separação do Complexo de Castração ser a repetição de uma separação anterior. Sendo essa primeira separação, a perda do seio materno. Desta forma, na menina reaparece, por ocasião do Complexo de Castração, o ressentimento e ódio anteriormente recalçados de forma inexorável. Assim, ressurgem na filha o ódio, sob a forma de hostilidade e rancor, até mesmo pelo fato de tê-la feito menina. Essa atualização de “sentimentos negativos” em relação à mãe marca o fim do Complexo de Castração. Logo, a mãe está presente no início e no término do Complexo de Castração da menina.

Freud estabelece desde muito cedo uma das bases de sua teoria que diz respeito a incidência da sexualidade para a formação e sofrimento subjetivos. Numa carta endereçada a Fliess datada de 9 de dezembro de 1899, o autor diz:

Há não muito tempo, tive o que pode ter sido um primeiro vislumbre de alguma

coisa nova. Tenho diante de mim o problema da “escolha da neurose”. Quando é que uma pessoa se torna histérica em vez de paranoica? Uma primeira tentativa rudimentar, feita na época em que eu tentava, à força, tomar de assalto a cidadela, deu-me a impressão de que essa escolha dependia da idade em que ocorreram os traumas sexuais — da idade que a pessoa tinha na época da experiência. Abandonei há muito tempo esse ponto de vista, e fiquei sem meio de solucionar a questão até há poucos dias, quando comecei a compreender um elo da teoria da sexualidade. (FREUD (1950 [1899], p. 377)

O desenvolvimento de sua obra caminhou no sentido de conceber que o tratamento da neurose visa a ressignificação do trauma infantil, tal como podemos deduzir de acordo com algumas passagens.

Primeiro identificamos a relação entre o estado patogênico (manifestando-se através dos sintomas) com o desfecho do Complexo de Édipo:

Se o ego, na realidade, não conseguiu muito mais que uma repressão do complexo, este persiste em estado inconsciente no id e manifestará mais tarde seu efeito patogênico. (FREUD, 1924d, p. 222)

O que se coaduna com sua linha de raciocínio em 1900, quando já admitia que o sintoma é o que surge no lugar do trauma infantil, este, sempre associado à sexualidade:

(...) apenas impulsos sexuais impregnados de desejo oriundos da infância, que experimentaram repressão (...) durante o período de desenvolvimento infantil, são capazes de ser revividos durante períodos de desenvolvimento posteriores(...) e acham-se assim aptos a fornecer a força motivadora para a formação de sintomas (...). (FREUD, 1900, p. 644)

Como decorrência dessa articulação freudiana do recalque, a análise adquire a dimensão de uma reconstrução da história sexual infantil. Em “Algumas consequências psíquicas” (1925b, p. 309), o autor afirma:

em meus próprios escritos e naqueles de meus seguidores, sempre mais ênfase é dada à necessidade de que as análises de neuróticos lidem de modo completo com o período o mais remoto de sua infância, a época da primeira eflorescência da vida sexual.

Para Freud, essa reconstrução da história sexual infantil, ao restabelecer o sentido de um sintoma, teria o poder de eliminá-lo. Em "O sentido dos sintomas" (1917a, p. 320), afirma:

o sentido de um sintoma, conforme verificamos possui determinada conexão com a experiência do paciente. Quanto mais individual for a forma dos sintomas, mais motivos teremos para esperar que seremos capazes de estabelecer essa conexão. A

tarefa, então, consiste simplesmente em descobrir, com relação a uma ideia sem sentido e uma ação despropositada, a situação passada em que a ideia se justificou e a ação serviu a um propósito.

Mas ao mesmo tempo, o autor também abre brechas para considerarmos essa tarefa (de alcançarmos um sentido do sintoma) uma tarefa inglória. Lemos na *Interpretação dos sonhos* (1900), além da indicação magistral de que o sonho tem um texto e um sentido que estão atrelados ao desejo inconsciente, que há um limite para a interpretação, um ponto central que Freud chama de umbigo do sonho. Essa brecha a qual nos referimos, torna-se mais evidente após a formulação do conceito de pulsão de morte (1920). Em *Análise terminável e interminável* (1937, p. 271), por exemplo, Freud considera que "o efeito terapêutico depende de tornar consciente o que está reprimido (no sentido mais amplo da palavra) no id", mas ainda assim, admite a existência de "partes dos antigos mecanismos que permanecem intocadas pelo trabalho da análise" (FREUD, 1937, p. 262).

Essa questão será retomada por Lacan que vai sugerir a ampliação do limite da análise para além do Édipo, situando-a em relação à fantasia, na qual a posição do sujeito articula-se a de seu objeto, o objeto *a*. Para tanto, formula a noção de gozo e a ideia do real como resto não completamente redutível ao simbólico, conceitos que permitem a Lacan situar o final da análise para além da busca do sentido do sintoma.

Mesmo sugerindo um trabalho analítico para além do Édipo, Lacan reconhece a neurose como uma estrutura clínica marcada pela presença do recalque e de seu efeito patogênico no inconsciente, o sintoma.

No seminário sobre as psicoses (1955-56, p. 199), Lacan destrincha alguns aspectos clínicos no tratamento de neuróticos. Diz o autor: "A estrutura da neurose é essencialmente uma questão". Aprofundando, em outros termos:

O que está em discussão no nosso sujeito, é a questão *Quem sou eu?*, ou *Sou eu*, é uma relação de ser, é um significante fundamental. É na medida em que essa questão foi reanimada como sendo simbólica, e não reativada como imaginária, que foi desencadeada a descompensação de sua neurose, e que seus sintomas foram organizados. Sejam quais forem as suas qualidades, a sua natureza, o material a que eles recorrerem estes tomam valor de formulação, de reformulação, mesmo de insistência, dessa questão. (LACAN, 1955-56, p. 196)

A relação entre a pergunta "quem sou?" como característica da neurose e o Complexo de Édipo encontra-se na articulação feita pelo sujeito, da falta no campo do Outro e de sua queda na posição fálica, o que só é possível a partir da instauração da castração. Dito de outro modo: é a partir da perda da ilusão de não ser o falo materno que a criança pode perguntar-se

sobre o que ela é para o Outro. Dessa queda que se engendra a questão “quem sou?” e que tomará nova roupagem retornando para o sujeito como “o que o Outro quer de mim?”.

Na releitura que faz do Édipo no Seminário 5, Lacan estabelece três tempos lógicos que ressaltam a importância da fase pré-ediânica, a anterioridade do falo e a noção de metáfora paterna.

No primeiro tempo, a indistinção fusional com a mãe é o que propicia a busca da criança em identificar-se ao que supõe ser o objeto do desejo materno, ou seja, visa se fazer objeto que é suposto faltar à mãe (o falo). O pai é um pressuposto, dado que na ausência de uma instância mediadora na relação mãe-criança, a própria identificação fálica da criança (pois algo falta à mãe) pressupõe um terceiro e que será desenvolvido no segundo tempo. A presença paterna, portanto, ainda não está posta senão de forma velada e, por este motivo, prescinde-se neste tempo de algo que é fundamental para a problemática fálica: a dimensão da castração. A mãe está para o filho como Outro absoluto, onipotente para quem o desejo da criança está subjugado. A dialética presente neste momento é a de ser ou não ser o falo. (LACAN, 1957-58, p. 198).

No segundo tempo, o pai intervém endereçando para a mãe uma mensagem que enuncia uma proibição, um “não”, mais do que um “*não te deitarás com tua mãe (...), mas um não reintegrarás teu produto*”. (LACAN, 1957-58, p. 209). Essa intrusão manifesta-se sob a vertente da interdição e frustração, do ponto de vista da criança que, intimada a questionar sua identificação fálica, renuncia a ser o objeto de desejo da mãe. Esta, por sua vez, é privada do falo que supostamente tem sob a forma da criança identificada como objeto de seu desejo.

Assim, é no plano da privação da mãe que, num dado momento da evolução do Édipo, coloca-se para o sujeito a questão de aceitar, de registrar, de simbolizar, ele mesmo, de dar valor de significação a essa privação da qual a mãe revela-se o objeto. (...) Mas há o momento anterior, no qual o pai entra em função como privador da mãe, isto é, perfila-se por trás da relação da mãe com o objeto de seu desejo como aquele que castra, coisa que digo apenas entre aspas, pois o que é castrado, no caso, não é o sujeito, e sim a mãe. (LACAN, 1957-58, p. 191)

Ao intervir como um terceiro na relação fusional da mãe com o filho, o pai introduz a lei da interdição, permitindo que a criança se depare com a questão da falta no campo do Outro.

(...) o pai se afirma em sua presença privadora, como aquele que é o suporte da lei, e isso já não é feito de maneira velada, porém de um modo mediado pela mãe, que é quem o instaura como aquele que lhe faz a lei. (LACAN, 1957-58, p. 200)

O filho não mais se vê como o falo da mãe, mas atribui essa prerrogativa ao pai, este se apresenta como objeto do desejo da mãe, como aquele que é, imaginariamente, o falo. Tendo deslocado o falo para o lugar da instância paterna, a criança se depara com a lei do pai, fundada no pressuposto de que a própria mãe depende dessa lei. Portanto, para responder às demandas da criança, é preciso que, por meio da mãe, esse desejo passe necessariamente pela lei do desejo do Outro (o pai). Forçada pela função paterna, a criança aceita não apenas não ser o falo, como também não o ter, assim como a mãe. Esta, por sua vez, indica pela seta de seu desejo lá onde o falo é suposto estar e onde torna-se possível tê-lo. A possibilidade da conquista do falo irá se desdobrar no terceiro tempo que dialetiza os dois anteriores.

Portanto, no segundo tempo, a privação materna e a queda da identificação fálica pressupõem a incidência da castração sobre a criança. Ao ser privada pela instância paterna, a mãe tem seu desejo transformado num enigma para a criança (que Lacan chama de  $x$ ), é esse enigma que tem a prerrogativa de causar um efeito de questão sobre o filho em relação a sua identificação fálica. Ou seja, é a falta percebida no campo do Outro materno que tira a criança de sua identificação ao falo.

É, efetivamente, porque o pai é reconhecido pela mãe como aquele que lhe "faz a lei" (LACAN), que o desejo da mãe se revela à criança como um desejo inscrito na dimensão do ter. Enquanto o pai privador arranca a questão do desejo da criança da dimensão do ser (ser o falo da mãe), este pai conduz inevitavelmente a criança para o registro da castração. (DOR, 1987, p. 65)

Importante ressaltar que a constatação da privação materna não se traduz de maneiras diferentes para o menino ou menina. Para Lacan, independentemente do sexo da criança, é necessário que, em relação ao falo, a criança "aceite tê-lo e não tê-lo a partir da descoberta de que não o é." (LACAN, 1958, p. 649) É a partir da descoberta de que não é o falo, que a criança pode, na etapa seguinte, situar-se em relação ao ter.

No terceiro tempo, a incidência da privação materna toma diferentes rumos, levando o sujeito a posicionar-se de maneiras distintas conforme o real de seu sexo, uma vez que o dado anatômico exige da criança situar-se em relação ao que tem ou não tem. É nesse ponto que se pode pensar em diferentes soluções edípicas a partir da significação dada pela criança à distinção anatômica entre os sexos. Assim, embora a incidência da privação materna seja a mesma sobre a criança do sexo feminino e masculino, o destino que essa incidência tem no terceiro tempo parece ser diferente em cada caso, uma vez que se admitam diferentes significações dadas ao real anatômico. Como bem nos mostrou Freud, a questão anatômica não é o único determinante da posição sexual do sujeito, mas é sobre esse real do corpo que

incide a significação fálica em torno da qual se ordena o Complexo de Édipo. Conforme o destino que o sujeito dá a essas significações é que se pode situar a particularidade das posições histérica e obsessiva.

### 3.3 NEUROSE

#### 3.3.1- Histeria

*“Não me dê o que lhe peço, porque não é isso”*

Como ponto de partida, devemos sinalizar que o psicanalista não se baseia na constelação sintomática apresentada na clínica para estabelecer uma hipótese diagnóstica. Antes, dá valor ao que funciona como eixo na organização do sujeito e que não é variável tal como o sintoma. Essa é uma das implicações da perspectiva do diagnóstico estrutural, que significa mais do que prescindir da nosologia e menos ainda, que a categoria nosográfica seria substituída pela estrutura, mas indica que a hipótese diagnóstica só é formulada na medida em que o analista é colocado pela fala do paciente na estrutura mesma do sujeito. O diagnóstico só ocorre em transferência, o que se distancia da ideia de o analista se portar como um terceiro que contempla a organização da fala do sujeito e deste terceiro lugar o localiza de acordo com alguma categoria. O lugar em que está colocado pelo paciente diz respeito ao diagnóstico, da mesma forma que é a partir dessa posição que o analista dirige o tratamento em direção à cura. Assim, ao reconhecermos que um determinado conjunto de sinais e sintomas não corresponde diretamente à estrutura, buscamos os rastros de estrutura, os traços estruturais que se apresentam durante o trabalho, em transferência.

No caso da histeria, o discurso queixoso, os fenômenos de conversão ou mesmo a referência à outra mulher (apresentando-se tanto como identificação, como rivalização), dados comumente sinalizados para o reconhecimento desse tipo clínico da neurose, tornam-se meras descrições sintomáticas. Há de investigar se o quadro se situa de acordo com uma *alienação subjetiva em sua relação com o desejo do Outro* (Dor, 1987, p. 64). Esse é um dos elementos fundamentais da constituição e do funcionamento da estrutura histérica, que diz respeito ao caráter específico da problemática do ter (o falo do Outro) e que representa o próprio epicentro da questão do desejo histérico.

Outro traço importante que pode ser constatado no atendimento com histéricos e se articula ao que desde cedo Freud (1900) já apontara é a *manutenção do desejo como*

*insatisfeito*, que surge como vestígios de queixa arcaica que se desenvolvem sobre o fundo de uma reivindicação de amor concernente à mãe. O histérico se viu frequentemente como *não tendo sido amado o bastante pelo Outro*, não recebeu suficientemente as provas de seu amor. Essa é uma referência ao jogo fálico, no qual o histérico se viu frustrado, como um objeto desvalorizado e incompleto para o desejo da mãe (DOR, 1987).

Ainda que a economia desejante da histérica circunscreva a questão do ter, podemos inferir que também há uma questão importante com sua identificação ao ser. É a tentativa de tornar-se o ideal do Outro que o histérico supõe jamais ter sido. Seus esforços caminham no sentido de uma identificação fálica que é esboçada pela lógica do “se não pude ter, faço semblante de ser (o falo)”. Com isso, a modalidade de relação do sujeito histérico com o Outro seguirá o mote da reivindicação fálica, além de conferir a ele o lugar dominante da cena de sedução: a histérica se coloca não como sujeito nesta cena, mas como objeto. Ela demarca assim a falta, a castração do Outro, de modo que a estratégia da histeria no escamoteamento de seu desejo (marcado pela insatisfação) encontra-se em *estimular o desejo do Outro para dele se furtar como objeto*, frustrando a questão do ter, ou seja, o inevitável encontro com a falta.

Fazer o Outro perseguir o objeto sustenta a fantasia histérica de identificação fálica, na medida em que ela *encena* com seu *corpo*, ou sua palavra, ser a encarnação ideal desse objeto do Outro, sem no entanto, permanecer *em cena*. A *sedução* do Outro, provocando-lhe o fascínio através do *dado a ver* da histeria, pressupõe que ela se retire, saia de cena, como sujeito desejante e acrescenta a isso sua queixosa menos-valia atribuída justamente à falta no Outro que ela provoca. Essa é uma maneira de situar a falta, a barra do lado do Outro: ela procura fomentar o desejo do Outro, barrando-o, para no final, furtar-se como objeto.

A histérica enfatiza isso particularmente por uma estratégia bem conhecida, que é a de se colocar fora do desejo do Outro, de suscitar o desejo do Outro, esquivando-se como objeto. Ela aceita ser causa de desejo com esta condição de não ser o fim, o objetivo deste desejo. No fundo o que a interessa é a verdade do desejo, não o seu gozo. É o que indica, portanto, a letrinha *a* que é uma consequência da mascarada histérica. O que a interessa, portanto, é uma certa verdade sobre o sexo e, como consequência, um certo esvaziamento do gozo. (COTTET, 1988, Pag. 9)

Ela está à espera de receber do Outro não a satisfação que a plenificaria, mas curiosamente, a não-resposta que a frustra. Essa expectativa desapontada, sempre difícil de administrar pelo psicanalista, desemboca na perpétua insatisfação e no descontentamento de que se queixa a histérica. Elas têm em comum não o objeto, não a maneira de gozar, não o comportamento sexual, mas de colocarem a falta de objeto em evidência, tendo assim uma

espécie de paixão pela falta de gozar. “Os histéricos têm, com efeito, um grande domínio do ‘fim de não receber’” (DOR, 1987, p. 74).

É o que Freud aponta logo cedo em 1900 ao interpretar o sonho de uma paciente, a qual Lacan (1957-58) apelida de Bela Açougueira. A paciente apresenta para ele um sonho no qual se encontra numa situação embaraçosa e constrangedora. O texto está descrito no capítulo V da célebre publicação nos seguintes termos:

*“Querida dar uma reunião onde fosse servida uma ceia, mas não tinha mais nada em casa senão um pequeno salmão defumado. Pensei em sair e comprar alguma coisa, mas me lembrei que era domingo de tarde e que todas as casas comerciais estariam fechadas. Em seguida, tentei telefonar para alguns fornecedores, mas o telefone estava defeituoso. Assim, tive que abandonar meu desejo de dar uma recepção.”* (FREUD, 1900, p. 156)

Sem entrarmos nos pormenores da análise do sonho, tal como faz Freud neste episódio e também Lacan no capítulo 20 do seu quinto seminário *As formações do inconsciente*, intentamos destacar a percepção freudiana para a maneira particular como a histérica lida com o desejo, a colocação do mestre à prova, a identificação e a referência à outra mulher.

Na fragmentação do sonho e eventual associação de suas partes, a paciente comenta que no dia anterior havia solicitado ao marido que *não* viabilizasse sua intenção de comer sanduíches de caviar pelas manhãs para não representar um gasto excessivo em sua economia doméstica, muito embora ele a oferecesse essa iguaria de bom grado. Ela se recorda em seguida de um pedido de convite para jantar que lhe faz uma amiga, amiga esta do agrado de seu marido, ainda que ela seja um pouco magra e ele prefira as mais cheias de corpo. Freud interpreta seu sonho como desejo de não ajudar a engordar a amiga que poderia então se destacar ainda mais para seu marido. Mas ele, Freud, permanece intrigado: A que se refere salmão defumado nesse sonho? Ela responde que é o prato predileto da amiga. Por acaso, o analista conhecia essa mulher e sabia que ela tinha a mesma predileção pelo salmão defumado, tal qual a paciente, pelo caviar. A primeira interpretação do analista visa à identificação: é porque se identifica a esta amiga que ela se permite um desejo não realizado; ele distingue então a identificação histérica de um simples contágio, de uma imitação. Lacan sublinha, a esse propósito, que o desejo, desde sua primeira aparição, surge como desejo insatisfeito.

A identificação ocorre na medida em que a outra se encontra na posição de desejante sem, no entanto, alcançar seu objeto de desejo. Mais do que isso, o sonho da Bela Açougueira também nos apresenta um aspecto maciçamente abordado na análise do caso Dora (FREUD, 1905) a respeito da outra mulher. Tanto a Sra. K quanto a amiga da Bela Açougueira chamam

a atenção das pacientes por serem alvo do desejo de um homem (lembramos dos elogios feitos pelo açougueiro à amiga, um dia antes do sonho). Assim, elas supostamente detêm a resposta para o enigma que tangencia a estrutura histórica: “o que é ser uma mulher?”

É neste sentido que se desenvolve a dimensão da homossexualidade histórica. Homossexualidade que não diz respeito propriamente à escolha do objeto amoroso, mas está ligada ao processo de identificação com *a outra mulher*. Isso se expressa na contemplação de Dora que, durante duas horas, esteve fixamente olhando para a figura da Madona Sistina em Dresde. Há o fascínio porque nela se encontra o olhar do outro. Igualmente em relação à Sra. K, cuja brancura de seu corpo a hipnotizava. Seu marido, o Sr. K, foi posto como intermediário para a solução deste enigma, uma vez que ele também (além do pai de Dora) desejava a Sra. K. Tanto que a trama das relações se desfaz e Dora adocece após a cena do lago, quando do Sr. K declara à menina nada querer de sua mulher.

(...) a histórica é alguém que ama por procuração, e vocês vão encontrar isso numa multiplicidade de casos clínicos; a histórica é alguém cujo objeto é homossexual: a histórica aborda este objeto homossexual por identificação com alguém do outro sexo. (LACAN, 1956-57, p. 141)

Freud, na época de Dora, não fez distinção entre dois objetos: o objeto de amor e o objeto de identificação. Poderíamos crer que o sujeito ao se identificar com um outro, o ama e por amor a ele se identifica. Como neste caso havia a identificação indireta com um homem, Freud acreditava que o que Dora recalcava era seu desejo pelo Sr. K. Quando na verdade, é a partir do lugar do homem, a partir do ponto de vista dele que ela se interessa pela mulher. A histórica se furta como objeto e dirige à outra um suposto saber sobre o que é ser mulher. Em tese, essa outra sabe ser objeto para um homem e por isso ela detém a chave do enigma a ser decifrado.

Também a respeito da referência à outra mulher, há a face da rivalização presente no discurso da histeria. Este seria um modo de vampirizar seu modelo de feminino de acordo com a crença de que nesta outra há sempre um aspecto a mais que faz dela ser melhor “equipada”. Seja o companheiro da amiga, o sapato que ela escolheu, ou a bolsa que usa, estes se mostram infinitamente mais satisfatórios que os que estão em uso. O ideal de perfeição a coloca suficientemente distante daquilo que almeja, do parceiro amoroso ao ideal de beleza, a histórica coleciona expressões negativas para qualificar aquilo que tem, circunscrevendo com isso, uma reivindicação.

Outro aspecto apontado na análise da Bela Açougueira é sobre o “desafio” que ela lança a Freud, à época, entusiasmado com sua brilhante originalidade a respeito da teoria dos sonhos. Ela introduz seu relato com as seguintes palavras: “O senhor sempre me diz que um sonho é um desejo realizado. Muito bem, vou narrar-lhe um cujo tema era exatamente o oposto. (...) Como o senhor enquadra isso em sua teoria?” (FREUD, 1900, 156). Da mesma forma, recortamos do início do caso Dora a maneira jocosa como se referia aos médicos que não foram eficazes na solução de seu estado doentio. Esses episódios servem para exemplificar aquilo que Lacan coloca em suas palavras:

Ela quer que o outro seja um mestre, que saiba muitas e muitas coisas, mas, mesmo assim, que não saiba demais, para que não acredite que ela é o prêmio máximo de todo o seu saber. Em outras palavras, quer um mestre sobre o qual ela reine. Ela reina, e ele não governa. (LACAN, 1969-70, p.122)

A histórica procura um mestre que queira saber sobre o mistério que ela guarda secretamente e coloca-se como enigma a ser decifrado. Entretanto, acaba por castrar o mestre de seu saber mostrando-o impotente para dar conta dela. O sujeito histórico, desta forma, se oferece como objeto de pesquisa para justamente desbancar o saber do mestre e reinar, sublinhando as falhas de sua mestria (QUINET, 1993).

Outro traço estrutural a ser destacado é o que Dor (1987) chama de *neurose de fracasso* ou *neurose de destino*. É um traço que está mais voltado para a histeria masculina, embora não de forma absoluta essa separação por gêneros possa ser feita. Seja em relação à carreira profissional, seja em relação ao parceiro amoroso - espaços privilegiados para a expressão do fracasso, para onde estão voltados os olhares de todos, formando-se o palco ideal para a vitimização - o histórico, na medida em que se aproxima de conquistar o objetivo cobiçado, apressa-se em fracassar. Onde o sujeito torna-se um eminente artesão de sua própria desgraça, de maneira que se empenha em evitar aquilo que mais deseja alcançar, por presumir não suportar o peso do sucesso (o objeto da conquista). A existência do fracasso é previamente modelada pelo sujeito de modo que a repetição desses infortúnios toma tal contorno a ponto de serem atribuídos a eventos e acontecimentos exteriores imprevisíveis. Claramente esse é um traço que se articula com a estratégia de vaticinar seu desejo à insatisfação.

O que na histeria masculina se expressa sob a forma do “donjuanismo” (MEZAN, 1993). Na ópera de Mozart “Don Giovanni” (a versão italiana da lenda espanhola de Don Juan), lemos em seu libreto um diálogo entre o personagem principal (fidalgo colecionador de

conquistas femininas) e seu mordomo Leporello. Este rogava ao patrão escolher uma mulher apenas para amar e modificar seu rumo cruel de tornar tantas outras relegadas à rejeição e apartadas de seu amado. A cada conquista uma nova mulher frustrada o perseguia tentando fazê-lo retornar à atitude que a fez se apaixonar por ele. Esse diálogo ocorre na primeira cena do 2º ato, após suas vidas quase terem sido eliminadas pela emboscada das personagens rejeitadas: “E depois tens coragem de enganá-las todas?” (THEATRO, 2013, p.63). A resposta veio de imediato, revelando sua incapacidade pela escolha, uma vez que isso representaria a perda das demais:

Tudo por amor. Quem é fiel a uma, é cruel com as outras;  
em mim, sinto um sentimento tão amplo que amo todas.  
Como as mulheres não sabem raciocinar, chamam minha bondade natural de  
engano. (THEATRO, 2013, p. 63)

Trata-se de um amor de fachada, na medida em que é incapaz de se engajar além da sedução. Se ele não pode renunciar a outras em favor de uma, importa-lhe antes de tudo, receber o amor de todas. Ora, querer ser amado por todos é sobretudo não perder nenhum objeto de amor, o que deixa latente a dimensão da insatisfação, uma vez que essa é uma missão fadada ao fracasso.

Sedução, conquista e abandono é a tríade que se repete para Don Giovanni na tentativa sempre frustrada de virar a última página (de seu livro no qual registra os nomes, características e região de seus casos). Tentativa essa que se afasta em um ritmo muito superior ao da busca feita pelo personagem andarilho. Na ária “*Madamina, il catalogo è questo*”, Leporello apresenta um livro à Dona Elvira onde é registrada a imensa quantidade de conquistas femininas e assim explica a ela que é vã a intenção de ser única para seu patrão. “A senhorita não é a primeira e não será a última”. Passa então a enumerar as diversas mulheres com quem Don Giovanni teve um romance, cada qual associada a uma região.

Na Itália, seiscentos e quarenta,  
na Alemanha, duzentos e trinta e uma,  
cem na França, na Turquia noventa e uma,  
mas na Espanha já são mil e três (THEATRO, 2013, p. 37)

Um numeral que tende ao infinito, demarcando a errância de seu desejo, o que no horizonte leva-o ao nada, apontando para a absoluta falta de um objeto próprio que o satisfaça. Mas é na insistência de sua “bondade natural” que Don Giovanni segue a seduzir e tornar-se o senhor do desejo do outro para proibir-se de ser desejante e proibir o desejo a si próprio. Se amar é dar o que não se tem (LACAN, 1957-58), amar é reconhecer sua falta e

doá-la ao outro, colocá-la no outro. Para isso, é necessário se assegurar de sua falta, de sua castração, que o histérico provoca e projeta no outro.

### 3.4.2 Neurose Obsessiva

*“Nada lhe falta, ela tem tudo em casa”*

“Fui obrigado a começar meu trabalho por uma inovação nosográfica. Acho razoável justapor à histeria a neurose obsessiva (*Zwangsneurose*) como uma perturbação autossuficiente” (FREUD, 1896a, p.168).

Se em 1896, Freud propõe um novo tipo clínico da neurose, mais de cem anos adiante, a neurose obsessiva está praticamente reduzida a um mero transtorno obsessivo compulsivo. Isso para aqueles que utilizam os manuais de classificação de doenças pretensamente objetivos e científicos que estão submetidos a uma lógica capitalista de abolir o sujeito do inconsciente e reduzi-lo a um consumidor compulsivo da indústria psicofarmacológica (RIBEIRO, 2003). No entanto, insistimos na tecla de que a dita sintomatologia obsessiva não é exclusiva, nem necessariamente de sujeitos obsessivos, da mesma forma que estes sujeitos podem não apresentar claramente os sintomas descritos nos tais manuais. Há de se percorrer, em transferência, os elementos estruturais desta neurose.

Desde algumas correspondências para Fliess datadas do ano de 1894, Freud já falara numa *Zwangsneurose*, mas cunhou o termo “neurose obsessiva” para a comunidade científica dois anos depois, no artigo acima citado, curiosamente, onde também fala pela primeira vez em “psicanálise”. Mas a inovação deste artigo a qual queremos destacar aqui é a ideia de que as obsessões estão do lado da histeria, portanto, compõem o quadro das neuroses. Grandes psiquiatras do século XIX como Philippe Pinel, Jean-Étienne Esquirol, Jean-Pierre Falret e Henri Legrand du Saulle falavam numa mania sem delírio, loucura da dúvida, patologia da inteligência, aproximando as obsessões do grupo das psicoses (RIBEIRO, 2003).

Inicialmente, Freud (1894) formulou que no grupo das psiconeuroses (histeria, obsessões e fobia) o que está em jogo é a defesa contra uma recordação penosa. Após uma “representação incompatível” ter acesso ao aparelho psíquico, a defesa promovida pelo eu nas neuroses consistirá no enfraquecimento dessa representação de modo a mantê-la isolada e não

mais se associar a outras ideias. Para isso, o afeto<sup>18</sup> ligado a essa representação precisa se desvincular dela e, conseqüentemente, ficará livre no aparelho psíquico. A solução dada na histeria é mover essa excitação para o corpo por meio do sintoma conversivo. Na neurose obsessiva, esse excesso liga-se a outras representações desimportantes, transformando estas em representações obsessivas.

A partir de 1896 em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” é acrescentada a essa teoria o fator sexual na origem das neuroses. Estas têm relação com experiências infantis traumáticas que são incompatíveis com o ego e, portanto, precisam ser esquecidas.

O trauma se constitui em dois tempos. Num primeiro momento, há uma vivência sexual sem significado para a criança. Após a puberdade, com a maturidade sexual, é dada uma significação a essa experiência. Enquanto na histeria predomina a passividade e a falta de prazer, na neurose obsessiva a recordação de ter havido uma atividade e prazer na experiência sexual infantil é a raiz das ideias obsessivas que vêm acompanhadas de intensa autoacusação. Ao recalcar e substituir as lembranças desse prazer precoce, o sujeito produz sintomas primários de defesa (conscienciosidade, vergonha e autodesconfiança). Posteriormente, a defesa fracassa e ocorre o retorno das lembranças recalçadas de modo distorcido, pois o que alcança a consciência é uma formação de compromisso, “uma conciliação entre ideias reprimidas e repressoras” (FREUD, 1896b, p.195).

A natureza da neurose obsessiva pode ser expressa numa fórmula simples. As ideias obsessivas são, invariavelmente, autoacusações transformadas que reemergiram do recalçamento e que sempre se relacionam com algum ato sexual praticado com prazer na infância. (FREUD, 1896b, p. 194)

O privilégio dado aos traumas infantis para explicar a etiologia da neurose foi rapidamente abandonado por Freud. A teoria da sedução foi substituída por uma compreensão mais ampla da sexualidade em detrimento da ideia de que um ato específico ocorrido na infância foi o gerador do trauma. Conforme Freud assinala numa nota de rodapé datada de 1924 no texto “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896b, p. 193), isso não significou um rechaço completo a suas posições, tão somente a sedução deixa de ser o elemento central e indutor da problemática neurótica, ainda que retenha uma certa importância etiológica. Foram incluídas as noções de pulsões, fases de desenvolvimento da libido e de recalçamento dos desejos sexuais de natureza edípica.

---

<sup>18</sup> O afeto é um termo colhido da psicologia alemã. Neste momento da obra freudiana (1894), designa a soma de excitação que acompanha uma representação, mas pode dela se desligar.

Em “Inibições, sintomas e ansiedade” (1926), Freud desenvolve a partir da elaboração de sua segunda tópica, que há uma marca específica nos obsessivos a respeito da superação do Complexo de Édipo. Normalmente, no período de latência além de se formar o supereu, erigem-se barreiras éticas e estéticas no eu. O objetivo é o de desviar as exigências libidinais, especialmente a tentação à masturbação. Mas em se tratando de neurose obsessiva, esse processo de abrandamento da libido é especialmente mais relevante: “verifica-se uma degradação regressiva da libido, o superego torna-se excepcionalmente severo e rude, e o ego, em obediência ao superego, produz fortes formações reativas de consciência, piedade e asseio.” (FREUD, 1926, p. 138).

Há uma persistência de ideias anal-sádicas correspondentes ao estágio anterior, ainda que o sujeito tenha alcançado a organização fálica. A partir de uma dinâmica sadomasoquista entre supereu e eu, os sintomas desenvolvidos pelo obsessivo, ao mesmo tempo que cumprem finalidades defensivas, proporcionam ademais uma satisfação substitutiva. O gozo combatido insinua-se, pois, nos próprios dispositivos que visam combatê-lo, processo “que se aproxima cada vez mais de um fracasso completo da finalidade original de defesa” (FREUD, 1926, p. 141). Surgem novos dispositivos de defesa, igualmente destinados ao fracasso por conta da natureza obscena do supereu, num processo sem fim. Resulta daí “um eu extremamente restringido, que fica reduzido a procurar satisfação nos sintomas” (FREUD, 1926, p. 141).

O estudo mais contundente efetuado por Freud a respeito da neurose obsessiva é sua publicação chamada “Notas sobre um caso de neurose obsessiva” (1909), o famoso caso do Homem dos ratos. Ernest Lanzer (o verdadeiro nome do paciente) iniciou tratamento em 1º de outubro de 1907, oito meses depois da conclusão de um importante artigo freudiano sobre o tema: “Neurose obsessiva e práticas religiosas” (1907). Ele queixava-se de sofrer com pensamentos trágicos envolvendo pessoas queridas o que provocava a tentativa de neutralizar essas possibilidades através de atos sem relação aparente com as tais iminências.

‘Se tenho esse desejo de ver uma mulher despida, meu pai deverá fatalmente morrer.’ O afeto aflitivo estava distintamente colorido com um matiz de estranheza e superstição, e já estava começando a gerar impulsos para fazer algo a fim de evitar o mal iminente. Esses impulsos deveriam, subsequentemente, desenvolver-se em medidas de proteção que o paciente adotava. (FREUD, 1909, p.168)

Mas o eixo central de seu temor estava relacionado ao que Freud chamou de “suplício dos ratos”. Foi um modo particular de tortura que o paciente ouvira de um determinado capitão quando estava a serviço no exército. Ratos famintos eram colocados dentro de um recipiente que seria, por sua vez, acoplado às nádegas de uma pessoa devidamente

acorrentada e colocada em posição adequada, de modo que os ratos, imbuídos pelo fogo que aquecia a outra extremidade do recipiente de vidro tentariam fugir penetrando no ânus do torturado.

Na segunda sessão com Freud, Ernest relatou de modo bastante aflitivo o medo que carregava de tal suplício ocorrer com pessoas que lhe são muito caras, a saber, a dama venerada por quem era apaixonado e seu pai. Ocorre que este último já havia falecido há alguns anos daquele relato, o que se fazia supor tratar-se de um delírio.

Nesta mesma ocasião, ele havia perdido seus óculos e os encomendou a seu oculista, o qual os enviou pelo correio. O capitão que lhe fez a descrição da tortura envolvendo os ratos intermediou o recebimento desta encomenda e disse a Ernest para este reembolsar o tenente “A”, que havia efetuado o pagamento por ele. Após um impulso inicial de não pagar, a questão do reembolso ao tenente “A” impôs-se de uma forma imperativa para o paciente, como um juramento. Contudo, o paciente notou que o capitão devia ter se enganado porque era o tenente “B” o responsável pelos assuntos de correio, não o tenente “A”. Descobriu, posteriormente, que era a uma senhora que trabalhava no correio que ele deveria reembolsar a soma.

Seu estado de angústia era extremo, pois como jurou inicialmente reembolsar o dinheiro ao tenente “A”, pensava que se não o fizesse, algo ruim poderia acontecer às pessoas que ele amava, mais especificamente, a tortura dos ratos seria aplicada à mulher desejada e ao pai morto. Sua obsessão o levou a montar o seguinte esquema para resolver o impasse da devolução do dinheiro: ele deveria enviá-lo ao tenente “A”, que o entregaria para a senhora do correio, a qual, na frente do tenente “A”, o entregaria ao tenente “B”, que, por fim, o devolveria ao tenente “A”.

A abordagem feita por Lacan sobre este caso se deu bem no início de seu ensino, em 1953, um seminário chamado “O mito individual do neurótico” no qual o autor trabalha a noção freudiana do complexo de Édipo não como uma experiência vivida no real, mas em sua importância mítica para a história do neurótico. O horror provocado pela ideia da tortura dos ratos não foi o desencadeador da neurose, mas sim, atualizou temas que Lacan tomou como fundamentais para tratar a neurose: questões relacionadas ao pai, à dívida e ao gozo.

O pai de Ernst foi um homem faltante falicamente em relação à mãe desde a formalização da união conjugal. Ele, conforme a mãe descrevera ao filho, casou-se por conveniência, preferindo a boa situação financeira em detrimento do sentimento que teria por uma outra mulher que era pobre. Ele optou pelo gozo em detrimento do desejo. A união que resultou no nascimento do paciente tinha como progenitor um homem, na origem, devedor.

Na mitologia do paciente estudado, a posição do pai devedor foi determinante. O Homem dos ratos, por origem e destino, tornara-se herdeiro das dívidas paternas, e, como o pai, de uma dívida impossível de ser quitada pela via em que se deveria. Em sua função fálica, o pai de Ernst, esteve em débito com a mãe e a criança.

Dessa forma, o drama do pagamento da dívida com a mulher dos correios, ao mesmo tempo, o cumprimento da promessa que lhe veio em forma de pensamento intrusivo - “você deve pagar 3800 coroas ao Tenente “A” (FREUD, 1909, p. 173) - é um resumo de seu mito individual envolvendo a dívida simbólica que herdou do pai. A ordem de pagar ao Tenente “A” dada pelo capitão cruel fez surgir no paciente a obrigação de reembolsar a dívida<sup>19</sup> não paga do pai.

A difícil situação vivida por Ernest para realizar o pagamento ao Tenente “A”, quando na verdade quem deveria ser reembolsada seria a moça dos correios, remete-nos a uma característica do obsessivo de se engajar em desafios os quais estão estritamente ligados a uma adversidade. As regras determinadas para o cumprimento desse desafio não podem ser burladas, embora inviabilizem a realização da tarefa, deixando camuflado o desejo do obsessivo por trás da legalidade. Ele se lança no desafio na busca impossível por seu desejo, uma vez que a lei é nele radicalmente marcada, lhe impossibilitando. No desafio, o obsessivo revive a rivalização com o Outro que lhe dita a lei e que lhe demonstra a castração. Esse desafio deve ser lido a partir da rivalidade primeira criada a partir da interdição edípica “não dormirás com tua mãe”. O obsessivo, mesmo num fracasso determinado, vê no desafio a possibilidade de responder ao Outro, presumido imaginariamente na figura paterna.

Neste sentido, se por um lado o pai do obsessivo é faltante e possui um débito com a mãe, por outro o sujeito se instala imaginariamente num dispositivo de suplência ao desejo materno. Não se trata de uma suplência ao objeto da mãe (o que nos colocaria no plano das perversões), mas uma suplência à satisfação do desejo da mãe. A criança, portanto, se coloca nesta lacuna onde o pai falha em ofertar aquilo que a mãe espera e onde esta não obtém a satisfação completa que obturaria sua falta.

A criança é, ao mesmo tempo, confrontada com a lei do pai e com a mensagem de satisfação a menos por parte da mãe, cujo complemento seria justamente exercido pelo filho subjugado pela lei paterna. Desse modo, há a vivência constante de uma incerteza a qual

---

<sup>19</sup> O pai de Ernest contraiu uma elevada dívida em função de apostas feitas em jogos. Ela fora paga por um amigo antes que sua vida fosse dada como forma de pagamento. O amigo nunca foi ressarcido de seu ato salvador.

coloca a criança entre a cobiça do retorno ao ser (o falo) em vista da satisfação falha do discurso materno e a incapacidade desta aliança dada a interdição do pai.

Neste vai-e-vem, o desejo do obsessivo é denegado e relegado ao obscurantismo, da mesma forma que ocorre através da estratégia de dispor a necessidade adiante do desejo, ou seja, reduzir o desejo à necessidade. Dor (1991) explica que a marca deste *selo imperativo da necessidade* origina-se do descolamento do desejo para alcançar o universo da demanda. Ao se separar da necessidade, o desejo é logo tomado pela mãe insatisfeita que encontra aí um objeto de suplência possível, não concedendo o tempo de se suspender na espera da articulação de uma demanda. Decorre disso, outro traço da estrutura obsessiva que é a *impossibilidade de formular uma demanda*. Uma vez instaurada a dificuldade de um gozo próprio pela via do desejo, o sujeito busca fazer gozar ao outro como numa evocação a uma identidade fálica vivenciada. O obsessivo é um nostálgico do ser. Ele ingressa na dialética do ter com esse *passivo* fálico e por isso, a assunção da criança ao universo do desejo se vê dificultada, assim como o acesso à lei, o que justifica a relação particular e problemática com o pai e as pessoas que ocupam qualquer posição de autoridade a ele referida. O caso do Homem dos ratos ilustra bem esse traço da neurose, essa dificuldade em se relacionar com a figura paterna, desdobrada nas autoridades.

Diferentemente da histérica, o obsessivo não quer um mestre para destituí-lo de sua mestria, mas ao contrário, espera mantê-lo onde está o quanto for possível (LACAN, 1958) ainda que isso represente para ele nunca ascender a essa almejada posição. Do contrário, juntamente com o desaparecimento do mestre, seu desejo se dissiparia e ele não existiria como sujeito.

A história fundamental do obsessivo é ele estar inteiramente alienado num mestre, num senhor, cuja morte espera, sem saber que ele já está morto, de maneira que ele não pode dar um passo. Não seria levando-o a perceber do que é que ele é realmente prisioneiro e o escravo, do senhor morto, do mestre morto, que o senhor poderia esperar a solução? (...) Quanto mais coisas ele se concede, mais é ao outro, a esse morto, que as concede, e se acha eternamente privado de toda espécie de gozo da coisa (LACAN, 1954-55, p. 273)

Sendo assim, tende a tudo aceitar, tudo suportar, torna-se o personagem ideal de uma servidão voluntária, na medida em que se coloca como objeto privilegiado do gozo do Outro. “A manobra obsessiva, então, é reduzir o enigmático desejo do Outro ao que o Outro lhe pede, evitando assim se perguntar sobre o que ele, o sujeito, deseja.” (MEES, 1999, p. 38).

Por outro lado, há o gosto pela transgressão que se expressa no seu reverso, através do excesso de escrupulosidade e moralidade. O obsessivo se mostra no que esconde e se esconde

no que mostra, é um neurótico legalista tentando ser um perverso transgressor, mas sem ultrapassar a mera barreira da tentativa. Na cruzada em que se engaja pela proteção da ordem e da lei, pensa estar protegendo algo que lhe é externo (a ética, a família, o regimento de uma instituição), quando na realidade busca se proteger de algo que lhe é constituinte: justamente, o desejo de burlar a lei paterna.

É, pois, absolutamente ambígua a modalidade de relação do obsessivo com o Outro. Se por um lado há o esforço em se antecipar à demanda do Outro para que este não deseje, para que nada lhe falte, essa ordenação totalitária comporta o controle e domínio pela condenação à morte do Outro. Sua destruição representa a destruição do próprio desejo, uma vez que o Outro é o lugar do desejo. É neste sentido que o desejo é mantido à distância para o obsessivo, já que sua realização se apresenta como uma iminência mortal para o próprio sujeito. Morte que na vida psíquica, na estrutura do neurótico obsessivo, lhe remete à principal questão: “Estou vivo ou estou morto?”

Em geral, esses pacientes na clínica são resistentes à *obediência* da regra da associação livre, uma vez que esta vai rigorosamente na contramão de seu ideal de controle. “Parecem conhecer muito bem o peso das palavras, sabendo que se diz além e a despeito do que se quer dizer” (BESSET; ZANOTTI, 2005, p. 43). Resistem ao imprevisto e aos desdobramentos que a ele se associam em benefício da narrativa e da racionalização. Certo paciente chegou a levar uma pauta escrita sobre o que deveria tratar em sua segunda sessão. Outros dizem: “Não pensei em nada para hoje” e silenciam-se. No entanto, o que é visado com a regra de ouro da psicanálise é justamente o efeito de surpresa do qual o neurótico obsessivo se esquiva. Pois o que comporta esse efeito é o que o paciente tenta conter com seu ideal de domínio e é exatamente o que para ele sobrevém como mortífero: seu próprio desejo.

Nessa questão residem o *tudo controlar* e o *nada perder* característicos dessa neurose. Se o obsessivo se constitui como tudo para o Outro, ele deve despoticamente tudo controlar e tudo dominar para que o Outro não lhe escape e o sujeito nunca perca. Essa problemática da perda é central para a lógica obsessiva, pois ela está associada à questão da falta que o remete à castração. Portanto, a estratégia do obsessivo é: nada perder para evitar ser confrontado pela questão da falta.

A ilusão de totalização, de domínio global está relacionada à conquista do controle absoluto do gozo, o qual é atribuído fantasmaticamente ao Outro, tal como o capitão cruel no caso do Homem dos ratos - com seu gozo terrível e mortal - e o pai da horda primitiva de *Totem e Tabu* (FREUD, 1913) que dispunha de todas as mulheres da tribo. É um Outro que nada falta, portanto, não deve desejar. A esse Outro o obsessivo se esforça para tapear

mostrando os sinais de suas boas intenções e de seu árduo trabalho. Ele não pode perder a posição, em sua fantasia, de que complementa o Outro. Para tanto, o desejo do outro tem de permanecer morto. Além do mais, é pela via de seu trabalho que o sujeito acredita que terá acesso ao gozo. (LACAN, 1960)

Esse acesso vai se situar, para o obsessivo, num lugar que jamais será alcançado, para onde o trabalho da caminhada nunca logrará êxito e onde se presume localizar ao mesmo tempo um tesouro e um abismo, tal como a linha do horizonte que além de enigmática, nunca é alcançada, despertando em diversas culturas medo, curiosidade e , mas que os antigos navegantes acreditavam ser o limite da Terra e sugaria suas caravelas num imenso precipício. Também é o ponto de interseção da terra com o arco-íris - onde, reza a lenda, existe um pote de ouro. Portanto, no lugar do impossível acesso à despeito do trabalho da caminhada, aquele que congrega o sublime e o fim

### 3.5 Perversão

*“Eu sei, mas mesmo assim...”*

Antes de adentrarmos neste tópico, vale ressaltar que é fundamental nos desgarrarmos das ideias que o senso comum nos trás, para as quais a histeria se associa à imagem da mulher escandalosa, a neurose obsessiva, ao personagem cheio de manias vivido por Jack Nicholson no filme “Melhor é impossível”, o psicótico que se diz ser Napoleão e a perversão ligada à perversidade, à crueldade. Vimos nos dois tópicos anteriores questões e traços estruturais relacionadas à neurose e agora falaremos um pouco sobre as perversões. Nossa proposta é fazer uma abordagem de modo diverso de como a psicopatologia historicamente e também nos dias atuais tem desempenhado. É no mínimo contraproducente nos agarrarmos a critérios morais, sociais e médico-legais para falarmos sobre as perversões. Se estivermos sancionados por normas morais e ideológicas, invalidaremos de antemão qualquer compreensão clínica do processo perverso, dando a ele um perfil atípico sem especificidade estrutural. (KAUFFMAN, 1996)

Não há uma univocidade em Freud para este tema. O autor nos seus *Três ensaios a sexualidade* (1905) impacta a sociedade de sua época ao apontar para uma certa perversão essencial à sexualidade humana em geral. Parte do critério de que tudo que desvia do caráter supostamente instintual da reprodução, a cópula genital, já se trata de uma perversão da

finalidade reprodutiva. De modo que até mesmo o beijo ou o prazer preliminar ao ato sexual entrariam neste aspecto desviante. Daí forja a noção de pulsão para abordar a sexualidade humana, mantendo nela a concepção de que há uma perversão de base para toda e qualquer pessoa. Com isso, o autor arranca o processo perverso das discriminações que o inscrevem como um desvio em relação às normas. A perversão se inscreve na própria norma.

Mais do que isso, Freud aponta para a existência da sexualidade infantil que é essencialmente perversa polimorfa, uma vez que originalmente as pulsões se manifestam de forma desordenada pelo corpo do infante e, posteriormente, se apoiam num desvio do objeto da pulsão.

Mas podemos situar na obra de Freud um passo importante para sua concepção da perversão como um tipo de funcionamento psíquico com especificidade estrutural a partir de “Pulsões e seus destinos” (1915). Antes, no artigo “As teorias sexuais infantis” (1908), falou pela primeira vez na recusa da castração e em trabalhos posteriores como em “Uma criança é espancada” (1919) e “O fetichismo” (1927) articula a perversão com o Complexo de Édipo.

Conforme vimos, a criança é confrontada com a diferença entre os sexos a partir da constatação de que há o grupo das que não portam o pênis, uma vez que a operação da castração lhes acometeu. Porém a primeira reação da criança é de alguma forma negar essa ausência apegando-se a esperança de que logo crescerá um órgão.

Sabemos como as crianças reagem às suas primeiras impressões da ausência de um pênis. Rejeitam o fato e acreditam que elas realmente, ainda assim, veem um pênis. Encobrem a contradição entre a observação e a preconcepção dizendo-se que o pênis ainda é pequeno e ficará maior dentro em pouco, e depois lentamente chegam à conclusão emocionalmente significativa de que, afinal de contas, o pênis pelo menos estivera lá, antes, e fora retirado depois. A falta de um pênis é vista como resultado da castração e, agora, a criança se defronta com a tarefa de chegar a um acordo com a castração em relação a si própria. (FREUD, 1923b, p.181-182)

Ao inferir que a mãe é participante desse grupo, surge para a criança a questão de que ela própria realiza o papel de ser aquilo que falta à mãe, portanto, seria o falo materno. Recorremos, imaginariamente, aos personagens “mãe”, “pai”, “pênis”, este último colado à noção de falo, quando mais precisamente, essa compreensão deve abranger a concepção de sua função significativa, o significante da falta, o significante do desejo do Outro.

Se o desejo da mãe é o falo, o infante quer sê-lo para satisfazer a falta dela e assegurar para si um capital de gozo que vai além de suas próprias satisfações orgânicas. Porém ocorre a ação que priva, frustra, proíbe, faz a lei, traz a castração, ou seja, opera livrando a criança de

ser o falo da mãe, que é a função do pai simbólico, a ação que resulta na passagem do ser ao ter.

Na constituição do sujeito perverso, a criança persiste numa identificação ao falo materno, mesmo se fazendo operar a lei da castração. Eis uma diferença crucial com a neurose obsessiva. Para ambos os casos, a operação paterna é assimilada, a interdição é reconhecida, porém para a neurose obsessiva há um recuo, o desafio que se engendra ainda, que veladamente à lei do pai, diz respeito à posse do objeto fálico e não exatamente a persistência numa identificação a ele.

O perverso, mesmo se inserindo na lógica fálica, portanto, tendo havido o interdito paterno e a sinalização por parte da mãe de que o pai é supostamente portador daquilo para onde aponta seu desejo, o sujeito ainda se mantém em sua identificação fálica. Diga-se de passagem, é a mãe que valida a lei do pai, indicando que para além da relação mãe-filho seu desejo pode estar direcionado, de modo que há um outro desejo da mãe que não é o desejo do filho. A figura paterna surge como uma instância mediadora do desejo, apontando um outro universo de gozo que a criança é proibida e do qual ela está excluída. É esta vacilação que lhe servirá de ponto de partida para um novo saber sobre o desejo do Outro, introduzindo-a no registro da castração e, portanto, nos desafios postos pela questão da diferença dos sexos.

Voltamos a ressaltar que o drama edipiano se passa num registro que ultrapassa o campo da realidade. A presença do pai para a criança é uma presença que se dá como pai imaginário, como rival, intruso, suscetível de colocar em dúvida a atribuição fálica da criança e que possibilita a introdução de seu estatuto estruturante. A função paterna como mediadora do desejo do Outro só se torna operatória sob a condição de ser investida como instância simbólica que se sustenta na figura do pai simbólico. Se o pai imaginário irrompe como elemento perturbador que faz vacilar a certeza de identificação fálica da criança, o pai simbólico propicia a identificação que produz a aquisição do “não” dirigido para o próprio desejo de completude.

Lembre-mos do exemplo do pai da horda primitiva de *Totem e Tabu* (1913b) que por dispor de todas as mulheres instituiu-se como exceção à regra contra o incesto que abrangia a todos da tribo. É um pai todo-poderoso, não castrado, e por este motivo, suscitou a ambivalência ódio-inveja nos filhos que posteriormente o matariam. Estes promoveram um banquete canibalesco no intuito de se apropriarem das marcas de sua onipotência. No entanto, descobriram que além do ódio também nutriam amor pelo pai, agora morto. Além do mais, a possibilidade de manutenção e do estabelecimento do laço social passaria pela reintrodução da lei do pai, uma vez que todos os irmãos desejavam todas as mulheres ao mesmo tempo.

Assim, a proibição do incesto obrigava os irmãos a renunciarem às mulheres que desejavam justamente o que tinha sido o motivo principal para se livrarem do pai. A horda patriarcal era substituída então pela horda fraterna: “o que até então fora interdito por sua existência real foi doravante proibido pelos próprios filhos” (FREUD, 1913b, p.146). Anuncia-se, com isso, sua função simbólica, uma vez que o pai morto se edificou em pai simbólico.

Conforme sinalizamos, o discurso materno é o que dá suporte à intervenção do pai, abrindo margem à vacilação da identificação fálica e fazendo surgir uma interrogação que permita à criança fazer a ultrapassagem do ser ao ter. Essa passagem se realiza na medida em que o pai aparece à criança como aquele que detém o falo que a mãe deseja. A atribuição fálica que situa o pai no registro do pai simbólico confere a ele a autoridade de ser representante da lei.

Pois é justamente do que diz respeito a essa lei e sobre essa instância mediadora que o perverso nada quer saber. Ou seja, há uma admissão de sua existência, mas logo em seguida uma negação, ou ainda, uma transgressão da mesma.

A dinâmica particular de economia do desejo do perverso inicia-se por uma obstrução ou anulação deste estado de vacilação da identificação fálica. Diz-se que o perverso tem a mãe como cúmplice, marcada pelos acenos da sedução, mas também conta com a complacência paterna, marcada pelo pacto de omissão. Se há, por um lado, a incitação ao gozo através da minimização da mediação paterna, por outro, há o silêncio que defenestra o pai de suas prerrogativas simbólicas, agora delegadas ao discurso materno.

Sendo assim, a mãe assume tanto o viés de interditora, enquanto delegada da palavra do pai, como sedutora e permissiva, dando luz à fantasia da mãe fálica que acompanhará o perverso em suas relações com o mundo feminino. (KAUFFMAN, 1996)

Tanto a santa virgem, quanto a puta asquerosa assumem o papel de, respectivamente, negar o desejo, portanto, a castração materna, como convocar o horror da castração, representando a iminência da mutilação peniana com a imagem da vagina dentada.

A criança permanece então duplamente cativa da sedução materna e da proibição inconsequente que ela lhe oferece. Com esse quadro, nada mais é preciso para que haja aí a prescrição de um verdadeiro convite à transgressão.

A *transgressão*, bem como o *desafio* são traços relevantes da estrutura perversa, já que remontam os termos da rivalidade fálica e se constituem como única saída para o desejo do sujeito. O perverso se fecha na representação de uma falta não simbolizável que o condena a uma contestação inesgotável que tem por base o desmentido da castração materna. Ao renegar

a falta significada pela intrusão paterna, ele se impossibilita de aceitar a castração simbólica, cuja função é determinar a diferença dos sexos como causa do desejo para o sujeito.

A maneira de sustentar a negação da existência do falo materno é encontrada na instauração do objeto fetiche. Freud discorre sobre esse tema em seu texto “O fetichismo” (1927) nos seguintes termos:

O fetiche é um substituto do pênis, mas não é um substituto de um pênis qualquer, mas de um pênis muito particular, que tenha tido grande significação na primeira infância, mas se perdeu mais tarde. Normalmente, dever-se-ia estar resignado com essa perda, mas justamente o fetiche está destinado a preservar o pênis de seu sepultamento (*Untergang*). Para dizê-lo com maior clareza: o fetiche é o substituto do falo de uma mulher (da mãe) em que o menino havia acreditado e que não quer renunciar (FREUD, 1927, p. 148).

Paradoxalmente, o fetiche concilia duas afirmações incompatíveis: o sujeito sabe que aquilo que é rejeitado existe, mas continua a negar sua existência ou presença. Há um saber de algo intolerável, mas que não impede de se gozar como se não se soubesse disso. Portanto, o perverso tem um saber sobre a castração, dado que há uma primeira simbolização da ausência do falo, da qual o objeto fetiche torna-se a testemunha mais eloquente com seu movimento de negação.

Podemos reconhecer uma clivagem a partir da compreensão de que na perversão duas atitudes psíquicas opostas podem coexistir no nível do eu. Se a prerrogativa atribuída ao inconsciente de possuir duas ideias contraditórias convivendo lado a lado, e se na neurose a cisão existente está entre o consciente e o inconsciente, no plano das perversões há uma clivagem do eu. É o que está na base da identificação do perverso tanto com a mulher castrada (ao reconhecer a castração) como também com o falo imaginário que faltaria a esta.

Por isso a frase de Octave Mannoni (1992) a respeito do funcionamento perverso tornou-se referência no estudo desta estrutura: “eu sei, mas mesmo assim...”. Dizer “eu sei” é, antes de tudo, uma admissão da constatação de que a mulher não tem o falo e que há um risco que o acomete com a manutenção de sua identificação fálica. Seguir com “mas mesmo assim” aponta para o apelo à recusa concentrado na adversativa “mas”, além de também comportar as faces de transgressão e desafio que estão na base da perversão.

A eleição do objeto fetiche segue a lógica de garantir a proteção do sujeito contra a falta e, sobretudo, contra a inconsistência do Outro. Lacan (1956-57) teorizou que a satisfação obtida com o fetiche tem como efeito neutralizar a angústia que advém do encontro amoroso.

No fetichismo, o próprio sujeito diz que encontrou finalmente seu objeto, seu objeto exclusivo, tanto mais satisfatório quanto é inanimado. Assim, ao menos, ele ficará muito tranquilo, certo de não sofrer decepção por parte dele. Amar um chinelo é, realmente, ter o objeto de seus desejos ao alcance. Um objeto desprovido de qualquer propriedade subjetiva, intersubjetiva, até mesmo transubjetiva, é mais garantido (LACAN, 1956-57, p.85).

### 3.6 Psicose

*“Presos do lado de fora”*

Em meados do século XIX, o termo “psicose” ganhou repercussão no desenvolvimento dos estudos sobre saúde, principalmente por representar uma distinção fundamental entre as doenças mentais e as do corpo e por quebrar uma tradição filosófica milenar que concebia a existência de doenças da alma: o erro e o pecado.

Abrem-se os campos da loucura e da alienação em oposição ao campo das neuroses. Para a Alemanha do fim do século XIX, estas se diferenciavam das doenças mentais, sobretudo, por haver fatores orgânicos em sua determinação bem como seus reflexos se dariam no corpo. São as chamadas doenças nervosas, do grego *neuron*: “nervos” e *oisis*: “condição anormal”. Já as *psikhosis*, cuja tradução literal do grego refere-se a uma anormalidade da mente, se traduzem por uma sintomatologia essencialmente psíquica, ainda que os autores não pudessem descartar que sua causa resida no sistema nervoso. (LAPLANCHE; PONTALIS, 1967).

Um dos primeiros escritos de Freud que fazem referência à psicose é o rascunho H (1950 [1895]), uma correspondência enviada para Fliess, na qual o autor utiliza a expressão que irá acompanhá-lo ao longo de toda sua obra: defesa. A psicose, bem como a neurose, são modos particulares de defesa psicopatológica contra ideias intoleráveis ao aparelho psíquico. Na “confusão alucinatória” a ideia é rejeitada em sua totalidade (representação e afeto) do interior do sistema, sem fragmentações como ocorre na neurose, mas as custas do desligamento parcial do mundo externo produzindo a alucinação, comprazendo o ego e apoiando a defesa. Na paranoia, igualmente, a ideia incompatível é afastada, por meio de sua projeção e atribuição ao mundo externo. Neste caso as alucinações, diferentemente, são hostis ao ego, mas também apoiam a defesa. (FREUD, 1950 [1895]).

O estudo realizado desde o verão de 1910, finalizado em dezembro daquele ano e

publicado em 1911 na revista *Jahrbuch*, das notas autobiográficas do Presidente Daniel Paul Schreber, revelam logo nas suas primeiras linhas uma clara contra-indicação ao tratamento psicanalítico para esses pacientes, pelo motivo de não podermos oferecer a eles perspectivas de sucesso terapêutico. Ainda assim, neste mesmo artigo, Freud foi preciso na formulação de um aforismo extremamente importante que provocou uma grande reviravolta em relação à concepção psiquiátrica: o delírio não é a doença propriamente dita, mas uma tentativa de cura da psicose. Trata-se, portanto de um movimento em direção à estabilização. (FREUD, 1911)

As dificuldades creditadas por Freud ao tratamento da psicose foram, mais tarde, solucionadas por Lacan que se dedicou a extrair a particularidade da transferência nesses casos. Para aquele autor, o problema não se situava exatamente do lado do psicótico, mas do lado da transferência.

A incapacidade de transferência desses pacientes (até onde o processo patológico se estende), sua conseqüente inacessibilidade aos esforços terapêuticos, seu repúdio característico ao mundo externo, o surgimento de sinais de uma hipercatexia do seu próprio ego, o resultado final de completa apatia — todas essas características clínicas parecem concordar plenamente com a suposição de que suas catexias objetais foram abandonadas. (FREUD, 1915b, 225).

Psiquiatra de formação, Lacan dedicou-se a este tema principalmente em três momentos de sua obra: na tese de doutoramento (1932), no Seminário 3, *As psicoses*, de 1955-56, e no artigo “De uma questão preliminar a todo tratamento possível na psicose” (1957). Há um quarto momento, que será melhor trabalhado no próximo capítulo, o qual se insere em seu último ensino, o seminário *Le sinthome* (1975-76).

Sempre calcado nas formulações freudianas e avançando a partir delas, Lacan retira do desenvolvimento da compreensão de que na psicose não há um mecanismo de “recalque por projeção” - tal como fora aceito por Freud até 1911 - mas há na verdade, um modo particular de defesa, uma operação muito mais radical que não envolve o recalque e que será chamado por Lacan de forclusão.

Após a segunda teoria topológica acerca do funcionamento mental, Freud abandona definitivamente o paradigma do recalque e suas modalidades de defesa como modelo elucidativo das psicoses. O mecanismo específico para elas será redefinido como rejeição (*Verwerfung*). O par de artigos publicados em 1924 “Neurose e psicose” e “Perda da realidade na neurose e na psicose” marcam o momento dessa distinção. Se no primeiro artigo Freud (1924[1923]) aponta que na neurose o conflito existente ocorre entre o eu e o mundo externo, no segundo texto (1924b) o autor assinala que em

ambos os casos há uma perda na relação do eu com a realidade. Porém ele ressalta que os mecanismos e consequências desse afastamento ocorrem de maneiras distintas.

No funcionamento da neurose, o eu, operador do recalque, suprime a pulsão oriunda do isso, de modo que o neurótico se distancia de um fragmento da realidade, cabendo à particularidade de cada tipo clínico a retomada compensatória em substituição à parte danificada do isso. O mecanismo dos sintomas neuróticos e das demais formações do inconsciente advém do fracasso na operação do recalque, sob a forma de retorno do recalçado.

O ego descobre a sua unidade ameaçada e prejudicada por esse intruso e continua a lutar contra o sintoma, tal como desviou o impulso instintual [pulsional] original. Tudo isso produz o quadro de uma neurose. (FREUD, 1924[1923], p. 191)

Por outro lado, na psicose a rejeição à realidade ocorre de maneira radical, diferentemente da neurose que restringe apenas uma parcela. Por conta da fuga do eu na relação com o mundo externo, há a predominância do isso ou, em outras palavras, do inconsciente, em suas manifestações. O delírio é comparável a um remendo que preenche o local em que originalmente uma fenda se instaurou na relação do eu com o mundo externo (FREUD, 1924[1923]).

Mas o que está no pano de fundo do quadro sintomatológico das estruturas é a realidade da castração anunciada pela figura paterna a partir do Édipo e que se impõe para o sujeito levando-o a erigir respostas defensivas em suas diversas modalidades. Foi na rediscussão dessas diversas respostas subjetivas à verdade da castração que Lacan avançou inicialmente desde Freud, mas tomando a psicose como seu ponto de partida.

Podemos dizer que a paranoia está para Lacan, assim como a histeria está para Freud (PETER, 1987), já que a entrada do autor na psicanálise se deu pelos limites do saber psiquiátrico sobre as psicoses. Desde sua tese de doutorado a respeito do estudo de um caso de paranoia (o caso Aimée), passando pelas primeiras formulações a respeito do estádio do espelho, desembocando em toda construção lógica do significante e os efeitos do significante organizador, o Nome-do-Pai, o estudo da psicose tornou-se o viés essencial do desenvolvimento teórico de Lacan.

A formalização de sua clínica na década de 50 girava em torno da dissimetria estrutural entre neurose, psicose e perversão, estas marcadas pela presença ou não do significante Nome-do-Pai em suas organizações. Conforme vimos, a trama que se estabelece nos três tempos do Édipo envolve a questão do *ter* e do *ser* o falo para o (do) Outro. Deve-se a isso a operação da função paterna que se dá pelo “não” do pai. Lacan se aproveitou da

homofonia existente entre as palavras “não” e “nome” para designar como significante o lugar vazio que se abre a partir da presença e ausência da mãe. A inscrição ou não do *Nom du Père/Non du Père* torna-se critério determinante para a inscrição simbólica da falta do Outro na lógica fálica.

A tese de Lacan exposta nos Seminários III (1955-56) e V (1957-58), pressupõe que na psicose não ocorre a inscrição desse significante primordial devido a um acidente no Édipo e que Freud associa ao termo em alemão *Verwerfung*. Ainda que em algumas passagens também utilize o termo *Verleugnung* se referindo ao mesmo mecanismo, Lacan retirou do terço final da obra freudiana a utilização separadamente dessas duas expressões e formalizou a distinção entre elas. Cada qual se refere a um mecanismo específico, a última para as perversões e a primeira para as psicoses, sendo que o autor francês rebatiza esta, traduzida por rejeição, com a palavra *forclusion*. Ele importou da linguagem jurídica a terminologia que reporta à apelação a uma faculdade ou direito que se tornou obsoleto por não ter sido executada no tempo devido. A melhor tradução para o português seria preclusão<sup>20</sup>, uma vez que este é um princípio previsto e existente no nosso sistema jurídico. Porém convencionou-se entre os analistas traduzir por foraclusão. Na língua francesa, essa é uma palavra que também denota “excluir”, “encerrar”, “rejeitar”, ou “expulsar para fora dos limites de um reino”. Solal Rabinovich (2001) inspirou-se neste último significado para intitular com magistral precisão seu livro *Foraclusão: presos do lado de fora*.

Portanto, a foraclusão prevê antecipadamente um limite de tempo para se afirmar ou negar aquilo que se quer dizer ou contradizer. Deste modo, na psicose há uma afirmação (*Bejahung*) - afirmação, em contraposição à *Verneinung*, denegação - que se dá num momento posterior à foraclusão (*Verwerfung*). Ressalte-se que aqui nos referimos à *Bejahung* primordial que é uma precondição para o acesso à ordem simbólica, uma vez que ela é a afirmação da realidade da castração, portanto da significação fálica. Da mesma forma, falamos da *Verwerfung* primitiva, uma modalidade de negação radical que não prescinde de uma afirmação anterior, portanto, não fazendo par com a *Bejahung* que falhou.

Ao nível dessa *Bejahung* pura, primitiva, que pode realizar-se ou não, estabelece-se uma primeira dicotomia - o que teria sido submetido à *Bejahung*, à simbolização primitiva, terá diversos destinos, o que cai sob o golpe da *Verwerfung* primitiva terá outro (LACAN, 1955-56, p.98).

Ora, para que haja uma denegação, é preciso que ela esteja relacionada a uma afirmação implícita dada anteriormente. Citemos o exemplo clássico de Freud (1925a, p. 295)

<sup>20</sup> De acordo com o que lemos na definição apresentada em [www.jusbrasil.com.br/topicos/294026/preclusao](http://www.jusbrasil.com.br/topicos/294026/preclusao)

no artigo “A denegação”: “O senhor deve me perguntar quem é a pessoa do sonho. Pois bem, não é a minha mãe”. Trata-se de uma denegação (*Verneinung*) própria da neurose, já que se estabelece a partir da *Bejahung* (afirmação). A negação radical na psicose (*Verwerfung*), a qual nos referimos anteriormente, não quer dizer o seu contrário, ela não se dialetiza com uma afirmação prévia, não há a negação da afirmação, mas uma falha no discurso, com um elemento que não foi simbolizado (JORGE, M. A. C.; FERREIRA, 2011). Para explicar melhor essa última frase, voltemos ao que Freud cita em seu texto de 1894 “As psiconeuroses de defesa”:

Há, entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida [do que na denegação]. Nela, o ego rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Mas a partir do momento em que isso é conseguido, o sujeito fica numa psicose que só pode ser qualificada como 'confusão alucinatória' (FREUD, 1894, p.63).

Portanto, a hipótese de Lacan em seu terceiro seminário (1955-56) é que numa etapa anterior a qualquer articulação simbólica, uma parte da simbolização não se efetiva na psicose. Se na neurose, uma representação se inscreve, recalca uma parte e deixa livre o afeto produzindo derivados que retornam com um revestimento simbólico e substitutivo, na psicose algo de primordial quanto ao ser do sujeito não ganha representação, sendo, antes, rejeitado, foracluído.

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. (...) o que cai sob o golpe da *Verwerfung* tem uma sorte completamente diferente (...) tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung*, reaparece no real (LACAN, 1955-56, p. 21).

Desse modo, o psicótico encontra-se preso do lado de fora da linguagem, pois para ele não houve a inscrição do Nome-do-Pai, devido à prescrição do tempo de afirmação do significante fálico, portanto, a metaforização do objeto do desejo da mãe.

Mas é necessário irmos além da compreensão de que na psicose o sujeito ignora a linguagem, dado que o inconsciente se encontra aí não-assimilado. Importa investigar porque ele aparece no real, este que é o lugar da lacuna, da não-existência, do irrepresentável, um lugar esvaziado de representações.

No fenômeno psicótico, o delírio traz em si um regime de significação que se contrapõe em relação ao ordenamento comum do discurso. A alucinação verbal comparece como alguma coisa que toma forma de palavra falada e que, para o sujeito, comparece como o

que lhe fala. Trata-se de considerar o estatuto de uma realidade assimilada como um buraco cavado que vem se sobrepor à forma de um mundo fantástico, no qual o que vem do exterior não pode ser reconhecido no interior. Essa falha, para Lacan, se dá a partir da forclusão do significante do Nome-do-Pai.

Lacan percebe que na paranoia de Schreber, o evento decisivo para a precipitação da psicose foi sua nomeação para o importante cargo de juiz-presidente do Tribunal de Apelação (o que em nosso país, se assemelharia ao de Presidente do Supremo Tribunal Federal, a mais alta escala que um jurista brasileiro pode alcançar). Pois é aí quando Schreber se defronta com a convocação de assumir uma posição de grande autoridade simbólica, na exigência simbólica de requisição do significante Nome-do-Pai, que ocorre o desencadeamento do surto sob a forma de delírios e alucinações.

A maneira específica como que o sujeito psicótico se organiza não tem em sua amarração central a função paterna tal como ocorre na neurose. A crise irrompe quando o sujeito é convocado a responder deste ponto onde falta o significante primordial. Os significantes evocados falam no real, uma vez que a função para a qual eles são chamados a ocupar não está simbolizada pelo sujeito.

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verworfen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito.

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início a cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante. (LACAN, 1958, p. 584)

A instância imaginária funciona fazendo suplência à claudicação simbólica na psicose. Basta que o pai, não o pai do sujeito, mas Um-pai ocupe o lugar onde o sujeito nunca pôde chamá-lo antes e se situe na posição terceira em alguma relação imaginária ( $a - a'$ , ou *eu - objeto*) para desencadear a psicose. (LACAN, 1958)

A construção da metáfora delirante não é um trabalho simples. Consiste numa reação em cadeia no nível do imaginário, uma cascata de remanejamentos imaginários que visa fazer as vezes da metáfora paterna e assim promover a estabilização. É um trabalho artesanal de confecção de uma verdade sobre o sujeito sem se ancorar no Nome-do-Pai que já traria consigo os recursos de fabricação dessa verdade. A metáfora delirante nos reporta à possibilidade de um trabalho de simbolização, um trabalho sobre o significante, fundando uma referência em torno da qual o sujeito se localiza no discurso do Outro (GUERRA, 2007).

Sendo assim, o tratamento conferido a um paciente psicótico deve seguir diferentes

direções em relação àquele destinado a neuróticos, onde visamos escavar determinações inconscientes na esfera da suposição de saber. Daí a contraindicação freudiana a uma psicanálise com psicóticos, uma vez que a clínica de então estava calcada na lógica do recalçamento. “As psicoses (...) são impróprias para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento.” (FREUD, 1904, p. 274) Embora o autor nesta mesma passagem abra a possibilidade de haver “modificações adequadas do método [de modo que] possamos ser bem-sucedidos em superar essa contraindicação.” (FREUD, 1904, p. 274).

O tratamento com psicóticos se baseia numa clínica das suplências, na qual o analista acompanha e assegura o frágil equilíbrio delirante do paciente, favorecendo a consolidação de uma rede de sentidos capaz de protegê-lo de ser tragado pelo furo do real. Lacan dá o mote dessa operação ao dizer que devemos “passar por secretários do alienado” (LACAN, 1955-56, p. 236). Essa frase provém de uma crítica feita por Jean-Pierre Falret (psiquiatra do século XIX lido e citado por Lacan em sua tese de doutorado) e aos antigos alienistas, que por se verem impotentes frente à doença e ao se deixarem guiar pelo caráter fantástico dos fenômenos da loucura, davam de secretários de seus pacientes. Porém Lacan altera o sentido da frase para sugerir uma posição ativa frente à psicose acrescentando a subversão que é característica de um grande freudiano “não só nós passaremos por seu secretário, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada aos antigos alienistas” (LACAN, 1955-56, p. 236). Secretariar, neste caso, é o contrário de labutar no sentido de determinar se a alucinação é verbal, sensorial ou não-sensorial. Antes, é dar crédito à fala do psicótico na aposta de que há um conhecimento que se encontra do lado do sujeito e incluindo-o no rol daqueles que podem ser tratados pela psicanálise.

Para tanto, é mister reconhecermos o psicótico ainda nas entrevistas preliminares, uma vez que a análise é estruturalmente desencadeante, por se tratar de um dispositivo que propicia o encontro com o faltoso. Como vimos, o movimento deste período prévio ao tratamento propriamente dito caminha no sentido de produzir uma questão a partir da queixa, provocando algumas fraturas nas identificações imaginárias do sujeito. A postura de não nos colocarmos como cúmplices frente a essas significações favorece o desenvolvimento da transferência, ligado a um compromisso com a verdade: “(...) o verdadeiro visa o real” (LACAN, 1972-73, p. 123) e deve haver um simbólico capaz de tratá-lo. Ocorre na psicose uma inércia da simbolização que não permite esse tratamento ao real, excluindo o tratamento da verdade e a produção de uma meia-verdade através das “inversões dialéticas” tal como Lacan (1951) nomeia. Neste sentido, a análise não é apropriada a todos os pacientes. A

transferência, a possibilidade da precipitação da verdade pelo Outro, não opera, ou opera de maneira diferente para o psicótico. Então, como reconhecê-lo de antemão?

Estabelecer este diagnóstico pode não ser uma tarefa tão evidente quanto possamos imaginar à primeira vista, sobretudo naqueles casos de loucura ainda não desencadeada, os pré-psicóticos. Miller (1997a) ressalta a importância de termos esse cuidado e recomenda estarmos atentos aos fenômenos elementares. Qualquer suspeita precisa se ligar à investigação de fenômenos que podem existir bem antes de um delírio. São eles: o automatismo mental, fenômenos que concernem ao corpo e os que concernem o sentido e a verdade. Nesses casos não há observação de sinais produtivos claramente psicóticos, mas de fenômenos discretos, ou de franja, sendo que Lacan, ao se basear nos estudos de seu mestre Gaëtan Gatian de Clérambault, privilegiará o automatismo mental – a impressão sustentada por uma certeza de que ideias estranhas tomam o corpo do sujeito, de que seus pensamentos são repetidos em eco e que suas palavras ou atos são impostos ou comentados.

Porém se adotarmos uma postura meramente descritiva e distanciada desses fenômenos e fazermos uma espécie de zoológico da loucura (crítica feita à fenomenologia), podemos incorrer no equívoco já alertado por Freud (1913) em “Sobre o início do tratamento”: o erro diagnóstico. Por exemplo, tanto psicóticos, quanto as histéricas podem sofrer com o sentimento de corpo como do outro, da mesma forma que alguns obsessivos também relatam a audição de vozes que os perturbam. O crédito deve ser dado não ao fenômeno isoladamente, mas ao sujeito que fala dele, fala através dele, ou ainda: de que fala com ele. A proposta de Lacan é retomar a via explicativa relegada pelo nosógrafo para termos uma análise mais proveitosa do fenômeno, na medida em que este seja considerado como um elemento da estrutura.

Do ponto de vista que nos guia, não temos essa confiança *a priori* no fenômeno, pela simples razão de que nosso encaminhamento é científico, e de que o ponto de partida da ciência moderna é não se fiar nos fenômenos e procurar atrás algo de mais subsistente que o explique. (LACAN, 1955-56, p. 166)

#### 4- Sobre as incertezas diagnósticas

“(…)sou bastante escrupuloso em matéria de diagnóstico de psicose”

(LACAN, 1955-56, p. 109)

Já nas primeiras linhas de “Sobre o início do tratamento”, Freud (1913a) sinaliza para uma preocupação particular quanto ao cometimento do erro diagnóstico efetuado pelos analistas para os quais visava com a orientação disposta naquele artigo sobre a técnica. O autor destaca a recomendação de se dedicar um período prévio à análise propriamente dita, entre outros motivos, “por razões diagnósticas” (p. 165), a fim de não se cometer um erro prático que ponha em descrédito a própria psicanálise e evite despesas desnecessárias ao paciente. Isso porque, nessa época, não vislumbrava um tratamento psicanalítico adequado às psicoses e esse era um dos motivos para o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica antes mesmo do início da empreitada analítica. Nesse sentido, anuncia no artigo citado que sua atenção não estava apontada para os casos cujos fenômenos fossem bem pronunciados, por eles serem de fácil reconhecimento, mas visava justamente aqueles que despertam uma incerteza no analista. Na sequência do texto, oferta algumas indicações gerais que se baseiam na intensidade e persistência de sintomas tipicamente histéricos e obsessivos com o intuito de orientar a distinção tão necessária entre a neurose e uma psicose ainda não desencadeada:

Com bastante frequência, quando se vê uma neurose com sintomas histéricos ou obsessivos, que não é excessivamente acentuada e não existe há muito tempo – isto é, exatamente o tipo de caso que se consideraria apropriado para tratamento – tem-se de levar em conta a possibilidade de que ela possa ser um estágio preliminar do que é conhecido por demência precoce (‘esquizofrenia, na terminologia de Bleuler; ‘parafrenia’, como propus chamá-la). (FREUD, 1913, p.165)

Ainda que tal recomendação não seja suficiente para evitar nem o erro, nem a incerteza diagnóstica, ela revela, além de uma certa imprecisão quanto aos limites entre essas entidades clínicas, um cuidado específico por parte de Freud para aquilo que Lacan chamará de pré-psicose e sobre a qual diz: “nada se parece mais com uma neurose” (LACAN, 1955-56, p. 219).

Lacan recorre com alguma frequência a esse termo ao longo de algumas aulas que compõem o *Seminário 3* e ele será quase sempre acompanhado da insistente questão sobre qual o estado anterior à psicose. Podemos supor que estivesse se referindo tão somente aos casos cuja loucura ainda não teria eclodido, portanto, não falava exatamente sobre um tipo

clínico autônomo, e sim, um diagnóstico que nos mantém em ponto de espera sustentados numa interrogação diagnóstica.

De acordo com essa aceção, esse tipo de definição só pode ocorrer num tempo *a posteriori*, quando da precipitação dos fenômenos clássicos da loucura. A confirmação de que se está diante de uma pré-psicose ocorre com a deflagração do surto, etapa seguinte a esse estágio preliminar, ou seja, ao não se tratar mais de uma pré-psicose. Sendo assim, esse diagnóstico só pode se fundamentar a partir de uma suposição que conduz a um momento de concluir. E se considerarmos que a análise, tal como estruturada para o tratamento das neuroses, é essencialmente desencadeadora da psicose<sup>21</sup>, a recomendação de Freud se configura ainda mais como uma “sábua precaução”, porém não exatamente porque não se poderá “cumprir a promessa de cura (...) se o paciente está sofrendo de parafrenia” (p. 166), mas porque funciona como uma prevenção e orienta a própria direção do tratamento.

No entanto, toda questão que nos interessa nesse debate se volta para a leitura que permite fazer desse estágio preliminar, desse prenúncio, dessa forma latente da psicose, a possibilidade de ser concebida uma entidade clínica específica ao lado da esquizofrenia, da paranoia e da melancolia. Além disso, ao falarmos em psicose não desencadeada abrimos caminho para nos interrogar a respeito das fronteiras nem sempre evidentes, mas ocasionalmente arbitrárias, que demarcam a bipartição neurose e psicose.

Antes, convém sublinhar e rememorar o que já vínhamos trabalhando até aqui:

1) O desencadeamento psicótico não acomete sujeitos que não estejam inseridos na lógica própria dessa estrutura. Com isso ressaltamos novamente o equívoco apontado por Freud (1911) contra aqueles que pressupõem uma aproximação imediata e necessária entre a descompensação decorrente do surto e a psicose em si. O fenômeno não é a estrutura, mas revela um momento e uma forma de aparição de seus efeitos, além de funcionar como tentativa de cura. Algumas expressões como “entrada na psicose”, entre tantas outras utilizadas pelo próprio Lacan, não nos autorizam a pensar que a evidência do desencadeamento é o que delimita a psicose em si, visto que o autor já ressalta desde 1955-56 que a diferença entre as formas de subjetivação se faz pela presença ou não de uma determinada ordenação, além da impossibilidade de haver um intercâmbio do sujeito entre as

---

21 Lacan chegou a pronunciar frases como “Acontece de recebermos pré-psicóticos em análise, e sabemos em que isso dá – isso dá em psicóticos” (LACAN, 1955-56 p. 285) que se alinha à recomendação de Freud de não assumirmos em análise casos de psicose. No entanto, a partir de sua elaboração, Lacan pôde recomendar não recuarmos diante da psicose

estruturas.

2) No resgate da formulação da metáfora paterna, no percurso do Complexo de Édipo, Lacan (1957-58b) articula as formulações freudianas do mito edípico e de *Totem e Tabu* para conceber a origem da lei e a entrada na cultura a partir da interdição do incesto. No período da elaboração de seus trabalhos mais extensos sobre o tema da psicose, a saber, *O Seminário, livro 3: As psicoses* (1955-56) e o artigo “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose” (1957-58a), o autor dava primazia ao registro simbólico na sua teorização da constituição subjetiva e tinha como paradigma a subjetivação da neurose. De acordo com essa leitura, estabeleceu que a psicose se fundamenta a partir de uma noção de déficit, isso porque, diferentemente do que ocorre na neurose, o sujeito psicótico se estrutura pela não inscrição do significante Nome-do-Pai, que corresponde ao pai simbólico do Complexo de Édipo. A instância paterna se situa como terceiro termo na relação mãe-criança e sinaliza para o infante que o Desejo da Mãe, além de estar submetido a uma lei, não está apenas voltado para ele, mas está alhures, abrindo vias para que a criança simbolize a presença e a ausência da mãe e nomeie isso que se insurge como enigma. A função do significante do Nome-do-Pai inscreve-se no Outro que no primeiro tempo lógico do Édipo concentrava-se como Outro materno. Nessa operação o Nome-do-Pai faz metáfora, vem em substituição ao Desejo da Mãe e permite a significação do falo enquanto significante do Desejo do Outro. O Nome-do-Pai, portanto, vem barrar o Outro onipotente/absoluto, vigente no primeiro tempo do Édipo e dá acesso ao sujeito à ordem simbólica com a inauguração da cadeia significante no inconsciente.

É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na 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. (LACAN, 1957-58a, p. 582)

Dada a não inscrição desse significante no Outro como lugar da lei, um furo correspondente à significação fálica marca a estruturação da psicose. Nosso interesse agora é “conceber uma circunstância da posição subjetiva em que o apelo ao Nome-do-Pai corresponda (...) à carência do próprio significante” (LACAN, 1957-58a, p. 563) que deriva no que Lacan chama de conjuntura do desencadeamento.

É a falta do Nome-do-Pai neste lugar que, pelo buraco que abre no significado, inicia a cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do Imaginário (LACAN, 1957-58a: 584).

É nesse sentido que uma psicose pode não anunciar seus efeitos de modo evidente até

o determinado momento em que houver um apelo ao significante Nome-do-Pai no lugar do Outro, o que se presume ocorrer a partir de uma série de fatores. Por exemplo, o caso Schreber, estudado por Lacan nesse artigo, registra que um dos momentos de ruptura se dá quando ele é nomeado para Juiz-Presidente da Corte de Apelação – o mais alto grau da carreira jurídica – apesar de sua pouca idade e com isso ter protagonizado uma perturbação na ordem de gerações que resultaria assumir ou não o lugar de pai.

Portanto, diante da situação em que é colocada a impossibilidade de se promover uma resposta simbólica, quando um apelo ao significante Nome-do-Pai “jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito” (LACAN, 1957-58a, p. 584), uma hipertrofia imaginária vem em suplência a esse vazio de significação. O desencadeamento é consequência de um abalo na estabilidade imaginária, fazendo ruir o calço que sustenta um dos apoios da banqueta de três pés, conforme analogia feita por Lacan.

A eclosão dos fenômenos típicos da psicose vem em socorro ao desastre do imaginário, recheando a emergência do vácuo de significação com enxertos que visam construir uma nova realidade e eventualmente encarnando a função simbólica que claudicou através da metáfora delirante. É como se o delírio funcionasse como um significante que produz efeitos imaginários.

Colette Soler (2007) se pergunta sobre o que permite ao sujeito manter seu equilíbrio antes do desencadeamento e recolhe de Lacan uma resposta possível: há uma identificação pela qual o sujeito assume o Desejo da Mãe. A partir do apelo feito ao Nome-do-Pai essa identificação que sustentava o sujeito é abalada. Se numa neurose a identificação decaída cede lugar a outra, na psicose, abre-se para a dissolução do imaginário. O trabalho do delírio constrói uma metáfora de substituição que assume o lugar da significação fálica faltante.

Resta explorarmos outras questões que vêm a reboque da anterior: é possível um sujeito se manter num estágio de pré-psicose permanente? Nesse caso, há de se distinguir uma categoria clínica específica para essas psicoses nunca desencadeadas?

Leader (2013) atesta que alguns contemporâneos de Freud nomeavam de diferentes maneiras uma tal forma discreta da loucura. Fosse “psicose normal”, “lúcida”, “privada”, “do cotidiano” ou “comum”, tudo indica que a constatação de Eugen Bleuler de que “a mais comum das formas de esquizofrenia (...) é aquela que nunca se torna visível como loucura” (LEADER, 2013, p. 19) era compartilhada com outros autores. Também a psicanalista polonesa Hélène Deutsch (1884-1982), frequentemente citada por Freud, fora lembrada no seminário de Lacan pela proposição das personalidades “como se” que marcam “as primeiras etapas do desenvolvimento daqueles que, num momento qualquer, sucumbirão na psicose”

(LACAN, 1955-56, p. 285).

Lacan equivale o termo de Deutsch à “pré-psicose” recolhido do psiquiatra Maurits Katan (1897-1977) em seus estudos sobre Schreber. Apesar de privilegiar a designação cunhada em 1939 por Katan, Lacan a abandona repentinamente fazendo-a desaparecer de seu vocabulário após as exposições reunidas em torno do *Seminário 3*. De acordo com Graciela Brodsky (2011), há alguns motivos para isso, entre eles o fato de o termo pressupor necessariamente o desencadeamento e coloca-lo como ponto de referência, indicando assim, que o percurso natural da psicose é a descompensação. Além disso, a expressão implica numa dimensão temporal que é sempre retroativa e não antecipatória. Só podemos falar em pré-história após se convencionar o que é história, mas o “pré” é posto num movimento retrospectivo, conformando-se como uma nomeação sempre atrasada.

Mirta Zbrun (2010) destaca duas concepções de pré-psicose: uma sincrônica ou estrutural, e outra diacrônica, histórica, desenvolvimentista, referida ao tempo. Se, durante o ensino do *Seminário 3*, Lacan (1955-56) toma como base a eclosão de fenômenos elementares marcando um antes e depois da psicose propriamente dita, podemos supor que sua elaboração da noção de pré-psicose se fundamentou segundo a concepção diacrônica ou fenomênica.

#### **4.1- A controvérsia *borderline***

Por outro lado, a categoria *Borderline* está associada à concepção sincrônica ou estrutural, pois de acordo com Mauro Hegenberg (2016) não se trata de um estado fronteiro entre “a neurose e psicose, mas é um quadro clínico específico, com suas características próprias” (p. 27). O mesmo autor ressalta que o termo é abordado a partir de diversas compreensões no seio da psicanálise pós-freudiana, de modo que não há uma unicidade sobre esse conceito nem mesmo entre aqueles que fazem uso dele.

Paulo Dalgarrondo & Wolgrand Vilela (1999) atribuem a Kahlbaum e seu discípulo Edwald Hecker a descrição de uma síndrome comum em adolescentes que se assemelharia ao que posteriormente foi concebido como transtorno *borderline*. A heboidofrenia, proposta em 1890, constitui ao lado da hebefrenia, os transtornos hebéticos. Diferente da síndrome com quem tem parentesco, a heboidofrenia não apresenta sintomas evidentes de loucura por ser menos desastrosa e sem perda das capacidades cognitivas básicas, não apresentando evolução para os estados confusionais. Ao mesmo tempo em que não há indícios de ideias delirantes,

nota-se no jovem heboide uma certa dificuldade em apreender de forma precisa a realidade.

Pereira (1999) registra que a publicação do artigo “*Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline groupe of neuroses*” em 1938 por Adolph Stern (1879-1958) representa o marco inicial na abordagem psicanalítica dos “estados limites”, mas será através Robert Palmer Knight (1902-1966), em 1953, que o termo ganhará popularidade e força na literatura psicopatológica (DALGALARRONDO & VILELA, 1999). Já Éric Laurent (2007) ressalta a atuação de Otto Kernberg (1910-...) na promoção do *borderline* como um distúrbio específico.

Desde que foi inserido no DSM-III em 1980, o quadro encontrava-se com acepção vaga e intermediária entre neurose e psicose, mas a partir da influência de Kernberg a categoria deixou de integrar o espectro da esquizofrenia e ganhou espaço no capítulo dos transtornos de personalidade a partir do DSM-IV.

Da mesma forma, a CID-10 incorporou a entidade clínica em questão (sigla F.60.31) como uma das formas de apresentação do Transtorno de personalidade emocionalmente instável, para a qual fica enfatizada a impulsividade do indivíduo sem que haja mensuração de quaisquer consequências, associada à instabilidade afetiva (OMS, 1993). Para o diagnóstico, também é necessária a perturbação da autoimagem, dos objetivos e preferências internas; sentimentos crônicos de vazio e uma “propensão a se envolver em relacionamentos intensos e instáveis” (OMS, 1993, p. 200) havendo, em contrapartida, esforços para evitação de um eventual e iminente abandono. Há ameaças de suicídio ou atos de autolesão.

Nas versões IV e V do DSM, o diagnóstico com a sigla 301.83 segue os mesmos critérios da CID<sup>22</sup>, porém dando maiores especificações a partir da descrição de nove padrões comportamentais entre os quais cinco devem ser observados pelo clínico:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado.
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar).
5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.

---

<sup>22</sup> Há uma diferença notável onde será situado o transtorno *borderline* nesses dois manuais diagnósticos. Ele será alocado no DSM entre os transtornos de personalidade, ao lado do transtorno esquizotípico que compreende parte do que entendemos como o tipo clínico de algumas psicoses, enquanto na CID essa vizinhança não é tão marcante, uma vez que o transtorno esquizotípico ocupará o capítulo destinado ao espectro esquizofrênico, enfatizando assim, seu parentesco com a esquizofrenia clássica.

6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).

7. Sentimentos crônicos de vazio.

8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).

9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos. (APA, 2015, p.663)

Ainda que tais sistemas de classificação de doenças reivindiquem para si um “ateorismo” é possível notar a forte influência teórica, além da atuação política, de Kernberg para emplacar sua proposição da chamada Organização da Personalidade *Borderline*. Para ele, essa categoria deve ser reservada aos indivíduos conformados segundo uma organização específica do caráter cujos sintomas são crônicos e circulam entre aqueles reconhecidamente típicos da neurose e da psicose. Embora o autor dê ênfase a especificidade da organização e da constelação sintomática de indivíduos *borderline*, notamos que na tentativa de constituir uma nova entidade clínica, estabelece uma clara plasticidade descritiva o que permite abarcar inúmeros casos de neuroses graves ou psicose não desencadeada.

Por outro lado, Kernberg (1977, p.101) afirma que “esses sintomas geralmente têm peculiaridades que apontam(...)” para o diagnóstico em questão. Porém, a controvérsia não cessa, sobretudo quando conferimos em seu artigo *Structural diagnosis of borderline* sobre a mencionada especificidade psicopatológica: ansiedade, polisintomatologia neurótica, fobia, sintomas obsessivo-compulsivos, múltiplas conversões (bizarras ou elaboradas, porém crônicas); reações dissociativas, fuga, hipocondria, tendências a sexualidade perverso polimorfa, componentes paranoides, esquizoides e maníacos da personalidade, labilidade e dependência emocional, drogadição, impulsividade e sentimentos crônicos de vazio.

Para contornar a questão do diagnóstico diferencial, Kernberg (1977) preconiza que o entrevistador deve focar no conflito principal do paciente propiciando a emergência do mecanismo de defesa que predomina no funcionamento estrutural do sujeito. “Dando luz à operação defensiva durante a entrevista, obtêm-se dados que permitem a classificação dentre três estruturas de personalidade” (KERNBERG, 1977, p.93, tradução nossa). As principais características que fundamentam uma distinção diagnóstica são: 1) presença ou ausência de identidade integrada; 2) o tipo predominante da operação defensiva; 3) presença ou ausência do teste de realidade. Esse último instrumentaliza a principal distinção com a neurose, pois para o autor, a estrutura da personalidade neurótica é integrada contrastando com a psicose e o *borderline*. Da mesma forma, quando o quadro clínico se centra na presença de fenômenos como prevalência de ideias auto referenciadas, comportamento bizarro, isolamento social,

deve-se cogitar alguma psicose.

Como já dissemos, outro psicanalista de grande importância para a consolidação do termo do qual estamos tratando foi Robert Knight. Porém, o autor não apresenta a mesma ênfase que Kernberg na consideração do *borderline* como uma entidade nosológica específica, na medida em que aponta para a necessidade de uma definição mais precisa e demandando que a comunidade científica solucione essa carência. Sua posição oscila entre atribuir o conceito a um estado transitório, ou a um tipo atenuado de psicose, ou mesmo, a um quadro que desafia os clínicos por não lhes permitir situá-lo nas categorias diagnósticas clássicas. De qualquer forma, recomenda que uma psicoterapia deva anteceder o trabalho psicanalítico propriamente dito, contraindicando o divã e o método da associação livre para esses pacientes (KNIGHT, 1953).

O termo *borderline* não é recomendado como uma terminologia diagnóstica, pois para maior precisão é necessário que se identifique o tipo e o grau da patologia psicótica. Muito mais importante, no entanto, do que chegar a um rótulo diagnóstico é a realização de uma avaliação abrangente do equilíbrio psicodinâmico e psicoeconômico em cada paciente. De um lado, entre as medidas defensivas e adaptativas do ego e, de outro, o instinto patogênico do ego desintegrado. Isso para que a terapia possa ser planejada e conduzida com esse objetivo: de conservar, fortalecer e melhorar as funções defensivas e adaptativas do ego. (KNIGHT, 1953, p. 108 – tradução nossa)

Não obstante todo desacordo que envolvia a definição do conceito de *borderline* e sobre qual atribuição classificatória deveria ser conferida a ele, o DSM dedicou uma rubrica própria para o termo inserida no eixo referido aos transtornos de personalidade. O diálogo dos psicanalistas que abriu caminho para esse intercâmbio se encontrava no contexto de uma gradual associação da psicanálise com a psiquiatria biológica, promovendo a clínica das síndromes e a desconstrução das categorias clássicas. Diante desse cenário, parte da comunidade analítica de orientação lacaniana passou a se concentrar na formulação de uma proposta alternativa a essa clínica que se encontrava em franco crescimento. Introduzida a partir do debate dos casos limites.

#### **4.2- Psicose ordinária: uma proposta de trabalho**

Nesse contexto, em meados dos anos 1990, o programa reunido por Jacques-Alain

Miller articula as noções extraídas do último ensino de Lacan, a partir da clínica borromeana, como sustentação epistêmica para a proposição do que aquele grupo de trabalho chamará alguns anos depois de “Psicose Ordinária”.

Soler (2007) ressalta que entre a primeira tese sobre a forclusão e as perspectivas nas quais ela desembocou, muitas elaborações foram realizadas sem, no entanto, extinguir as bases conceituais do Seminário III (1955-56) e do artigo “De uma questão preliminar” (1957-58b). O fundamento teórico estabelecido nas produções do início de seu ensino permitiu ao pensamento de Lacan avançar de maneira não linear, mas a partir de cortes epistemológicos que trazem luz às suas primeiras formulações.

Algumas delas esboçadas no período clássico de seu ensino ressoam no trecho final, como é caso da conferência denominada “Simbólico, imaginário e real” de 1953, bem como no Seminário I (1953-54), onde apresenta a distinção e a correlação entre os três registros que vão sofrer deslocamentos sucessivos, culminando na proposição que veremos a seguir de 1974-75. Ou, como destaca Soler (2007), Helene Deutsch renunciando os “inclassificáveis” – associados por alguns posteriormente de “psicose ordinária” – com sua ideia sobre as personalidades “como se” para designar as psicoses dissimuladas “sob uma hipernormalidade psitácica, apoiada no discurso holofrático do Outro, que é no fundo, uma outra versão do significante no real” (SOLER, 2007, p. 253). Igualmente, fará eco com o que vai ser proposto a partir dos anos 1970, a lição do seminário *Nomes-do-Pai*, proferida em 20 de novembro de 1963, na qual Lacan faz menção de maneira reservada aos limites do complexo de Édipo e ao mito paterno, o que lhe custou a exclusão da Associação Psicanalítica Internacional (IPA).

No seminário *RSI*, proferido entre os anos 1974-75, Lacan utilizou o nó ilustrado no brasão milanês e renascentista da família Borromeo para demonstrar a maneira como vinha considerando a articulação existente entre os três registros da realidade psíquica (real, simbólico e imaginário). De acordo com a ilustração do brasão, os três laços, cada qual representando um dos registros, são equivalentes entre si. De antemão essa equivalência anuncia a subversão tanto da primazia atribuída ao simbólico desde os anos 1950, quanto de uma certa hierarquia das estruturas clínicas.

Lacan (1974-75) se pergunta nesse seminário se o Nome-do-Pai é indispensável para fazer o enlaçamento dos três registros. Chega a reconhecer que Freud suspeitava deles, mas o fazia de maneira amontoadas e sem relação entre si. Com o nó borromeano, os registros não apenas são equivalentes e interdependentes, mas também são atados por um quarto nó que os nomeia. A função de amarração desse quarto elo – que outrora fora atribuída à realidade psíquica, ao complexo de Édipo e ao Nome-do-Pai – a partir da última elaboração teórica de

Lacan, foi chamado de Sinthoma.

Uma das principais características do nó borromeano está na forma como os nós são atados, de maneira que na hipótese de qualquer um se desatar, desfaz toda a estrutura topológica. Desse modo, o quarto nó, além de ter a função de diferenciar e, assim, nomear os outros três, também cria uma imbricação entre eles, preservando a estrutura borromeana. Esta função, portanto, não é exercida exclusivamente por um significante que estrutura e ordena os elementos do sistema e amarra os três registros a partir da dominância do simbólico.

Com isso, há uma diversidade de possibilidades de amarração, o que fez com que Lacan concebesse aquilo que viria chamar de pluralização do Nome-do-Pai. Esse, não deixa de ser um Sinthoma, ao localizar o gozo do sujeito e articular sujeito e linguagem. Da mesma forma que qualquer outra amarração exercida pelo sinthoma também pode enlaçar os registros sem a presença do Nome-do-Pai. Portanto, a função do Nome-do-Pai de enodar os elos do nó borromeano o coloca como um dos nomes do Sinthoma, e por esse motivo, pode ser considerado como uma das diversas soluções encontradas pelo sujeito para fazer essa amarração.

Para além da foraclusão do Nome-do-Pai na psicose, a noção de que, em alguma medida, há uma foraclusão que opera para todos os sujeitos passa a ganhar peso. Nesse sentido, a partir da perspectiva inaugurada pela foraclusão generalizada, o significante Nome-do-Pai é considerado uma solução própria da neurose, uma suplência que se estabelece pela via do Édipo.

(...) ontem à noite me colocaram a questão de saber se havia outras foraclusões diferentes daquela que resulta da foraclusão do Nome-do-Pai. Não resta dúvida de que a foraclusão tem alguma coisa de radical. O Nome-do-Pai é, no final das contas, alguma coisa leve. (LACAN, 1975-76, p. 117).

Com isso, Lacan constrói um novo avatar para a psicanálise, a clínica das suplências também chamada de clínica do real, ou borromeana, colocando em primeiro plano as soluções sinthomáticas, a maneira como cada sujeito forja sua amarração singular dos três registros face à falha estrutural da linguagem que se impõe para todos. Trata-se aqui de uma solução positiva em qualquer estrutura clínica, e não mais de um déficit da psicose em relação à neurose.

A consequência direta das últimas formulações lacanianas incide na operatividade clínica, uma vez que a transferência e a interpretação ganham novas nuances, bem como a delimitação precisa entre as estruturas a partir dos mecanismos psíquicos. No entanto, devemos salientar que se trata de duas vertentes distintas, mas não excludentes, uma vez que o

critério diagnóstico a partir da presença ou não do Nome-do-Pai se esvai, mas essa referência permanece com o devido destaque à forma particular com a qual cada sujeito faz o enodamento dos registros Real, Simbólico e Imaginário.

E será na perspectiva do último ensino de Lacan que se tornou possível a abordagem a respeito do diagnóstico em casos de psicoses “modestas”, com fenômenos elementares extremamente sutis. Foi a partir desse cenário de manifestações que escapam aos moldes clássicos da psicose e diante dos impasses e dificuldades encontradas na clínica, os casos denominados inclassificáveis foram tomados como tema de investigação numa sequência de três grandes reuniões em meados dos anos 1990, lideradas por Jaques-Alain Miller. O “Conciliábulo de Angers”, em 1996, a “Conversação de Arcachon”, em 1997 e “A convenção de Antibes”, em 1998, culminaram com a proposição do termo “psicose ordinária”.

Não se trata de uma nova categoria nosográfica, mas de uma ferramenta clínica que pressupõe a concepção da topologia dos nós e uma mudança na perspectiva concernente à questão diagnóstica. Os fenômenos elementares mantêm-se como índices quanto ao diagnóstico, mas perdem seu caráter de condição. Fica relativizada a relação do desencadeamento da psicose com o encontro de Um-Pai, justamente onde o sujeito está deficitário por conta de sua não inscrição simbólica. Isso contempla a constatação de que em alguns tipos clínicos, como a mania e a melancolia, essa lógica para o desencadeamento nem sempre é observada. Ela é ordinária no sentido de ser comum, corriqueira em contraposição ao que é extraordinário, que seria a psicose clássica cujo modelo encontra-se em Schreber. Incluem-se as psicoses compensadas, medicadas, suplementadas, não desencadeadas, as psicoses em terapia ou em análise e as sinthomatizadas como o caso abordado por Lacan do escritor inglês James Joyce. Essa ferramenta visa abrir possibilidades onde a clínica estruturalista esbarra com seus limites.

Porém, a noção de psicose ordinária passou a ser cada vez mais utilizada como um diagnóstico, pelo menos no âmbito da Associação Mundial de Psicanálise e do Campo Freudiano. Diante dessa rápida e crescente disseminação, em 2008, Miller propõe uma retomada da discussão, visando situar e dar maior precisão ao tema. No texto “Efeito de retorno à Psicose Ordinária” (MILLER, 2009) esclarece que a psicose ordinária não tem uma definição conceitual rígida.

Não inventei um conceito com a psicose ordinária. Inventei uma palavra, inventei uma expressão, inventei um significante, dando a ele um esboço de definição que pudesse atrair diferentes sentidos, diferentes ecos de sentido em torno desse significante. Não ofereci um saber-fazer sobre a utilização

desse significante. Fiz a aposta de que este significante poderia provocar um eco no clínico, no profissional. (MILLER, 2009, p. 401).

Enfim, a noção de psicose ordinária foi forjada para condensar uma gama de fenômenos identificados na clínica, desde as manifestações sintomáticas sem a evidência de um apelo ao Outro, diferentes maneiras de relação com o corpo; formas incomuns de estabelecer o laço transferencial, até servir como um programa de investigação quanto ao refinamento da diferenciação entre neurose e psicose a fim de abarcar as incertezas diagnósticas e os impasses da clínica contemporânea.

### **Uma loucura fora da psicose**

Desde os relatos de caso apresentados por Freud é possível reconhecer que toda neurose pode apresentar manifestações passíveis de serem tomadas por quadros psicóticos. Como vimos no capítulo anterior, o caso do Homem do Ratos (1909b) serve como bom exemplo disso. Tanto a obsessão do paciente em pagar uma dívida, reunindo um conjunto de ações que se impunham necessárias para saldá-la, até as ameaças internas sentidas por ele na iminência de não executar determinados rituais, fazem Freud caracterizar certos tipos de manifestações como uma espécie de delírio. Porém, há de se diferenciar o delírio, designação mais apropriada para nos referirmos a alguns tipos de fenômenos psicóticos, do estado de loucura que pode se apresentar em casos graves de neurose. Como situar no campo das neuroses quadros em que há vivências estranhas, visões, premonições, atuações impulsivas, alucinações e distingui-los das manifestações clássicas das psicoses?

Frazão & Sousa (2014) atestam que os termos “loucura histérica” e “psicose histérica” são contemporâneos do início do movimento alienista na Alemanha dos séculos XVIII e XIX. Porém é o psiquiatra francês Jacques Moreau de Tours (1804-1884) quem vai falar em “delírios artificiais” assemelhados àqueles decorrentes da ingestão de substâncias tóxicas, ao que ele vai chamar de “loucura neuropática”. Desses termos, Freud (1950[1895]) recolherá o “psicose histérica” para nomear como uma entidade específica distinta da amênia e da paranoia cujo quadro apresenta alucinações visuais e vivências dramáticas. No entanto, o autor não se dedicou a estabelecer uma distinção precisa ao que considerava sintomas psíquicos de alienação mental que aparecem no curso de uma histeria e o sintoma histérico propriamente dito. Como pano de fundo, fica a indicação extraída do Rascunho H

(1950[1895]) de que na histeria a conversão é consequência de um fracasso parcial da defesa enquanto na psicose histérica a confusão alucinatória é efeito de um fracasso total da defesa.

Em seu artigo “Uma neurose demoníaca do século XVIII” (1923 [1922]a) Freud analisa uma série de documentos históricos referentes ao pintor Christoph Haizmann, os quais registram sua tentativa de cancelar um pacto feito com o demônio nove anos antes, no intuito de melhorar o desempenho profissional e garantir sua subsistência após a morte de seu pai. Isso deveria ocorrer através de uma estadia num mosteiro austríaco em 1677 onde passaria por diversas sessões de exorcismo. Após as primeiras sessões, uma melhora foi notada, mas em seguida o homem apresentou convulsões, paralisia dos membros inferiores e alegando visões do demônio que se apresentava para ele de diferentes formas – ora com um homem de aspecto paternal, ora como um animal sinistro com garras e cauda, ou como devasso com pênis à mostra, ou mesmo, como uma figura com grandes seios desnudos.

Apesar de os documentos atestarem a existência de convulsões ocorridas por vários dias seguidos, delírios, alucinações visuais e auditivas, Freud não hesitou em situar o caso como se tratando de uma neurose histérica e levanta a seguinte reflexão quanto à motivação para o pacto:

A morte do pai o fizera perder sua disposição de animo e capacidade de trabalhar; se pudesse conseguir um substituto paterno, poderia esperar reconquistar o que perdera. Um homem que caiu em melancolia por causa da morte do pai deve realmente ter gostado muito dele. Se assim foi, no entanto, é muito estranho que esse homem tenha tido a ideia de aceitar o Demônio como substituto do pai que amara. (FREUD, 1923 [1922]a, p. 105)

Freud ressalta uma questão essencialmente edípica: o núcleo patogênico é uma complexidade de desejos e fantasias ambivalentes e inconscientes dirigidos ao pai. O Demônio, como substituto do pai amado e perdido, assume um papel nas construções delirantes que põe o filho, a partir das consequências do pacto, numa atitude erótica e feminina resultando gestar um filho do pai. Então Freud (1923[1922] se pergunta: “No entanto, por que deveria seu pai, após ser reduzido à condição de Demônio, portar essa marca física de uma mulher?” (p.115). A ação do recalque conduz a uma inversão de sua castração, inerente à posição feminina, na fantasia de castrar o pai, tornando-o mulher. “Os seios do Demônio corresponderiam a uma projeção da própria feminilidade do indivíduo sobre o substituto paterno” (FREUD, 1923 [1922]a, p. 115)

As tendências assumidas na realidade psíquica do pintor assumem vetores antagônicos como resultado da série de recursos da neurose: se contrapõem aos desejos eróticos presentes

na satisfação alucinatória uma autoimposição da vida monástica segundo a qual devem ser renunciados os prazeres carnis. Quando um dos vetores prevalece a solução psíquica é ainda mais engenhosa salientando ao dar carne e ossos à projeção da fantasia na realidade e salientando a posição de objeto do sujeito na cena aterrorizante.

Ao revisarem o texto de Freud, os autores kleinianos Richard Hunter e Ida Macalpine divergiram do diagnóstico atribuído a Haizmann por considerarem o pintor um clássico esquizofrênico. Confusão diagnóstica que, via de regra, decorre da urgência classificatória diante de um quadro de transtornos do pensamento e alucinações o que conduz o clínico a uma hipótese de psicose. Eis que a retomada das formulações sobre a variação da histeria conhecida como loucura histérica, reabilitada por Jean-Claude Maleval nos fins dos anos 1980, pode se constituir como um instrumento precioso para o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose.

Para Maleval (1981), a loucura histérica se caracteriza

por um déficit no imaginário, um dismantelamento da consistência do eu, de modo que a fascinação no espelho, os fenômenos de fragmentação do próprio corpo e a captação da imagem do duplo constituem o patrimônio comum dessa patologia (MALEVAL, 1981, p. 105)

Orientado pela perspectiva lacaniana, o autor trabalha a diferença entre o delírio histérico – centrado na perturbação da relação com a imagem especular – e o delírio dissociado das psicoses – decorrente da forclusão do Nome-do-Pai. Ele analisa o caso de uma paciente:

Desde o começo (...) Maria mostra-se uma analisanda peculiar, no divã, durante as sessões, que com frequência são totalmente silenciosas, vive episódios de regressão nos quais volta a ser um bebe muito pequeno, experimenta momento de êxtase fetal, tevisoes, grita, geme, é sacudida por espasmos, teme que eu a mate, diz que quer matar-me, tem a sensação de que no curso de uma sessão silenciosa eu a tenha engravidado (MALEVAL, 1981, p. 18)

O autor, então, destaca que a dissociação psíquica, presente na psicose, é marcada pela irreduzibilidade do sentido do delírio, tendo por outro lado, a loucura histérica que, por mais que esteja descompensada, tem uma dimensão metafórica e revela um saber que faz laço e manifesta algo do inconsciente.

Por fim, salientamos que os casos de loucura histérica, como demonstrado por Maleval mostram que a loucura – comumente considerada um índice da psicose – não é exclusividade de uma única estrutura clínica e se configura como um vasto campo, digno de pesquisa.

## CONCLUSÃO

Se a clínica psicanalítica deriva da prática médica, sobretudo da psiquiatria clássica, reconhecemos determinados resquícios que preservam o elo perdido na história embrionária da disciplina desenvolvida por Freud. Porém, esses resquícios, cada qual assumiu uma função própria segundo a lógica interna da psicanálise, uma vez inseridos em sua rede de significantes. O diagnóstico é um bom exemplo do que estamos falando. Por isso, iniciamos nossa jornada histórico-crítica desde os primeiros alienistas, suas proposições e o que restou delas até alcançarem o jovem médico vienense.

No lugar de traçarmos uma linha temporal, decidimos destacar justamente a falta de linearidade no percurso traçado pelo pensamento de Freud, na intenção de estabelecer uma nosografia propriamente psicanalítica. Intenção essa, notada e destacada por seu arguto leitor, o psiquiatra francês Jacques Lacan. É ele quem atina para os substantivos alemães que Freud utilizava com frequência para se referir ao mecanismo de defesa de cada entidade clínica. *Verwerfung*, *Verleugnung* e *Verdrängung* emergem timidamente dos escritos freudianos, mas a partir da leitura estruturalista de Lacan se impõem com status de conceito.

Ao pensarmos no diagnóstico, tocamos na ética psicanalítica que conduz um tratamento. Ainda que seja ponto relevante abordado já nas entrevistas preliminares, estabelecer uma hipótese diagnóstica em alguns casos pode representar uma tarefa bastante difícil. Mesmo porque nossa prática pressupõe um método no lugar de uma técnica, a ética ao invés do protocolo. Por isso, não dispomos de manuais que, de acordo com sinais e sintomas, fale sobre o sujeito e por ele. Se observado de maneira descritiva e fenomenológica, um conjunto de sintomas não aponta para uma estrutura, pois para a psicanálise a relevância do sintoma é de outra ordem. Sua função e seu significado referem-se à singularidade de cada caso. O diagnóstico em psicanálise é um produto da transferência e diz respeito à maneira pela qual funcionam as modalidades de relação do sujeito com o Outro.

Grandes complicadores para o estabelecimento do diagnóstico surgem em casos de histeria grave e nas psicoses não desencadeadas. Há uma insuficiência na orientação de detectar os fenômenos elementares, bem como dos pontos de certeza do delírio, para o diagnóstico diferencial. A preocupação de Freud externada no início de seu artigo técnico “Sobre o início do tratamento” ressoa mais uma década depois em “A questão da análise

leiga” onde confessa a preocupação dos analistas assumirem, sem saber, casos de psicose e trata-los a partir da clínica conformada para a neurose. Nesse artigo, ele diz “a distinção – diagnóstico diferencial – nem sempre é fácil” (FREUD, 1926a, p. 272).

Os casos de incerteza diagnóstica são importante objeto de pesquisa e para fazermos uma abordagem dessa questão, nos valem do ferramental introduzido no último ensino de Lacan. Ao trabalharmos as consequências teóricas e pensarmos a clínica psicanalítica a partir do nó borromeano, notamos que o Nome-do-Pai vai perdendo sua exclusividade enquanto potência simbólica ordenadora e cede lugar a pluralidade de soluções que recorrem a diferentes artifícios.

É no desenvolvimento dessas questões que Lacan avança com sua concepção de que a psicose não se trata de déficit, mas ao contrário, ela se torna paradigma em sua pesquisa, tal como Freud avançou a partir da neurose. No seu último seminário, Lacan já não fala em Nome-do-Pai, mas em Nomes-do-Pai, dá a entender que a forclusão é universal e para todos, cabendo a cada sujeito, dispondo dos recursos de sua estrutura, produzir suas próprias amarrações.

Trabalhando com essa relação de vizinhança da psicose com as demais estruturas, podemos pensar nos casos de incerteza diagnóstica, ou até nos sintomas mais recorrentes na clínica atual. Sintomas ditos mudos, aqueles que não fazem laço e, aparentemente, impescindem de um Outro. Casos de anorexias, fenômenos de automutilação e as chamadas loucuras históricas. Por fim, resta refletirmos se em alguns casos de incerteza diagnóstica se enquadram em algum tipo de resistência, considerando que a “resistência é sempre do analista” (LACAN, 1954-55, p. 91).

## REFERÊNCIAS

ANDERSSON, O. (2000) – Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1ª Ed.

APA (2015) – *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5ª ed. Porto Alegre, Artmed, 2015

ARAUJO, A. C; LOTUFO NETO, F. – A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. Bras. Ter. Comprt. Cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 28 de novembro de 2018

ASSUMPTÃO, M. T. – A história do Brasil nas ruas de Paris. 1ª edição, Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2014

BESSET, V.; ZANOTTI, S. A enfermidade dos tabus: do querer gozar ao querer dizer. In: BERLINCK, M. T. (Org.). *Obsessiva neurose*. São Paulo: Escuta, 2005.

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

BOFF, A. A. Epistemologia e Topologia lacaniana. *Revista da APPOA*, n. 49, p. 17-24, Porto Alegre, agosto, 2006

BRAGA, A. A. . M. O tempo em análise !!! *Psicol. cienc. prof.*, v. 18, n. 3, p. 42-47, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931998000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000300007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2013.

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

CARNEIRO, F. D. M. & OLIVEIRA, A. S. (2005) – O diagnóstico multiaxial aplicado a um caso neuropsiquiátrico de serviço de pediatria do Hospital Geral de Fortaleza. **Psychiatry on line Brasil**, vol. 10 n. 6, junho de 2005. Disponível em <http://www.polbr.med.br/ano05/artigo0605.php>

COTTET, S. *Estudos clínicos de Serge Cottet*. Salvador: Fator, 1988.

DALGALARRONDO, P.; VILELA, W. A. Transtorno borderline: história e atualidade. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 2, n. 2, p. 52-71, June 1999 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47141999000200052&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000200052&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999002004>.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. – A crítica psicanalítica do DSM-IV: breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, Dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142011000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 de novembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142011000400003>.

DAHL, Gerhard. Os dois vetores temporais de Nachträglichkeit no desenvolvimento da organização do ego: a importância do conceito para a simbolização dos traumas e ansiedades sem nome. *J. psicanal.*, v. 44, n. 80, p. 95-114, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17/08/13

DOCTORS, M.(org). Tempo dos tempos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003

DOR, J. Estrutura e perversões. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987

\_\_\_\_\_. Estruturas e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Livrarias Taurus: Timbre Editores, 1991

\_\_\_\_\_. Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2008

ELLENBERGER, Henri F. Histoire de la découverte de l'inconscient. Paris: Fayard, 1994

ESQUIROL, J. E. - *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical hygienique et médico legal*. Tomme première. J. B. Baillière, 1838

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. V, n. 1, p. 29-43, mar. 2002. FINK, B. O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FONTENELE, L. (2018). A estrutura desnudada: recalque, linguagem e afeto na neurose obsessiva. In: LIMA, A. *et al* (orgs.) *Sujeito e subjetividades contemporâneas*. Estudos do programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFC. Fortaleza: Edições UFC, 2018.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, (1961/1978).

FREUD, S. & BREUER, J. (1896). Estudos sobre histeria. In: *Obras completas*. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. II.

FREUD, S. (1956[1883]). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Obras completas*. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

\_\_\_\_\_. (1893). Charcot. *Obras completas*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III. \_\_\_\_\_. (1950 [1894]). Rascunho E: Como se origina a angústia. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas*. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

\_\_\_\_\_. (1950 [1895]). Rascunho H – Paranoia. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

\_\_\_\_\_. (1950 [1897]). Carta 71: Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.I.

\_\_\_\_\_. (1950 [1899]). Carta 125: Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

\_\_\_\_\_. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. I.

\_\_\_\_\_ (1894). As neuropsicoses de defesa. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III.

\_\_\_\_\_. (1895b). Resposta as críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III.

\_\_\_\_\_. (1895[1894]a). Obsessões e fobias. Seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III.

\_\_\_\_\_. (1895[1894]b). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III.

\_\_\_\_\_. (1896a). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.III.

\_\_\_\_\_. (1896b). Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III.

\_\_\_\_\_. (1898). A sexualidade na teoria das psiconeuroses. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.III.

\_\_\_\_\_. (1898a). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III.

\_\_\_\_\_. (1898b). O mecanismo psíquico do esquecimento. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. III.

\_\_\_\_\_. (1900). Interpretação dos sonhos. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. IV-V.

\_\_\_\_\_ (1904 [1903]). O método psicanalítico de Freud. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. 7.

\_\_\_\_\_. (1905 [1904]). Sobre a psicoterapia. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. VII.

\_\_\_\_\_. (1905a). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. VII.

\_\_\_\_\_. (1905b). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. VII.

\_\_\_\_\_. (1905c). Tratamento psíquico ou anímico. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. VII.

\_\_\_\_\_. (1905d). Os chistes e sua relação com o inconsciente. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. VIII.

\_\_\_\_\_. (1908). Sobre as teorias sexuais das crianças. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. IX.

\_\_\_\_\_. (1909a). Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. X.

\_\_\_\_\_. (1909b). Notas sobre um caso de neurose obsessiva. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. X.

\_\_\_\_\_ (1910). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XI.

\_\_\_\_\_. (1910b). Perspectivas futuras da terapêutica analítica. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XI.

\_\_\_\_\_. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (demetia paranoides). In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1912). Contribuições a um debate sobre a masturbação. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1912a). A dinâmica da transferência. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1913a). Sobre o início do tratamento. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1913b). Disposição à neurose obsessiva. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_ (1913c). Totem e tabu. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIII.

\_\_\_\_\_. (1914a). História do movimento psicanalítico. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

\_\_\_\_\_. (1914b). Recordar, repetir e elaborar. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1914c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

\_\_\_\_\_. (1914c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

\_\_\_\_\_ (1917a). Conferência XVII: O sentido dos sintomas. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVI.

\_\_\_\_\_ (1918) História de uma neurose infantil. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1915). Os instintos e suas vicissitudes. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVI.

\_\_\_\_\_. (1915a). O recalque. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

\_\_\_\_\_. (1915b). O inconsciente. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIV.

\_\_\_\_\_ (1915c). Observações sobre amor transferencial. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1987 [1915]). Neuroses de transferência: uma síntese. Manuscrito recém descoberto. Com ensaio de Ilse Grubrich-Simitis. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

\_\_\_\_\_. (1916). Conferência I: Introdução. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XV.

\_\_\_\_\_. (1916-17). Conferência XXVI A teoria da libido e o narcisismo. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVI.

\_\_\_\_\_. (1916a). Conferência XVI: Psicanálise e psiquiatria. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1917). As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1917b). Conferência XXIII: Os caminhos da formação dos sintomas. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVI.

\_\_\_\_\_. (1917c). “Conferência XXVII: Transferência”. Obras completas. E.S.B., v. XVI, Rio de Janeiro: Imago, 1969

\_\_\_\_\_. (1917d). Conferência XXVIII: Terapia analítica. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVI.

\_\_\_\_\_. (1918) História de uma neurose infantil. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1919). Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio de prazer. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVIII.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio de prazer. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVIII.

\_\_\_\_\_. (1921). Psicologia de Grupo e Análise do ego. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVIII.

\_\_\_\_\_. (1921). Psicologia de Grupo e Análise do ego. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVIII.

\_\_\_\_\_. (1923 [1922]a). Uma neurose demoníaca do século XVIII. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX

\_\_\_\_\_. (1923 [1922]b). Dois verbetes de enciclopédia. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1923b). A organização genital infantil (uma interpolação na teoria da sexualidade). In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924 [1923]). Uma breve descrição da psicanálise. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924). O Ego e o Id. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924b). Neurose e psicose. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924c). Perda da realidade na neurose e na psicose. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1924d). A dissolução do complexo de Édipo. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1925[1924]). Um estudo autobiográfico. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XX.

\_\_\_\_\_. (1925a). A negativa. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1925b). Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX.

\_\_\_\_\_. (1926a). A questão da análise leiga. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XX.

\_\_\_\_\_. (1926b). Inibições, sintomas e ansiedade. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XX.

\_\_\_\_\_. (1927). Fetichismo. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXI.

\_\_\_\_\_. (1931). Sexualidade Feminina. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXI

\_\_\_\_\_. (1937). Análise terminável e interminável. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXIII.

\_\_\_\_\_. (1937). Análise terminável e interminável. In: \_\_\_\_\_.Obras completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXIII.

FORBES, J.; FERRETTI, C. Entrevistas preliminares e função diagnóstica nas neuroses e nas psicoses. Falo I: Revista Brasileira do Campo Freudiano, abr. 1990

FORBES, J. O divã além da porta. 2011. Disponível em: <<http://www.jorgeforbes.com.br/br/artigos/o-div%C3%A3-al%C3%A9m-da-porta.html>>. Acesso em: 28/12/12.

FRANCO, Sérgio de Gouvêa. A transferência na histeria: um estudo no “caso Dora” de Freud Pulsional. Revista de Psicanálise, ano XIII, n. 132, p. 23-33, 2000.

GARCIA-ROZA, L. A. Freud e o Inconsciente. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1983

\_\_\_\_\_. Introdução à metapsicologia freudiana. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004a. v. 2: A interpretação do sonho.

\_\_\_\_\_. Introdução à metapsicologia freudiana. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004b. v. 3: Artigos de metapsicologia. Narcisismo, pulsão, recalque, inconsciente.

GONDAR, J. Winnicott, Bergson, Lacan. Tempo e Psicanálise. Revista *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.103-117, jan./jun. 2006

GUERRA, A. A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência. Tese de doutorado, IP/UFRJ, 2007.

\_\_\_\_\_. A psicose. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010

HACKING, I. Sobre a taxonomia dos transtornos mentais (Resenha). **Discurso**, v. 1, n. 43, p. 301-314, 18 set. 2014.

HEGENBERG, M. (2016) – *Borderline*. Coleção clínica psicanalítica. Ed. Casa do Psicólogo, Reimpressão, São Paulo.

HEINRICH, R. Estudos sobre técnica psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

JARVIS, E (1844). *Insanity Among of the Free States*. T.K. & P.G. Collins, Printers. Disponível em <<https://collections.nlm.nih.gov/bookviewer?PID.nlm:nlmuid-101475758-bk#page/1/mode/2up>> Consultado em 28 de novembro de 2018

JONES, E. (1961). A Vida e a Obra de Sigmund Freud. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N. Lacan o grande freudiano. 4. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.

JORGE, M. A. C. Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan. 5ª ed. rev. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. v.1: As bases conceituais

\_\_\_\_\_. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010. v. 2: A clínica da fantasia.

\_\_\_\_\_. Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2017. v. 3: A prática analítica.

\_\_\_\_\_. (2017a) - Freud e a invenção da clínica estrutural In: SANTOS, A. J & ALMEIDA, M. T. F. (2017) - *Futuros da psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa: Corpo Freudiano Seção Goiânia

LACAN, J. (1936). Para além do princípio de realidade. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1949a). Estádio do espelho como formador da função do eu. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1951) “Intervenção sobre a transferência”. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1953b). O Mito Individual do Neurótico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

\_\_\_\_\_. (1953-54). O Seminário, livro 1: Os Escritos técnicos de Freud, 1953-54. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009

\_\_\_\_\_. (1954-55). O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

- \_\_\_\_\_. (1955). Variantes do tratamento padrão. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1955-56). O Seminário, livro 3: As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988
- \_\_\_\_\_. (1956-57). O Seminário, livro 4: A relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995
- \_\_\_\_\_. (1956). A coisa freudiana. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p.438-460.
- \_\_\_\_\_. (1957-58a). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1957-58b). O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999
- \_\_\_\_\_. (1958-59). *O Seminário, livro 6: O desejo e sua interpretação*. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2016
- \_\_\_\_\_. (1957). A instância da letra. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: \_\_\_\_\_. Escritos.
- \_\_\_\_\_. (1958). A direção do tratamento e o princípio de seu poder. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1959-60). O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008
- \_\_\_\_\_. (1960). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: \_\_\_\_\_. Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1960-61) – O Seminário, livro 8: A transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992
- \_\_\_\_\_. (1964) – O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979
- \_\_\_\_\_. (1969-70). O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992
- \_\_\_\_\_. (1970). Radiofonia, In: \_\_\_\_\_. Outros escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003
- \_\_\_\_\_. (1972-73). O Seminário, livro 20: Mais ainda... Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982
- \_\_\_\_\_. (1974-75). *O Seminário, livro 22: RSI*. Não publicado
- \_\_\_\_\_. (1975-76). O Seminário, livro 23: O Sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007

\_\_\_\_\_. (1988). Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. Tradutor: Walter Verlag. Falo, Salvador, n. 1, 1988.

JEAN-PIERRE CLÉRO. El vocabulário de Lacan. Traduzido por Víctor Goldstein. Buenos Aires: Atuel, 2006.

KAUFMANN, P.(org.). Dicionário enciclopédico de psicanálise, o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KERNBERG, O. – The structural Diagnosis of Borderline Personality Organization. In HARTOCOLLIS, P. (org) – *Borderline Personality disorders: The concept, the Syndrome, The Patient. International Universities Press.* Topeka, Kansas, USA, 1977

KNIGHT, R. (1953) – *Borderline States.* In KNIGHT, R. & FRIEDMAN, C. R. – *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology: clinical and theoretical papers. International Universities Press, second edition, New York, USA, 1962*

LAIA, S. (2015) – O que há de novo na quinta versão do Manual diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) e o que insiste em fracassar In: BARROS, R. M. M. & DARRIBA, V. A. – *Psicanálise e Saúde: entre o Estado e o sujeito.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2015

LAIA, S. & AGUIAR, A. A. (2017) – Enigma, objetivação e diluição da loucura In: TEIXEIRA, A. & CALDAS, H. (2017) – *Psicopatologia lacaniana I: semiologia.* Belo Horizonte. Autêntica

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1967.

LAURENT, É. Versões da clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_. "La psicosis ordinária". In: *¿Como se enseña la clínica?* 1ª ed., Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires, 2007.

LEITE, M. P. de S. A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. Pulsional Revista de Psicanálise, ano XII, n. 120, p. 36-40, abr. 1999.

LEADER, D. (2013) – *O que é loucura?: delírio e sanidade na vida cotidiana;* tradução Vera Ribeiro – 1ª ed. – Rio de Janeiro, Zahar, 2013

LEITE, M. P. de S. A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. Pulsional Revista de Psicanálise, ano XII, n. 120, p. 36-40, abr. 1999.

MACHADO, O. O Diagnóstico na Psicanálise: da clínica dos fenômenos à clínica da estrutura. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Psicanálise) Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB; CNPq. 1999.

MAFRA, T. de M. Transferência. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MALEVAL, J.C. (1981): *Locuras histéricas y psicosis dissociativas,* Paidós, Argentina, 2004

- MANNONI, O. Eu sei, mas mesmo assim... In: KATZ, Chaim S. (org.). *Psicose: uma leitura psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 1992.
- MASSON, J. M. (1986) - *A Correspondência Completa De Sigmund Freud Para Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1986
- MAURANO, D. *Nau do desejo: o percurso da ética de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará; Alfenas: Unifenas, 1995.
- \_\_\_\_\_. *A transferência: uma viagem rumo ao continente negro*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2006.
- \_\_\_\_\_. *Histeria, o princípio de tudo*. Rio de Janeiro: Civilização, 2010.
- MEES, L. A. A neurose obsessiva. *Revista da Associação da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n. 17, nov. 1999.
- MILLER, J. A. *O percurso de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987
- MILLER, J. A. A erótica do tempo Latusa. Rio de Janeiro: EBP, 2000. p. 7-79
- \_\_\_\_\_. Discurso do método psicanalítico In: \_\_\_\_\_. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997a.
- \_\_\_\_\_. "Diagnóstico e localização subjetiva" In: \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997b.
- \_\_\_\_\_. *Psicanálise e Psiquiatria*. In: \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997c.
- \_\_\_\_\_. Seminário do Campo freudiano, primeira conferência: Introdução a um discurso do método analítico. Falo II: *Revista Brasileira do Campo Freudiano*, jan./jul. 1988.
- \_\_\_\_\_. (2009) – Efeito do retorno à psicose ordinária. In BATISTA, M. C. D. & LAIA, S. (Orgs.) *A psicose ordinária: A convenção de Antibes*. Belo Horizonte, Scriptum, 2012.
- MOREIRA, M. S. (2010) - Ser são em lugares insanos: O DSM, a validade científica e a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos *CliniCAPS*, Vol 4, n. 10
- NASIO, J.D. *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- OMS – *CID-X: Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993
- PACHECO, M. V. P. C. (2003) Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* VI, 2, 152-157. Recuperado em [http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume06/n2/esquirol\\_e\\_o\\_surgimento\\_da\\_psiquiatria\\_contemporanea.pdf](http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/revistas/volume06/n2/esquirol_e_o_surgimento_da_psiquiatria_contemporanea.pdf)
- PALOMBA, G. A. (2005) – Philippe Pinel, vida e obra *In Temas teoria e prática do psiquiatra*. São Paulo v. 35 n. 68-69 p.1-134 Jan/Dez 2005

PEREIRA, M. E. C. – A introdução do conceito de “estados-limítrofes” em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre “the borderline group of neuroses”. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 153-158, June 1999. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47141999000200153&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47141999000200153&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47141999002011>.

\_\_\_\_\_. – Bleuler e a invenção da esquizofrenia. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 158-163, Mar. 2000. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142000000100158&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142000000100158&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Fev 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142000001011>.

\_\_\_\_\_. – Cullen e a introdução do termo “neurose” na medicina. **Ver. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 128-134, Mar. 2010

PESSOTTI, I. (2007) Demência, dementiapreacox, esquizofrenia. Rev. O que nos faz pensar. N.22. Recuperado em 6 de Março de 2019, [http://www.oquenofazpensar.com/adm/uploads/artigo/demencia,\\_dementia\\_praecox,\\_esquizofrenia/22\\_Demencia.pdf](http://www.oquenofazpensar.com/adm/uploads/artigo/demencia,_dementia_praecox,_esquizofrenia/22_Demencia.pdf)

PETER, M. Questões preliminares à psicanálise de psicóticos. Márcio Peter de Souza Leite (Palestra proferida na PUC - SP em 11.11.1987 durante a I Semana de Psicanálise) Disponível em: <<http://www.marciopeter.com.br/sitev2/images/pdf/biblioteca/questoes-preliminares-a-psicanalise-de-psicoticos.pdf>>. Acessado em: 10/10/13.

PISETTA, M. A. A. de M. O Sujeito Suposto Saber e a Transferência. Revista Digital AdVerbum, v. 6, n. 1, p. 64-73, Jan./ Jul. 2011

PLATÃO. O Banquete. 2001. Disponível em: <///C/site/livros\_gratis/o\_banquete.htm>. Acesso em: 28/06/2001.

QUINET, A. As 4 + 1 condições da análise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. A psiquiatria e sua ciência nos discursos da contemporaneidade In: \_\_\_\_\_. (org) **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

RABINOVICH, S. Foraclusão: presos do lado de fora. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

RECALCATI, M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. *Latusa digital*, n. 7, 2004. Disponível em: <[http://www.latusa.com.br/digital\\_edit7.htm](http://www.latusa.com.br/digital_edit7.htm)>. Acesso em: 2007.

RESENDE, M. S. (2014) – Transtornos mentais ou psicopatologia da vida cotidiana: A questão diagnóstica na. Dissertação de mestrado

RIBEIRO, M. A. C. A política da neurose obsessiva. Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Escola de Psicanálise do Campo Lacaniano, Rio de Janeiro, 2003.

RINALDI, D. Transferência e desejo do analista. Disponível em:  
<<http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-participantes/doris-rinaldi-index.html>>.  
Acesso em: 07/02/2012

RINALDI, D. A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia. Rio de Janeiro: EdUERJ : Jorge Zahar, 1996

ROSSI, E.L.; CHEEK, D.B. Mind-Body Therapy : Ideodynamic Healing in Hypnosis. New York: W.W. Norton, 1988.

ROUDINESCO, É. Henri Ellenberg e a descoberta do inconsciente. Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental, ano VIII, n. 4, dez. 2005

\_\_\_\_\_. Entrevista concedida a Leneide Duarte. Disponível em  
<<http://lacan.orgfree.com/entrevistas/entrevistaroudinesco.htm>>. Acesso em: 05/08/2013

SADALA, G.; MARTINHO, M. A estrutura em psicanálise: uma enunciação desde Freud”. Revista Ágora, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Dec. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982011000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16/09/2013.

SAFOUAN, M. (2006) – “A transferência (1960-1961)” In: Lacaniana I: os seminários de Jacques Lacan. – capítulo VIII:. 1a edição, Rio de Janeiro, Editora Companhia de Freud

SAURET, M.-J. Psicanálise, psicoterapias... ainda. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. (orgs) Psicanálise e saúde mental: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

SERVÁN, B.; REYES, L.; FERNÁNDEZ, J.; RODRÍGUEZ, S.; FERNÁNDEZ, R.; YÁÑEZ, R.Mª (2013) - Parafrenia tardía. A propósito de una experiencia clínica - Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría Número 12 pgs. 165-168 - Año 2013

SOHSTEN, P. von; MEDEIROS, C. P. de – O diagnóstico: da psiquiatria à psicanálise. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 38, n. 72, p. 59-65, dez. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952016000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000200008&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 28 de novembro de 2018

SOLER, C. (2007) – *O inconsciente a céu aberto da psicose*; tradução, Vera Ribeiro; consultoria, Marco Antonio Coutinho Jorge. — Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

SOUZA, D. Don Juan e a impossível última página. Psicanálise & Barroco em Revista, v. 9, n.1, p. 115-125, jul. 2011

STRACHEY, J. (1966). Introdução. In: FREUD, S. Obras Psicológicas completas. E.S.B. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XII, p. 111-115.

THEATRO MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Mozart – Don Giovanni, c2013. Cidade de São Paulo, Comunicação. Disponível em: <[www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/theatro\\_municipal-opera\\_don\\_giovanni-programa-web\\_1379080538.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/upload/theatro_municipal-opera_don_giovanni-programa-web_1379080538.pdf)>. Acesso em: 10 de jan. de 2019.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro 2. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2012.

VIEIRA, M. A. - Dando nome aos bois, sobre o diagnóstico em psicanálise. In: Ana Cristina Figueiredo. (Org.). *Psicanálise - pesquisa e clínica*. 1 ed. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ, 2001, v. 1, p. 171-181.

ZARIFIAN, É. Um diagnóstico em psiquiatria: para quê? In: LACAN, J. et al. *A querela dos diagnósticos*. Tradução de Jorge Forbes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

ZBRUN, M. - A clínica diferencial das psicoses e as psicoses ordenárias. *Opção Lacaniana online nova série*. Ano 1 – número 3 – novembro, 2010.