

— **INTRODUÇÃO** —

Com seus atuais instrumentos utilizados para o diagnóstico psiquiátrico — a décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quarta edição (DSM-IV) —, a psiquiatria contemporânea excluiu a terminologia e, logo, a diferenciação entre neurose e psicose em sua atuação estritamente classificatória de sintomas, objetivando identificá-los para tentar eliminá-los com seu moderno arsenal psicofarmacológico. Pacientes que relatam sintomas identificados como alucinações e delírios são logo classificados como portadores de algum transtorno mental com sintomas psicóticos — os quais, evidentemente, dentro desta concepção, indicam a prescrição de drogas antipsicóticas. Os caminhos para a formação desses sintomas e sua estreita relação com a história pessoal de cada paciente não são questionados — como se respondê-los pouca influência tivesse para a conduta frente a tais casos. É a generalização de conceitos e condutas ocupando o lugar do sujeito no atendimento psiquiátrico atual.

Com a observação de que os estudos iniciais de Freud sobre as alucinações — e, por conseguinte, os delírios — se fizeram a partir de suas manifestações em quadros neuróticos, basicamente histéricos, e por considerar que a psiquiatria necessita de um auxílio teórico ao fazer uso de seus manuais diagnósticos, este projeto tem por objetivo levantar questões que deverão ser objeto de um trabalho futuro — minha monografia de conclusão da Formação em Psicanálise. Como exemplos da prática psiquiátrica, serão apresentados alguns casos clínicos com o intuito de intensificar tais questionamentos a serem formalizados em outro momento.

— **SOBRE A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE PSICOSE EM FREUD** —

Richard Theisen Simanke, autor do livro *A Formação da Teoria Freudiana das Psicoses* — resultado de sua dissertação de mestrado —, fornece o caminho percorrido por Freud na tentativa de fornecer uma metapsicologia da psicose. Esforço que, em parte frustrado,

por não ter conseguido definir seu mecanismo específico, mostrou-se relevante dentro da própria teoria freudiana e forneceu a trilha para que outros psicanalistas pudessem trabalhar na tentativa de oferecer uma teoria psicanalítica mais completa sobre a psicose — destaque merecido por Jacques Lacan.

Simanke mostra que Freud iniciou suas investigações sobre a alucinação através da análise das neuroses, sobretudo a histeria, e que seu exame inicial do fenômeno alucinatorio se desenvolveu através de *“sua relação com as vicissitudes do processo mnemônico e o funcionamento geral da defesa, e em relação com a chamada ‘vivência de satisfação’ (ou realização de desejos) e as origens do aparelho psíquico”*. Durante os primeiros trabalhos de Freud, que envolveram a teoria do trauma psíquico, a alucinação foi, então, relacionada ao retorno do reprimido, sendo considerada *“um caso extremo de rememoração”* resultante de um processo regressivo que levaria ao *“investimento de um outro sistema de inscrições — o dos signos perceptivos”*.¹

Neste período inicial, a alucinação também foi descrita como *“uma estratégia primária, ainda que inadequada, para o sistema obter satisfação do desejo”*. Por mais que o desenvolvimento da teoria trouxesse dúvidas acerca do mecanismo envolvido no desenvolvimento das alucinações, já que evidenciam o fracasso da repressão, *“a clínica mostra que a alucinação está, de fato, presente na neurose e [...] a teoria vinculada à vivência de satisfação é a que [viria] tornar-se canônica”*. Neste ponto, Freud recorreu aos dois princípios de funcionamento psíquico para explicar a alucinação através dos processos primários que podem ocorrer no ego. Afastando-o da realidade, *“a ocorrência do processo defensivo, em sua versão mais radical, propicia não só a alucinação, mas também a realização, até então inviável, de desejos pela via alucinatoria”*. A conclusão possível, neste

¹ SIMANKE, 1994, pp. 13, 16, 18 (grifo do autor).

ponto, foi a de que “*este desejo, que emerge como realizado na alucinação, pudesse encontrar-se, até então, reprimido*”.²

Com o conseqüente abandono da clássica teoria do trauma, Freud apresentou uma nova descrição do sistema psíquico. Revendo o ordenamento dos três sistemas de neurônios (ω , ϕ e ψ) descritos no *Projeto Para uma Psicologia Científica*, passou a se referir aos processos ψ como “*inconscientes, somente adquirindo consciência [...] a partir de sua ligação com os processos de descarga e de percepção relacionados à associação verbal*”. Com isso, a organização subjetiva da realidade se destacou como “*o resultado de [um] metabolismo psíquico que a percepção bruta sofre até ser capaz de se tornar consciente*”.³ A partir dessa observação, Freud forneceu a função do delírio, assim descrita por Simanke:

*Uma palavra alucinada é uma palavra reproduzida apenas como signo perceptual auditivo. Para que ela possa fazer-se consciente [...], tornar-se um pensamento dotado de sentido, deve experimentar ainda outras transcrições possíveis. [...] A alucinação não faria, inicialmente, sentido algum para o sujeito que a experimenta [...], devendo ser posteriormente ‘interpretada’ por esta outra formação sintomática que lhe está estreitamente associada, ou seja, o delírio.*⁴

Dentro desta reformulação do aparelho psíquico, Freud esclareceu que não há necessariamente uma ordenação espacial dos sistemas; basta “*que a excitação os percorra sempre dentro de uma determinada série temporal*”, de forma que este aparelho apresentaria uma direção. Esta concepção lhe permitiu a elaboração do conceito de regressão, processo que seria “*capaz de responder pelo caráter alucinatório do sonho e pela alucinação em geral*”.⁵ Apresentou, assim, sonhos e alucinações como estritamente relacionados à realização presente de antigos desejos reprimidos altamente catexizados. Desta forma, diz Simanke:

Para ocorrer uma alucinação durante a vigília, bastará que a atração exercida pela representação reprimida tenha uma intensidade tal

² SIMANKE, 1994, pp. 34, 42 e 47 (grifo do autor).

³ SIMANKE, 1994, pp. 49 e 52.

⁴ SIMANKE, 1994, p. 52.

⁵ SIMANKE, 1994, pp. 58 e 62.

*que lhe permita superar o obstáculo colocado pela corrente progressiva e, ainda, conduzir o processo excitatório até a reativação completa das imagens perceptivas.*⁶

Desde o início de sua nosografia, embora Freud não tenha utilizado o termo psicose, muito do que elaborou sobre o tema ao longo de seus estudos já estava presente quando da abordagem das neuroses de defesa, período em que apresentou a definição de *mecanismo de defesa*: “*aquele conjunto de operações que visam diminuir ou, de preferência, eliminar totalmente qualquer modificação capaz de pôr em risco o equilíbrio na economia interna do sistema neuropsíquico*”, evitando, assim, a tomada de consciência de uma representação conflitiva que pudesse “*induzir um aumento intolerável na intensidade da excitação a ser suportada e metabolizada*” pelo ego. Do fracasso dessa defesa surgiria o conflito patológico que, conforme sua manifestação, daria origem às diferentes entidades clínicas: “*como uma conversão histerica, como uma representação obsessiva ou como uma **alucinação psicótica***”.⁷

Assim, dentro das neuropsicoses de defesa, juntamente com a histeria e a neurose obsessiva, Freud descreveu um terceiro quadro, a confusão alucinatória, com uma especificidade quanto ao processo defensivo. Após apresentar suas hipóteses sobre o mecanismo histerico e obsessivo, concluiu que:

*Há, entretanto, uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem-sucedida. Nela, o eu 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’.*⁸

Simanke acrescenta, acerca das conclusões de Freud, que:

⁶ SIMANKE, 1994, p. 65.

⁷ SIMANKE, 1994, pp. 73 e 76 (grifo do autor).

⁸ FREUD, 1996, vol. III, p. 64 (grifo do autor).

As descrições freudianas de fenômenos alucinatorios na psicopatologia até então elaboradas, as da confusão alucinatoria, [...] consistem inequivocamente em realizações de desejos. Nas demais neuroses, as alucinações são sistematicamente consideradas como retorno do reprimido, e este reprimido é sempre uma representação desprazerosa. [...Na confusão alucinatoria,] elas não são consideradas retorno, mas, antes, aquilo que faz com que o reprimido permaneça o mais afastado possível.⁹

Ainda que tenha exemplificado sua conclusão com o relato de um caso de histeria, Freud apresentou neste ponto de sua obra suas primeiras observações sobre a existência de mecanismos de defesa distintos entre neurose e psicose. Além disso, apresentou hipóteses que podem ser consideradas como essenciais na compreensão da evolução do conceito de psicose em psicanálise.

Partindo dessas observações iniciais, aos poucos, a teoria psicanalítica sobre a psicose foi se clareando. A paranóia, por exemplo — quadro psicótico já descrito nos primeiros estudos de Freud —, a princípio foi incluída entre as neuropsicoses de defesa; com a evolução da nosografia freudiana, a psicose ganhou a posição de uma entidade particular que incluiria a paranóia, a melancolia e a esquizofrenia. Estas mudanças foram ocorrendo ao longo dos desenvolvimentos teóricos de Freud, seja através de novas descobertas, seja com a reformulação de antigas hipóteses.

Entre os trabalhos mais importantes no caminho seguido por Freud para uma melhor definição da psicose pela psicanálise, destacam-se os estudos realizados acerca da paranóia — com a análise do caso Schreber, onde o conceito de projeção mereceu atenção especial — e do narcisismo — destacando a análise da melancolia —, os desenvolvimentos sobre o complexo de Édipo e o complexo de castração e a definição da segunda tópica. Em alguns de seus últimos estudos, Freud se dedicou à distinção entre neurose e psicose, procurando traçar a diferença entre os mecanismos envolvidos na constituição de cada entidade, destacando a análise da relação do ego com a realidade. Assim, segundo Laplanche e Pontalis:

⁹ SIMANKE, 1994, p. 80 (grifo do autor).

Nos primeiros escritos Freud procura mostrar [...] o conflito defensivo em ação contra a sexualidade [...]e tenta especificar os mecanismos originais que operam na relação do sujeito com o exterior. [...] Nos anos de 1911-1914, [...], Freud retoma a questão sob o ângulo da relação entre os investimentos libidinais e os investimentos das pulsões do ego (“interesse”) no objeto. [...] Na segunda teoria do aparelho psíquico, a oposição neurose-psicose põe em jogo a posição intermediária do ego entre o id e a realidade. [...] Na última fase da sua obra, segue de novo pelo caminho de uma busca de um mecanismo inteiramente original de rejeição da realidade ou, antes, de uma certa “realidade” muito especial, a castração, insistindo na noção de recusa.¹⁰

Surgem aqui algumas questões iniciais: 1- se Freud elaborou suas primeiras teorias sobre a alucinação e o delírio com base em seus estudos sobre as neuroses, merecem esses sintomas ser denominados e especificados como *sintomas psicóticos* conforme a concepção psiquiátrica atual? ; 2- se após tantos acréscimos e revisões em sua teoria Freud retomou sua questão inicial acerca dos mecanismos específicos da neurose e da psicose, é possível considerar que seus desenvolvimentos iniciais já possuíam conteúdo coerente suficiente que apenas não puderam alcançar maiores conclusões sobre a psicose por falta dos conceitos que só se apresentaram com a evolução de seus estudos? ; 3- e se essa resposta é sim, é possível fazer a conexão entre a primeira e a última fase da teoria freudiana envolvendo a oposição neurose-psicose através dos desenvolvimentos psicanalíticos teóricos ocorridos ao longo dos anos de estudos de Freud? Ao que parece, responder diretamente a cada uma dessas perguntas não chega a ser impossível. Mas é preciso mais que o sim ou o não; faz-se necessário percorrer a obra freudiana buscando esclarecê-los de forma consistente.

— O CONCEITO PSICANALÍTICO DE PSICOSE: FREUD E LACAN —

Promovendo um retorno a Freud a partir de 1950, Jacques Lacan (1901-1981) foi, sem dúvida, aquele que mais colaborou com a teoria psicanalítica na busca pela definição do mecanismo da psicose. A partir de uma releitura da obra do grande mestre, pôde também

¹⁰ LAPLANCHE, 2001, pp. 392 e 393 (grifo do autor).

fornecer novos conceitos à psicanálise e ir além da clínica das neuroses. Segundo Roudinesco,

Lacan:

*Foi o único a dar à obra freudiana uma estrutura filosófica e a tirá-la de seu ancoramento biológico, sem com isso cair no espiritualismo. [...] Reinterpretou quase todos os conceitos freudianos, assim como os grandes casos [...] e acrescentou ao corpus psicanalítico sua própria conceitualidade. [...] Começou esse retorno aos textos de Freud, baseando-se, ao mesmo tempo, na filosofia heideggeriana, nos trabalhos da lingüística saussuriana e nos de Lévi-Strauss. [...] Revalorizando o inconsciente e o isso, em detrimento do eu, Lacan atacou uma das grandes correntes do freudismo, a **Ego Psychology**.*¹¹

Advertência do próprio Lacan, sua obra não viria para substituir a de Freud, mas para promover um retorno a esta: “o terreno que o próprio Lacan trabalhou de início [...] é o terreno freudiano [...e é] essa referência freudiana que permanece como infra-estrutura constante da arquitetura teórica de Lacan”. Como base de seus trabalhos desenvolvidos a partir dessa releitura, Lacan apresentou a idéia de que o inconsciente se encontraria estruturado como uma linguagem — idéia esta contida em Freud, ainda que não expressa diretamente: “a teoria freudiana do sonho não autoriza, absolutamente, que se prescindia da palavra do sujeito para desvelar o inconsciente”.¹²

Uma das maiores contribuições lacanianas à psicanálise deve-se à releitura efetuada sobre o complexo de Édipo. Embora o termo *falo* não seja encontrado com muita frequência na obra freudiana — ao contrário de sua forma adjetiva (fálico ou fálica) —, Lacan buscou “recenter a teoria psicanalítica em torno da noção de falo como ‘significante do desejo’”.¹³ O falo seria aquilo que preencheria uma falta, a falta presente na mãe; esta buscaria, então, completar-se com sua criança que passaria a ocupar o lugar de falo materno, “buscando *identificar-se com o que supõe ser o objeto de desejo da mãe*”.¹⁴ Esta relação triangular

¹¹ ROUDINESCO, 1998, pp. 445 e 448 (grifo da autora).

¹² DOR, 1989, pp. 11 e 16.

¹³ LAPLANCHE, 2001, p. 168.

¹⁴ DOR, 1989, p. 81 (grifo do autor).

(mãe-criança-falo), introduziria a criança numa dialética que se apresentaria com as seguintes possibilidades: ser ou não ser e ter ou não ter o falo.

Com essa concepção, Lacan dividiu o Édipo em três momentos. Num primeiro momento, tudo se passaria *“como se a criança prescindisse de uma contingência fundamental ligada à problemática fálica: a dimensão da castração”*, mantendo-se numa *“relação fusional com a mãe na medida em que nenhum elemento terceiro parece mediatizar a identificação fálica da criança com a mãe”*; a criança estaria, assim, numa relação narcísica, ocupando o lugar de falo materno. No segundo momento do Édipo, *“a criança é incontornavelmente introduzida no registro da castração pela intrusão da dimensão paterna”* sob a forma de privação, interdição e frustração na relação mãe-criança-falo, o que faria com que a criança se interrogasse sobre ser ou não ser o falo materno; este terceiro, um outro na relação, o pai — a quem o desejo materno estaria endereçado —, surgiria, então, *“como um objeto fálico possível com o qual a criança pode supor rivalizar junto à mãe”* e essa rivalidade conduziria *“a criança a encontrar a lei do pai”* que a confrontaria com a castração. O terceiro momento seria *“exatamente o tempo de ‘declínio do complexo de Édipo’”* que poria fim *“à rivalidade fálica em torno da mãe”*; aqui, *“o pai é investido do atributo fálico”* e ele precisaria dar provas disso, intervindo, neste momento, como aquele que *tem* o falo — e não como aquele que *é* o falo —, reinstaurando *“a instância do falo como objeto desejado pela mãe”* e oferecendo à criança a possibilidade de estabelecer uma nova dialética: ter ou não ter o falo — convocando, *“inevitavelmente, o jogo das identificações”*: do menino com o pai que supostamente teria o falo e da menina com a mãe que, embora não o tenha, saberia onde encontrá-lo.¹⁵

Lacan descreve, assim, o *pai castrador* como aquele que introduziria a criança no registro do simbólico ao efetuar a castração de um objeto imaginário, o falo. Isto porque a falta que a castração *“interpela é uma falta simbólica, na medida em que ela remete à*

¹⁵ DOR, 1989, pp. 81, 85 e 88 (grifo do autor).

interdição do incesto, que é a referência simbólica por excelência". Seria, pois, a simbolização da lei do pai marcando o declínio do complexo de Édipo. *"O valor estruturante desta simbolização reside, para [a criança], na determinação do lugar exato do desejo da mãe"*.¹⁶ Desta forma, é possível resumir com Dor:

*O pai real, que aparece como "representante" da lei, é investido pela criança de uma significação nova, a partir do momento em que, desde esse lugar, ele é suposto deter o objeto do desejo da mãe: ele é assim elevado à dignidade de **pai simbólico**. A mãe que aceita a enunciação da lei paterna, ao reconhecer a palavra do pai como a única suscetível de mobilizar seu desejo, contribui igualmente para atribuir à função do pai um lugar simbólico aos olhos da criança. Neste ponto, a criança é levada a determinar-se em relação a esta função significativa do Pai, que é, exatamente, o significado simbólico Nome-do-Pai. [...] A reposição do falo em seu devido lugar é estruturante para a criança, seja qual for seu sexo, a partir do momento em que o pai, que supostamente o tem, tem preferência junto à mãe. Tal preferência, que atesta a passagem do ser ao ter, é a prova mais manifesta da **instalação do processo da metáfora paterna** e do mecanismo intrapsíquico que lhe é correlativo: o **recalque originário**. [...Este] aparece como processo fundamentalmente estruturante e que consiste numa metaforização [...que] não é outra senão o ato mesmo da simbolização primordial da Lei, que se efetua na **substituição do significante fálico pelo significante Nome-do-Pai**.¹⁷*

Esclarecendo que o recalque estaria relacionado à estrutura neurótica, a grande contribuição de Lacan à teoria psicanalítica sobre a psicose se efetuiu com a descrição de seu mecanismo de defesa específico, ao qual chamou de forclusão ou foraclusão¹⁸, que *"pode, precisamente, fazer malograr o recalque originário"*. Uma vez que *"a metáfora paterna tem uma função estruturante [...e] se alguma coisa fracassa no recalque originário, [ela] não advém"*, a estrutura que surgiria a partir desse fracasso não poderia ser a neurose.¹⁹

Lacan descreveu a forclusão incidindo sobre o significante Nome-do-Pai e, assim, fazendo fracassar a metáfora paterna, consistindo, então, *"em não simbolizar o que deveria*

¹⁶ DOR, 1989, pp. 83 e 88.

¹⁷ DOR, 1989, pp. 87, 88 e 90 (grifo do autor).

¹⁸ *Forclusion*: equivalente francês do termo alemão algumas vezes empregado por Freud acerca da psicose, *Verwerfung* (em português, rejeição), embora nunca o tenha conceituado.

¹⁹ DOR, 1989, p. 96.

sê-lo (a castração)".²⁰ Desta forma, ao ser rejeitado, o significante Nome-do-Pai é foracluído e "não é integrado no inconsciente, como no recalque, e retorna sob a forma alucinatória no real do sujeito".²¹

Joël Dor assim resumiu o mecanismo da psicose segundo Lacan:

*A forclusão do Nome-do-Pai, que neutraliza o advento do recalque originário, provoca ao mesmo tempo o fracasso da metáfora paterna, e compromete gravemente para a criança o acesso ao simbólico, barrando-lhe mesmo esta possibilidade. O advento de uma promoção estrutural no registro do desejo é, do mesmo modo, suspenso, afundando em uma organização arcaica onde a criança permanece cativa da relação dual imaginária com a mãe.*²²

Necessário destacar que a função paterna estaria estritamente relacionada à função materna. O pai seria introduzido na relação até então estabelecida através do discurso materno, representando a lei que faz a interdição ao acesso da criança à mãe e remete o desejo desta para este terceiro que agora estaria sendo apresentado. Este seria o *pai simbólico*, que não estaria diretamente relacionado à presença ou ausência do *pai real*, mas sim, fundamentalmente, ao lugar que ocupa no discurso da mãe. Assim, ao pai caberia exercer a função que lhe foi atribuída.

Neste momento, especialmente acerca da psicose, duas novas questões se relacionam: se Lacan apresentou seus trabalhos como o resultado de um retorno a Freud através de uma releitura de sua obra, onde estariam as bases freudianas que forneceram os desenvolvimentos lacanianos? Seria possível, percorrendo os textos de Freud, identificar a origem dos conceitos criados por Lacan? Para respondê-las, torna-se necessário um estudo cuidadoso das duas obras, tentando identificar nos trabalhos de Lacan a origem de suas idéias em Freud, seguindo passo a passo o caminho por ele percorrido.

²⁰ LAPLANCHE, 2001, p. 197.

²¹ ROUDINESCO, 1998, p. 245.

²² DOR, 1989, p. 98.

— CASOS CLÍNICOS: DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES —

Não há aqui o objetivo de analisar ou mesmo discutir os casos clínicos que serão relatados abaixo, alguns de forma bem resumida. A intenção é, através de exemplos da prática clínica, estimular a reflexão principal levantada por este projeto: alucinações e delírios podem ser definidos como sintomas psicóticos e, assim, servirem de base para classificar os transtornos psiquiátricos como psicóticos ou não conforme sua presença ou ausência? Tendo em vista os estudos freudianos aqui referidos, a resposta direta não se torna difícil! Descrevê-la, entretanto, será objeto da monografia resultante deste projeto de estudo.

CASO 1: Paciente do sexo feminino, com 21 anos de idade, solteira, consultou a psiquiatria em 2002 relatando que, em 2000, quando estava num cursinho pré-vestibular, encontrou um professor em quem confiava muito (“tinha ele como um pai”), mas, depois, esse professor lhe “traiu”, contando particularidades suas para outras pessoas. Disse que, até o início de 2001, tudo estava bem, até que recebeu “um telefonema anônimo...um cara falando esquisito...falando coisas minhas que ninguém sabia...que um primo meu tinha tentado me agarrar...hoje eu sei que foi meu professor que ligou”; neste dia, estava sozinha em sua casa. Disse que “acho que ele é meio médium e lia meus pensamentos...nunca falei nada com ele: a gente se comunicava por pensamento...tinha uns foguetórios e as buzinas que eram pra gente se comunicar...uma buzinação, eu estava certa; duas, estava errada...não era coisa da minha cabeça, acontecia mesmo”. Contou que, desde então, esse professor passou a lhe “perseguir em todo lugar...fui fazer vestibular e ele estava lá...fui pra minha cidade e ele estava lá...foi procurar saber sobre mim...uma amiga me contou...fui pra BH e ele estava lá”; nessas situações não viu o professor, mas percebia a sua presença (relatada como “sensação de perseguição”). Relatou que, no início de 2002, “depois de ter prestado vestibular em São João”, estava em Barbacena na casa de uma tia que a levou ao psiquiatra: “eu sentia uma culpa muito grande...e tinha essa perseguição”; iniciou o uso de um antipsicótico, um anticolinérgico e um ansiolítico. Acrescentou que “eu não consigo estudar picado, tenho que

estar com toda a matéria organizada” e, quando questionada, contou que, desde criança até há pouco tempo atrás (“até quando me mudei pra cá era assim”), tinha “umas manias...tinha que ser tudo do meu jeito...limpava casa, às vezes, duas vezes no dia...e, se alguém entrasse enquanto eu limpava, eu brigava...tomava banho duas vezes ao dia...me achava suja...pra tomar água eu tenho que lavar as mãos...levantava à noite pra conferir se a porta estava fechada...se não levantasse eu ficava inquieta...ainda fico pensando muito em como as coisas seriam se eu tivesse feito diferente...eu pensava, às vezes, que, se eu passasse no vestibular, meu pai ia vir pra cá...essas coisas”. Já havia feito tratamento anterior, em 1997, com relato de “tonteira, insônia, dor de cabeça, choro fácil, aumento do apetite, desânimo e não saía para atividades de lazer”, quando dizia que “tem dias que sinto vontade de largar tudo pra lá, não consigo me concentrar; às vezes, choro; qualquer coisinha, queimo”; neste período, recebeu medicações antidepressivas. Contou que fez uso de um anticonvulsivante na infância, mas não se recordava bem o motivo: “minha mãe dava remédio pra gente e não falava pra quê”; lembrava-se apenas de ter “passado mal” quando tinha uns 10 anos: “comecei a me sentir mal...minha mãe veio...eu caí...só fui ver depois que saí do hospital”. Contou que, naquela época, morava com os pais e 2 irmãos; o pai estava trabalhando fora; disse que “nunca me dei bem com minha mãe...ela tinha ciúme do meu pai comigo...bobagem dela”; contou ainda sobre uma briga com o irmão mais novo “em 19 de novembro...quando meu pai chegou, mandou meu irmão bater mais...ele me surpreendeu, porque nunca foi de tomar partido...meu irmão morreu pra mim...meu pai não é mais o mesmo, está mudando”. Relatou, assim, suas relações familiares como conflituosas (“mais por minha causa”). Formou-se em magistério, mas nunca trabalhou fora de casa. Descreveu-se como muito indecisa e influenciável pelos pais e disse se arrepender por ter se deixado influenciar em muitos aspectos por eles; relatou medo de tomar decisões. Teve seu primeiro namorado aos 16 anos; à época da consulta encontrava-se sem namorado, relatando ficar com uns rapazes, mas sentia medo de se envolver afetivamente. Encontrava-se sem atividades de lazer por desânimo.

CASO 2: Paciente do sexo masculino, com 51 anos de idade, solteiro, foi ao atendimento psiquiátrico em 2003 e contou que há \pm 2 anos, após a morte de seu pai, vinha tendo pensamentos sobre os quais não tinha controle, tendo que realizar certos atos em consequência dos mesmos: “se alguém passa por trás da minha mãe, tenho que ir lá e fazer despassar porque penso que ela vai morrer...só vem pensamento ruim, palavras ruins...preciso rezar pra isso passar...ando com uma bíblia no bolso que já está até rasgada...em casa, quando estou rezando, se alguém fala alguma coisa e me atrapalha, fico nervoso porque preciso começar tudo de novo...eu era uma pessoa que gostava de tudo limpo e arrumado...hoje, não posso usar outra roupa...meus irmãos esperavam mais de mim e agora estou assim...não consegui nada na minha vida...parece que se eu me desse bem na vida alguma coisa ia acontecer com minha mãe...minha vida sentimental também é um fracasso...eu sou cristão e a gente aprende certas coisas como pecado...parece que as pessoas falaram coisas pra mim pra que minha vida não desse certo...ou entendi errado, mas acho isso difícil porque sou inteligente...eu sinto muita tristeza dentro de mim...tenho uma energia de criança, mas parece que estou amarrado...eu tinha uma preocupação com horário e hoje não consigo chegar na hora certa por causa das coisas que preciso fazer...agora estou com umas coisas com número também...na hora de comer, tenho que comer um certo número de coisas pra não acontecer nada...não sei o quê, mas me dá medo de que algo aconteça se eu não fizer daquele jeito...eu tenho uma inimiga dentro de mim, Dra., que é a minha mente...eu tenho até vergonha de contar essas coisas...eu sei que não vai acontecer nada, mas não consigo deixar de fazer...não consigo tirar esses pensamentos...eu parei de trabalhar porque as pessoas ficavam vendo minhas manias e eu tinha vergonha...antes, eu já tinha umas manias, sempre tive, desde menino, mas não era assim...quando jovem, antes de sair de casa, eu tinha que correr duas vezes dentro de casa...isso já era ruim, mas agora está demais”. Seu irmão relatou alterações em seu comportamento iniciadas há \pm 10 anos (e o paciente insistiu na piora dos últimos 2 anos): “ele fica muito irritado com as pessoas...se ele estiver rezando e alguém falar alguma

coisa, ele logo briga...também não se cuida mais, nem banho toma direito, vive andando sujo”. O paciente acrescentou: “eles ficam dizendo que estou doido...quem dera eu estivesse, porque não ia saber o que está acontecendo comigo...eu não estou doido”. Fora encaminhado por psiquiatra ao serviço especializado no atendimento a psicóticos com o relato de que apresentava “atividade delirante” e com a prescrição de um neuroléptico e um anticolinérgico, dos quais não manteve o uso por não ter se sentido bem.

CASO 3: Paciente do sexo feminino, com 47 anos de idade, casada, compareceu à consulta psiquiátrica em 2002 com a queixa de que “desde 2000 estou em tratamento...agora estou precisando de remédios...me mudei pra Juiz de Fora”. Relatou que, desde muito jovem, sempre sentiu “a presença de algo próximo” a ela, referindo-se a taquicardia, sudorese e tremores nesses momentos em que sentia um “medo” muito forte, motivo de súbitos despertares noturnos. Há três anos, passou a viver “um pesadelo acordada...comecei a ouvir coisas...me falavam coisas horríveis...que eu ia morrer enforcada”; inicialmente, pensava que eram as pessoas que estavam próximas e acabou se envolvendo em brigas por isso, mas, com o tempo, foi percebendo que não eram elas que falavam. Passou a ver as pessoas na rua “se deformarem...é muito ruim”, evitando sair de casa devido ao medo de vê-las; se precisava sair, procurava não olhar pra ninguém. Por várias vezes, precisou ir com o esposo para um hotel devido às vozes (“lá elas diminuía”) ou sair andando sozinha, sem rumo, devido ao medo de ficar em casa. Posteriormente, sua irmã acrescentou apenas que observou o início das alterações em seu comportamento há seis anos, com piora nos últimos dois a três anos. Estava, então, em uso de dois neurolépticos e um antidepressivo. Contou ser a terceira filha de uma prole de nove, que seu pai falecera há 25 anos e sua mãe, idosa, apresentava quadro demencial, tendo sido cuidada pela paciente durante quatro anos: “isso também foi muito ruim pra mim”. Começou a trabalhar aos 10 anos de idade como doméstica e morava na casa dos patrões, visitando a família uma vez por mês; disse que sempre foi “uma criança muito chorona e triste”. Manteve-se na mesma função durante sua adolescência e não se recordava

de ter atividades de lazer nem amizades, mas se lembrou de que chorava muito nessa fase, “tinha muita tristeza”. Aos 25 anos de idade, mudou-se para o Rio de Janeiro e sentiu-se melhor, permanecendo bem até os 35 anos: “acho que se não tivesse melhorado eu teria procurado tratamento antes”. Começou a namorar aos 26 anos de idade e, aos 30 anos, passou a residir com um companheiro com quem permaneceu por dois anos. Aos 40 anos de idade conheceu seu atual esposo: “durante os dois primeiros anos a gente vivia muito bem...vivia agarrado um no outro...depois que fiquei doente, nem dormia mais com ele...não sinto falta dele...não sei se ele ainda me quer desse jeito que estou”. Passou a residir com a irmã porque o esposo, que continuou em sua cidade de origem, não podia ficar em sua companhia devido ao trabalho: “ficava muito sozinha e tenho medo”. Após relatar melhora relativa dos sintomas em seu primeiro retorno, a paciente cancelou a consulta seguinte sem remarcar nova data. Retornou dois meses depois com importante piora do quadro depressivo: “eu achei que estava bem, mas aí tudo voltou...e pior”. Além do humor depressivo, relatou intensa redução do sono, anorexia, idéias suicidas, de menos-valia e persecutórias (“fico pensando que meus vizinhos vão me fazer mal...porque eu já briguei com eles”) e alucinações auditivas (“agora ficam mandando eu me matar”). Durante o período de afastamento, apresentou sintomas de euforia leve, descrevendo um quadro de hipomania, o que a fez abandonar o tratamento e retornar à sua cidade. Fiz-lhe perguntas diretas e suas respostas sugeriram que tais estados de humor hiperfórico já haviam ocorrido anteriormente, sentido-se mais disposta e com “vontade de conversar”. Nesses períodos, mudava-se de endereço e se sentia melhor por algum tempo; mas, depois, “tudo voltava”. Sua irmã, que sempre a acompanha, esclareceu que a paciente já interrompeu o tratamento por diversas vezes, sempre em momentos em que surgiam sinais de melhora, a qual sempre foi progressiva, exceto a última: “de um dia pro outro ela melhorou e decidiu voltar pra casa...se mudou mais uma vez, como sempre fez”. A família também considerou “estranho” o fato dela sair “andando pela cidade dela...ela morre de medo de todo mundo lá”. Observaram também que a paciente estava “mais animada...a gente chegava na

casa dela e ela estava limpando, arrumando as coisas”. Tais períodos sempre foram muito curtos (durando, em média, uma semana) e seguidos por novo quadro depressivo grave, quando ela “ficava ameaçando que ia se suicidar”. A paciente disse que, embora se sentisse mais animada, não se sentia alegre, continuando a ouvir as vozes que lhe depreciavam. A irmã acrescentou que, no início do transtorno, a paciente dizia ouvir carros de som na rua falando dela e “cismou que estavam procurando por ela na Internet...não dava sossego ao meu irmão...falava nisso dia e noite”.

CASO 4: Paciente do sexo feminino, de meia idade, casada, veio à consulta psiquiátrica em 2003 com sintomas depressivos graves e manteve-se em acompanhamento psicoterápico associado ao psicofarmacológico. Contou a história de sua vida evidenciando uma sucessão de perdas e um freqüente desamparo. Tendo se referido à sua infância apenas como um período de grande sofrimento em razão do tratamento recebido pelos pais, falou de sua juventude como marcada pela tristeza: por ter perdido três namorados que faleceram em acidentes automobilísticos, passou a ser vítima de comentários sarcásticos dizendo que era ela quem os matava. Casou-se com um caminhoneiro, com quem teve quatro filhos e um relacionamento marcado pelas constantes ausências em vista de sua profissão e pela atemorizante violência com que tratava a todos da família. Contou sobre um tratamento psiquiátrico realizado há aproximadamente 16 anos, inclusive com internação hospitalar, após ter sido impedida pela vizinha de realizar o que denunciava em seus gritos de que ia se matar e matar um dos filhos, então com pouco mais de um ano. Há dois anos, sua filha mais velha foi atropelada por um carro no ponto de ônibus e veio a falecer. Poucos meses depois, outro filho sofreu um acidente parecido e ficou por vários dias sob cuidados médicos intensivos. Nesse período, a paciente perdeu o emprego e o marido, que não mais retornou para casa, deixando de ajudar a família. Manifestou, então, sintomatologia depressiva grave, com mínima resposta ao tratamento medicamentoso. Dentre a sintomatologia descrita, referiu-se por diversas vezes a estar ouvindo sua filha conversar com ela, sentindo sua presença ao seu

lado e mesmo a não acreditar em sua morte, o que fez com que ela, por exemplo, assasse um bolo para os filhos e não os deixasse comer porque a irmã chegaria. Sempre relatou esses sintomas de forma muito sofrida, chorando muito. Durante seu tratamento recebeu também medicação neuroléptica, sem boa resposta. Há pouco tempo, após quase dois anos de psicoterapia, disse: “hoje eu sei que aquelas coisas que eu falava que ouvia, não ouvia nada”.

CASO 5: Paciente do sexo feminino, jovem, solteira, compareceu para avaliação psiquiátrica após ter iniciado o uso de neuroléptico e anticolinérgico prescritos por médico de outra cidade que forneceu o atendimento inicial. Relatou que, há alguns anos, vinha “ouvindo vozes” que lhe xingavam, depreciavam e que lhe impediam de dizer o que acontecia a outras pessoas. Passou a ficar mais agitada e a não mais conseguir exercer suas funções no trabalho, tendo dificuldades no relacionamento interpessoal. Sentia-se “perseguida” por algumas pessoas e atribuía a elas a causa de seus problemas. Pouco antes de procurar atendimento, começou a se apresentar às pessoas com outro nome, dizendo ser essa “outra pessoa” e não mais ela mesma. Contou também sobre sensações vaginais e a realização de movimentos na cama “como se” estivesse tendo relações sexuais sob ordem das vozes que ouvia. Atualmente, percebe-se “diferente”, destacando dificuldades no exercício de funções antes cotidianas. Durante o tratamento atual, houve completa melhora dos sintomas alucinatorios e dos pensamentos delirantes com o ajuste de dose da medicação antipsicótica.

CASO 6: Paciente do sexo feminino, de meia idade, viúva recente, foi ao atendimento em saúde mental relatando que, após o falecimento do esposo, passou a apresentar sensações corporais, “como se estivessem penetrando” em sua vagina. Mostrava-se preocupada com a possibilidade “de pegar AIDS” e pedia orientações a esse respeito. Relatou que não tinha um bom relacionamento com o esposo, mas que nunca tinha lhe traído. Foi encaminhada para atendimento psiquiátrico pela profissional que a atendeu e que lhe esclareceu sobre suas dúvidas, mas não aguardou sua consulta e não retornou ao serviço.

— **NEUROSE OU PSICOSE?** —

Com os casos acima descritos, ainda que de forma resumida, uma nova questão se impõe: embora todos tragam a presença de alucinações e/ou delírios na sintomatologia descrita, pode-se dizer que são casos de transtornos psicóticos? Parece que não!

Através dos estudos que serão realizados a fim de desenvolver a monografia aqui referida, há a expectativa de poder analisar os casos acima apresentados e, com uma base teórica sustentável, definir aqueles que se referem a pacientes neuróticos e os que dizem respeito a psicóticos. Para tanto, deverão ser acrescentados detalhes aos relatos aqui apresentados e poderão ser descritos novos casos clínicos.

— **CONCLUSÃO** —

A psicanálise é uma teoria que se formou ao longo de anos de estudos sobre a prática das neuroses. Hoje, muitos profissionais tentam construir a prática da psicose a partir da teoria psicanalítica, com discursos repletos de conceitos lacanianos sem, entretanto, uma oferta efetiva ao tratamento dos pacientes. Não creio ser esta a função da psicanálise na prática diária! Sua inserção no atendimento aos pacientes psicóticos deve servir de auxílio à psiquiatria, não apenas como um tratamento possível, mas também como um auxílio diagnóstico, muito além da aplicação teórica a casos particulares.

Mostra-se, assim, necessário o desenvolvimento de um trabalho com o intuito de apresentar referências psicanalíticas teóricas que possam auxiliar na prática psiquiátrica, diagnóstica e terapêutica, devendo apresentar um estudo sobre o conceito de psicose em psicanálise, tentando ainda traçar um paralelo entre as descobertas freudianas e as inovações lacanianas. Para tanto, o percurso fornecido por SIMANKE — e aqui por muito referido —, servirá de guia na construção de minha monografia, buscando alcançar este objetivo.

— REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS —

- DOR, Jöel. *Introdução à Leitura de Lacan: o Inconsciente Estruturado Como Linguagem*. Trad. Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- FREUD, Sigmund. *Obras Completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira; As Neuropsicoses de Defesa (1894)*. Direção Geral: Jayme Salomão. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. *Vocabulário da Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Trad. Vera Ribeiro, Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- SIMANKE, Richard Theisen. *A Formação da Teoria Freudiana das Psicoses*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

