

A psicose e as construções delirantes no contexto institucional¹

Psychosis and delirious constructions in an institutional context

Rosani Maffili²
Pref. Campos/UFSJ
Fuad Kyrillos Neto³
UFSJ
Roberto Calazans⁴
UFSJ

Resumo: A partir da experiência institucional de um psicanalista nos serviços substitutivos de saúde mental, o presente artigo, por intermédio de uma vinheta clínica, aborda as contribuições da teoria psicanalítica para o entendimento e acolhida do delírio numa perspectiva clínica. Desse modo, a proposta de inclusão, alicerce da reforma psiquiátrica brasileira, ganha novos elementos para além da perspectiva adaptacionista ao considerar a singularidade presente no trabalho do sujeito delirante. O delírio se apresenta, então, não como um déficit a ser sanado ou um sintoma a ser extirpado, mas uma obra a ser acompanhada pela equipe de saúde mental como possibilidade de estabilização do sujeito psicótico.

Palavras-chave: psicanálise; delírio; clínica; instituição; saúde mental.

Abstract: Through the institutional experience of a psychoanalyst in substitutive mental health services, this paper, discusses the contributions of psychoanalytic theory to the understanding and acceptance of delirium in a clinical perspective by the intermediate of a clinical vignette. Thus, the proposal for inclusion as groundwork of Brazilian psychiatric reform, has been achieving new elements far beyond the Adaptationist Perspective, considering the singularity in the work of the delusional subject. Thereby, delirium is not presented as a deficit to be healed, or a symptom to be eradicated, but a work to be accompanied by mental health staff as possibility of stabilization the psychotic subject.

Keywords: psychoanalysis; delirium; clinic; institution; mental health.

¹ Apoio: CNPq; FAPEMIG.

² Psicóloga. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei. E-mail: rosanimaffili@gmail.com

³ Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ. E-mail: fuadneto@ufs.edu

⁴ Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSJ. Bolsista de Produtividade em Pesquisa nível 2 do CNPq. E-mail: roberto.calazans@gmail.com

Introdução

A partir da vivência clínica em um serviço de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) –, localizado no interior de Minas Gerais, buscamos articular a prática e a teoria psicanalíticas relacionadas ao estudo das psicoses no campo institucional.

Partimos de fragmentos de um caso clínico que aponta para possíveis construções de metáforas delirantes e nos remetem ao estudo das proposições psicanalíticas que conduzem nossa clínica. Questionando a aplicabilidade dos conceitos psicanalíticos concernentes às psicoses no campo da Saúde Mental, buscamos os possíveis pontos de articulação entre Psicanálise e Saúde Mental e os impasses com os quais nos deparamos cotidianamente.

Constatamos que a temática delirante parece ser pouco preconizada atualmente na rede de Atenção Psicossocial, na qual observamos o privilégio às demais vias de estabilização que, muitas vezes, acabam isolando o sujeito do convívio com o outro, levando-o a ser tratado tão somente pela via medicamentosa.

Construções delirantes na clínica psicanalítica institucional

Iniciaremos com a apresentação de um fragmento clínico que nos convoca a refletir sobre a prática psicanalítica no campo da Saúde Mental. Referimo-nos, especificamente, a este sujeito do CAPS que chama nossa atenção por representar a importância da escuta do delírio na estabilização de um quadro de psicose em um sujeito acolhido na rede pública de atenção psicossocial.

Neste caso, atentamos para a dificuldade inicial em deixar revelar pensamentos de conteúdo delirante. Ele demonstrava receio em falar daquilo que insistentemente se impunha a ele e constatou-se uma questão específica em relação ao uso das medicações: burlar as prescrições psiquiátricas. Esse fato tornou-se uma espécie de segredo, um elo de confiança que favoreceu o surgimento de sua fala. Por vezes, tivemos que mostrar o prontuário como garantia de que nossas conversas não eram anotadas.

O fragmento clínico é de um sujeito que chega ao CAPS em surto psicótico, sendo seu tratamento iniciado com a conduta medicamentosa, além da oferta de oficinas terapêuticas. Por um tempo, ele adere às atividades, mas, de um período em diante, afasta-se delas, raramente indo ao CAPS. Quando ia, isolava-se dos demais pacientes, procurando por salas vazias e dedicando-se à leitura solitária da bíblia. O único tratamento que lhe estava sendo apresentado era o medicamentoso. Foi nesse contexto que acreditamos na importância de lhe oferecer a possibilidade de fala. A partir desse momento, iniciou-se a escuta de seus delírios, que certamente já existiam. Porém, a possibilidade de direcionamento para essas questões ainda não havia sido proposta.

Este caso apresenta a peculiaridade de um sujeito que opta pelo delírio e nunca se desvencilhou de seu tema delirante. Sempre questionou e se incomodou com o uso das medicações, apesar de usá-las. Também confidenciou que, por várias vezes,

interrompeu o uso das mesmas e que também o retomou ao não conseguir suportar os sintomas que lhe eram intensos.

Ele demonstra uma grande tristeza e isolamento, fala de pensamentos relacionados a Deus, diz que seu problema não é a religião, mas a forma como é tocado por Deus. Diz ser diferente e que tem uma relação direta com Deus. Fala muito da bíblia e lê vários trechos. No CAPS, está sempre sozinho com sua bíblia. Diz que sofre com as coisas do mundo. Aos poucos, fala de sua relação com os remédios, sua dificuldade em tomá-los. Acredita que é visto como louco exatamente por sua relação com Deus e por isso se isola, não pode falar de si para que não lhe achem doido. Mostra um relato bíblico:

Coríntios, capítulo 1

Vers. 20 – Onde está o sábio? Onde está o erudito? Onde está o questionador desta era? Acaso não tornou Deus, louca a sabedoria deste mundo?

Vers. 21 – Visto que, na sabedoria de Deus, o mundo não o conheceu por meio da sabedoria humana, agradou a Deus salvar aqueles que creem por meio da loucura da pregação.

Vers. 22 – Os judeus pedem sinais milagrosos e os gregos procuram sabedoria;

Vers. 23 – nós, porém, pregamos a Cristo crucificado, o qual de fato, é escândalo para os judeus e loucura para os gentios,

Vers. 24 – mas para os que foram chamados, tanto judeus como gregos, Cristo é o poder e a sabedoria de Deus;

Vers. 25 – por que a loucura de Deus é mais sábia que a sabedoria humana e a fraqueza de Deus é mais forte que a força do homem?

Vers. 27 – Mas Deus escolheu o que para o mundo é loucura para envergonhar os sábios, e escolheu o que para o mundo é fraqueza para envergonhar o que é forte.

Ele explica os versículos bíblicos dizendo que Deus escolheu a loucura para confundir os sábios; sua fala é interessante e repleta de citações e ensinamentos bíblicos. Com o tempo, parece que suas crises se amenizam, mas percebemos que seu percurso, até então, era muito solitário. Pelos relatos em seu prontuário, observamos que os atendimentos eram pontuais às situações de crise, com grande ênfase à questão medicamentosa. Hoje, suas crises não se apresentam de forma tão intensa como no início do tratamento, mas o seu pensamento, este sim, parece evoluir sempre. Este sujeito não para de pensar, está sempre em trabalho, mostrando-nos que, na perspectiva da psicanálise freudo-lacanianana, o delírio é uma obra em andamento.

Uma breve interlocução teórico-clínica

Este caso foi escolhido por trazer à baila as especificidades de um trabalho em Saúde Mental em que atuam profissionais de condutas distintas. Percebemos que as divergências entre psicanálise e psiquiatria causam alguns impasses, ocasionados, em primeiro lugar, pela divergência teórica e, segundo, pela especificidade da proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, que propõe à intervenção conjunta de diversos saberes em um mesmo campo de atuação.

Antes de entrarmos nas considerações teórico-clínicas, iremos, nos três próximos parágrafos, tecer breves comentários acerca da reforma psiquiátrica brasileira. As propostas de tratamento da loucura no Brasil, inicialmente, emergem de um posicionamento político de profissionais que, nos anos 1970, iniciam um movimento de denúncia às condições de maus tratos a que eram submetidos os loucos nos manicômios brasileiros.

Dessa mobilização, surgem posturas distintas de propostas de tratamento da loucura. Destacamos os autores que partem do posicionamento que tem como marco principal a obra de Franco Basaglia, em sua compreensão da loucura, a partir da divisão social e do rompimento entre razão/desrazão. Esses autores desconsideram as argumentações clínicas, vinculadas ao campo *psi*, que se pretendem detentoras de um saber sobre o louco. De outro lado, há autores que consideram a abordagem, feita simplesmente pelo âmbito social, seja insuficiente por desconsiderar a subjetividade do sujeito, o que não possibilita construir saídas singulares e, assim, acaba por também estabelecer um saber sobre a loucura.

Podemos dizer então, que os CAPS foram instituídos a partir de um movimento político que originou perspectivas teóricas distintas de tratamento. Uma delas pressupõe o tratamento da loucura perpassado pela restituição da cidadania. A outra vertente argumenta que não podemos desconsiderar a especificidade da psicose, negando a diferença fundamental destes sujeitos. Compartilhamos das ideias propostas por autores como Figueiredo (2002), Lobosque (1997, 2001), Kyrillos Neto (2010), Quinet (2010), entre outros. Estes autores consideram que uma clínica efetiva da psicose deve possibilitar ao sujeito sustentar sua diferença no meio social. Assim, a clínica deve se viabilizar a partir da diferença dos sujeitos e não pela negação desta diferença.

Freud, em *Psicanálise e Psiquiatria* (1917/2006), afirma que a psiquiatria não emprega os métodos técnicos da psicanálise. Ele faz menção a um caso clínico e diz que a psiquiatria toca superficialmente o conteúdo do delírio, dando-nos “uma etiologia geral e remota, ao invés de indicar as causas mais especiais e próximas.” (p.261).

Para Freud, não existiria uma oposição entre psiquiatria e psicanálise, mas uma seria complementar à outra, devendo haver uma continuação entre estes saberes. Para ele, “o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras.” Ele relaciona psicanálise e psiquiatria da forma “como a histologia se relaciona à anatomia: uma estuda formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células.” (Freud, 1917/2006, p.262).

Quinet (2010), dando sequência a essa elaboração de Freud, afirma que a psicanálise apreende as estruturas, enquanto a psiquiatria se propõe ao estudo dos fenômenos, não havendo, portanto, uma oposição entre elas. Para Quinet, o psiquiatra, partindo de orientações psicanalíticas, tem outra atitude diante do sintoma apresentado pelo paciente e pode evitar:

O furor sanandi de exigir a qualquer custo a suspensão do sintoma. Pois lá onde há sintoma, está o sujeito. Não atacar o sintoma, mas abordá-lo como uma manifestação subjetiva, significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado, fazendo aí emergir um sujeito. (...) Tratar do sintoma não

significa necessariamente barrar ao sujeito o acesso ao real que o sintoma denota e dissimula. (Quinet, 2010, p.13)

No fragmento apresentado, constatamos a presença contínua da atividade delirante. Podemos notar que o sujeito nos fornece as diretrizes ao seu próprio tratamento. É através de sua fala, de seus sintomas e de sua singularidade que emerge um saber próprio que conduzirá a saídas possíveis para o sofrimento que o atinge.

Com relação à medicalização, podemos refletir sobre as conduções distanciadas entre psicanalistas e psiquiatras que acompanhavam os casos por vias distintas. No caso apresentado, observamos que as condutas médicas não são suficientes, mas o que viabiliza o trabalho de delírio é a oferta de fala ao sujeito.

Ao pensarmos em uma direção clínica para o tratamento de sujeitos psicóticos, podemos dizer que ela deva visar à historização dos fenômenos, possibilitando que o sujeito identifique, em seus fenômenos, as palavras vindas do Outro. Assim, as construções delirantes surgem como uma possibilidade de circunscrever o gozo do sujeito, como indica Maleval (1998). Para ele, a estabilização pode se passar pela via da construção do delírio. Esse autor se ampara nas elaborações de Freud em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1912) e no texto *Sobre o narcisismo* (1914). Nestas obras, Freud defende a tese radical de que o delírio é uma tentativa de cura e não o início da doença. Assim, buscando refletir sobre a especificidade do trabalho psicanalítico no campo da Saúde Mental, adentramos no estudo das psicoses e das construções delirantes baseados nas teorizações freudianas e lacanianas. Estaremos diante de vários aspectos que se entrelaçam, entre eles, a teoria e a prática psicanalíticas, a inserção desta prática no campo da saúde mental e a função do psicanalista na instituição.

Breves considerações sobre delírio na perspectiva lacianiana

Lacan, ao abordar as psicoses a partir da linguagem, percebe o modo específico pelo qual estes sujeitos se manifestam e conclui não se tratar de um déficit ou doença, provocando uma revolução no pensamento científico vigente.

Em *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1957-1958/1992), Lacan trata o que considera fundamental em seu estudo referente às psicoses. Preocupando-se em resgatar o pensamento clínico de Freud, Lacan contrapõe-se ao discurso cientificista e explicita o equívoco teórico referente ao entendimento dos termos *perceptum* e *percipiens*. Esse equívoco é tentar buscar uma realidade sem uma mediação subjetiva. Lacan demonstra que ambos são estruturados para a linguagem.

Para Quinet (2003), o pensamento lacianiano de que a percepção e o objeto percebido são estruturados pela linguagem; deve-se ao atravessamento da língua, que torna o *percipiens* uma instância dividida devido ao recalque originário que instaura o inconsciente. Já o *perceptum* refere-se a um equívoco ocasionado pela estruturação simbólica que o deixa à disposição da equivocidade do significante.

Chamamos a atenção para questão do fenômeno alucinatorio, tido por muitos teóricos como um déficit perceptivo em relação a uma realidade que se impõe a todos

sem uma mediação subjetiva. Lacan explicita os equívocos dessa teorização tomando como ponto de partida a constituição do sujeito, a partir da linguagem e da não existência de uma realidade prévia ao trabalho do significante.

Constatamos que o ponto chave da argumentação lacaniana, relacionado à percepção, refere-se à afirmação de que a percepção existe a partir de uma marca significante. Tal marca possibilitará ao sujeito compartilhar esta percepção com o Outro, permitindo, assim, o estabelecimento de laço com este Outro.

O Nome-do-Pai, teorizado por Lacan, reporta exatamente a essa marca significante que fará com que o sujeito compareça como sujeito faltoso⁵. Isso lhe permite entrar num discurso, fazer demandas e sustentar um desejo, tratando-se da estruturação psíquica do sujeito neurótico.

Porém, alguns sujeitos recusam-se a esta marcação significante, arrumando sua relação com a realidade e com o Outro de um jeito diferente. Sem a marca significante do Nome-do-Pai, tem-se uma falha que Lacan localiza a partir da linguagem, passando a operar a forclusão no Nome-do-Pai. O fenômeno alucinatório mostra uma das marcas dessa falha simbólica na mediação do sujeito psicótico com o Outro, o que não deve ser entendido como um déficit perceptivo em relação à realidade, conforme afirmam as argumentações organicistas. Lacan irá pensar suas elaborações sobre a psicose por este caminho.

Temos então que na neurose o significante estabelece a marca de uma ausência que demanda Outro significante para dar uma significação ao desejo e estabelecer as condições de um laço social. Enquanto na psicose, o significante, deixando de estabelecer esta marca, passa a ser uma presença fragmentada do Outro, surge daí a alucinação e, com ela, a existência de um Outro que fala ao sujeito, que lhe comanda e lhe impõe a cadeia significante em uma dimensão de voz (Lacan, 1958/1998).

Ressaltamos a importância da teorização lacaniana no estudo das psicoses. Lacan diferencia-se fundamentalmente dos demais teóricos de sua época por estabelecer uma clara subversão à lógica psiquiátrica vigente. Essa lógica pretendia transformar o sujeito psicótico num paciente sem trabalho subjetivo, relacionando-o à doença ou à deficiência.

Lacan (1955-1956/1988) propõe um estudo da estrutura da linguagem e seus distúrbios na psicose afirmando que a linguagem não se reduz ao que Clérambault denominou fenômenos elementares. Estes eram considerados simples fenômenos mecânicos, como, por exemplo, o automatismo mental, que comandam o pensamento do psicótico, tornando-o repetido e contraditório. Para Lacan, é preciso atentar para a estrutura interna da linguagem a partir de seu estudo pormenorizado. Ele percebe a distinção entre a linguagem na neurose e na psicose dizendo que “se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído” (1955-1956/1988, p.284) por ela, reconhecendo na loucura:

⁵ O conceito Nome-do-Pai foi criado em 1953 por Lacan para designar o significante da função paterna, cuja presença ou ausência, na constituição do sujeito, desvela sua estrutura clínica sendo determinante na forma com que o sujeito organiza os significantes para articulá-los em um discurso. A presença desse significante estabelece os fenômenos neuróticos. A sua ausência, conceituada por Lacan como forclusão, em 1956, é determinante da estrutura e dos fenômenos psicóticos, dos quais o delírio é um deles.

A liberdade negativa de uma fala que renunciou a se fazer reconhecer, ou seja, aquilo que chamamos obstáculo à transferência, e, de outro lado, a formação singular de um delírio que – fabulatório, fantástico ou cosmológico; interpretativo, reivindicatório ou idealista – objetiva o sujeito em uma linguagem sem dialética. (Lacan, 1953/1998, p.281)

Então, podemos afirmar que, ao entendermos que o sujeito psicótico situa-se fora da lógica fálica, a qual advém da constituição da metáfora paterna, como consequência, seu discurso fica sem rumo diante dos significantes que correm fora da cadeia. As palavras constituem uma verdade absoluta para o psicótico que permanece perplexo diante dos significantes soltos. A construção da metáfora delirante ocorre exatamente como uma das possibilidades de apaziguamento do sujeito frente à invasão dos significantes.

Pensando nessas particularidades específicas do sujeito psicótico com a linguagem, Lacan esclarece os fenômenos de código e os fenômenos de mensagem. Os fenômenos de código são constituídos pelas alucinações que instruem o sujeito sobre novas formas, neologismos ou neocódigos e que lhe servem como “língua fundamental.” (1958/1998, p.543) É o que Schreber descreve ser sua autêntica e primordial forma ou os “verdadeiros sentimentos das almas.” (Lacan, 1958/1998, p.544).

Os neologismos⁶ são um dos transtornos de linguagem mais estudados. Lacan, no *seminário 3* (1955-1956/1988), diz que, no nível do significante, o delírio se distingue, em seu caráter material, por sua forma particular de discordância com a linguagem comum denominada de neologismo, não se tratando, portanto, de mera criação de uma palavra nova.

Com relação a isso, Maleval (2002) argumenta existir uma discordância entre a concepção usual e a conceituação clínica de neologismo. Ele esclarece-nos que, para se indicar a foraclusão do Nome-do-Pai, é preciso mais do que encontrar uma nova formação da palavra na fala de um sujeito. Por fim, conclui que, para circunscrever o neologismo propriamente psicótico, temos um problema clínico que não pode ser reduzido à simples análise formal.

Com relação aos fenômenos de mensagem, podemos encontrar o exemplo de falas interrompidas. A frase se interrompe onde termina o grupo de palavras chamadas termos-índice, ou seja, aqueles em que a função no significante é designada por termos que no código indicarão a posição do sujeito, a partir da própria mensagem.

Enquanto na neurose o sentido da mensagem vem sempre em resposta ao Outro, constituindo-se em uma fala dirigida ao Outro, na psicose ocorre a não existência deste Outro em que a mensagem possa retornar como significação. Daí, percebemos que a relação do psicótico com a linguagem aponta para a foraclusão como um acidente no campo simbólico. A palavra e a coisa se confundem, as palavras tornam-se coisas, que invadem o corpo do sujeito. (Lacan, 1958/1998)

Para Lacan, o caso Schreber representa o ponto de partida para a fenomenologia das psicoses por fornecer as bases para o estudo das estruturas. Ele parte da relação

⁶ Neologismo: Palavra ou expressão nova numa língua, formada a partir de uma palavra conhecida, a qual se confere outro sentido; significado novo que uma palavra ou expressão de uma língua pode assumir.

existente entre o sujeito e o significante, abordando o aspecto fenomenológico para concluir que o sintoma psicótico se articula claramente à própria estrutura. Lacan (1958/1998), então, esclarece que o sintoma psicótico *denuncia* a psicose, diferentemente da neurose, em que o sintoma representa um mero indício da estrutura.

É importante ressaltarmos a afirmativa de Maleval de que não se pode falar em psicose somente a partir da linguagem, pois não são os transtornos das atitudes linguísticas que causam a psicose. Ao contrário, é a psicose que gera tais transtornos de linguagem. Para Maleval (2002), não há dúvidas de que seja a partir dos transtornos de linguagem que se percebe o que escapa nas colocações, ou seja, o sujeito do inconsciente.

A função terapêutica do delírio

Se atentarmos para a proposta de estabilização da psicose pela via do delírio, podemos encontrar a precisa definição de Maleval para esse fenômeno:

O delírio constitui uma metáfora que supre a função paterna foracluída, de tal forma que, em suas formas mais elaboradas (paranoicas e parafrênicas), consegue enquadrar o gozo do sujeito, levando, por fim, a uma composição com base em significantes ideais que estabilizam a realidade. Às vezes, o resultado favorável de um tratamento com psicótico pode ser a construção de um delírio. (Maleval, 2002,p.413)

A busca pelo entendimento do processo delirante, a partir de seu surgimento, construção e função para o sujeito, propostos pela psicanálise, provoca uma ruptura entre as abordagens psiquiátricas e psicanalíticas.

Colina (2010), ao abordar a questão da psicose, refere-se ao sentido dado ao sintoma, que pode ser entendido como resíduo ou função inferior liberada como efeito da doença pela psiquiatria, ou pode ser considerado um esforço complementar do sujeito para trabalhar com aquilo que lhe invade, pela psicanálise. Ou seja, o sintoma pode representar uma possibilidade de restituir uma estabilização ao sujeito. Nessa acepção, o sintoma é concebido como uma defesa por oferecer a possibilidade de reconstrução frente à destruição imposta ao sujeito. Pode-se considerar que o sintoma é ao mesmo tempo doloroso e algo que se quer evitar, mas também algo que não se pode renunciar. O delírio é um bom exemplo de destruição e reconstrução que obedece a uma lógica.

Se tomarmos a questão da linguagem nas psicoses pela perspectiva da psiquiatria, ela será entendida como um instrumento e situada a partir do seu uso cognitivo e comunicativo. Já a abordagem psicanalítica enfatiza a linguagem como um meio, afirmando que a palavra nos precede em um mundo falado que nos recebe, ou seja, a linguagem do mundo nos antecipa e determina o que dizemos (Lacan, 1958/1998).

Maleval (1998) considera que o delírio constitui uma defesa complexa cuja forma mais elaborada alcança um notável apaziguamento da angústia do sujeito. Além disso, o mesmo busca uma construção possível, a partir da falta do significante, que “permita-lhe tornar suportável a incompletude do Outro.” (Maleval, 1998, p.83).

É importante acrescentar que não estamos diante de restos defeituosos do pensamento, ou diante de pedaços soltos de uma função alterada e destruída. Ao contrário disso, o delírio é o resultado de um esforço criativo do psicótico que podemos chamar de trabalho delirante.

Freud (1911/2006) percebe a sutileza da função que o delírio exerce para o sujeito da psicose ao descobrir que as construções delirantes, entendidas como patológicas são, na verdade, tentativas de restabelecimento, além de constituírem “um processo de reconstrução” (p. 78).

Em *Neurose e Psicose* (1924/2006), Freud faz referência à gênese do delírio ao dizer que este surge no lugar em que originalmente “uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo.” (p.169) O delírio constitui-se, então, de uma espécie de remendo. Retomando o texto de 1911, Freud (1924/2006) diz ainda que, se não percebemos o conflito no quadro clínico da psicose, é porque as manifestações do processo patogênico são amiúde “recobertas por manifestações de uma tentativa de cura ou uma reconstrução” (p.169).

Lacan, no seminário *As Psicoses* (1956/1988), parte do pressuposto da existência de um significado para o delírio, apesar do sujeito não saber dizer sobre esta significação. Para ele, o fundamental no tratamento da psicose é que a entendamos como um “fenômeno incompreensível” (p.31), pois, o que é aparentemente incompreensível possui uma significação.

Portanto, se dizemos que entendemos a fala delirante como algo incompreensível e, por isso, patológico, estamos, na verdade, deixando de considerar que existe saber e fundamento nessa fala. Ou seja, deixamos de considerar que ela se constitui no que Freud já havia chamado tentativa espontânea de cura.

Com essas explicações, concluímos que a linguagem é muito mais do que um instrumento do homem, mas o motor do ser falante. Para Maleval (1998), “o desenvolvimento do delírio confirma que o gozo está preso à linguagem e que o sujeito dispõe da possibilidade de tratá-lo por meio de um trabalho sobre o significante.” (p. 259).

Soler (2007) ressalta que, em *Uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*, a metáfora é entendida por Lacan como um princípio de estabilização e “permite ‘fixar’, reter a significação” (p. 196). Partindo dessa ideia de metáfora como um princípio de estabilização, Soler identifica a metáfora delirante como uma metáfora de suplência ou de compensação. O trabalho do delírio surge como uma tentativa de mobilizar novas significações para a construção de uma nova realidade, tratando-se de um esforço de localização do gozo.

Diante da forclusão do Nome-do-Pai, não existe a possibilidade de o sujeito elaborar uma metáfora paterna que, por sua vez, tem a função de impedir a emergência do Outro que encarne o gozo desatado. Entendemos, portanto, que a forclusão do Nome-do-Pai incide diretamente sobre a regulação do gozo, provocando, na psicose, a presença de um gozo excessivo e sem mediação. A construção de uma metáfora delirante consiste então, em um mecanismo decisivo de busca de estabilização para o gozo deslocalizado.

Sabemos que nem todo delírio chega a se organizar em torno de uma metáfora delirante, mas podemos dizer, com Lacan, que

o delírio é mais bem sucedido quanto mais ele se organiza, quanto mais adquire uma forma sistematizada: Em relação à cadeia do delírio, se assim se pode dizer, o sujeito nos parece ao mesmo tempo agente e paciente. O delírio é tanto mais sofrido por ele quanto mais ele não o organiza. (Lacan, 1955-1956/1988, p.247).

Maleval (2002) apresenta a evolução do delírio em quatro fases distintas que se atravessam, correlacionando-as à elaboração delirante de Schreber. Ele ainda ressalta a importância de entendermos que “se trata da evolução da relação do sujeito com o gozo.” (p.280).

No primeiro período, nomeado P0, ocorre uma deslocalização do gozo que se faz acompanhada por intensa angústia. Nesse período, a ordem do mundo está perturbada, abrindo-se no campo do simbólico uma falha central que ocasiona angústia e ansiedade. Corresponde ao que Freud chama de ruptura primordial entre o eu e a realidade. (Maleval, 2002)

Trata-se do momento de desencadeamento psicótico, que mostra a carência do significante paterno e produz como consequências a ruptura da cadeia significante e a deslocalização do gozo. Esse período de inquietude é fortemente correlacionado a transtornos hipocondríacos, entendidos como um efeito da deslocalização do gozo sobre o corpo, que coincide ainda com uma angústia extrema.

No segundo momento, há uma tentativa de significação do gozo do Outro (significação de significação). É a fase P1, momento chamado de paranoide, em que o sujeito mobiliza um enorme aparato significante com o objetivo de remediar a falha simbólica inicial. Corresponde, em Freud, à gênese dos delírios, que surge para produzir uma continuidade na relação do eu com o mundo exterior, ao passo que Lacan insere a noção de construção da metáfora delirante para designar um processo de substituição no campo da linguagem, a partir de significantes que tomam lugar onde se tem a forclusão do Nome-do-Pai. Nesse período, emerge o chamamento a um princípio paterno, que pode ser encarnado nas figuras de poder, da lei e divindades, que são as formas mais comuns.

No terceiro momento, chamado fase P2, ocorre uma identificação ao gozo do Outro, considerada a etapa paranóica. Maleval (1998) afirma que poucos psicóticos chegam a este período, no qual o delírio se sutura e se organiza em torno de uma significação fixa e de certezas irremovíveis. O paranóico se caracteriza por identificar, no campo do Outro, o gozo desenfreado que perturba a ordem do mundo.

Por último, surge um consentimento e comunhão ao gozo do Outro que leva à estabilização, o enfrentamento termina para os sujeitos que chegam à fase P3. O psicótico consente o gozo do Outro porque acredita que, por essa via, tem acesso a algo especial. Nessa fase, a megalomania adquire seu maior vigor: o sujeito se converte no próprio Deus ou em uma grande personalidade. É o momento em que o parafrênico alcança estabilização e perde credibilidade.

Maleval (1998, 2002) afirma que cada período se revela de maneira extremamente variável, sendo que esta sucessão regular constitui-se na forma mais desenvolvida dos delírios, porém, a ausência de fases é o que se observa com mais frequência. Existem psicoses que não chegam sequer a elaborar uma defesa paranóide, sendo raros os paranóicos que alcançam o apaziguamento parafrênico.

Porém, nossa pretensão é abordar especificamente as construções delirantes por percebermos que, na clínica das psicoses, faz-se necessário que o psicanalista perceba e possibilite a fala de sujeitos que optam pela construção do delírio.

Conclusão

Nossa posição, neste estudo, é que clínica e saúde mental sejam indissociáveis na prática dos trabalhadores de saúde mental. Considerar sujeito do direito e sujeito do inconsciente é nosso desafio.

Em sua obra, Quinet (2010) nos apresenta, pautado no ensino de Lacan, o discurso como laço social que compõe o campo do gozo. O autor defende a ideia de que não existe tratamento efetuado fora do campo do discurso e que, dessa forma, todo tratamento se insere num laço social. A relação médico-paciente se estabelece a partir dessas modalidades de laço social.

Ao aceitarmos o desafio freudiano, estamos abrindo uma via para a construção do caso clínico, a partir de um saber sobre a subjetividade de cada paciente. Assim, surge um diagnóstico como conclusão de um processo investigatório: não atacar o sintoma, mas abordá-lo como manifestação subjetiva significa acolhê-lo para que possa ser desdobrado. Daí, surge um sujeito: seja na depressão melancólica, no delírio paranóico ou no despedaçamento do esquizofrênico.

A psicose tem como referência, no campo da linguagem, a forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro e a elisão do falo, a regressão tópica ao estágio do espelho e um desregramento de gozo (por falta do arrimo fálico), que pode ir do gozo da imagem ao gozo transexualista, como no caso de Schereber, ou, como acontece na paranóia, o gozo pode ser identificado no Outro (Quinet, 2010).

No caso apresentando no início deste artigo, podemos notar a importância do trabalho psicanalítico nos serviços substitutivos de saúde mental. A consideração do delírio como obra de um sujeito possibilitou a sua estabilização a partir dos versículos da bíblia.

Na vinheta clínica, podemos notar como o trabalho de escuta e localização subjetiva só foi possível ao não se render aos protocolos institucionais padronizados. Não escrever o prontuário e saber que o uso feito pelos medicamentos era de maneira estritamente subjetiva e não respeitava a prescrição da ordem médica, favoreceu o trabalho transferencial sem incorrer em novos desencadeamentos e, principalmente, sem favorecer impulsos erotomaniacos, que são comuns em casos de sujeitos delirantes. Isso só é possível a partir de uma ética daquele que recebe o caso, mesmo que essa recepção se dê em serviços de saúde mental: o primeiro ponto dessa ética diz respeito a não retroceder frente à psicose; o segundo, tributário do primeiro, considerar o psicótico,

antes de mais nada, um sujeito e seu delírio um trabalho que se constitui uma tentativa de cura e não a causa de sua patologia a ser suprimida.

Como descrito na vinheta, dois fenômenos clínicos chamam a atenção. O primeiro é o fato de o sujeito se dizer tocado diretamente por Deus. Isso nos aponta para a falta de mediação simbólica necessária para a localização do sujeito em um discurso. Isso se demonstra, a partir da fala, que ele sofre com as coisas do mundo. Esses dois fenômenos só puderam aparecer a partir da oferta de uma escuta para os temas delirantes desse sujeito. Se fossem seguidos o automatismo protocolar institucional, a oferta de oficinas, várias delas descoladas da questão subjetiva ora apresentada, faria com que a dimensão do sujeito fosse suprimida do atendimento, restando, como era no início do tratamento, apenas o recurso medicamentoso e a adaptativo à ordem pública. Isso se revelava no afastamento do sujeito em relação às oficinas e seu isolamento para a única atividade que o mobilizava: a leitura da bíblia.

Os temas delirantes que estabilizaram esse sujeito só puderam ser secretariados por conta de que se entendeu uma questão necessária que explica o não engajamento do sujeito nas oficinas: como alguém que tem problemas com as coisas do mundo pode se engajar em um trabalho coletivo? Esse engajamento só pode ser possível caso o sujeito, em sua elaboração delirante, construa um lugar que ele possa ocupar no discurso, o que demonstra a peculiaridade de cada um no laço social e a surpreendente função terapêutica do acolhimento ao delírio. Em outras perspectivas, ou o sujeito seria forçado ao trabalho nas oficinas ou seria encaminhado para uma nova avaliação psiquiátrica com uma demanda de revisão e aumento de medicação.

Acreditamos que a psicanálise, ao trabalhar com o conceito de sujeito e considerar a forclusão do Nome-do-Pai como o mecanismo central das psicoses, oferece subsídios fundamentais para que o acolhimento e a escuta do sujeito psicótico não se restrinja a um trabalho que adapte o usuário às funcionalidades cotidianas e, dessa forma, a inclusão, proposta pela reforma psiquiátrica, possa ser construída a partir das peculiaridades do sujeito delirante.

Referências Bibliográficas

- Colina, F. (2010) *El saber delirante*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Figueiredo, A. C. (2002) *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. Rio de Janeiro: RelumeDumará.
- _____. (2005) *Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial*. Revista Mental. Ano III - nº 5 - Barbacena - novembro, 2005. Recuperado em 26 de agosto de 2013, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v3n5/v3n5a04.pdf>
- Freud, S. (2006) *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementiaparanoides)*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII, pp. 15-89. Rio de Janeiro: Imago (original publicado em 1911).

- _____ (2006). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV. p. 83-119. Rio de Janeiro: Imago (original publicado em 1914).
- _____ (2006) *Conferência XVI Psicanálise e Psiquiatria*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVI, pp. 251-263 Rio de Janeiro: Imago (original publicado em 1917).
- _____ (2006) *Neurose e psicose*. In: Edição standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XIX, pp. 165-171 Rio de Janeiro: Imago (original publicado em 1923-1924).
- Kyrillos Neto, F. (2010) *Ideologia e reforma psiquiátrica: crítica do laço social produzido nos serviços substitutivos de saúde mental*. A peste. São Paulo, v. 2, n. 1, pp. 63-78, Jan./jun.
- Lacan, J. (1988) *O seminário, livro 3. As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (original proferido em 1955-1956).
- _____ (1998) *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (original proferido em 1957-1958).
- _____ (1998) *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (original proferido em 1960).
- _____ (2003) *Apresentação das Memórias de um doente dos nervos*. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor (original proferido em 1966).
- Lobosque, A. M. (1997) *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Editora Hucitec.
- _____ (2001) *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Maleval, J-C. (1998) *Lógica Del delírio*. Traducción de Daniel Alcoba. Espanha: Ediciones Del Serbal.
- _____ (2002) *La forclusion del Nombredel padre*. El concepto y su clínica. Buenos Aires: Paidós.
- Quinet, A. (2003) *Teoria e clínica das psicoses*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____ (2010) *Psicose e laço social – esquizofrenia, paranoia e melancolia*. (2º Ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Soler, C. (2007) *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge ZaharEditor.

Submetido em junho de 2014

Aceito em setembro de 2014