

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PSICOSE E O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A
TEORIA E A PRÁTICA PSICANALÍTICA NO CONTEXTO INSTITUCIONAL

MAYCON RODRIGO DA SILVEIRA TORRES

NITERÓI
2019

MAYCON RODRIGO DA SILVEIRA TORRES

PSICOSE E O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A
TEORIA E A PRÁTICA PSICANALÍTICA NO CONTEXTO INSTITUCIONAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: prof. dr. Paulo Eduardo Viana Vidal

NITERÓI
Setembro de 2019

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG
Gerada com informações fornecidas pelo autor

T693p Torres, Maycon Rodrigo da Silveira
Psicose e o uso de álcool e outras drogas : considerações
sobre a teoria e a prática psicanalítica no contexto
institucional / Maycon Rodrigo da Silveira Torres ; Paulo
Eduardo Viana Vidal, orientador. Niterói, 2019.
156 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2019.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2019.d.11526431777>

1. Psicose. 2. Drogadicção. 3. Saúde Mental. 4. Gozo. 5.
Produção intelectual. I. Vidal, Paulo Eduardo Viana,
orientador. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Psicologia. III. Título.

CDD -

MAYCON RODRIGO DA SILVEIRA TORRES

**PSICOSE E O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE
A TEORIA E A PRÁTICA PSICANALÍTICA NO CONTEXTO INSTITUCIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia do Departamento de Psicologia da
Universidade Federal Fluminense como requisito
para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovada em: 11 de setembro de 2019.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Viana Vidal – UFF
Orientador

Prof.^a Dr.^a Renata Alves de Paula Monteiro – UFF

Prof.^a Dr.^a Claudia Henschel de Lima – UFF

Prof.^a Dr.^a Nuria Malajovich Muñoz - UFRJ

Prof. Dr. Ademir Pacelli Ferreira – UERJ

Dr.^a Júlia Reis da Silva Mendonça – HUAP/UFF
Suplente

NITERÓI
2019

Dedico a todos os usuários e profissionais de
Saúde Mental.

AGRADECIMENTOS

A construção de uma Tese nunca é solitária. Este texto traz em suas linhas as palavras ditas, ouvidas, lidas e escritas entre os outros. Registro minha gratidão a todos os que participaram deste difícil processo. Em primeiro lugar, agradeço às pessoas – pacientes e familiares – que aceitaram minha presença e confiaram em meu trabalho.

Aos meus colegas de trabalho no SAD, em especial Andreia Siqueira, Bruna Benevides, José Luiz Lessa, Luiz Felipe Martins e Malena Storani.

Ao orientador Paulo Vidal, que apostou em meu trabalho e incentivou o desenvolvimento do poder de síntese.

A Luiz Felipe de Oliveira Campos, companheiro de vida, por tantos anos, com quem compartilho as alegrias e amarguras da vida acadêmica.

A toda minha família. Meus pais, Enir e Antônio; meus irmãos, Michel e Karla; minhas sobrinhas, Julliana e Joana; meus cunhados, Verônica e Rodolfo. A minha segunda família, em especial Tereza Cristina, Anna Carolina e Couto.

À memória de Sasha e Penélope e à presença de Zorya.

A todos os alunos, que pelas dúvidas me levam a ser mais rigoroso em meus estudos.

A Simone Ravizzini, pelo acompanhamento.

Aos colegas da rede de Saúde Mental de Niterói, em especial, diretor do HPJ Raldo Bonifácio, Eduardo Rocha, Vanessa Gomes, Waleska Cheibub, Karina Bermudez, Marcela Garcia, Diana Malito, Rayane Cardoso, Ana Paula Bernardo, Julio César Nicodemos.

À companheira de trabalho e de doutorado Paula Coutinho.

Aos colegas da FAMATH, em especial, Mariana Magalhães, Michelle Morelo e Vanessa Gil.

Aos membros da banca, pela leitura atenta.

Aos docentes, discentes e funcionários do PPGPSI/UFF.

*“God rest his head Sunday afternoon
And the wicked in me is surely the wicked in you
We pray to a ghost that we never met
Time turns for a cure, from the scientists for
Madness, madness of the heart
But you knew it, you knew it from the start”*

Vanessa Carlton, “Tall tales for Spring” (2011)

RESUMO

O uso abusivo de álcool e outras drogas é um fenômeno clínico que tem recebido muita atenção à medida que a rede de atenção psicossocial se amplia. No contexto dos dispositivos de tratamento, a internação de usuários de drogas em enfermaria especializada de hospital psiquiátrica levanta a discussão a respeito da função da droga na estrutura clínica da psicose. O objetivo desta tese é identificar e articular as especificidades do recurso às drogas na estrutura psíquica psicótica, em especial diante da falha deste recurso, pois a droga pode servir como tentativa de proteção contra a produção psicótica ou o uso abusivo fazer parte da própria desorganização da desamarração das instâncias psíquicas. Orientada pela teoria psicanalítica freudo-lacanianiana, recorre-se à escrita de casos clínicos a partir do laço transferencial com o clínico-pesquisador e à documentação de informações em prontuários institucionais. A droga apresenta em um nível função significante de nomeação, que pode permitir certa estabilização frágil e temporária, e em outro, incidência no real do corpo como tentativa de organização pulsional. Há ainda o risco do uso de drogas ser índice da crise psicótica e seu excessivo coincidir com o demasiado do gozo. A nomeação de instituição especializada viabiliza o tratamento das psicoses aparentemente não desencadeadas, mas, ao mesmo tempo, pode reforçar a redução da estrutura psicótica ao fenômeno da toxicomania, alimentada pela lógica da psiquiatria contemporânea pautada em hipóteses organicistas da causalidade dos sintomas psicóticos e organização estatística dos diagnósticos dos transtornos mentais.

Palavras-chave: Psicose. Toxicomania. Saúde Mental. Gozo. Drogas.

ABSTRACT

Abusive consumption of alcohol and other drugs is a clinical phenomenon that has received attention as the psychosocial care network expands. Drug users' hospitalization in specialized ward of psychiatric hospital discuss the role of drug using in psychosis as a clinical structure. This Thesis aims to identify and articulate the specificities of drug intake by subject psychically structured as psychotic, especially considering failure of this resource, for drug can serve as an attempt of protection against psychotic production. Besides, its abusive use can be part of psychic disorganization itself. Based on the Freudo-Lacanian psychoanalysis, it is used as research method clinical cases based on institutional records and considering transference bonding to clinician-researcher. Conceptualization of drug can be understood as a signifier that functions as nomination, which may allow a fragile and temporary stabilization. Besides, it can be approached by its incidence into Real of the body as an attempt of instinctual organization. There is still a risk of drug usage representing index of psychotic crisis and its excessive intake may coincides with the exaggerated of enjoyment (jouissance). Designation of a specialized institution can help these apparently non-unleashed psychotic subjects to engage in treatment, but, at the same time, it can reinforce the reduction of psychotic structure to the drug addiction phenomenon, encouraged by contemporary psychiatry's logics ruled by organical hypothesis of mental disorders'etiology and its statistical diagnostics organization.

Keywords: Psychosis. Drugaddiction. Mental Health. Jouissance. Drugs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I – CLÍNICA, PESQUISA E TEORIA EM PSICANÁLISE: A CONSTRUÇÃO DO CAMPO E DO MÉTODO.....	18
1.1 Hospital Psiquiátrico de Jurujuba como campo de pesquisa.....	18
1.2 A função dos prontuários na instituição e a estratégia metodológica.....	25
CAPÍTULO II – A DROGA COMO PONTO DE CERTEZA NO CAMPO DA PSICOPATOLOGIA.....	34
2.1 A psicopatologia e os manuais diagnósticos.....	34
2.2 Comorbidade como efeito da multiplicação diagnóstica.....	43
2.3 Comorbidade na clínica AD.....	46
2.4 A comorbidade em casos acompanhados no SAD.....	50
2.5 Diagnóstico em Psicanálise.....	54
2.6 Diagnóstico estrutural para Psicanálise.....	62
CAPÍTULO III – O RECURSO ÀS DROGAS NA CLÍNICA DAS PSICOSES.....	68
3.1 Psicanálise e toxicomania.....	68
3.2 Considerações de Freud e Lacan sobre as psicoses.....	77
3.3 Psicose ordinária e as toxicomanias.....	85
CAPÍTULO IV – CASOS CLÍNICOS.....	89
4.1 A construção simbólica e a metáfora frente a falha do recurso à droga: o Caso B.....	89
4.2 A falha da identificação imaginária e a tentativa de organização do corpo: o caso T.	105
4.3 A droga como apaziguamento pulsional: o caso M.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS.....	139
ANEXO I – Fórmulas da teoria lacaniana dos discursos.....	155
ANEXO II – Aprovação pelo Comitê de Ética.....	156

INTRODUÇÃO

A ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como modo de implementação de políticas públicas orientadas pelos ideais da Reforma Psiquiátrica traz à discussão as experiências clínicas e políticas do acompanhamento às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas com problemas ou prejuízos associados. Se durante muitas décadas foi dado enfoque à desinstitucionalização da loucura dos grandes hospitais psiquiátricos através da criação de dispositivos de atenção territorializados, as pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas foram relegadas às práticas cívicas como os grupos Anônimos ou religiosas com modelo de internação em Comunidades Terapêuticas. As novas modalidades em atenção psicossocial como Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) e as Unidades de Acolhimento (UA) se expandem em paralelo – e, de certo modo, paradoxalmente – com o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, incluídas na RAPS¹.

Constata-se, com esta ampliação, mais especificamente o que diz respeito aos CAPS, dificuldades no modo de acolhimento de certos usuários. Ainda que os CAPS tenham sido criados em uma perspectiva de atenção em saúde mental que não reproduzisse a lógica de especialismo da psiquiatria clássica, necessitando de articulação com a Atenção Básica em Saúde, a criação de um serviço nomeadamente orientado para acolher usuários de drogas reforça a lógica de especialismos: surge um fluxo de encaminhamento dos casos de pessoas em envolvimento com o uso de drogas para os CAPSad. A loucura, quando intoxicada, passa a ser de responsabilidade do serviço especializado.

A partir destas considerações, a presente Tese visa discutir esta questão de um lugar ainda mais particular, dentro de um hospital psiquiátrico. A internação como modelo de tratamento intensivo se sustenta pela ideia da necessidade de preservar o paciente dos fatores sociais agravantes de seu sofrimento e, ao mesmo tempo, proteger a sociedade da desorganização do indivíduo. Esta ideia é muito presente no imaginário social e encontra respaldo teórico de determinadas disciplinas na área da saúde, principalmente para a medicina, ainda que não exclusivo. Neste contexto, haveria um apelo pelo saber especializado associado à psiquiatria e ainda mais específico da clínica com usuário de álcool e outras drogas ou a chamada dependência química. A pesquisa propõe ter como campo o acompanhamento terapêutico em uma enfermaria de internação para usuários de álcool e

1 Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

outras drogas: Serviço de Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SAD) do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ), no município de Niterói-RJ. O pesquisador está implicado na instituição também como psicólogo – orientado pela psicanálise – responsável pelo atendimento psicoterapêutico dos pacientes transferidos para o setor. Em breve descrição, a enfermaria é composta por 12 leitos destinados para a internação de homens e mulheres adultos. A admissão dos pacientes acontece por avaliação e observação prévia pela equipe do Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI) que atua como emergência psiquiátrica do município. Desta forma, a recepção dos pacientes é de responsabilidade de outra equipe com quem propomos discutir cada situação. A internação no SAD – que historicamente tinha uma perspectiva clínica-médica de desintoxicação – orienta-se para o acolhimento em atenção psicossocial. Visa-se internações breves e em articulação com os serviços territorializados, em especial CAPSad, CAPS II e Ambulatórios de Saúde Mental.

A presente tese é a continuação de uma pesquisa prévia defendida em dissertação de mestrado que teve como objetivo discutir aspectos clínicos-políticos das práticas em internação de usuários de drogas a partir do que fora chamado “fenômenos disruptivos”, sendo manifestações da experiência subjetiva através de atuações como rompantes de agressividade ou tentativa de evasão da instituição. A pesquisa se sustentou na aposta clínica de entender estas manifestações como endereçamentos ao Outro suportado pela instituição, sendo passíveis assim de elaboração. Abordou-se então a demanda endereçada a este modelo de tratamento, seus efeitos e riscos de institucionalização. Foi dedicado ainda um capítulo para a elaboração de uma prática de grupo coordenada pelo Programa de Redução de Danos do município. Partimos então para outras questões que compõe o nosso campo: em um hospital psiquiátrico com diferentes enfermarias, o que orienta a indicação de internação de pacientes em sofrimento psicótico em uma enfermaria para usuários de álcool e drogas?

Por muitas décadas, os problemas associados às drogas – principalmente as entendidas como ilícitas – eram respondidas pelo Estado no campo da Segurança Pública, incluindo a Justiça. Com a maior abertura possibilitada pelos avanços da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, a Saúde aumentou sua responsabilidade nesta questão. Com isto, observa-se um aumento da demanda de tratamento para os usuários. Nesta medida, aumenta também a demanda de tratamento para pessoas em sofrimento psicótico que fazem uso de álcool ou outras drogas. As discussões de caso entre diferentes profissionais na instituição introduzem uma nova ideia: a possibilidade de “tratar a loucura” e “tratar as drogas”, como duas práticas

diferentes que exigem duas enfermarias diferentes. As produções psicóticas quando associadas ao uso de drogas deixam de ser, para a psiquiatria, sintomas “verdadeiros” e passam a ser exclusivamente efeito da intoxicação. Na prática cotidiana na instituição, encontramos problema de encaminhamento dos pacientes que demandam ou necessitam de internação, em especial nos casos de pacientes com sintomas psicóticos e que apresentam uso prejudicial de drogas. O problema-hipótese da Tese compreende a percepção da experiência clínica de que na estrutura psicótica, quando o recurso à droga falha, o enquadre institucional especializado pode tornar-se elemento prejudicial em construções possíveis do sujeito frente aos efeitos do gozo devastador na psicose.

A redução da droga à substância química seria, na lógica da psiquiatria científica, correlata à causalidade do funcionamento psíquico com o orgânico do cérebro. O tempo se torna necessário: para diagnosticar a “psicose verdadeira” é preciso certo tempo de abstinência da droga – ilícita, pois a droga psiquiátrica continua a ser administrada. Quando não pautada por certo saber psiquiátrico e despida de algum pudor, surge também a ideia de que uma pessoa que faz uso de drogas pode contaminar os demais, conforme afirmou psicóloga de um CAPS: “*não posso misturar meus pacientes psicóticos com este tipo de gente [que faz uso de drogas]*”. Esta fala se torna elemento analisador do conjunto de práticas e saberes que constituem à clínica em saúde mental, sendo possível elaborar uma outra questão: quais as consequências para o sujeito psicótico acolhido em instituição especializada?

O objetivo principal desta tese visa identificar e articular as especificidades do recurso às drogas na estrutura psíquica psicótica, em especial frente a falha deste recurso. Sendo uma enfermaria voltada para o acompanhamento da crise psíquica associada ao uso abusivo de drogas, propõe-se avaliar em que medida a droga pode servir como tentativa de proteção do sujeito contra a produção psicótica² ou o uso abusivo fazer parte da própria desorganização da desamarração das instâncias psíquicas.

A abordagem metodológica ao problema de pesquisa toma por base as práticas de cuidado aos pacientes internados no setor. A escuta clínica, a construção do Projeto Terapêutico Singular, as intervenções e suas consequências atravessam e são atravessadas pelas práticas institucionais, seja entre equipes, seja entre os próprios membros da equipe multiprofissional. Aposta-se no método da construção de caso clínico através da escrita

² Por produção psicótica, referimo-nos às alucinações e ideias delirantes, excetuando delírios sistematizados.

baseada nos registros dos prontuários. O referencial teórico da psicanálise de orientação freudo-laciana permite pensar o caso clínico como depuração de um saber produzido no encontro entre analista e analisando pela dimensão singular do caso, o modo particular do sujeito em lidar com o Real enquanto impossível. A singularidade é o que resiste e fura o instituído das práticas e saberes.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o registro CAAE 63077416.0.0000.5243. O recurso ao prontuário é ainda um modo de diálogo com as exigências do Comitê de Ética de Pesquisa com seres humanos. Os casos escolhidos foram aqueles acompanhados pelo psicólogo-clínico-pesquisador tendo como critério de inclusão o diagnóstico psiquiátrico dos transtornos mentais com produção psicótica. Mais especificamente, os casos trabalhados têm passagens tanto em enfermaria especializada quanto em enfermaria de agudo. Para isto, baseia-se no trabalho de pesquisa e leitura dos prontuários, entendendo os prontuários não apenas como fonte de dado mas próprio dispositivo analisador. Sendo um documento único na instituição, é escrito por profissionais de diferentes setores. Um dos aspectos analisadores é a obrigatoriedade de indicação de hipótese diagnóstica nos atendimentos pontuais em emergência: os diagnósticos de uso de drogas indicam sempre uma certeza (de F10 a F19³) que interroga os demais diagnósticos (F20?, F32?).

O trabalho multiprofissional na instituição aproxima técnicos de diferentes categorias. O tensionamento entre os profissionais exige diálogo de diferentes abordagens teóricas. Por este motivo, a presente tese visa discutir os elementos identificados na prática clínica com outras disciplinas, em especial a psiquiatria. A psiquiatria contemporânea estabelece o diagnóstico como nomenclatura através do agrupamento dos sintomas organizados pelo tratamento estatístico, de tal forma que o diagnóstico psiquiátrico deve atingir certa neutralidade que independa do clínico. A psicanálise, por sua vez, propõe o diagnóstico construção indissociável da própria direção de tratamento. O diagnóstico então só pode ser estabelecido levando em consideração o endereçamento do sujeito ao Outro, incluindo aí o clínico.

A toxicomania não é, segundo a teoria psicanalítica, um diagnóstico nesta concepção estrutural, mas um fenômeno clínico a ser articulado com a estrutura. Entendemos ser fundamental levantar esta discussão uma vez que a psiquiatria é fortemente influenciada pelos

3 Código diagnóstico proposto pela Classificação Internacional de Doenças – CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS).

avanços das neurociências. Para a psiquiatria e a psicopatologia contemporâneas, as substâncias psicoativas produzem alterações no funcionamento fisiológico do Sistema Nervoso Central e, por conseguinte, nas funções psíquicas, o que dificulta a compreensão das articulações de fatos clínicos, o estabelecimento de diagnóstico e a direção de tratamento. Nesta medida, através da universalização do funcionamento cerebral, a dependência química ou transtornos associados ao uso de drogas podem ser reconhecidos como um diagnóstico em si. Ou ainda, o próprio cérebro se torna uma entidade que atua no mundo independente do sujeito. Esta independência, por sua vez, precisa ser contida e controlada por remédios ou técnicas de aprendizagem. Além disto, o fato de haver um agente químico real que altere o funcionamento cerebral impossibilita o estabelecimento de outros diagnósticos.

Uma consequência observável nas práticas em saúde mental é a imprecisão de determinar outros diagnósticos além do uso prejudicial de drogas, especialmente nos casos de ausência de longos períodos de abstinência – o que configura a maioria dos casos. A droga enquanto substância química localizável na realidade atua como ponto de ancoragem para o saber psiquiátrico frente ao indeterminado da causalidade das alterações psicopatológicas. Se nos primórdios da Psicopatologia o reconhecimento de uma alucinação ou ideia delirante dependia do olhar do clínico e de todo o arcabouço teórico que moldava seu olhar, com as atuais concepções sobre as drogas, tais produções subjetivas tornam-se efeitos indesejáveis do consumo destes tóxicos. Frente a isto, basta apelar para a desintoxicação e a demanda de abstinência por alguns meses para conclusão da construção diagnóstica.

No primeiro capítulo, apresenta-se o Setor de Atendimento a Usuários de Álcool e Drogas do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba como campo de pesquisa. O hospital atua como dispositivo de cuidado intensivo em regime de internação para pessoas em crise psiquiátrica, com enfermaria destinada aos usuários com uso problemático de drogas. No contexto da Reforma Psiquiátrica, é mais um dos recursos da Rede de Atenção Psicossocial, orientada por práticas territoriais, de clínica ampliada e Redução de Danos. Discute-se o método da pesquisa pela orientação psicanalítica freudo-laciana ao tomar o caso clínico como norteador da discussão teórica. A psicanálise consiste em um método de tratamento correlato à investigação, seja do lado do sujeito que elabora o saber sobre seu sofrimento, seja do lado do analista que testemunha-o e endereça à ciência. Tensiona-se, assim, o universal científico e o particular do caso. Os prontuários são ferramentas clínico-institucionais fundamentais para a construção dos casos por serem registros do histórico de tratamento dos usuários, além de

serem efeito dos diferentes discursos que sustentam a instituição e modo de registro de uma versão da história de vida do sujeito.

As práticas clínicas em Saúde Mental são construídas sustentadas em diferentes discursos, em especial da Psiquiatria, da Psicopatologia e da Psicanálise. No segundo capítulo, são construídos argumentos sobre a relação entre estes discursos, expondo a dificuldade metodológica de compreensão da causalidade dos fenômenos psicopatológicos. As contribuições da Psicanálise à Psicopatologia a partir da teorização de uma prática fundada na escuta e na palavra, ou seja, na linguagem, são questionadas pela Psiquiatria que visa através de manuais estatísticos estabelecer diagnósticos objetivos nomeiem transtornos mentais como entidades autônomas existentes na realidade. Nesta concepção, o uso abusivo de drogas se constitui como um transtorno restrito à substância psicoativa, podendo ser comórbido a outros transtornos mentais ou até mesmo produzi-los através da alteração cerebral. A droga se apresentaria como ponto de certeza para uma psicopatologia organicista. A psicanálise, por outro lado, propõe o diagnóstico como norteador da condução do tratamento estabelecido pelo laço transferencial entre o sujeito e o analista.

O uso de drogas, especialmente cocaína, não passou despercebido por Freud, ainda que não tenha se detido especificamente sobre o tema. De fato, a própria invenção da psicanálise o fez abandonar as apostas de tratamento das neuroses pela via da droga. A hipótese freudiana punha o acento mais na pulsão do que no objeto. No terceiro capítulo, investiga-se a relação entre psicose enquanto estrutura clínica e a toxicomania como fenômeno. Freud tinha nas neuroses o fundamento clínico para a elaboração de sua teoria, mas introduziu no meio psiquiátrico uma concepção inovadora: sintomas psicóticos, principalmente o delírio, não era apenas alterações patológicas, mas expressão de subjetividade e tentativa de cura. Apesar disto, reconhecia limitações da psicanálise para o tratamento das psicoses. Lacan, por sua vez, afirma que o analista não deve retroceder frente a psicose e seu retorno a Freud a partir da teoria do significante e do inconsciente estruturado como linguagem situa a estrutura psicótica como certa relação específica em relação ao Outro e ao gozo. Examina-se, além disso, a função da droga em relação ao gozo e sua especificidade com a psicose. O conceito de psicose ordinária serve como paradigma das novas formas de gozo no contemporâneo a partir da incidência do discurso da ciência e do capitalismo. A psicose ordinária é signo da confusão diagnóstica, dos inclassificáveis.

No quinto capítulo, apresentaremos casos clínicos acompanhados pelo clínico-

pesquisador incluído na condução do tratamento e na produção de saber. Articula-se neste capítulo a importância do conceito de transferência, uma vez que o clínico-pesquisador se responsabiliza pela condução dos casos e a construção de seu saber. Foram trabalhados neste texto aqueles que tiveram passagem tanto pelo SAD quanto pela enfermaria de agudos psiquiátricos, além da emergência psiquiátrica. Os casos escolhidos demonstram que a droga atua em um nível como significante que permite certa estabilização pela identificação imaginária. Em outro nível, a droga serviria como meio de acesso ao Real do corpo e tentativa de circunscrição da desespecificação das pulsões como construção da experiência do corpo. O uso de drogas pode ser compreendido como recurso de defesa contra experiência de gozo devastador, por exemplo, significando os sintomas psicóticos como efeito da droga. O abuso de droga poderia ser lido, por fim, como tentativa de defesa contra a desestabilização, mas também como signo da própria desestabilização.

CAPÍTULO I – CLÍNICA, PESQUISA E TEORIA EM PSICANÁLISE: A CONSTRUÇÃO DO CAMPO E DO MÉTODO

1.1 Hospital Psiquiátrico de Jurujuba como campo de pesquisa

O Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (HPJ) foi inaugurado em 1953 em Niterói. Seu objetivo era ser um serviço de referência em Psiquiatria e Neurologia para o tratamento das doenças mentais no estado do Rio de Janeiro. A direção médica de tratamento seguia o modelo clássico de internação em que a cura deveria ser obtida pelo isolamento. Para tal, sua estrutura arquitetônica era tal qual das instituições totais, como um local isolado do centro urbano, de muros altos, abrigando figuras uniformizadas (CARRETEIRO, s.p., 1994). A arquitetura manicomial oferta condições necessárias para um tipo de resposta específica ao incidir sobre os corpos dos entendidos como desviantes sociais. Identifica-se no conjunto de instituições asilares (manicômios, prisões e abrigos) uma racionalidade punitiva, em que tanto a loucura quanto o uso de substâncias psicoativas são tratados pela via da segregação (LIMA *et al.*, 2015).

A parte do hospital destinada à Psiquiatria não difere do destino de tantos outros hospitais psiquiátricos no Brasil. Os pacientes das alas psiquiátricas não eram submetidos à avaliação médica para o procedimento de internação e era comum admissão no hospital pelos mandatos da justiça e da polícia. Essas práticas de internação corroboram o que Foucault (2013, p. 50) apontara o hospital psiquiátrico como “terceira ordem de repressão” entre a polícia e a justiça. O louco se torna uma personagem concreta no mundo, sendo julgado e condenado pelos dispositivos da sociedade de que faz parte. A loucura encontrou seu lugar privilegiado no hospício e junto disto a possibilidade de exorcizá-la da vida cotidiana para o enclausuramento. Pautada nos fundamentos teóricos de uma psiquiatria operada por P. Pinel (1745 – 1826) a segregação operada pelo saber médico era complexa e não deixava de articular-se com outras instituições, como a polícia (FOUCAULT, 2013).

O HPJ sofreu importantes modificações a partir da década de 80, principalmente após o período de redemocratização do país e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A reorientação da assistência psiquiátrica no município se organizou em relação à reforma do sistema de saúde que ocorria em âmbito nacional com reinvenção no campo da saúde mental do modelo assistencial e político com objetivo de transformar o modo como toda a sociedade compreende e lida com a loucura e os loucos (AMARANTE; TORRE, 2017). Na década de

90, foi criado o movimento *Projeto Niterói* com objetivo de diagnosticar os problemas que afetavam a sistema de saúde municipal (CARVALHO, 2013).

Em 1991, com a municipalização, o HPJ deixou de ser gerido pelo governo do Estado do Rio de Janeiro. A reordenação de parte da rede de serviços públicos tornou possível a coordenação de ações mais efetivas no campo da saúde mental e a redefinição do papel do HPJ no Programa de Saúde Mental de Niterói como unidade de referência para as internações e emergências em psiquiatria. Vale ressaltar que a Reforma Psiquiátrica visava enfrentar o modelo médico curativo e hospitalocêntrico, que tinha nas clínicas particulares conveniadas um verdadeiro processo de mercantilização da saúde e institucionalização em massa da loucura. A Reforma produz o “abolicionismo manicomial” contra todas as políticas pautadas em enclausuramento e desqualificação das individualidades que rompem com o conceito socialmente aceito. (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 771).

Uma das ações mais importantes de reformulação das práticas do HPJ foi a criação do Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI), em 1997, que passou a receber e regular todos atendimentos de crise e emergência psiquiátrica da rede pública. Isto permitiu maior controle na avaliação de indicação de internação psiquiátrica. Os diagnósticos da rede realizados por este serviço auxiliou para a construção e implementação dos serviços extra-hospitalares, em especial os Centro de Atenção Psicossociais (CAPS). E com o avanço da cobertura através dos serviços territorializados, o SRI atua como um dispositivo de acolhimento e articulação do cuidado à crise voltado para o território e em rede (COSTA; BARBOSA, 2008).

No início dos anos 2000, com as reformulações já citadas, o fortalecimento da Rede de atenção psicossocial reduziu drasticamente o número de internações. A orientação clínica era sustentada por equipe multiprofissional que disponibilizava recursos terapêuticos a partir da elaboração do Projeto Terapêutico Singular⁴ a cada paciente. As mudanças ocorridas em 1997 incluíram a criação do Serviço de Atendimento a Usuários de Álcool e Outras Drogas (SAD). Eram seis leitos de acolhimento de usuários de drogas em crises de intoxicação e abstinência. Por isto, as internações eram de curta duração (de quatro a sete dias). Ao longo dos anos seguintes, houve um aumento do número de leitos devida a demanda externa e interna de outros setores do hospital. Atualmente, a enfermaria é composta por doze leitos destinados a homens e mulheres maiores de 18 anos.

4 A ideia de Projeto Terapêutico Singular pode ser encontrado na Portaria SAS/MS nº 147/1994 e posteriormente em outros documentos do Ministério da Saúde (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2015).

No mesmo período histórico, o conceito e as práticas de Redução de Danos (RD) no contexto de políticas públicas em saúde adquirem maior consistência e respaldo nacional e internacionalmente. Amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, as políticas de RD visam a redução de risco às doenças, promoção ativa de promoção de saúde através de intervenções preventivas e assistenciais a partir dos direitos humanos com intuito de diminuir os prejuízos sociais, culturais e econômicos em paralelo aos aspectos biológicos (LIMA *et al.*, 2015).

As mudanças propostas tanto nas lutas sociais dos movimentos norteados pela Reforma Psiquiátrica através das leis que instituem e regulam a atenção às pessoas com envolvimento com álcool e outras drogas possibilita repensar a internação. Vemos que

uma das principais críticas feitas aos tratamentos que ocorrem em instituições fechadas, dirige-se justamente ao fato de que o isolamento do paciente da sociedade cria um ambiente artificial cujas características não podem ser reproduzidas fora dos seus muros. Desse modo, quando terminado o tratamento, o reingresso do paciente em seu ambiente de convívio familiar e social tende a ser perturbador, pois, na maioria das vezes, ele volta a se deparar com o mal-estar dos seus laços sociais, o que pode favorecer a ocorrência de inúmeras recaídas. Apesar disso, ainda atualmente, muitos tratamentos pautados na proposta da abstinência (tais como as comunidades terapêuticas e os tratamentos medicamentosos com internação) recorrem ao isolamento dos usuários de substâncias psicoativas como uma forma de mantê-los afastados das drogas (RIBEIRO; FERNANDES, 2013, p. 23-4).

Antes utilizada apenas como recurso para afastar o sujeito do objeto-droga visando à abstinência, a lógica da internação foi substituída pelo acompanhamento dos usuários em seu próprio território. Articulado com os CAPSAd, busca-se aumentar o grau de liberdade, de responsabilidade dos usuários e o estabelecimento de vínculo com os profissionais de saúde que passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário. Neste contexto, a lógica construída a partir da RD possibilita a internação a acontecer apenas em momentos de maior gravidade, nos quais todas as possibilidades territoriais de assistência tenham se esgotado na tentativa de responder as necessidades circunstanciais do usuário. Esta direção também permite aproximação de nossa prática com a ética psicanalítica, uma vez que a “psicanálise não promete a cura absoluta do sintoma, mas certamente a redução dos estragos, sua transformação em alguma coisa mais suportável para o sujeito” (LAURENT, 2012, p. 25-6). Há possibilidades de aproximação entre psicanálise e RD, mas há também pontos de afastamento, uma vez que, enquanto política pública, a RD é efeito de um discurso de mestria que tende a escamotear os paradoxos pulsionais e o próprio sujeito (TORRES; VIDAL, 2017).

Em Niterói, novas mudanças ocorreram em 2004, no contexto da inauguração do CAPSad Alameda para a atenção aos usuários adultos de álcool e outras drogas. Anteriormente, a clientela de usuários de álcool e outras drogas recebia cuidados através das ações da Equipe de Referência Álcool e outras Drogas (ERAD). Esta equipe atuava no espaço do próprio hospital, acolhendo principalmente as demandas vindas do SRI. A experiência da ERAD foi a base para a inauguração do CAPSad como uma medida da Rede de Saúde Mental de Niterói adequar-se à lei 10.216 (BRASIL, 2001) e à portaria 336/GM (BRASIL, 2002). O CAPSad se localiza próximo a região central do município, às bases da conhecida Ponte Costa e Silva (Rio-Niterói), por sua vez, distante do hospital. Neste sentido, a Rede de Saúde Mental de Niterói tem como particularidade a implementação de serviços territoriais a partir da estrutura e dos recursos humanos do Hospital Psiquiátrico (ROCHA, 2003).

O CAPSad é o serviço de referência para o cuidado para as pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. Sua responsabilidade é ser porta de entrada da rede de saúde mental e organizar as demandas desta clientela. Sua competência abrange ainda a avaliação e o encaminhamento para internação em hospital geral quando necessária a desintoxicação e abstinência ou no hospital psiquiátrico para cuidado em situações de risco e vulnerabilidade psíquica e/ou social. A proposta da atenção psicossocial é acompanhar o sujeito no próprio território, em sua circulação pela vida. A lógica do CAPSad, ao contrário, visa romper com a visão dominante do binarismo doença-cura, tão comumente associada à ideia de dependência química como doença incurável. O trabalho do CAPSad deve promover mudança ética de acolher o sofrimento psíquico para além dos diagnósticos que encerram o sujeito nesta identificação de doente e afasta os profissionais dos aspectos de sua vida concreta (SANTOS; YASUI, 2016, p. 79).

A implementação do CAPSad e a territorialização da Rede de Saúde promoveram mudanças no cuidado prestado aos usuários. A avaliação realizada pelo SRI indicava a necessidade de procedimentos para desintoxicação e controle da síndrome de abstinência e encaminhava para os hospitais gerais de referência do município. Após o cuidado clínico-orgânico, os pacientes retornavam ao HPJ para internação no SAD, que mudou a direção de tratamento, tendo como objetivo acompanhar o usuário a partir da lógica da atenção psicossocial e da orientação da Redução de Danos.

O objetivo da internação deixa de ser a abstinência total pelo afastamento da pessoa do uso de substâncias para trabalhar a partir da singularidade de cada caso, acolhendo a dimensão

do sujeito. Visa-se a possibilidade de realização de internação responsável baseada nos preceitos das políticas públicas, onde o período de reclusão para intensificação do cuidado deve dialogar com os equipamentos territoriais, seja através do fortalecimento de vínculo, seja para a construção deste vínculo nos casos de usuários sem acompanhamento prévio. A internação orientada pela Redução de Danos implica a retirada do foco do uso de drogas em si para as consequências prejudiciais deste uso, entendo que o consumo de drogas é apenas mais um elemento na complexidade da história de vida das pessoas. Permite-se, deste modo, o acesso à voz do usuário através da baixa exigência para implicá-lo na construção do objetivo de sua internação (SIMÕES; TORRES; ROSA; SIQUEIRA, 2016).

A direção do tratamento institucional orientada pela psicanálise tem por objetivo acolher a demanda do sujeito e dar lugar a sua palavra para permitir um espaço de elaboração subjetiva através do encontro com os profissionais de saúde vinculados à instituição. O tempo de internação deixou de ser restrito aos aspectos clínico-orgânicos. Sua flexibilidade inclui outros elementos, tais como questões familiares, profissionais, riscos e outras vulnerabilidades psicossociais, além da referida vinculação aos serviços territoriais. A aposta clínica é na possibilidade de subjetivação frente ao Real que atravessa o corpo, com o qual o sujeito tenta lidar com a intoxicação crônica. O uso problemático de drogas produz consequências no corpo, emagrecimento ou ferimentos, momento que costumam anteceder a um pedido de cuidado, ou, de “ganhar corpo”. A instituição, a medicação e a suspensão do território da cena de uso, associado a este cuidado, permite uma interposição espaço-temporal e o silêncio do uso de drogas, muitas vezes barulhento, é certo, pode ser abordado pela palavra, contornando o Real de outra maneira. Oferta-se condição de acolher o desejo e construir uma demanda (FARIA, 2016).

Constrói-se, assim, o Projeto Terapêutico Singular como promoção de cuidado em saúde para além das questões orgânicas ou reduzidas apenas ao nível da pessoa; deve-se incluir as diferenças territoriais, sociais e familiares. O embasamento das práticas deixa de ser focado no indivíduo enquanto unidade indivisível para a concepção de singularidade, considerando seus desejos e interesses para participação no tratamento, através do desenvolvimento de sua autonomia e corresponsabilidade (DESCHAMPS; RODRIGUES, 2015).

A visada clínica guiada pela prática psicanalítica é nossa bússola. Inclinar-se sobre cada situação, atentar para a posição do sujeito frente sua demanda e colher os efeitos das

intervenções demarcam posição ética que difere da mera submissão a uma técnica de tratamento de um saber especializado. O trabalho em Rede acontece quando os profissionais da instituição acolhem o sujeito em sua singularidade. Para tal, a Psicanálise, segundo Figueiredo (2010), indica a importância de os profissionais que compõem a equipe ocupem uma posição vazia de saber *a priori*, uma vez que o saber na clínica é aquele construído pelo sujeito. Ou seja, abrir mão de toda especialização do conhecimento sobre o campo de álcool e outras drogas para possibilitar que algo do sujeito tenha lugar para além da identidade de usuário de drogas. Do mesmo modo, o trabalho com responsabilidade partilhada entre os profissionais faz circular esse saber que advém do sujeito e é fundamental para a construção do caso. Assim,

o trabalho em rede acontece na possibilidade de circulação do caso clínico. As indicações da psicanálise para o trabalho em equipe se ampliam e se pulverizam na tessitura da rede, como em um mosaico. A partir daí devem ser recolhidos os elementos como pedaços, ou mesmo estilhaços, para tecer o “caso”. O processo se complexifica em “construção-circulação-construção” e podemos propor um movimento ao modo de uma estrutura moebiana, ou seja, não deve haver mais um “dentro” e um “fora” (FIGUEIREDO, 2010, p. 6).

Se há uma marca que determina algo generalizável a todos os pacientes do SAD – que seja, o uso de álcool ou outras drogas – a contribuição da Psicanálise para o cuidado em saúde mental é a concepção de sujeito enquanto sujeito do inconsciente. Isto significa dizer que, com Freud e Lacan, o sujeito é efeito da linguagem que atravessa, constitui e subverte o corpo. De seus ditos, equívocos e esquecimentos, o sujeito comparece enquanto o que está mais além ou aquém de uma unidade autônoma e consciente de si. O que a psicanálise traz à cena é a constatação, a partir de sua prática clínica, de que o humano não é transparente para si mesmo. Pelo contrário, a condição humana enquanto ser falante é a de pontos de opacidade através de seus sintomas, atos-falhos, sonhos, passagens ao ato e *acting out* em que constata-se que não é o eu quem fala, mas é Outro que fala (LACAN, 1964/2008).

É no campo do Outro que nossa prática vai articular o que é da ordem do sujeito. Como afirmamos, o sujeito que aqui consideramos é justamente o que não é redutível a um nome ou a um diagnóstico. O generalizável do significante “toxicômano” ou “usuário de droga” não abarca toda a experiência do sujeito: o toxicômano não existe como entidade clínica universal, ou melhor, cada um faz particular da droga. Não se ignora no campo psicanalítico, contudo, a função da identificação imaginária do sujeito a um rótulo. Este recurso recobre a angústia dando-lhe uma causa determinada, ainda que promova a

desresponsabilização do sujeito por seu sintoma. Paradoxalmente, é o que permite muitos usuários a buscar algum tipo de tratamento. Cabe ao psicanalista não reforçar esta identificação maciça supondo um saber especializado prévio ao discurso do sujeito (PEREIRA; CARVALHO, 2016). Esta visada, por si, já demarca uma posição ética, pois, ao escolher sustentar sua prática e seu saber a partir do que o particular do caso interroga e ensina ao geral da estrutura, a psicanálise pretende dar outro encaminhamento para as querelas oriundas das disputas teóricas e epistemológicas sobre certa leitura do caso (VIGANÒ, 2010).

Em vez de estabelecer um conhecimento objetivo sobre o caso, a psicanálise sustenta a construção de um saber do caso clínico. Em saúde mental, isto significa acolher o discurso do sujeito, de seus familiares e redes sociais, e também dos profissionais das instituições de cuidado. Nesta medida, a construção do caso acontece dando lugar à transferência e rompendo com a ilusão de uma prática científica na medida em que o objeto – no caso, o sujeito – é isolável como realidade em si. Pelo contrário, o caso clínico se constrói pelos pontos cegos dos discursos, ou seja, os pontos de uma ininteligibilidade ou insuportabilidade que convoca a todos os envolvidos a responder de alguma maneira. O que escapa ao saber da família, do social e da instituição diz respeito ao que é do saber do sujeito, de um saber a ser construído. Para tanto,

trata-se de juntar as narrativas dos protagonistas dessa rede social e de encontrar o seu ponto cego, encontrar aquilo que eles não viram, cegos pelo seu saber e pelo medo da ignorância. Este ponto comum, a falta de saber, é o lugar do sujeito e da doença que o acometeu. A construção do caso consiste, portanto, em um movimento dialético em que as partes se invertem: a rede social coloca-se em posição discente e o paciente na posição de docente (FIGUEIREDO, 2010, p. 3).

Recorremos nesta pesquisa a proposta de Freud (1923/2006) da psicanálise enquanto uma práxis sustentada a partir de três eixos: um procedimento para investigação dos processos mentais; um método de tratamento a partir desta investigação; e a coleta das informações obtidas pelas duas primeiras vertentes promoveria uma nova disciplina científica. Estas três dimensões são indissociáveis e toda paralisia em um dos planos tem como consequência a paralisia nos demais. Isolar um destes níveis significa sair do campo da psicanálise em suas condições de elaboração e verificação. Por este motivo, a psicanálise enfrenta a dificuldade ao articular a clínica e a ciência quando é justamente por ser um saber que avança sobre o real da ciência que a psicanálise sustenta sua prática. Assim,

a psicanálise se interessa pelo que constitui o particular do sujeito, aquilo pelo qual o sujeito resiste à ciência. Mas ela vai tentar tratá-lo por meios dignos do discurso da ciência que o isolou. E é exatamente nesse particular do sujeito, naquilo que se faz mais rebelde a todo saber, que podemos ler o seu real – trata-se de seu ser de gozo tal como é produzido ao termo de uma análise, como resto sem decifração com o qual o sujeito se identifica e aprende a lidar, a saber-fazer com aquilo (GUERRA, 2010, p. 139).

Neste ponto, seguimos as indicações de Freud (1912b/2006, p. 152) ao afirmar que em psicanálise a pesquisa está atrelada à clínica. O método em psicanálise concerne intrinsecamente à clínica, sendo um de seus fundamentos. Por método, ressaltamos a regra fundamental da psicanálise que é a associação livre e sua articulação com o endereçamento ao clínico, a transferência. A associação livre põe em cena o sujeito da inconsciente como um sujeito sem qualidades, isto é, sem uma ontologia, um sujeito que constitui-se e faz-se presente pelo que é da ordem do significante. A transferência está em jogo por servir de motor ao processo, o que faz girar as cadeias de associações sem que se possa chegar ao ponto último, ao objeto enquanto real, isto é, inapreensível. Deste modo, pesquisa em psicanálise acontece sob transferência, pois se o tratamento pode ser elevado à exploração teórica para tirar consequências da experiência clínica, é possível apenas em função da transferência (ELIA, 1999).

1.2 A função dos prontuários na instituição e a estratégia metodológica

O material de trabalho desta pesquisa tem por base os arquivos da instituição através dos prontuários. A prática da escrita é orientada para registrar diferentes informações sobre os pacientes, desde seu estado global a partir do ponto de vista dos profissionais até o trabalho das consultas terapêuticas. Estes relatos incluem as falas literais dos pacientes, os significantes que irrompem o discurso do sujeito, assim como as pontuações do clínico.

Os prontuários, juntos de outros instrumentos de registro das práticas cotidianas das instituições, podem ser tomados como importantes analisadores da própria instituição e do contexto histórico constitutivo das práticas ali relatadas. De fato, conforme Foucault (1997) indica, a escrita se torna mandatória e central para as instituições disciplinares, uma vez que a disciplina exige registro constante. O estabelecimento dos Estados modernos que aumentam sua preocupação a respeito das taxas de nascimento e mortalidade, o registro das informações médicas são fundamentais. A própria ideia de uma polícia médica se sustenta sobre práticas de um sistema de observação dos fenômenos epidêmicos e endêmicos, patológicos ou normais aos processos de vida. Instrumentos de registro como os prontuários foram centrais no

estabelecimento dos hospitais como instituições constituídas pelo saber médico normativo. Analisar a produção destes documentos permite “perguntar se os princípios éticos que regem os prontuários não se constituíam apenas como superestruturas desconectadas do saber comum que organiza, de fato, a realidade das práticas dos serviços de saúde mental” (REIS *et al.*, 2009, p. 385)

Neste contexto, ali onde o sujeito se insere como um número, tem suas características descritas, hipóteses diagnósticas lançadas e falas coletadas, encontramos o próprio enquadre normativo que determina a escrita com base no conjunto teórico da formação do profissional. Em outras palavras, o médico escreve com as mãos treinadas pelos olhos de uma visão clínica muito específica. O nascimento da clínica indica relação muito particular entre o olhar e a linguagem, uma linguagem descritiva que serve de elemento básico para o agrupamento de fenômenos em sintomas, sinais e síndromes (FOUCAULT, 2004).

Do mesmo modo, não só a escrita como sua própria ausência indica as relações de poder presentes na instituição. No campo da Psicologia, a função dos prontuários ainda não é assunto extensamente discutido, por mais que esta disciplina esteja buscando aprimorar seus processos de avaliação e intervenção (BERLETTA *et al.*, 2012). Dentre as legislações que regulamentam a profissão, uma resolução torna obrigatório o registro documental sobre a prestação de serviços psicológicos estruturada de maneira objetiva com identificação do indivíduo/instituição, avaliação da demanda, registro de procedimentos técnico-científicos no acompanhamento, resultados de avaliações psicológicas e cópia de todos os documentos produzidos pelo profissional (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

Entretanto, a obrigatoriedade do registro documental da atividade psicológica não é seguida como prática naturalizada pelos profissionais. Pesquisadores encontram dificuldade em coletar informações em prontuários que permitam a avaliação da demanda por tratamento psicológico ou seus desdobramentos. A hipótese levantada para tal dificuldade é a apreensão dos profissionais em infringir o código de ética de Psicologia ao registrar acontecimentos privados e questões da vida pessoal da pessoa e correr o risco de quebra de sigilo (BARLETTA *et al.*, 2012).

Os registros em prontuário aproximam diversas categorias do campo da Saúde. O prontuário deixa de ser instrumento majoritariamente médico para ser lugar de registro de outras práticas. Porém, nos serviços especializados de saúde, a extensão de registro de psicólogos ainda é baixa se comparado a outros profissionais não médicos, indicado haver

acompanhamento psicológico apenas em casos que apresentam algum desvio ou causam algum transtorno ao funcionamento institucional. Esta constatação contraria a própria definição de prontuário utilizada no contexto da humanização do SUS, sendo

uma construção coletiva, que implica múltiplas ações de registro especializado em um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde, no sentido de dar transparência aos procedimentos realizados na assistência aos usuários dos serviços, melhorando a qualidade e a eficácia da atenção ao paciente (MESQUISTA; DESLANDES, 2010, p. 666).

As diretrizes do *HumanizaSUS*⁵ estabelecem o prontuário como um documento transdisciplinar em saúde com objetivo de estimular e fortalecer o trabalho em equipe multidisciplinar. Nesta mesma direção, sendo o prontuário entendido como pertencente à pessoa usuária da instituição, deve-se levar em conta a singularidade das situações acompanhadas para a promoção do protagonismo do sujeito através de construções coletivas que atravessam as práticas em saúde (MESQUISTA; DESLANDES, 2010).

No campo da Saúde Mental há uma especificidade a ser considerada. As críticas feitas ao modelo hospitalocêntrico de assistência à loucura pelo movimento político-clínico-social da Reforma Psiquiátrica denunciavam a mortificação da singularidade em meio à massa de corpos capturados pela instituição total. A documentação também se tornou objeto de condenação: “prontuários cristalizavam a vida e enrijeciam a dinâmica da situação dos sujeitos que neles tinham suas vicissitudes inscritas e, assim, contribuía para a reificação e estigmatização dos processos que os afetavam” (REIS *et al.*, 2009, p. 384).

Ao contrário da crença em sua abolição, o prontuário ainda é instrumento importantíssimo no acompanhamento dos usuários de serviços de saúde. As práticas burocrática-administrativas, na verdade, continuam reproduzindo-se em grande velocidade, mas agora com intuito de produzir dados que possam orientar tomadas de decisões conforme Foucault (1988) indica sob o termo de biopolítica. Isto não significa, no entanto, não haver preocupação por parte dos pesquisadores em saúde em transformar os prontuários em ferramentas potentes no cuidado aos usuários. Assevera-se ainda que há muito o que avançar em relação à função dos prontuários no campo da saúde mental, pois por mais que compreenda-se o prontuário como uma importante ferramenta de diálogo e construção de direção de tratamento, pouco se percebe da importância do prontuário para a vida do usuário.

5 Política Nacional de Humanização realizada pelo Ministério da Saúde foi criada em 2003 para qualificar a saúde pública no Brasil

A visão legalista que condiciona a escrita produz a coleta da história de vida do sujeito não como singularidade, mas como mera fonte de informação (RODRIGUES *et. al.*, 2017).

Objetiva-se então um método de construção de casos clínicos em relação à escrita. A pesquisa em psicanálise reúne escrita e clínica num tempo exterior ao do tratamento. Como afirma Freud (1912/2010, p. 153-4),

Não é bom trabalhar cientificamente um caso enquanto seu tratamento não foi concluído, compor sua estrutura [*Aufbau*], prever seu prosseguimento, de quando em quando registrar o estado em que se acha, como exigiria o interesse científico. O êxito é prejudicado, nesses casos destinados de antemão ao uso científico e tratados conforme as necessidades deste; enquanto são mais bem-sucedidos os casos em que agimos como que sem propósito, surpreendendo-nos a cada virada, e que abordamos sempre de modo despreconcebido e sem pressupostos (FREUD, 1912/2010, p. 153-4).

Vale ressaltar que se em um momento tratamento e pesquisa coincidem, em outro se opõem quando no pós-tratamento o psicanalista é convocado a elaborar a experiência clínica através da escrita do caso. A escrita tem função por implicar o clínico-pesquisador em sua prática, uma vez que o próprio escrever está regulado pela responsabilidade da posição do analista, submetendo-se às mesmas regras estruturais do ato clínico (VORCARO, 2010). A produção da escrita pressupõe ainda a possibilidade de encontro com o que escapa a expectativa de totalização imaginária de um saber sobre o caso. As escolhas intrínsecas ao ato produzem sempre restos que possibilitam a retomada do caso a partir do núcleo real que escapa à simbolização, sendo aí que algo da transmissão pela escrita é possível:

A interposição da atividade de escrita situa o Outro do escritor: o sujeito, suposto saber a quem este se remete. E nessa dobradiça em que se identifica, num só tempo, o clínico e o pesquisador, interessa localizar, nos traços depositados da escrita literal, como o pesquisador ultrapassa sua transcrição. Afinal, um saber se deposita em seu escrito, a despeito da consciência do autor. É o que permite ao pesquisador, ao retornar outras vezes mais sobre a transcrição feita do caso, situar propriamente o que o caso fisga de interesse investigativo (VORCARO, 2010, p. 15)

A psicanálise surgiu no cenário científico florescente do final do século XIX. A ascensão da razão científicista apoiava-se em práticas enunciativas de fórmulas e cálculos articulados com métodos de obtenção de dados empíricos. A Física era considerada o modelo científico ideal pela possibilidade de averiguação da correlação entre os dados empíricos e o conhecimento formulável extraído destes. As bases científicas de Freud, de certo modo, distanciaram-no de um outro discurso que se opunha o científico. A filosofia, enquanto

discurso metafísico, não se sustentava na empiria controlada. Freud (1933[1932]/2006) não deixa de reconhecer certo valor à filosofia, mas não reduz a Psicanálise a este campo:

A filosofia não se opõe à ciência, comporta-se como uma ciência e, em parte, trabalha com os mesmos métodos; diverge, porém, da ciência, apegando-se à ilusão de ser capaz de apresentar um quadro do universo que seja sem falhas e coerente, embora tal quadro esteja fadado a ruir ante cada novo avanço em nosso conhecimento (FREUD, 1933[1932]/2006, p. 157)

Freud sempre teve a preocupação de distinguir a Psicanálise da filosofia. Reivindicava a inserção da Psicanálise no campo das ciências naturais. Por reconhecer certa especificidade dos fenômenos psíquicos, em especial em relação à linguagem, e a necessidade de não-redução aos aspectos neurofisiológicos, a Psicanálise se funda como um método particular. As bases deste processo podem ser pensadas como a associação livre por implicar a presença de um sujeito ativo à própria condição de ser falante, protagonista da análise. O modo como o sujeito se endereça ao analista em transferência permite a emergência atualizada do material psíquico a ser lembrado, investigado e interpretado. O analista, em posição de escuta e pontuação, sustenta o trabalho de pesquisa a ser feito pelo próprio sujeito, depurando-se o saber como construção em análise. Diferencia-se a verdade material dos fatos e a verdade histórico-experiencial do sujeito, marcada pela singularidade (MACEDO; DOCKHORN, 2015).

A Psicanálise, neste sentido, não reivindica para si oposição à ciência. Diverge do encargo de buscar na relação de causa e efeito dos fenômenos psíquicos relação direta com objetos do campo da realidade. A causa do sujeito, ela é indeterminada; o inconsciente já é ele próprio um certo modo de interpretação desta causa de um objeto perdido, que não está na realidade, mas não deixa de ser real (FREUD, 1924/2006). O método psicanalítico pode ser entendido então como uma estratégia, onde o que é interpretado está intrinsecamente ligado ao processo. Sua singularidade resulta na impossibilidade de repetição da experiência, tal qual é exigido das ciências empíricas. A verdade em questão, verdade do sujeito, ela é parcial, nunca totalizante nem generalizável. O psicanalista, assim, não deve retroceder frente aquilo que a experiência analítica lhe impõe:

É que a verdade simplesmente não pode ser tolerante, não admite conciliações ou limitações, e o fato é que a pesquisa considera como propriedade sua todas as esferas da atividade humana, e deve exercer uma crítica incessante se algum outro poder tenta arrebatar-lhe alguma parte (FREUD, 1933[1932]/2006, p. 158).

As evidências colhidas como os dados fundamentais para a elaboração de uma hipótese a ser corroborada ou refutada, para Psicanálise, são as decorrentes do sujeito do inconsciente, produzidas pelo sujeito que irrompe do discurso do ser falante frente a alguém que escuta. A pesquisa a partir do método psicanalítico exige-se o rigor próprio tal qual Freud, que não retrocedeu frente as produções subjetivas de seus pacientes, obrigando-se a reavaliar suas hipóteses iniciais. O psicanalista-pesquisador tem o dever de criar estratégias de investigação, reforçando a “constatação freudiana de que uma definição de ciência que exclui o sujeito de Inconsciente não pode se alinhar à epistemologia da Psicanálise uma vez que impede o pensamento complexo a respeito dos fenômenos que busca compreender” (MACEDO; DOCKHORN, 2015, p. 89).

A construção de um caso acontece a partir de um não saber. O encontro com o sujeito, mesmo em uma instituição especializada, deve ser sustentado pela posição de nada saber sobre aquele sujeito, apesar de todas as significações generalizantes ou homogêneas com as quais possa apresentar-se na clínica. A formulação “eu sou toxicômano” ou “eu sou drogado e todo drogado é assim” traz a marca de uma segregação da própria divisão subjetiva. Sua história, seus atos e suas decisões serão transmitidas por suas palavras e engendrarão um saber que lhe é próprio – um saber de sujeito e não sobre o sujeito. Portanto, a construção do caso é sempre provisória e esta provisoriade faz um furo no saber dogmático que sentencia a condutas terapêuticas estereotipadas ou padronizadas, comum ao antigo automatismo dos serviços de Saúde Mental. Efetivamente, certifica-se a presença Psicanálise quando a experiência clínica nas instituições contribuem para o desenvolvimento da teoria psicanalítica, pois, “a teoria é verificada na clínica e os avanços teóricos são produtos dessa verificação” (ALBERTI, 2019, p. 11).

Enquanto a Psicanálise é a construção da pesquisa realizada pelo paciente, isto é, a elaboração de um Real inapreensível que o põe em trabalho, a pesquisa realizada pelo clínico acontecerá por seu trabalho de escrita também submetida à transferência aos autores do campo psicanalítico e em sua inserção na universidade. Não ignoramos, contudo, as tensões entre os diferentes discursos que atravessam o trabalho (LACAN, 1969-70/2007). De fato, Vidal (2005) alerta que não há ensino da psicanálise na universidade por não ser um saber padronizado e verificável – pois o que o analisante extrai é um saber que lhe é singular, seu inconsciente –, mas nem por isso a Psicanálise precisaria estar à parte da universidade. Sua inserção no meio universitário possibilita “[...] interrogar seus conceitos, colocá-los à prova

em diversas condições, refletir sobre essa experiência e, a partir desse trabalho, bordejar algo do real e deixar passar alguma coisa do que a psicanálise ensina” (VIDAL, 2005, p. 22).

O método de escrita de caso clínico foi interrogado por Freud (1905b/2006) desde os primórdios da prática. Apontando para a ambiguidade do meio científico de sua época, responde às críticas daqueles que, se antes queixavam-se de poucos elementos para embasar suas teorias (em especial a etiologia sexual das neuroses), reclamavam de excesso de informação a ponto de expor o doente. Freud faz apelo à própria ciência e a função de sua existência, não sem antes expressar uma “vergonhosa covardia” dos médicos que, partícipes da ciência, deixam de publicar suas pesquisas. Assim, afirma que o “médico assume deveres não só em relação a cada paciente, mas também em relação à ciência; seus deveres com a ciência, em última análise, não significam outra coisa senão seus deveres para com os muitos outros pacientes que sofrem ou sofrerão um mesmo dia do mesmo mal” (FREUD, 1905b/2006, p. 20).

Porge (2009) sustenta que a função de um caso clínico é não somente transmitir uma verdade, mas também um saber de visada científica. As dimensões de saber e verdade são indissociáveis, mesmo que irreconciliáveis, do mesmo modo que a terapêutica e o compromisso com a ciência. Articula-se algo fundamental à própria teoria psicanalítica. O estrutural e o singular que são construídos através do caso, demonstram a “estrutura íntima da doença neurótica e o determinismo de seus sintomas” (FREUD, 1905b/2006, p. 24). Freud não esperava de um caso clínico a verdade derradeira da estrutura, mas reconhecia a possibilidade de depurar verdade e saber produzidos na análise, de modo que autorizou-se a trabalhar com fragmento de análise, que por sua vez, legitima o método desta Tese.

Um caso clínico enquanto um trabalho de construção através da escrita visa cotejar as particularidades da experiência do sujeito, no encontro com o clínico, as instituições, e outros atores que possam surgir em seu percurso. Problematiza-se, deste modo, as generalizações postas principalmente no âmbito da urgência de determinações de diagnósticos. A singularidade do caso deve ser o foco. O caso clínico não é a pessoa, mas sim uma construção produzida no encontro que sustenta-se a partir dos elementos colhidos de seu discurso no contexto da situação terapêutica. A elaboração de um caso clínico está intrinsecamente atrelado à escrita e a reflexão sobre o ato clínico. Assim, um caso clínico não é mera história da pessoa, nem um relato clínico exaustivo ou cronológico. Considera a posição do clínico, de suas intervenções e principalmente dos efeitos destas (PEDROSA; TEIXEIRA, 2015).

A discussão sobre a pesquisa em psicanálise coloca uma questão importante a respeito da ética. Há um embaraço em pensar a clínica do particular em contraste ao geral pressuposto pela pesquisa científica de base estatística. Isto se articula diretamente com o que desenvolvemos acima, onde não há, na clínica, garantias pautadas em um saber que seja aplicável a todos. Se o saber que nos interessa é o do sujeito em relação ao seu sintoma e seu modo de gozo, não há em psicanálise uma metodologia neutra, uma vez que o manejo da transferência exige uma posição do clínico e sua disponibilidade para colher seus efeitos. Não nos esqueçamos que o sujeito para Psicanálise é justamente o que resta do ato, o que está no campo da ética (LACAN, 1959-60/1997). Em última instância, Freud construiu o recurso do caso clínico como um modo de transmissão científica do saber produzido em análise “porque estava em posição de inventar a prática que exercia com seus pacientes, e isso dava a seus relatos uma originalidade, uma riqueza e uma força incomparáveis” (PORGE, 2009, p. 51).

Pela via contrária, a ética na ciência, em especial nas ciências da saúde, visa proteger as pessoas pela garantia de anonimato, mas também pelo termo de livre esclarecimento. Uma dificuldade já explanada é que, ao se tratar de sujeito (e a instituição como sujeito), nunca há o livre esclarecimento, pois é precisamente no ponto de obscuridade que a clínica e a pesquisa em psicanálise se debruça. Este é um ponto cego do comitê de ética e que foi preciso se posicionar. No processo de submissão do projeto de pesquisa, houve uma impossibilidade de reconhecer legitimação científica no método da psicanálise, a ponto do avaliador sugerir que a pesquisa visava identificar “práticas disciplinares da instituição.”

Tal perspectiva não deixa de ressoar com que Lacan (1966a/1998) apontara a respeito da ciência moderna. A partir da física newton-galileana, constata-se uma ruptura com a continuidade das ciências clássicas. Há um corte epistemológico que levou Lacan a qualificar esse novo regime de saber como *A* ciência, na medida em que o modelo matemático se impõe à realidade empírica. A linguagem matemática determina a própria estrutura da experiência a ser abordada pelo método experimental. A ciência moderna promove a exclusão do sujeito. Isto, no entanto, não indicaria uma oposição entre a ciência e a Psicanálise. Pelo contrário, é condição para a descoberta do inconsciente por Freud e a construção da prática psicanalítica que se trate do sujeito da ciência, sujeito excluído da ciência.

A Psicanálise irrompe como uma via própria que não se reduz à conciliação plena entre a experiência do sujeito com as formalizações matemáticas. Encontra-se assim

dificuldades em submeter plenamente o sujeito a esta abordagem científica, pois corre-se o risco de sucumbir em erros como tomar certa enunciação do sujeito sem considerá-lo em relação a própria formulação científica de um teste. Assim, o sujeito é efeito de uma divisão, de certo modo, a divisão própria feita pela ciência. Se a psicanálise é a via de acolher este sujeito efeito da divisão, é possível concluir que “um único sujeito é aceito nela como tal, aquele que pode constituí-la científica” (LACAN, 1966a/1998, p. 873).

A escolha de trabalhar a escrita dos prontuários da instituição visa responder e subverter a uma demanda do comitê no sentido de haver a exigência de garantia de nenhum mal a ser feito ao sujeito da pesquisa. A instituição comparece como ponto de fixidez ou de garantia exigida pela ciência. Afinal, é mais fácil entender empreender análise de uma instituição do que de um caso clínico. Se o comitê demanda um trabalho em direção de um real gangrenado pelos instrumentos e números (semblantes⁶) do discurso da ciência, é orientado para real da clínica, o real próprio do inconsciente, que tentamos nos debruçar (MILLER, 2006, p. 13). Por conseguinte, o que a clínica da Psicanálise indica é que não há garantias, mas há posição ética a ser sustentada. Um ponto fundamental a ser destacado é o fato de que a escolha dos casos e sua construção parte da experiência do clínico-pesquisador, no entendimento de que é a partir de sua prática que a escrita burocrática na instituição pode servir como elemento de construção clínica e teórica.

⁶ O conceito de semblante pode ser definido como por sua função de velar o Real ou o nada. Para esta discussão, é válido citar: “Se há um discurso sustentável, ou pelo menos sustentado, nominalmente chamado de discurso da ciência, talvez não seja inútil nos lembrarmos de que ele partiu, muito especialmente, da consideração de aparências” (LACAN, 1971/2009, p. 15).

CAPÍTULO II – A DROGA COMO PONTO DE CERTEZA NO CAMPO DA PSICOPATOLOGIA

A ampliação da rede de assistência para os usuários de álcool e outras drogas, em especial os Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), assim como as unidades de modelo de Atenção à Saúde da Família, incluindo os Consultórios na Rua e as práticas de Redução de Danos, trazem à tona o problema das comorbidades psiquiátricas associadas ao uso de substâncias psicoativas. A concepção de comorbidade se torna elemento de discussão no processo de construção da Rede de Assistência à Saúde dos usuários, incidindo diretamente no fluxo de referência e contrarreferência entre diferentes serviços de saúde. Se existe um CAPS destinado ao tratamento e acompanhamento de pessoas com transtornos psiquiátricos severos, quando há o uso de drogas associados, qual serviço deve acolher esta pessoa? Deve-se encaminhar para o CAPS “especializado em álcool e outras drogas”? Em nosso campo de pesquisa, esta questão se presentifica no momento de decisão de internação do paciente em uma enfermaria de agudos (masculina ou feminina) voltada para o tratamento de transtornos mentais severos; ou em enfermaria “especializada” para usuários de álcool e outras drogas (sem separação por gênero)?

2.1 A psicopatologia e os manuais diagnósticos

A psicopatologia pode ser definida como o campo de estudo do adoecimento psíquico do ser humano. Inserida no conjunto das disciplinas orientadas pelo método científico, visa ser sistemática, elucidativa e desmistificante, na medida em não inclui critérios de valor aos fenômenos ou orienta-se por dogmas. Sua prática pode ser identificada nas ações de observar, identificar, compreender diversos elementos e alterações das funções psíquicas presentes no adoecimento mental. Desta maneira, “o campo da psicopatologia inclui um grande número de fenômenos humanos especiais, associados ao que se denominou historicamente doença mental” (DALGALARRONDO, 2009, p. 27).

A psicopatologia se propõe uma disciplina científica com objetivo de estabelecer o modo do adoecimento psíquico. Nesta medida, a psicopatologia se diferencia da psiquiatria, que, por sua vez, é uma especialização da medicina que visa a cura do adoecimento psíquico. Enquanto a psicopatologia se interessa pelo funcionamento basal dos fenômenos psíquicos, a psiquiatria se apoia neste saber para estabelecer sua prática de tratamento. Emil Kraepelin

(1856 – 1926) foi compreendido como um dos responsáveis pela sistematização da psicopatologia descritiva a partir da experiência clínica e propunha atribuir o mesmo estatuto de doença física para os transtornos mentais (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

Na mesma direção, Karl Jaspers (1883-1969) foi considerado um dos maiores autores em psicopatologia e seu trabalho influenciou de modo definitivo o desenvolvimento da psicopatologia contemporânea. Jaspers publicou em 1913 o livro *Psicopatologia Geral*, que mapeou os suportes conceituais e métodos de pesquisa vigentes até o momento, examinando suas virtudes e limitações. Tentou explorar domínios de aplicação de métodos mais gerais. Sua obra refletia o contexto da discussão epistemológica sobre os métodos de pesquisa entre as ciências naturais e as ciências humanas. Questionava-se, naquele momento histórico, a possibilidade de aplicação dos métodos causalistas-explicativos das ciências naturais ao campo das ciências humanas, que utilizava-se de concepção histórico-compreensiva. Jaspers propôs assim um modelo de psicopatologia que poderia atender tais aspirações científicas da época na medida em que buscava explorar os domínios específicos de aplicação destes métodos. Pode-se afirmar que organizou a psicopatologia como disciplina científica com a descrição e classificação das doenças mentais. Se Jaspers propunha a observação objetiva dos fenômenos psíquicos não era, no entanto, para produzir a redução dos fenômenos ao sintoma ou função psíquica (TEIXEIRA, 2014).

De fato, a história da psicopatologia é composta por inúmeras produções teóricas que visavam explicar as alterações das funções psíquicas. Pautadas em diferentes tradições – em especial a três iminentes países, quais sejam Inglaterra, França e Alemanha – a psicopatologia não era uma disciplina unívoca. Embates teóricos entre diferentes correntes baseadas em abordagens filosóficas próprias sobre a condição humana tinham por consequência um aprofundamento do entendimento sobre os fenômenos psicopatológicos (BECHERIE, 1985).

A psicopatologia não se confundia com a neurologia ou a psiquiatria. Ainda que a neurologia fosse o ramo da medicina que estudava o sistema nervoso, não se deixou furtrar ao direito de elaborar teorias que explicassem certos fenômenos psíquicos, como o caso da sintomatologia histórica. De fato, a inserção das contribuições de Freud neste campo realizam importante ruptura epistemológica ao trazer à cena a dimensão do inconsciente e do desejo submetido à palavra. Um ponto de originalidade da psicanálise é questionar a cisão entre normal e patológico, dando outro acento à experiência humana em si:

A psicanálise não pode ser acusada de ter aplicado a casos normais descobertas a que chegou partindo de material patológico. As provas, nestes como aqueles, foram

atingidas independentemente e demonstram que os processos normais e os descritos como patológicos seguem as mesmas regras (FREUD, 1913b/2006, p. 170).

Apesar de Freud em algumas passagens de sua obra expressar a convicção de que, no futuro, os conceitos elaborados através da construção hipotética de uma metapsicologia encontrariam respaldo nas descobertas a serem feitas pelas ciências naturais, não abandonou o desenvolvimento de sua teoria sustentada na prática clínica. O modo singular da construção da teoria psicanalítica através de uma linguagem própria, ainda que apoiada nos termos científicos da época, foram decisivas para a contribuição de uma psicopatologia autônoma em relação às ciências naturais. Fundamentou-se uma prática clínica no campo do tratamento das doenças mentais que anteriormente era restrito à psiquiatria (PEREIRA, 2014).

A difusão da psicanálise pelos países europeus e os Estados Unidos no contexto de entreguerras (1916 – 1938) contribuiu para a ampliação da polissemia no campo psicopatológico. O arcabouço conceitual da psicanálise influenciou de sobremaneira o modo de estabelecer diagnósticos, em especial, as neuroses, as psicoses e as perversões. O problema, porém, diz respeito ao próprio método psicanalítico e das correntes influenciadas por estas: o material de pesquisa do caso clínico (e da singularidade) vão de encontro com as urgências de validação de dados empíricos tratados estatisticamente. Tornou-se mandatário, em especial, após a Segunda Grande Guerra (1945), o desenvolvimento do saber científico em psicopatologia e psiquiatria desembaraçados de teorias que não apresentassem o que se entendia por rigor científico. Na década de 50 do século XX, as pesquisas neurológicas e psicofarmacológicas avançaram o suficiente para exigir das disciplinas *psis* uma abordagem mais orgânica – e, por isto, científica – dos fenômenos psíquicos (DUNKER, 2014).

A demanda pelas informações estatísticas e epidemiológicas das doenças mentais culminou no que hoje conhecemos por *Classificação Internacional de Doenças* (CID) e *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM, sigla em inglês). Antes de chegarmos ao estágio atual, pode-se remontar ao censo de 1840 realizado nos EUA, que partia de apenas dois diagnósticos: idiotice ou insanidade. O censo de 1880, por sua vez, reconheceu sete categorias: mania, melancolia, monomania, paralisia, demência, alcoolismo. A partir disto, a Associação Americana de Psiquiatria (APA, sigla em inglês), estabeleceu em seu primeiro *Manual estatístico para uso de instituição de insanos*, 22 diagnósticos (DUNKER, 2014).

O DSM-I foi publicado em 1952 após elaboração por um comitê da APA. As categorias diagnósticas e os textos teóricos contidos tanto no DSM-I quanto no DSM-II são diretamente baseadas na publicação de 1943 *War Department Technical Bulletin Medical 203*⁷, do psicanalista William Menninger (1899 – 1966). Utilizado pelas forças militares durante a Segunda Grande Guerra, o chamado *Medical 203* respondia à necessidade de uma classificação pragmática e simples para os psiquiatras militares. A psiquiatria, neste contexto, expande-se para fora dos hospícios e dos casos de psicose severa para tratar de um maior número de pessoas sensivelmente normais, mas que sofria com os efeitos de estresse associados à Guerra (CROCQ, 2014).

Esta primeira versão do Manual diagnóstico estatístico (DSM-I) foi fortemente influenciado pelas ideias de Adolf Meyer (1866-1950) que propunha categorias psicodinâmicas, opondo neurose e psicose. Sua racionalidade diagnóstica centrava-se nos tipos de reação do indivíduo, na síntese de sua história de vida e nas moções que determinavam as doenças mentais. O grupo das neuroses era caracterizado por aspectos ansiosos a depressivos, mas mantendo a ligação com a realidade. O grupo das psicoses apresentariam alucinações e delírios e o rompimento com a realidade. Não havia distinção clara entre normal e patológico. Esta concepção dialoga com as ideias de Freud (1924a/2006, p. 207) quando propõe que tanto a neurose quanto a psicose seriam a expressão do conflito do sujeito com as exigências da realidade que culminaria “na neurose, o fragmento da realidade é evitado por uma espécie de fuga [de parte da realidade], ao passo que na psicose, a fuga inicial é sucedida por uma fase ativa de remodelamento [da realidade]” Havia ainda a separação entre os transtornos orgânicos e os transtornos não-orgânicos (psicótico, neurótico e de personalidade). Os diagnósticos de “reação simples da personalidade” e “transtorno da personalidade situacional e transitório” possibilitavam diagnosticar indivíduos normais que apresentavam alguma alteração derivada de situações de estresse extremo (CROCQ, 2014).

As influências da psicanálise podem ser reconhecidas na incorporação de três concepções às teorias psiquiátricas: personalidade, estrutura e psicodinâmica. Houve o deslocamento da definição de neurose para um quadro da normalidade, composto por um aparelho psíquico que faz funcionar um sistema de controle dos instintos associados a impulsos cerebrais. Abriu-se com isto o caminho para a concepção da psiquiatria de 1960 da neurose como manifestação de comportamentos. Posteriormente, as contribuições feitas por

⁷ *Boletim Técnico médico 203* do Departamento de Guerra, em tradução livre.

Henri Ey (1900 – 1977) através da ideia de separação entre a estrutura dos sintomas neuróticos e a estrutura do Eu, promovendo a cisão entre os transtornos de primeira ordem – expressos como sintomas – e os transtornos de personalidade. Neste mesmo sentido, os sintomas seriam arrelacionais, ou seja, algo remetido à doença em si; enquanto os transtornos de personalidade se remeteriam à relação do indivíduo a outras pessoas, sendo assim relacionais (DUNKER, 2014).

O DSM-II foi, em grande medida, uma tentativa de associar sob o raciocínio do cientificismo a psiquiatria e a psicanálise, com objetivo de harmonizar a classificação estadunidense com a Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Abandonou-se o termo “reação” que remete à psicodinâmica e introduziu a ideia de transtornos como entidades por si. Para ser considerado confiável e cientificamente válido, o manual deve permitir que diferentes médicos estabeleçam o mesmo diagnóstico para um mesmo paciente. A validação repousaria na distinção de cada doença entre si, além de compará-las com a normalidade (DI VITTORIO; MINARD; GONON, 2013).

O efeito foi, entretanto, de desagrado generalizado. Os avanços propostos por esta revisão tampouco abrandaram as críticas, uma vez que o caráter normativo da psiquiatria e a psicanálise retrógrada desenvolvida em solo estadunidense ainda eram norteadores de classificações diagnósticas. Os diagnósticos se mostraram razoavelmente confiáveis para transtornos severos, mas muito pouco preciso para transtornos mais comuns. Como exemplo, a questão da patologização da homossexualidade foi interrogada mediante a pressão dos movimentos sociais de ativistas gays e a APA passou a reconhecê-la no espectro da normalidade cunhando a ideia de distúrbio de orientação sexual. Posteriormente, para referir-se ao sofrimento associado à condição homossexual foi criado o conceito de homossexualidade egodistônica. O problema exposto pelo DSM-II ainda é a “individualização e patologização de contradições sociais, a segregação de minorias e o controle e neutralização de resistências encontrariam, assim, um referendo psiquiátrico-psicanalítico” (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2011, p. 8).

A versão seguinte, o DSM-III, criada em 1974 e publicada em 1980, tinha por objetivo melhorar a uniformidade dos elementos que compunham o critério diagnóstico, validando-o estatisticamente de modo mais eficaz. Resgata-se a proposta metodológica descritiva dos sinais e sintomas para melhor estabelecimento dos critérios diagnósticos por consenso entre os membros componentes da força-tarefa. Destaca-se neste contexto os avanços no campo da

psicofarmacologia, agora uma importante ferramenta no tratamento dos transtornos mentais que deve estar associada a critérios diagnósticos mais embasados. Pode-se inferir a existência de um “pharmacolonialismo” como a articulação das práticas psiquiátricas com os progressos para o controle e supressão dos sintomas de alguns transtornos mentais, ao passo que novas doenças são criadas pelo marketing farmacêutico e sua influência sobre a psiquiatria (COELHO, 2012).

O DSM-III marca a tentativa de rompimento efetivo entre psiquiatria e o arcabouço teórico da psicanálise sob a proposta de ser “ateórico” em relação à etiologia dos transtornos (APA, 1980, p. 7). Seu intuito é ser um manual neutro utilizável por praticantes de qualquer abordagem terapêutica. Isto significaria o abandono de teorias psicológicas ou filosóficas, no caso, a metapsicologia freudiana, em detrimento dos estudos estatísticos e das bases biológicas dos transtornos mentais. A neurose – e a histeria – deixou de ser um diagnóstico para tornar-se apenas adjetivo que qualifica certos transtornos mentais com argumento de uma falta de rigor científico do conceito (DUNKER, 2014). Crocq (2014) aponta ainda que a recepção de um manual produzido especificamente em um país é acolhido de modo extensivo no cenário internacional pelo *Zeitgeist* da época, onde a própria internacionalização da ciência estava no processo de abandonar as línguas francesa e alemã em detrimento do inglês estadunidense.

A psiquiatria dos manuais, ao rejeitar o diagnóstico de neurose e histeria por sua mudança de posição ética, recrudesce a posição dos médicos frente ao sofrimento do sujeito. Se, por um lado, a psiquiatria clássica é marcada pelo trabalho clínico de Charcot (1825 – 1893) que consistiu em minuciosa descrição e definição do fenômeno histérico associado às patologias neurológicas, por outro, garantia a este fenômeno autenticidade e objetividade contra a ideia recorrente de simulação por parte dos pacientes (BURSZTYN, 2008, p. 128). A abolição da categoria de neurose é signo da mudança do próprio lugar da linguagem no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico: a fala do paciente deve ser colhida como comunicação para embasar os elementos de classificação diagnóstica que, assim estabelecida, pode ser tratado medicamentosamente. A experiência do sofrimento neurótico é relegada aos aspectos da personalidade do indivíduo. O desejo do sujeito negado pela psiquiatria é reconhecido apenas como no ganho secundário associado ao transtorno.

Além disto, o abandono do conceito de estrutura da psicose, reduziu-a apenas alterações sintomáticas, como as alucinações e delírios. A psicose diria respeito aos

fenômenos positivos, isto é, perturbações de funções perceptivas e cognitivas intrusivas à personalidade do indivíduo. Produz-se assim a dificuldade do reconhecimento de uma expressão psicótica na ausência destes sintomas positivos, promovendo um aumento do diagnóstico de transtornos da personalidade (TENÓRIO; COSTA-MOURA. LO BIANCO, 2017). Esta discussão será retomada no próximo capítulo ao abordarmos a ideia de psicose ordinária.

A quarta versão do manual (o DSM-IV) foi publicado em 1994 e revisado em 2000. A dimensão “ateórica” norteadora da elaboração do manual se estabelece como verdade e efetua-se o rompimento com a psiquiatria clássica – tradição herdada desde Pinel (1745 – 1826) – que propunha a categorização das formas de sofrimento da patologia mental ser acompanhada por alguma fundamentação filosófica a respeito da condição humana em sentido mais amplo. O ideal de neutralidade não promoveu apenas o rompimento entre a psiquiatria e a psicanálise, mas com outras vertentes como a psiquiatria psicodinâmica e a própria psicopatologia: “Ou seja, em vez de progredir pela ambiguação de línguas concorrentes, recorreu-se à unidade desambiguadora da norma” (DUNKER, 2014, p. 617).

O DSM-IV se apresentou como um guardião da cientificidade da psiquiatria. A tentativa de ancoragem de sua ciência não pode ser em outro lugar que não no organismo. Na tentativa de encontrar alguma estabilidade e fixidez, apostou na patofisiologia, isto é, na fisiologia da doença. Esta aposta se sustenta na esperança de que, no futuro, reunir-se-á conhecimentos biológicos suficientes para demonstrar que a doença mental é a expressão de uma doença física. Ignora-se justamente a insuficiência dos conhecimentos atuais para sustentar o discurso de uma prática em termos biomédicos: o psiquiatra escamoteia a experiência do sujeito com a ideia de um cérebro acometido por uma doença. Do mesmo modo, a psiquiatria rompe com uma psicopatologia que leva em consideração as paixões humanas marcadas pela linguagem, sexualidade e morte, enfim, a própria singularidade (PEREIRA, 2014).

A proposta de uma perspectiva “ateórica” significa fiar-se exclusivamente por dados observados e tratados estatisticamente sem a necessidade de recorrer a sistemas teóricos explicativos para constituir o sistema classificatório. O problema se torna nodal se considerado que a psicopatologia, desde Jaspers, não é indissociável de questões filosóficas e epistemológicas. Apoiando-se nos conceitos de paradigma e crise derivados do físico e filósofo da ciência Kuhn (1922-1996), Izaguirre (2011, p. 14) aponta os impasses produzido

especialmente pelo DSM-IV: “a psiquiatria não é uma ciência, e se pretende sê-lo está longe de conseguir, [deve-se] compreendê-la ligada ao desenvolvimento de outras disciplinas heterogêneas entre si nas quais vai se basear, mas por sua vez vai lhe trazer mais interrogações do que soluções.”

O paradigma pode ser entendido como o conjunto de conhecimentos constitutivos da ciência que serve de referência fundamental para todos os saberes e todas as questões que se colocam. A crise seria um problema que surge frente ao paradigma estabelecido e desestabiliza. Ela só é resolvida com a construção de um novo paradigma. Estes impasses são anomalias, que denotam a insolubilidade de problemas científicos com os métodos e procedimentos que constituem o paradigma vigente. As anomalias podem resistir frente a todas as tentativas de adequação do contexto do paradigma e exige-se a constatação da própria inadequação deste paradigma. Com isto, o desenvolvimento da ciência não deve ser compreendido como linear e continuista: as crises implicam sempre mudanças, saltos, revoluções, que abalam os alicerces dos saberes instituídos (ARAGONA, 2009).

Referente à psiquiatria, o paradigma diz respeito à representação social da loucura, no entendimento de que a psiquiatria se apropria da compreensão de loucura no contexto histórico-social. Assim, o primeiro paradigma da psiquiatria está organizado com a ideia sustentada fundamentalmente por Pinel de uma afecção única chamada alienação mental. A crise deste paradigma seria a abolição da ideia de monomania, ou, loucura única. O segundo paradigma seria a adoção da ideia de “doenças mentais.” O plural demonstra não haver apenas uma afecção e o termo doença insere a psiquiatria no campo da medicina, que orientou-se para as descrições das doenças mentais e a organização dos quadros classificatórios. O marco de sua crise foi o ano de 1926, com a exposição de Bleuler (1857 – 1939) sobre o conceito de grupo das esquizofrenias. O terceiro paradigma corresponde ao período de tempo entre 1926 e 1977, momento em que a psiquiatria dialoga com diferentes saberes tais quais a neurobiologia, a fenomenologia, antropologia, semiologia e linguística, matemáticas e a psicanálise: “Recupera-se certa unidade perdida pela dispersão das descrições das variadas doenças mentais em um número restrito de estruturas” (IZAGUIRRE, 2011, p. 15). O efeito desta crise é a separação entre psiquiatria e psicanálise, conforme apontado anteriormente.

Interroga-se então se o DSM-IV é a expressão da mudança de paradigma específico da psiquiatria ao reportar-se às novas orientações das informações produzidas pelas neurociências, psicofarmacologia e genética. A psicofarmacologia, por exemplo, forneceu aos

psiquiatras uma ampliação dos recursos terapêuticos para o controle medicamentoso dos sintomas dos transtornos mentais. As diversas opções farmacológicas permitem seu uso congruente com um sistema classificatório de diagnósticos através das descrições sintomáticas que definem os transtornos mentais. Entende-se a classificação pelo ato de eleger alguns elementos e excluir outros de acordo com critérios para formar a homogeneidade que compõe um grupo. O paradigma do DSM-IV é efeito da supressão do paradigma anterior de diagnóstico estrutural (neurose, psicose, perversão). O abandono da ideia de doença e adoção de transtornos implica haver uma linha contínua entre os transtornos e os sintomas, mesmo com diferenças nosológicas entre as entidades. O DSM-IV se revela então politético, isto é, um método de classificação sistemática de entidades a partir do número e da predominância dos sintomas para efetuar a organização que se baseia na semelhança de seus elementos, produzindo categorias heterogêneas, mas com limites pouco claros. O caráter estatístico do manual visa atingir maior flexibilidade desconsiderando as diferenças teóricas dos profissionais (IZAGUIRRE, 2011).

A quinta versão do DSM estende o projeto iniciado pela versão anterior. Publicado em 2013, o DSM-5 inclui novos conhecimentos produzidos a partir do acúmulo de experiências da utilização de psicofármacos no tratamento dos transtornos. De fato, o próprio psicofármaco torna-se índice da construção de diagnósticos. Como exemplo, um quadro hipomaníaco ou maníaco verdadeiro deve ser excluído caso haja o uso de medicação antidepressiva. O DSM-5 também abandona a lógica de eixos sustentada até sua versão anterior, abolindo de vez qualquer referência a algum elemento estrutural dos diagnósticos. Há ainda, desde seu título, indicativo de mudança da sua lógica de operação. A troca do numeral romano em detrimento do numeral arábico indica o caráter inacabado e passível de novas revisões deste manual. Este tipo de numeração permite a inclusão de anexos antes da revisão mais completa a ser realizada. Assim, DSM-5.1, DSM-5.2, são possibilidades de indicar tais avanços no campo do diagnóstico psiquiátrico (MAESSO, 2014).

Se o DSM-5 se apresentou como tentativa de resolução da crise de paradigma da psiquiatria, pode-se afirmar que falhou (FIGUEIRA, 2017). Em vez de superar os problemas relacionados à falta de rigor dos diagnósticos, principalmente em relação à etiologia dos transtornos mentais e sua diferenciação da normalidade, o DSM-5 revelou ser um aparato de aprofundamento desta crise científica. A diferença entre os sintomas, como manifestação da experiência subjetiva, e os sinais, enquanto observação objetiva do clínico, ignora a

continuidade e coexistência destes padrões entendidos como característica inerente à própria psicopatologia. A dificuldade de validar os transtornos mentais na qualidade de entidades nosológicas a partir de marcadores biológicos, genéticos ou psicossociais, produz a multiplicação acentuada das comorbidades. O rigor clínico e terapêutico pode ser flexibilizado ou especializado frente a possibilidade de múltiplos diagnósticos simultâneos. Este é o desafio no diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria no contexto institucional: há efetivamente comorbidade entre psicose e uso de drogas?

2.2 Comorbidade como efeito da multiplicação diagnóstica

O termo comorbidade foi cunhado na década de 1970 pelo médico Feinstein (1925 – 2001) para referir-se a qualquer entidade clínica diferente acometendo o paciente durante a investigação de uma doença específica (ARAGONA, 2009). Inicialmente, seu uso era mais restrito ao sentido médico de doenças fisiológicas, ou seja, um conceito do contexto de interpretação de doenças na medicina que dizia respeito a coocorrência de uma doença real como patologia bem definida. Comorbidade também pode referir-se a doenças concomitantes com maior frequência do que ao acaso, assim como multimorbidade diz respeito a doenças que se manifestam aleatoriamente (JAKOVLJEVIĆ; CRNČEVIĆ, 2012). Inicia-se o problema da ideia de comorbidade aplicada à psiquiatria, não apenas pela possibilidade de haver uma doença orgânica associada a um transtorno mental, mas também a possibilidade de dois transtornos psiquiátricos concomitantes, pois nesta especialidade da medicina a interpretação do transtorno mental é sempre suspeita pelo desconhecimento de sua etiologia (ARAGONA, 2009, p. 3).

A adoção do DSM como ferramenta diagnóstica, principalmente a partir de sua terceira versão, produz a comorbidade como um artifício e efetua-se como um problema nas versões seguintes. Ainda que não seja explícito nas discussões que envolvem o DSM e seus métodos, constatam-se os problemas criados com a ampliação deste sistema classificatório, inclusive por dificuldades de comprovações através das revisões de estudos empíricos. Os transtornos estabelecidos pelo DSM estão organizados por critérios diagnósticos baseados na apresentação clínica de sintomas e sua evolução. O impasse introduzido no contexto científico da psiquiatria é o fato de que uma hipótese diagnóstica não deve ser estabelecida como a descoberta de uma doença real tal qual uma doença orgânica, mas pelo próprio fato de que os sintomas detectados satisfazem o critério diagnóstico previamente estabelecido. Os transtornos mentais são definidos pelo nível descritivo e estão referidos a sintomas que, por

sua vez, não se limitam a uma doença subjacente específica. O conceito de transtorno não é redutível ao de doença que contém limites bem delineados na categoria etiopatogênico, isto é, da causa e dos mecanismos patológicos que a provocam (ARAGONA, 2009).

O estabelecimento de diagnósticos no nível fenomênico pode diferenciar duas condições patológicas distintas se os sintomas fundamentais são diferentes, ou seja, a identificação patognomônica dos sintomas enquanto signos de uma enfermidade. Deste modo, os sintomas secundários até podem sobrepor-se, mas a distinção diagnóstica se mantém bem delimitada. Por outro lado, os sintomas podem ser distribuídos de forma diferente nas duas condições patológicas e tornar os limites dos diagnósticos mais sutis sem a sobreposição dos sintomas. O problema do modelo DSM então residiria no fato de que em transtornos mentais, os sintomas deixam de ser fundamentais por estarem listados em uma ordem sem hierarquia, de maneira quantitativa e politética que dificulta o reconhecimento do ponto central do transtorno (ARAGONA, 2009).

Diferente da medicina fisiológica, a delimitação de um transtorno mental encontra dificuldade em apoiar-se na objetividade passível ao organismo. Quando um transtorno mental é estabelecido, faz-se um recorte que não necessariamente existe na natureza, o que aumenta a probabilidade de um mesmo indivíduo portar mais de um transtorno. A mera descrição biológica dos componentes envolvidos em um dito transtorno mental não são suficientes para delimitar o que seria a doença mental em si. É necessário inscrever em que medida estas características compõem o patológico para uma determinada sociedade. Para apontar o limite de estabelecer uma psicopatologia puramente biológica, pode-se tomar a ideia de que um sintoma tem conotação patológica em uma cultura e um momento histórico em que sua manifestação atrapalha a execução de certas atividades esperadas ou exigidas socialmente. “Em outros termos, ao se passar do campo da descrição biológica para o registro especificamente psicopatológico, ocorre um salto categorial que impede a redução direta da psicopatologia à alteração biológica supostamente mórbida da função” (PEREIRA, 2014, p. 1042).

As ferramentas técnicas são construídas em um contexto social e histórico e produzem efeitos específicos. Observa-se a proliferação de categorias diagnósticas devido à tentativa de melhor definição dos limites do transtorno, pois um mesmo transtorno é qualificado de maneiras diferentes. O diagnóstico de esquizofrenia, por exemplo, pode ser distinto de ao menos 15 modos diferentes. O número limitado de regras hierárquicas também contribui com

a necessidade de identificar diferentes patologias para explicar os sintomas que o indivíduo apresenta que não se restringe à descrição de apenas um transtorno. Assim, a ideia de comorbidade artificial emerge como subproduto do sistema de classificação do DSM. Os médicos influenciados pelo manual orientam-se a estabelecer um certo número restrito de diagnósticos mas com uma gama de transtornos comórbidos excessivos pela coocorrência de diferentes sintomas que concomitantes que seriam proibidos seguindo as regras de exclusão de sintomas. Uma justificativa para isto é o fato de que por mais que os autores do DSM se considerem ateóricos o DSM-III foi influenciado pela teoria neo-Kraepeliniana, que atribuía o objetivo do nosologista em traçar distinções para circunscrever desordens específicas para manter a homogeneidade dos transtornos e permitir a pesquisa etiológica (ARAGONA, 2009).

Por neo-Kraepeliano, entende-se as influências de Kraepelin, psiquiatra alemão que defendia a ideia de que os transtornos mentais – em especial a esquizofrenia e os transtornos de humor – são doenças de ordem genética e biológica. O que este autor buscava era estabelecer os diagnósticos de acordo com a natureza dos corpos e seus órgãos – no caso, o cérebro – e determinar as alterações. A desordem mental existiria no corpo e caberia o diagnóstico identificar suas características e evolução. Com isto, Kraepelin tinha por objetivo criar critérios diagnósticos de doenças reais, rompendo com qualquer hipótese de influência de fatores históricos ou sociais. Assim, a categoria diagnóstica refletiria as entidades nosológicas subjacentes que poderiam ser diferenciadas umas das outras pela organização dos sintomas, a idade da manifestação dos sintomas, a evolução da doença e o histórico familiar (CLONINGER, 2002).

A proliferação dos diagnósticos e o conseqüente aumento do fenômeno da comorbidade psiquiátrica podem ser lidos como indicativos de que, ao contrário do que a discurso científico vigente visa, os transtornos mentais não são doenças discretas presentes em uma natureza biológica do corpo. Pelo contrário, seria a natureza da psicopatologia intrinsecamente mutável e a conceitualização da comorbidade de múltiplos transtornos possa refletir a complexidade das condições psiquiátricas – ou, ainda, subjetivas. Vale lembrar que as descrições clínicas tradicionais incentivavam a construção do diagnóstico diferencial, enquanto que as definições operacionais atuais propõe o diagnóstico múltiplo por serem menos capazes de estabelecer o fundamento de cada entidade nosológica (MAJ, 2005).

A tendência que se observa no campo da psiquiatria é a manutenção desta mesma lógica de produção de comorbidades com a ampliação dos diagnósticos. O número de

diagnósticos passou de 100 transtornos na primeira versão do DSM na década de 1950 para o salto de 270 a 300 transtornos diferentes no DSM-III, seguindo para 500 diagnósticos possíveis no DSM-IV (JAKOVLJEVIĆ; CRNČEVIĆ, 2012).

Uma nova mudança de paradigma marcaria a orientação do DSM-IV: o rigor da validade diagnóstica deveria ter a acurácia através de elementos objetivos paraclínicos, isto é, exames laboratoriais de imagens cerebrais, conhecimentos em genéticas, evoluções em psicofarmacologia. Apesar de os esforços para incluir os avanços no campo das neurociências e da genética, as categorias diagnósticas do DSM-5 continuam recebendo críticas por não traçarem fronteiras biológicas claras ou limites naturais. As categorias continuam heterogêneas, com enorme possibilidade de comorbidade entre os transtornos. A proposta de manter os diagnósticos através das descrições objetivas indica o esforço de realizar uma classificação dimensional tanto dos transtornos de personalidade quanto uma descrição que reúna os transtornos bipolares e esquizofrênicos, cuja dificuldade de diferenciação mantinha-se por décadas. Os dados neurocientíficos, genéticos e epidemiológicos se mostram inconsistentes para ratificar a validade tanto da diferença entre diferentes transtornos quanto o limite entre o normal e o patológico. Ainda assim, o caráter universal fornecido pelo revestimento de cientificidade torna o DSM extremamente difundido pelo mundo. A crítica mais contundente contra a versão mais atual do DSM é justamente esfumegar ainda mais a fronteira entre o normal e o patológico (BRUN *et al.*, 2015).

Deve-se considerar então que a natureza da psicopatologia é necessariamente heterogênea. Não há apenas entidades patológicas discretas, mas também padrões de resposta mal-adaptativas. Resgatando as origens da psicopatologia moderna, Jaspers já indicava a existência de “doenças verdadeiras,” com limites claros entre si e com a normalidade; “doenças circulares,” com fronteiras claras com a normalidade mas não tão claras entre si e os “tipos” que é difícil de diferenciar tanto entre si quanto com a normalidade (JAKOVLJEVIĆ; CRNČEVIĆ, 2012).

2.3 Comorbidade na clínica AD

A influência da lógica de construção diagnóstica do DSM no campo da saúde mental traz à discussão o critério de comorbidade em relação ao uso de álcool e outras drogas. A ampliação da assistência em saúde aos usuários de droga – em especial no Brasil com a implementação dos CAPSad – tem permitido maior acesso a estas pessoas. Dados epidemiológicos

produzidos pelos serviços de saúde mental servem de base para a concepção de que pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas quando apresentam associação a alguma outra comorbidade psiquiátrica costumam apresentar maior sofrimento. O agravamento dos sintomas dos transtornos seria então elemento motivador para maior busca por tratamento quando comparado com usuários de drogas que não apresentem outras comorbidades. Ao mesmo tempo, uma característica apontada por alguns estudos é a de menor adesão ao tratamento, episódios de recaídas mais frequentes e maior gravidade de problemas sociais em decorrência dos transtornos. Uma das dificuldades para o estabelecimento do diagnóstico seria o critério sugerido pelo DSM que prevê período de no mínimo quatro semanas de abstinência do uso de drogas acrescido pela confusão de sintomas produzidos pela intoxicação ou retirada imediata das substâncias (COSTA; OLIVEIRA, 2012).

O DSM-5 propõe a divisão do diagnóstico de Transtorno relacionado a substâncias e o transtorno aditivo em 10 classes distintas, isto é, os transtornos são especificados de acordo com a substância psicoativa em questão do uso. Ainda que estas 10 classes não sejam independentes entre si, o que as organiza em comum é a ativação do “sistema de recompensa” no cérebro do usuário e o diferencial entre as substâncias seria o mecanismo de ativação do sistema de recompensa: “A ativação do sistema de recompensa é intensa a ponto de fazer atividades normais serem negligenciadas” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 481).

Vale ressaltar, no entanto, que em termos de critérios diagnósticos, o DSM-5 sustenta a particularidade dos transtornos associados ao consumo de drogas como independente de outros transtornos mentais. A exceção seria o Transtorno de dependência por jogos por ativar “sistemas de recompensa semelhantes aos ativados por drogas de abuso e produzem alguns sintomas comportamentais que podem ser comparados aos produzidos pelos transtornos por uso de substância” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, p. 481). Atenta-se para o fato de haver a possibilidade de alteração do cérebro sem a ingestão de substâncias químicas. Entretanto, na discussão a respeito do tema, muitas vezes o caminho da bioquímica assume a posição central: “hoje é possível uma melhor compreensão dos mecanismos biológicos e cerebrais envolvidos no surgimento e cronificação da doença, apesar de ainda existirem muitas lacunas a serem descobertas” (CHAIM *et al.*, 2015, p. 257).

Os estudos em psiquiatria discutem os elementos referidos à causalidade da comorbidade nos usuários de drogas a partir da perspectiva de vulnerabilidade genética

comum aos transtornos, a coincidência dos mecanismos de substrato neuronal dos diferentes sintomas, estilo de vida e a automedicação – sobre este último tópico retornaremos adiante nesta Tese. Desta maneira, o tratamento dos usuários comórbidos tem necessidade de incluir estratégias medicamentosas, que incidam em todos os transtornos que se apresentem. Ressalta-se a ideia de alta prevalência com baixo impacto na relação entre o uso de drogas e transtornos como depressão e ansiedade; e baixa prevalência com alto impacto nos casos de associação com transtornos psicóticos e transtornos maiores de humor. A psiquiatria trabalha então com a perspectiva de tratamentos diferentes e independentes no caso das comorbidades: o tratamento pode ser aplicado sequencial ou simultaneamente (COSTA; OLIVEIRA, 2012, p. 141).

Os avanços das neurociências e o modo como o conhecimento científico é divulgado abre o caminho para a construção do cérebro como uma entidade. Nossa proposta neste trabalho não segue na direção de desconsiderar os achados científicos a respeito do funcionamento do cérebro, mas seguimos o alerta de Laurent (2014) de que este reducionismo é efeito de uma falsa ciência.

Assistimos, assim, a construção de uma noção de indivíduo reduzido ao cérebro. Ou, ainda, à própria redução do humano à categoria animal de laboratório. Muito do conhecimento extrapolado ao humano é adquirido primeiro de outros animais, principalmente mamíferos como ratos. A materialidade do corpo humano é equivalente a do rato de laboratório, indicando haver uma relação de continuidade que autoriza e legitima tal redução ao biológico⁸. É válido apontarmos o que tais produções científicas alteram na percepção das pessoas sobre certos fenômenos observados na clínica: um indivíduo reduzido ao cérebro perde o lugar de suposição de existência de um sujeito do inconsciente, condição própria para a clínica e determinante para a posição do analista (VIVÈS, 2012). Freud (1937a/2006, p. 241), ao instituir uma metapsicologia que tinha por objetivo construir instâncias psíquicas [Isso, Eu e Supereu] para articular suas ideias a partir da clínica psicanalítica, não deixa de mencioná-los como uma ficção, isto é, como obras de uma feiticeira: “Metapsicologia da Feiticeira”.

De certa forma, o postergar o encontro com a derradeira causa da experiência psíquica na materialidade do órgão foi proclamado por Freud em diversos momentos (1914/2006;

⁸Como exemplo, destacamos uma passagem de um livro de divulgação científica de neurociências em que a autora afirma: “Pensa que você [leitor] não é, à sua maneira, mais um ratinho de laboratório, [...] experimentando novas músicas, novos drinques, novas marcas de cigarros ou namorados?” (HERCULANO-HOUZEL, 2003, p. 32).

1915/2006; 1940/2006). Freud não foi ferrenho adepto às explicações localizacionistas⁹ enquanto correspondência direta entre psíquico e orgânico como as tentativas de concepção de ideias armazenadas em células nervosas, por exemplo. Conclui: “Nossa topografia psíquica, *no momento*, nada tem a ver com a anatomia; refere-se não a localidades anatômicas, mas a regiões do mecanismo mental, onde quer que estejam situadas no corpo” (FREUD, 1915/2006, p. 179).

A lógica diagnóstica que orienta a psiquiatria, e em certa medida uma das forças constitutivas do campo da saúde mental, tem como efeito a ideia de transtornos autônomos que podem incidir no mesmo indivíduo, em momentos diferentes do tempo ou ao mesmo tempo. A ideia de comorbidade como efeito colateral do DSM autoriza a criação de estratégias que partem desta autonomia dos transtornos. A dificuldade resultante desta lógica diagnóstica aponta para a tentativa de responder à ausência de garantias de uma etiologia para melhor determinar os diagnósticos em psiquiatria através da pulverização do universo da psicopatologia em inúmeros transtornos cada vez mais específicos organizados pela observação clínica e agrupados em categorias descontínuas. Mais uma vez, os estudos das bases biológicas e genéticas dos transtornos mentais ainda não podem indicar marcadores generalistas que sustentem tais transtornos na natureza *per se*. A complexidade do entrecruzamento dos trilhamentos genéticos, a influência do meio ambiente e a plasticidade neuronal impedem o estabelecimento de exames laboratoriais tais quais doenças orgânicas. Os diagnósticos são invariavelmente criações artificiais que tentam organizar certos elementos captados pela observação. A ideia de comorbidade e sua ampla incidência nos serviços de saúde indica que tais quadros comórbidos são mais comuns do que os quadros puros. Ainda que este processo tenha sido debatido nos anos posteriores à publicação do DSM-III, as opiniões dissonantes perderam força – não pelo avanço irrefutável de maior rigor científico no campo da psiquiatria – mas pela inserção dos transtornos nos discursos em uma aceitação passiva tanto por profissionais quanto pelos pacientes. Este fenômeno pode ser lido como a reificação da produção teórica abstrata materializada nos discursos e nos corpos (HYMAN, 2010).

Seguindo nesta mesma direção, destacam-se certas consequências da difusão desta lógica diagnóstica. O aumento gradual e constante de pessoas diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental costuma ser lido de duas maneiras. Uma vertente sociológica discute as

9 Referente às hipóteses neurológicas desenvolvidas pelas descobertas de Wernicke e Broca que correlacionavam certas funções psíquicas a locais específicos do cérebro.

mazelas da dissolução dos laços sociais no atual contexto que se agrava com a exigência de autonomia e aumento de performance por parte dos indivíduos, dificuldade a experiência de si na sociedade contemporânea. Outra vertente de abordagem biologizante dos transtornos mentais reduziria o fenômeno do sofrimento psíquico a desequilíbrios neuroquímicos cerebrais a serem respondidos com a prescrição em larga escala de psicofármacos com intuito de restabelecer tal equilíbrio. Assim, constitui-se uma associação entre o fenômeno do sofrimento e os novos artificios criados pela psiquiatria (tanto medicamentos quanto os instrumentos de classificação dos transtornos mentais) que conduziriam a uma hiperinflação dos diagnósticos. A institucionalização dos transtornos mentais através do trabalho de atores sociais balizados por certos saberes que delimitam suas práticas produz a autonomia deste campo, que passa a reproduzir e reforçar a ideia de que o sofrimento estaria do lado da saúde – em uma concepção individual – em detrimento de outros aspectos da vida. Determinados comportamentos se tornam signo de alterações a serem respondidos pela saúde mental (BRUN *et al.*, 2015).

O problema desta vertente biologizante estaria localizada nos efeitos que a construção de um diagnóstico produziria no campo da realidade. Se um diagnóstico é um artifício que se torna real pela força dos saberes e práticas que o constitui e o reforça, a principal consequência produzida pela lógica dos manuais diagnósticos seria a mercantilização da doença, ou seja, a invenção de uma categoria diagnóstica estaria suscetível a produzir ao mesmo tempo um nicho de mercado a consumir tratamento – sejam práticas, medicações ou reembolsos de planos de saúde ou seguros sociais. Os limites entre o normal e o patológico são agora influenciados por esta indústria do cuidado, cujos objetivos a serem satisfeitos não podem ser ignorados. Novos atores entram em cena neste contexto além dos tradicionais profissionais de saúde mental e a indústria farmacêutica, como as associações de portadores de transtornos mentais que de certa maneira ratificam a existência diagnóstica e cristalizam demanda de cuidado.

2.4 A comorbidade em casos acompanhados no SAD

Os prontuários do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba seguem os padrões determinados pelo Ministério da Saúde, baseados nos diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS). O CID encontra-se em sua décima versão, o

chamado CID-10, estabelecida em 1990 (OMS, 2012). Em junho de 2018, foi publicado CID-11 e estará em processo de validação até janeiro de 2022, quando será adotado oficialmente.

A proposta da OMS era estabelecer um documento que codificasse diferentes condições médicas – patológicas ou não – com intuito de facilitar a comunicação entre profissionais e instituições. No caso específico da psiquiatria, o CID determina uma série de distúrbios que caracteriza o transtorno mental. Os transtornos mentais são categorizados a partir de uma combinação de características de ideias, emoções, comportamentos e relacionamento a objetos e outras pessoas. Apesar de ser o instrumento oficial utilizado pelo poder público brasileiro no campo da saúde, o CID-10 serve apenas como função de nomenclatura, pois em geral os diagnósticos em psiquiatria são elaborados a partir dos critérios do DSM-5 (BREINIS, 2014).

O CID-10 fornece códigos para os diagnósticos organizados por letras do alfabeto acrescidas de números. A letra correspondente aos transtornos mentais é F, indo de 00 a 99. Cada dezena compreende um determinado grupo de transtornos próximos entre si, como F20-9 os transtornos psicóticos, incluindo esquizofrenia e transtornos delirantes; F30-9, os transtornos de humor; F40-9, os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e ansiedade; F60-9, os transtornos de personalidade. O uso abusivo de drogas é previsto na faixa F10-9, em que cada unidade representa uma droga específica e o número 9 remete ao consumo de múltiplas drogas simultâneas. Os diagnósticos de F10, remetem ao consumo de álcool; F11, opiáceos; F12 canabinoides (maconha); F13, sedativos e hipnóticos; F14, cocaína (e *crack*); F15, estimulantes, incluindo cafeína; F16, alucinógenos; F17, tabaco e outros fumos; e F18, solventes voláteis (*tinner*, cola-de-sapateiro) (DATASUS, 2018).

Na instituição, é necessário preencher a hipótese diagnóstica dos pacientes atendidos no Serviço de Recepção e Intercorrência (SRI), principalmente se o paciente for admitido para internação. A hipótese diagnóstica opera como salvaguardada decisão clínica do profissional. É válido ressaltar que no atual contexto da Saúde Mental brasileira os efeitos da lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001) atuam com intuito de proteger o cidadão, sendo determinados três tipos de internação: voluntária, com anuência do próprio indivíduo e seus acompanhantes; involuntária, enquanto determinação do ato médico independente da vontade do indivíduo e/ou seus acompanhantes; e a compulsória, por mando da Justiça. Nos casos de internação involuntária, o Ministério Público deve ser notificado em até três dias como estratégia de supervisão e controle. Em qualquer um dos casos, faz-se necessário uma hipótese diagnóstica.

Os casos acolhidos no SAD passam pela primeira avaliação emergencial por psiquiatra e psicólogo e, se admitidos na instituição, ficam em observação no SRI por tempo médio de dois dias, onde são atendidos diariamente pelos profissionais de plantão. O procedimento padrão prevê período prévio de pelo menos 24 horas de desintoxicação em hospital geral. Esta direção tem por objetivo principal evitar abertura de quadros de síndrome de abstinência ou, ainda, avaliar a remissão de possíveis sintomas psicóticos produzidos pelas substâncias psicoativas. O CID-10 prevê maior precisão ao diagnóstico acrescentando um número ao diagnóstico. Assim, a presença de “.5” junto ao código indica que o indivíduo apresenta uma série de sintomas psicóticos induzidos pelo uso de substâncias psicoativas. Escolhemos como exemplo os diagnósticos mais frequentes na instituição: F10.5 indica presença de sintomas psicóticos associados ao consumo de álcool e F14.5, associados ao consumo de cocaína e *crack*. Teoricamente, estes pacientes não deveriam apresentar sintomas psicóticos em períodos de abstinências superiores a quatro semanas (OMS, 2012).

A especificidade do setor implica que todos os pacientes transferidos ao SAD carregam obrigatoriamente ao menos um diagnóstico da faixa F10-9. Entretanto, o que chama atenção é a profusão de diagnósticos que um único indivíduo pode receber ao longo de seu tratamento psiquiátrico. Destaca-se haver o preenchimento mandatório de algumas informações do prontuário, sendo a hipótese diagnóstica uma delas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002/2013). Justamente por ser mandatório, o profissional médico dificilmente tem condições de estabelecer um diagnóstico fechado, por isto, lança mão do conceito de hipótese a ser comprovada posteriormente. No levantamento de 10 prontuários lidos para embasamento desta pesquisa encontramos grandes variações das hipóteses diagnósticas que se repetem em todos os casos: F10, F14, F60.3, F19, F29, F32, F31. Um caso específico recebeu mais de 10 hipóteses diagnósticas diferentes. Quanto aos referentes dos quadros psicóticos, quando presentes, variam com irregularidade, girando sempre ao redor do indeterminado, F29. Ressalta-se que estes diagnósticos raramente são feitos pelos mesmos médicos em acompanhamento continuado do caso. Em geral, são hipóteses elaboradas em atendimentos pontuais, feitos principalmente na emergência. Esta situação ilustra a problemática presente desde o DSM-III, na medida em que os diagnósticos de manuais deveriam servir para a atividade de pesquisa por estabelecer grupos homogêneos em um determinado recorte limitado no tempo (ZARIFIAN, 1989).

Um dado importante encontrado nos relatos, é o modo como o uso de drogas ocupa quase a totalidade da atenção das diferentes categorias profissionais. Isto significa dizer que a maneira como as entrevistas eram conduzidas, ou, pelo menos, o que delas foi relatado, restringia a escuta do discurso do sujeito ao consumo de substâncias: início, frequência, quantidade, tipo de substância, tempo de abstinência, etc. Ressaltamos um dos casos específicos, acompanhado por alguns anos ambulatorialmente, que não continha nenhum dado sobre a história de vida da paciente. Curiosamente, estes dados só foram colhidos com a entrada de uma equipe de referência para o acompanhamento de usuários de álcool e outras drogas, a antiga ERAD (precursora do CAPSad), cujo interesse ultrapassou a descrição de uso de substâncias.

Neste sentido, o uso de drogas se torna ponto de certeza para a psicopatologia das práticas psiquiátricas cotidianas. Se não conseguimos determinar a causa das alucinações auditivas relatadas pelo indivíduo, quando há consumo de drogas, pode-se inferir à substância. De fato, o consumo de substâncias psicoativas anula o caráter verdadeiro das alterações psicopatológicas em especial no campo da percepção e das ideias. Alucinações e delírios são compreendidos como consequentes das alterações neuroquímicas das drogas no cérebro. O paradigma cerebral se impõe de tal modo a ensurdecer a escuta clínica. Como exemplo, apresentamos um breve fragmento clínico.

Um jovem de 23 anos, procurou atendimento na emergência. Alegando estar em situação de rua devido ao uso intenso de “*pedra*”, pede internação. Nos dias seguintes, as entrevistas giraram ao redor da quantidade de “*pedras de crack*” que o paciente consumia, segundo os relatos em prontuários. Dizia ainda ser perseguido por ter matado “*milhares de policiais*”, mesmo não fazendo parte do tráfico de drogas local. Esta informação foi compreendida como um exagero para ser admitido no hospital. Na passagem de caso, a psicóloga afirma ser uma indicação clara de necessidade de internação para tratar do uso abusivo de drogas. Logo na primeira entrevista no SAD, quando afirma usar “*muita pedra*”, o clínico-pesquisador interroga “*pedra de quê?*” - “*ora, pedra úmida!*”. Segundo o jovem, *pedra úmida* é uma substância que apenas ele encontra pelas ruas. Quando utiliza, tem contato com espíritos, consegue fazer coisas impossíveis, como matar policiais. É curioso notar que a simples menção do significante “*pedra*” como “*droga*” produziu nos psicólogos e psiquiatras entrevistadores uma associação direta – e imaginária – com o *crack*, droga resultante do processo de refino da cocaína e consumida em forma de pequenas pedras. O registro

imaginário produziu uma cristalização de sentido, impedindo que os profissionais de interrogar tal significante e colocá-lo em cadeia. A pedra, no caso, antes de representar qualquer droga, era índice da produção subjetiva singular. Quando no contexto da alta o paciente foi encaminhado para um CAPSII – e não CAPSad –, no encontro com outros pacientes psicóticos, diz ao clínico-pesquisador que ali seria um bom lugar para si, pois “*todo mundo aqui usa pedra úmida.*” Detalhe a ser considerado: tanto familiares quanto o próprio paciente negam qualquer tipo de uso de *outra* droga.

2.5 Diagnóstico em Psicanálise

Os manuais de diagnóstico visam estabelecer os critérios de reconhecimento e agrupamento de sinais e sintomas entendidos como signos de um determinado transtorno mental. A construção diagnóstica por exigir do clínico o discernimento de identificar dentre sinais e sintomas os elementos constitutivos do transtorno em questão não exige este processo de ser intersubjetivo, em que o profissional deve ser um tradutor (PONDÉ, 2018). O aspecto estatístico destes manuais tende a conferir um caráter de universalidade e validade para os transtornos identificados. Nesta mesma direção, o entendimento “ateórico” de organização dos critérios implicaria no esvaziamento da subjetividade do entrevistador para o estabelecimento de um diagnóstico objetivo, se seguidos todos os passos dos manuais. A construção de um diagnóstico em psiquiatria seria um modo de localizar em um nome as alterações apresentadas pelo indivíduo. Este processo de nomeação pode servir para circunscrever o mal-estar em suas mais diversas manifestações. Tal qual na medicina clássica onde o estabelecimento de um diagnóstico serve para identificar e tratar uma doença – e não necessariamente a pessoa doente –, o diagnóstico psiquiátrico acaba por engendrar a ideia de um transtorno como uma doença a ser tratada, como se a dimensão mental fosse desconectada da experiência do sujeito (MAESSO, 2014).

A psicanálise estabelece relação com os diagnósticos vigentes desde sua invenção. Freud inicialmente adentra ao campo clínico tomando como referência o enquadre psicopatológico do final do século XIX. O terreno em que floresciam as hipóteses para o funcionamento psíquico, em especial o funcionamento anormal, era dividido entre diferentes tradições teórico-clínicas. Os ideais anátomo-patológicos do saber médico de então e a

hipótese da degenerescência¹⁰ demarcavam os limites entre o normal e o patológico, tomando a neurose como a inflamação dos nervos (FOUCAULT, 1988).

Em seu percurso, Freud encontrou mestres que divergiam desta perspectiva e buscavam no encontro com o paciente através da escuta clínica os elementos que determinavam o quadro psicopatológico. A histeria era o desafio diagnóstico imposto aos neurologistas do século XIX. Tendo este nome sido cunhado desde os primórdios da medicina, foi no contexto de reflexão em que Freud encontrava-se que tal diagnóstico pode ser desvinculado dos órgãos sexuais femininos. A histeria dizia muito menos respeito ao útero – *hysteron*, em grego – do que a um modo de satisfação das forças que compõem o aparelho psíquico que diz respeito à condição humana (FREUD, 1888/2006). Para sustentar sua tese, não foi aleatória a escolha em ter como um de seus primeiros casos clínicos apresentados e publicados com o título de “Observações de um caso grave de hemianestesia em um homem histérico” (FREUD, 1886/2006).

As bases fundamentais para a teoria psicanalítica foram construídas com as ideias divulgadas por Jean-Marie Charcot (1825-1893). Como afirma Freud (1888/2006), até Charcot a histeria havia sido a *bête noir* da medicina, isto é, um termo maldito e mal compreendido neste corpo de estudos. A histeria, assim, não seria algo novo, mas a atualização de fenômenos que antes eram registrados no campo religioso e místico: “Os pobres histéricos, que em séculos anteriores tinham sido lançados às fogueiras ou exorcizados, [...] estavam sujeitos à maldição do ridículo. Seu estado era tido como indigno de observação clínica, como se fosse simulação e exagero” (FREUD, 1888/2006, p. 77). A inovação feita por Charcot seria, desta forma, certa tomada de posição do saber médico por esse fenômeno, transformando a histeria em um “quadro clínico nitidamente circunscrito e bem definido” (FREUD, 1888/2006, p. 78).

A histeria não era o único diagnóstico que compunha o corpo psicopatológico da época. Neurose obsessiva, fobia, paranoia, confusão alucinatoria e outros termos eram patologias reconhecidas. Mesmo que o problema da causalidade destas doenças fosse motivo de forte debate – como ainda é no contemporâneo – a razão diagnóstica para Freud era fundamental para delimitar as características do funcionamento psíquico, em especial, de acordo com a experiência singular do paciente em questão. Desde o princípio da psicanálise, a construção de um diagnóstico só detinha algum favor clínico significativo se estivesse articulado com a singula-

10 Bénédicte Augustin Morel, psiquiatra francês, publicou em 1857 a obra *Traité de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espece humaine* em que tentava estabelecer a psiquiatria como demais ramos da medicina a partir da ideia das doenças mentais como resultado da degradação dos tecidos nervosos a partir de infrações às leis morais e a falta de cultura. Suas ideias foram propagadas por Valentin Magnan que alargou o espectro a ser considerado da degenerescência por uma concepção de desequilíbrio do conjunto das funções nervosas (OLIVEIRA, 2016).

ridade do caso. Freud (1916/2006) reforça esta ideia ao comparar a psiquiatria à psicanálise, apontando que para estes primeiros a escuta serviria apenas para determinar a doença, de modo que a construção de um diagnóstico errado por um psiquiatra poucas vezes era desmentido, tendo em vista que não fazia diferença na condução do tratamento. Para o psicanalista, por outro lado, um erro diagnóstico significaria um erro na condução do próprio tratamento. A diferença entre os diagnósticos se calcariam na singularidade do funcionamento do aparelho psíquico, como afirma: “Ora, sucede que a paranoia, na sua forma clássica, é um *modo patológico de defesa*, tal como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória. As pessoas se tornam paranoicas diante de coisas que não conseguem tolerar, desde que para isso tenham a predisposição psíquica característica” (FREUD, 1895/2006, p. 254, grifo do autor). A defesa poderia levar a um sintoma histérico ou obsessivo, mas há particularidades constitutivas do aparelho psíquico, principalmente a respeito do recalque e da censura: “o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo para o mundo externo” (FREUD, 1895/2006, p. 256). A característica seria um “abuso” [*Missbrauch*] de um processo normal.

Deve-se salientar a disposição de Freud em aproximar diferentes quadros patológicos em certa relação de continuidade. Ao fazer isto, Freud não defende a hipótese de que todas as doenças são iguais. Pelo contrário, problematiza justamente o próprio estatuto de doença mental. O patológico seria a posição do sujeito frente as exigências da vida – ou “amarga realidade da vida” (FREUD, 1900/2006, p. 594) – impostas a todos. Em outras palavras, o patológico não seria signo do anormal, mas um modo singular de lidar com o insuportável do real. Ainda que Freud tenha iniciado sua pesquisa pela abordagem de patológico encrustado no diagnóstico de histeria, o conceito de inconsciente é generalizável a todos os seres falantes.

O marco inicial da invenção da psicanálise pode ser datado com a publicação da *Interpretação do Sonhos* (FREUD, 1900/2006). O sonho foi a porta de entrada para o inconsciente: sendo manifestação do inconsciente, seu processo de construção é correlato ao próprio conceito de aparelho psíquico. Assim, Freud defende que através da apreensão da lógica dos sonhos – e por isto ele propõe pensar mais o sentido dos sonhos [*Traumdeutung*, como no título original de sua obra] do que sua interpretação o mecanismo que poderia explicar o próprio sintoma. Nesta medida, o patológico seria uma variação do normal e não seu oposto:

O sonho, porém, não é um fenômeno patológico; não pressupõe nenhuma perturbação do equilíbrio psíquico e não deixa como seqüela nenhuma perda de eficiência. [...] Portanto, podemos inferir dos fenômenos suas forças impulsionadoras temos de reconhecer que mecanismo psíquico empregado pelas neuroses não é criado pelo

impacto de uma perturbação patológica sobre a vida anímica, mas já está presente na estrutura normal do aparelho (FREUD, 1900/2006, p. 633).

Estas ideias indicam a particularidade do método psicanalítico. Não basta à psicanálise apenas determinar um nome ou identificar a patologia. Estabelecer as fronteiras de um diagnóstico que o diferenciam de outro está no cerne do próprio ato clínico, de depuração atenta ao modo como sujeito se posiciona frente ao seu desejo inconsciente. Via oposta à lógica diagnóstica produzida pelos manuais estatísticos. Tomando por partida a nosologia, isto é, disciplina científica do campo psicopatológico que tem por objetivo apenas a listagem de sinais e sintomas sem propor qualquer tipo de explicação, a observação e descrição são ferramentas que no máximo serviriam para estabelecer uma estrutura entre estes elementos. Seu foco, assim, é o que está manifesto no fenômeno sintomático. As classificações nosológicas psiquiátricas tomam por referência a distância da média estatística em que um indivíduo se encontra dos desvios-padrões. O universal do diagnóstico é extrapolado a partir da média estatística de uma parcela apreendida pelas pesquisas quantitativas. Os critérios diagnósticos são construídos em relação à epidemiologia médica que delimita o conceito de normalidade como numérica, onde o indivíduo normal é encontrado dentro da curva de um gráfico construído pela apreensão de sua sintomatologia manifesta (BASTOS, 2014).

As características fundamentais da construção diagnóstica em Freud teria função de identificar e diferenciar, resgatando o valor etimológico do termo grego *diagnôstikein*, isto é, ser capaz de discernir e apto a reconhecer. A racionalidade diagnóstica de Freud apontaria então para a necessidade de admitir a exclusão do caso de um todo homogêneo através não de uma simplificação, mas de sua reconstrução a partir do início do percurso do sujeito (LEPOUTRE; VILLA 2016). O diagnóstico articulava constantemente a singularidade do caso individual e a universalidade da sobredeterminação de um tipo nosográfico específico. O problema posto seria pensar a possibilidade de redução deste universal de um diagnóstico à limitação do caso ao caráter idiossincrático de cada situação. Por outro lado, a saída de Freud seria justamente avaliar o que desta idiossincrasia indica o caráter inédito do caso e o que isto ensina sobre o universal do diagnóstico. Como afirma Freud (1892/2006), a nosografia se define pela esquematização dos quadros clínicos com base na prática clínica, que tem como função traçar como a forma individual se delinea em cada caso. Assim,

Certamente é verdade que o *type* [ou diagnóstico, conforme nossa discussão], a descrição completa e característica do caso clínico, *pode* ser encontrado; mas os casos que são de fato observados geralmente divergem do tipo [clínico]: determinados detalhes do quadro estão apagados; esses casos podem ser agrupados em uma ou mais

séries que se afastam do quadro e, por fim, terminam em formas rudimentares, praticamente indeterminadas (FREUD, 1892/2006, p. 176, grifo do autor).

Freud (1892/2006) argumenta haver sempre uma mistura de sintomas em todo quadro clínico. Esta forma mista é a realidade da apresentação dos pacientes no cotidiano da prática clínica. A abordagem freudiana, no entanto, compara tal mistura a uma rocha formada de conglomerados de minerais que se aglutinaram ao longo de uma história de existência. O entendimento das condições que determinaram a composição da rocha exige abordar isoladamente cada um destes conglomerados minerais e analisá-los como uma entidade com história própria para então avaliar a maneira como participaram da constituição da rocha. Esta tomada de posição é correlata ao método psicanalítico que visa o diagnóstico não apenas para identificar, mas para estabelecer a coerência interna da organização subjetiva. Este método é o mesmo atribuído à análise dos sonhos (FREUD, 1900/2006). A formalização de Freud promove um deslocamento terminológico e conceitual entre a entidade nosológica para a organização própria à constituição subjetiva: da histeria para o histérico, da neurose obsessiva para o obsessivo. Neste mesmo sentido, para Freud, o tratamento seria o único método eficiente para assegurar a função de um diagnóstico:

o diagnóstico é tensionado entre os dois polos do mais comum e do mais singular, do mais típico e do mais particular. O típico é o que anterior ao tratamento orienta o diagnóstico do psicanalista, mas é o tratamento que faz surgir as formas individuais que toma a forma típica, permitindo estabelecer firme e rigorosamente o diagnóstico. O tratamento permite uma maneira de a novidade permanecer intacta e ainda fundamentalmente inédita (LEPOUTRE; VILLA, 2016, p. 237, tradução nossa).¹¹

A aposta freudiana em buscar a continuidade entre a organização subjetiva e a entidade clínica é intrínseca ao próprio método psicanalítico. A lógica do DSM pressupõe transtornos verdadeiros, isto é, desordens patológicas que incidem sobre um indivíduo em si mesmo até então normal e o qual, se seguir o tratamento corretamente, pode livrar-se de tal alteração. Há contraste com a noção de transtornos relacionais que são traduzidos pela noção de transtorno de personalidade, ou seja, o patológico se encontra na relação do indivíduo com os outros. Os sintomas nesta abordagem são signos que servem apenas a identificação do mal. Ao contrário, para Freud, a doença não está desvinculada da personalidade. Isto significa dizer que a entidade clínica e a experiência subjetiva se constroem em relação ao endereçamento do

11 No original: “[le diagnostic est effectivement tendu entre les deux pôles du plus commun et du plus singulier, du plus typique et du plus particulier. Le typique est ce qui, préalablement au traitement, oriente le diagnostic du psychanalyste, mais c’est le traitement qui, en faisant surgir les formes individuelles que prend la forme typique, permet d’asseoir fermement et rigoureusement le diagnostic. Le traitement permet cela d’une manière dont la nouveauté reste entière et encore fondamentalement inouïe (LETROUPE ; VILLA, 2016, p. 237).”

sujeito ao outro. Assim, para a psicanálise, o sintoma expressa o sofrimento enquanto constitutivo do próprio sujeito. Por este motivo, Lacan (1966a/1998) afirma que o sintoma deve ser interpretado na ordem do significante, isto é, remetido à verdade do sujeito e sendo o que representa o sujeito para outro significante, encontra-se em cadeia, nunca isolado ou unívoco.

Diferentemente do signo, da fumaça que não existe sem fogo, fogo que ela indica com o apelo, eventualmente, de que seja extinto, o sintoma só é interpretado na ordem do significante. O significante só tem sentido por sua relação com outro significante. É nessa articulação que reside a verdade do sintoma. O sintoma tinha um ar impreciso de representar alguma irrupção da verdade. A rigor, ele é verdade, por ser talhado na mesma madeira de que ela é feita, se afirmarmos materialisticamente que a verdade é aquilo que se instaura a partir da cadeia significante. (LACAN, 1966a/1998, p. 235).

Quando Freud incita à busca de uma historicidade do sintoma, leva em consideração a dimensão da transferência enquanto necessária ao próprio tratamento analítico. O conceito de transferência – um dos conceitos fundamentais da psicanálise – inicialmente diz respeito ao funcionamento do aparelho psíquico. Ainda em 1900, Freud define o psiquismo como o próprio inconsciente. Nesta medida, as outras instâncias que compõem o aparelho psíquico – neste momento inicial de sua obra o consciente e o pré-consciente – são partes alteradas no encontro com a realidade, mas ainda submetidas à sua ação. Entendendo o sonho como a via régia de acesso ao inconsciente, seria produto da relação entre os pensamentos oníricos latentes e sua distorção compreendida como os pensamentos manifestos pelo sonho. Assim, os pensamentos oníricos propriamente inconscientes obedecem aos mecanismos primários.

Portanto, parece plausível supor que, no trabalho do sonho, está em ação uma força psíquica que, por um lado, despoja os elementos com alto valor psíquico de sua intensidade e, por outro, *por meio de sobredeterminação*, cria, a partir de elementos de baixo valor psíquico, novos valores, que depois penetram no conteúdo do sonho. Assim sendo, ocorrem *uma transferência e deslocamento de intensidade psíquicas* no processo de formação do sonho, e é como resultado destes que se verifica a diferença entre o texto do conteúdo do sono e o dos pensamentos do sonho (FREUD, 1900/2006, p. 333, grifo do autor).

Estas são as bases fundamentais do inconsciente psicanalítico: não sendo mera característica da atividade cerebral, tampouco restos de uma função consciente superior, Freud rompe com a ideia da atividade psíquica restrita ao interior do corpo de um indivíduo. Esgarçando as fronteiras de dentro e fora, normal e patológico, Freud propõe uma outra concepção ética para a transferência. Supondo um “umbigo do sonho” como ponto último possível da associação livre manifesta no sintoma como a impossibilidade de sua extinção pelo caráter substitutivo frente a experiência constitutiva da perda do objeto de satisfação, o inconsciente atua permanentemente. E o analista está implicado aí.

Um importante ensinamento extraído da prática hipnótica concerne à posição do clínico ao operar a técnica. Freud (1888/2006) alerta que todo clínico que deseja utilizar a hipnose deve fazê-lo com a segurança da eficácia da técnica. O ceticismo ou a baixa expectativa pode levar o hipnotizador a expressar por sua voz ou gestos a produzir seus fracassos. Do mesmo modo, Freud (1888/2006, p. 90) alerta que se deve “ter a cautela de não revelar com demasiada clareza o interesse, na qualidade de médico, por sintomas histéricos de pouca gravidade, a fim de não incentivá-los”. O conceito de transferência será elevado a estatuto de condição própria do trabalho analítico, uma vez que o clínico é incluído na dinâmica psíquica do sujeito ao ser investido em uma das “séries psíquicas que o paciente já formou” (FREUD, 1912b/2006, p. 112). A transferência entra em cena quando surgem associações que visam conciliar o confronto entre as “exigências” das resistências e do “trabalho de investigação” (FREUD, 1912b/2006, p. 115) – parte do material do complexo é transferido ao médico, possibilitando a associação seguida, superando alguma resistência ou melhor, “a ideia transferencial penetrou à consciência à frente de quaisquer outras associações possíveis, porque ela satisfaz à resistência” (FREUD, 1912b/2006, p. 115).

Ainda que o fenômeno da transferência não tenha sido criado pela psicanálise, pois é inerente à própria neurose, ou melhor, à condição de falasser¹², há uma particularidade em seu manejo. Ao psicanalista é reservada à condição fundamental para um tratamento possível a realização de um ato paradoxal para a instauração da transferência: deve esvaziar-se de sua pessoa para atingir o estado de atenção flutuante de modo a ouvir as associações das palavras enunciadas pelo paciente endereçadas ao analista no lugar que lhe é reservado nos complexos inconscientes. Deste modo, saindo do lugar ativo da dominação hipnótica, o analista assume seu lugar de objeto de transferência sobre a qual constitui-se uma nova forma de afecção psíquica, que seja, a neurose de transferência. Ressalta-se que a radicalidade de Freud em entender o próprio processo analítico tendo como condição a criação de um novo estado patológico artificial determina a transferência enquanto campo onde o conflito psíquico deverá ser combatido, evocando assim a urgência da presença: “Pois quando está tudo dito e feito, é impossível destruir alguém *in absentia* ou *in effigie*.” (FREUD, 1912b/2006, p. 119).

A originalidade do método psicanalítico é promover a investigação científica – e diagnóstica – através da própria ação terapêutica. Não há para a psicanálise a possibilidade de es-

12 Miller (2016) propõe o falasser como uma metáfora de substituição de um conceito lacaniano para o inconsciente freudiano.

tabelecer o diagnóstico sem levar em consideração o endereçamento do sujeito e a transferência separados do processo terapêutico. Do mesmo modo, é inconcebível pensar a “história da doença” separada da “história do doente.” Se a psicanálise é uma clínica sob a transferência, ela também pode ser pensada como uma psicopatologia da transferência (LEPOUTRE; VILLA, 2016).

A ideia de psicopatologia da transferência não deixa de ter relações com a própria concepção de Freud sobre a psicopatologia. Sua abordagem aos sintomas neuróticos permitiu conjecturar a universalidade do inconsciente presente nos fenômenos produzidos pela experiência humana. Este argumento é o que autoriza Freud (1901/2006) a pensar uma psicopatologia da vida cotidiana: os fenômenos mais corriqueiros do dia-a-dia obedecem a mesma lógica inconsciente dos sintomas neuróticos. A produção psicopatológica não é meramente individual, manifestação de uma doença como entidade física. A psicopatologia freudiana versa sobre a relação do indivíduo com o outro, na impossibilidade de uma relação harmônica ao mesmo tempo que é em relação ao outro que a experiência egoica se constitui:

Portanto, meus pensamentos são perpassados por uma corrente contínua de “autoreferência” da qual, em geral, não tenho nenhum indício, mas que se denuncia através desses exemplos de esquecimentos de nomes. É como se eu estivesse obrigado a comparar comigo tudo o que ouço a respeito de outras pessoas; como se meus complexos pessoais fossem postos em alerta todas as vezes que tenho notícia de outra pessoa. É impossível que isso seja uma peculiaridade individual minha; deve conter, antes, uma indicação da maneira como entendemos o “outro” em geral. (FREUD, 1901/2006, p. 42).

Para Freud (1915/2006), o analista não é uma presença neutra como pressupõe o ideal científico de seu contexto, mas ele próprio é constitutivo para a abertura do inconsciente no processo analítico. Assim, este é um dos caminhos que Freud (1917b/2006) se utiliza para pontuar a especificidade da psicanálise em contraste com a psiquiatria. A começar, a psiquiatria, ao tentar reproduzir o ideal científico da medicina, ignora a experiência subjetiva em detrimento da etiologia da doença. A descrição sintomática e a organização em síndromes não se articula necessariamente com os aspectos subjetivos do portador da doença. Naquela época, bastava reconhecer o diagnóstico e supor uma causa hereditária. O lugar de neutralidade do psiquiatra que não dispunha de um método de pesquisa objetivo também servia como argumento para não debruçar-se sobre a constituição subjetiva do fenômeno. Freud então diferencia a psicanálise da psiquiatria através de uma analogia:

A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre

essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro. Atualmente, como sabem, a anatomia é considerada por nós como fundamento da medicina científica. Houve, todavia, época em que era tão proibido dissecar um cadáver humano, a fim de descobrir a estrutura interna do corpo, como hoje parece ser o exercício da psicanálise, esclarecer acerca do mecanismo interno da mente. É de se esperar que, em futuro não muito distante, perceber-se-á que uma psiquiatria cientificamente fundamentada não será possível sem um sólido conhecimento dos processos inconscientes profundos da vida mental. (FREUD, 1917b/2006, p. 262).

Freud certamente não foi fortuito em sua predição: a psiquiatria insistiu com seu objeto em seu campo sem precisar dos métodos analíticos para estabelecer os processos inconscientes. A via pelas neurociências garantiu sua autonomia da psicanálise ou de qualquer outra abordagem psicológica ao preço de estar a um passo de ser absorvida pela neurologia. Se no passado a etiologia estava na hereditariedade, atualmente está nas alterações neuroquímicas e marcadores genéticos, sem qualquer relação necessária à experiência subjetiva.

2.6 Diagnóstico estrutural para Psicanálise

Freud (1913a/2006) instituiu o tratamento psicanalítico como tendo início nas entrevistas preliminares. Este primeiro tempo é de extrema importância por colocar em cena os elementos que já demarcam a demanda do sujeito e as possibilidades de transferência. Com isto, entende-se que a transferência se constitui no processo do sujeito incluir o analista em seu sintoma, calcado nos clichês estereotipados com pessoas importantes do passado, em especial, da infância. Nesta medida, a transferência é a via de acesso à estrutura do que está em causa no sintoma do sujeito.

A condução de uma análise ocorre a partir da transferência e a delimitação da estrutura. Isto significa dizer que diferenciar o modo como sujeito se situa frente ao seu desejo e seu gozo e a maneira pelo qual endereça-se ao analista. Para Freud (1924/2006), identificar a estrutura era importante para reconhecer os próprios limites da análise, como chegou a afirmar que pacientes psicóticos, em especial, esquizofrênicos ou parafrênicos, pouco teriam a beneficiar-se do tratamento analítico. Lacan (1957-58/1998) ratifica a importância do diagnóstico estrutural e ainda demarca a justa possibilidade de tratamento das psicoses.

O termo estrutura remete aos fundamentos de uma construção, o que sustenta algo de pé. Tomar como fundamento é o que permite aproximar elementos diversos, desprovidos de suas alegorias. Este conceito é consagrado no campo acadêmico desde da sociologia de E. Durkheim (1858 – 1917); na linguística com F. Saussure (1857 – 1913) e R. Jakobson (1896 – 1998); e na antropologia de C. Lévi-Strauss (1908 – 2009). Estes dois últimos tiveram grande

influência em Lacan, pela concepção de linguagem como signo e significante e as figuras de linguagem; e as estruturas elementares de parentesco com a universalidade da interdição ao incesto, respectivamente. A entrada de Lacan no campo psicanalítico pode ser localizado na comunicação do texto “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise” (1953). Sua proposta é fazer a retomada da noção de estrutura no campo psicanalítico em particular para extrair a noção de inconsciente estruturado como linguagem (MARTINHO, 2012).

A estrutura em questão é a aquela da linguagem. Partindo do sonho, Lacan (1966c/2003) acentua que sua tradução acontece por um jogo de palavras que em si não significam nada, mas no contexto da associação podem chegar ao trocadilho, ou seja, a produção de sentido. A associação não é livre, mas uma “lei das palavras” (LACAN, 1966c/2003, p. 227) com uma lógica radical que lhe é própria. O inconsciente está estruturado como linguagem na medida em que a própria linguagem é uma estrutura. E, ainda, o inconsciente é o discurso do Outro. Com isto, Lacan reforça que o sujeito para psicanálise nasce de um banho de linguagem, constitui-se em função de um Outro que o determina pela introdução forçada no campo da linguagem. Ao mesmo tempo, o próprio sujeito, impossível de ser determinado por um único significante, é o que escapa à determinação totalitária do Outro: “Se mantenho o termo sujeito em relação ao que essa estrutura constrói, é para que não persista nenhuma ambiguidade quanto ao que se trata de abolir, e para que isso seja abolido, a ponto de seu nome ser rededicado àquilo que o substitui” (LACAN, 1966c/2003, p. 231).

O pensamento de Lacan, no entanto, não se reduz ao movimento estruturalista. É justamente sua concepção de sujeito em relação à estrutura que a diferença se radicaliza. O sujeito é efetivamente afetado pela estrutura que obedece à lógica de divisão do sujeito pelos significantes que determinam o gozo do sexo, de onde advém como desejo. O corte da cadeia significante estrutura o sujeito como descontinuidade do real, constituído dos furos do sentido de seu discurso. Do mesmo modo, o registro do real é aquilo que resiste a toda simbolização, de modo a apresentar-se como impossível mas sem deixar de impor-se (MARTINHO, 2012).

O que Lacan (1960/2008) propõe não é a definição do conceito de sujeito, de um sujeito identificável a si. Pelo contrário, o conceito é sua própria subversão. O sujeito não se reduz a sua condição de sujeito do conhecimento do mesmo modo que a psicanálise não funda sua prática neste conhecimento. Ainda que o sujeito tenha relação com o saber, é do saber não sabido, do saber que escapa como próprio inconsciente que se trata. “O inconsciente, a partir de Freud, é uma cadeia de significantes que em algum lugar (numa outra cena, ele escreve) se re-

pete e insiste, pra interferir nos cortes que lhe oferece o discurso efetivo e na cogitação que ele dá forma” (LACAN, 1960/1998, p. 813).

A psicanálise não opera de outro modo que não seja no próprio corte, na barra que separa significante e significado, na medida em que é neste hiato que o sujeito pode advir enquanto não redutível ao sentido e sendo sempre representado entre ao menos dois significantes. Esta é descontinuidade do real que encontra na escuta analítica uma possibilidade de tratamento. Com isto, o conceito de sujeito está atrelado ao conceito de Outro. O sujeito pode comparecer em relação a sua própria demanda porque o indivíduo endereça-se ao Outro. Convém lembrar que quando Lacan (1960/1998) desvela um sujeito em relação ao Outro enquanto um lugar marcado pela escansão, deve-se pensar que no tratamento analítico há do lado do clínico a suposição de um sujeito a advir. O paciente por sua vez deposita no Outro a suposição de saber sobre seu sofrimento. O encadeamento entre sujeito e Outro nunca cessa de estar na ambiguidade e no mal-entendido próprio à linguagem. A estrutura da linguagem, então, está no campo do Outro. A submissão do sujeito ao significante que recebe implica um circuito que não se fecha senão na escansão própria onde o sujeito é antecipado. Este Outro que, em certa medida, configura lugar de mestria, não se sustenta pois é o próprio sujeito sua descontinuidade. Assim, no que se trata da fala endereçada, como mensagem, que o “sujeito se constitui, uma vez que é do Outro que o sujeito recebe sua própria mensagem que emite” (LACAN 1960/1998, p. 821).

Nesta dialética, situa-se o desejo. A psicanálise, desde sua fundação, traz à cena do desejo, em sua dimensão inconsciente. O sintoma não é apenas experiência de um indivíduo que sofre. O próprio sofrimento estabelece relação com esta mensagem endereçada ao Outro. O sofrimento implica o Outro quando evoca o descompasso entre a necessidade e a demanda, onde organismo se transforma em corpo. O desejo do ser falante é sempre desejo do Outro – do Outro e pelo Outro. O sujeito ignora a causa de seu desejo, uma vez que é como Outro, como alteridade de si, que ele deseja. Assim, o desejo, fundamental em toda prática clínica, não é sem o Outro e sempre implica quem quer que ocupe o lugar de escuta: “Não é uma experiência pura. É uma experiência realmente estruturada por algo de artificial que é a relação analítica, tal como é constituída pela confissão que o sujeito vem a fazer ao médico, e pelo o que o médico faz dela”(LACAN, 1955-56/2008, p. 16-7).

Por artificial, Lacan não se refere ao falso. A ideia de estrutura implica um sistema de relações em que um modelo é capaz de descrever um fenômeno. Não visa apreender por com-

pleto à realidade, mas os modelos construídos a partir destes fenômenos. A estrutura não existe como realidade, mas, ultrapassando o fenômeno, tenta explicá-la (PONTES; CALAZANS, 2017). Do mesmo modo, a função classificatória da linguagem objetiva controlar a diferença através da criação de classes, ou seja, modos de organização dos modelos que tentam explicar a realidade. As classes operam pela lógica da inclusão e exclusão no processo de diferenciação onde a determinação de x estabelece também o $não-x$. O processo classificatório é permanente e sua meta infinita, uma vez que algo de indeterminado sempre escapa. O modo de diagnóstico clássico prevê o enquadramento do individual numa classe ao qual atribui uma identidade bem definida. A psicanálise, por outra via, aguça sua escuta para a singularidade do caso, justamente onde a angústia se manifesta na redução do sujeito a uma identidade cerrada. A práxis psicanalítica traz à cena o embate entre o universal do diagnóstico e o singular do sujeito (MILENE; ALTOÉ, 2012).

É justamente por ocupar o lugar do Outro no início do tratamento que todo clínico é colocado no lugar de Sujeito Suposto Saber pela demanda do sujeito. O analista opera então de modo singular, que o diferencia de outras abordagens terapêuticas. Não acreditando na esparrela desta demanda, que é sempre de amor, orientado pelos pontos de desconhecimento do desejo pelo próprio sujeito, faz seguir a cadeia significante, onde os cortes permitem outras associações que, não tão livres assim, são índices das determinações do sujeito. Seja neurótico ou psicótico, o que se desenrola no Outro, articula-se como discurso. O posicionamento do sujeito frente a presença do significante no Outro já diferencia o que diz de uma estrutura em relação a sua demanda (LACAN, 1960/1998).

O conceito de estrutura clínica no início do percurso de ensino de Lacan, tal qual a ideia de primazia do significante, encontra no registro simbólico sua importância. A diferença entre as estruturas se dava fundamentalmente pela presença ou ausência de um significante fundamental. O significante Nome-do-Pai enquanto o que vem a responder o enigma do desejo da mãe atua com elemento mediador entre sujeito e Outro. Remetido à significação fálica, isto é, ao significante falo, significante cuja função se estabelece justamente por sua função de símbolo ao presentificar a ausência do significante derradeiro. Assim, a diferença fundamental entre as estruturas seria o modo de incidência do Nome-do-Pai. Na neurose, daria o subsídio para o recalçamento, fazendo-se presente nas formações do inconsciente como sintoma enquanto inscrições simbólicas do desejo. Na psicose, sua foraclusão, isto é, a ausência que faz retornar o Nome-do-Pai de fora, de onde as formações do inconsciente estariam muito mais

no registro do imaginário e do real, ou seja, a céu aberto sem o velamento simbólico (LACAN, 1957-58/1998).

No decorrer de seu ensino, tal preponderância do registro simbólico perde força e Lacan trata da pluralidade dos nomes do pai e de diferentes modalidades de gozo. A perda da primazia de um significante sobre os demais implica que qualquer significante pode vir a servir, resgatando a definição de significante o que represente o sujeito para outro significante. Assim, o lugar do Outro, ainda que fundamental na constituição subjetiva, não é consistente e é o próprio sujeito, em seu caráter fugidio, que descompleta o Outro.

Que o grande A [Outro] como tal tenha em si essa falha, decorrente de não podermos saber o que ele contém, a não ser seu próprio significante, é a questão decisiva na qual desponta o que ocorre com a falha do saber. Na medida em que é do lugar do Outro que depende a possibilidade do sujeito, no que ele se formula, é das coisas mais importantes saber que o que o garantiria, ou seja, o lugar da verdade, é, em si, um lugar vazado (LACAN, 1968-69/2008, P. 58).

A diferença entre o diagnóstico psiquiátrico e o psicanalítico reside no lugar suposto ao sujeito da experiência. O diagnóstico da psiquiatria obedece ao projeto totalizador da ordem classificatória da linguagem, supondo uma entidade nosológica autônoma identificada a um nome ou rótulo. A fala do indivíduo serve apenas como signo a ser enquadrado na listagem de sinais e sintomas que, agrupados, tornam-se critérios para um diagnóstico ou outro. O saber está do lado do clínico, que submete o indivíduo a um nome. O fenômeno clínico é tomado por si, como signo, unívoco em sentido, dependente da leitura do profissional que o colhe como tal. Isto explicaria o motivo de um único paciente em uma mesma instituição pode receber mais de dez diagnósticos diferentes e muitos deles contrastante entre si [vide sessão 3.3].

Para psicanálise, o diagnóstico estrutural é o que permite ir além do fenômeno ao não reduzir o sujeito a um único significante. O saber está do lado do sujeito na medida em que o tratamento psicanalítico se envereda como a própria produção do saber como um ato de pesquisa. O diagnóstico estrutural serve para dirigir o tratamento e não o paciente (LACAN, 1958a/1998), na medida em que o ato analítico se institui como uma incitação ao saber. A condução é em direção à verdade sempre atrelada ao desejo. E o desejo é a marca fundante da singularidade do sujeito (LACAN, 1968-69/2008). Com isto, o fenômeno do uso de drogas não pode ser reduzido a um diagnóstico próprio como uma patologia. Pelo contrário, deve ser lido como um fenômeno articulado em uma estrutura que não se reduz apenas ao indivíduo mas inclui seu endereçamento e sua inserção em certo lugar (familiar e social). Ou seja, a fala

do indivíduo é ela própria a possibilidade de constituição do sujeito, que comparece nas falhas do discurso, nas escansões onde o inconsciente se manifesta como saber.

CAPÍTULO III – O RECURSO ÀS DROGAS NA CLÍNICA DAS PSICOSES

As práticas de cuidado organizadas pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se tensionam com as questões a respeito de diagnóstico. O que orienta a construção de um Projeto Terapêutico para um psicótico usuário de drogas em um CAPS ou um CAPSad? Em nosso campo de trabalho, a questão se coloca a respeito do que orienta a internação da pessoa em uma enfermaria especializada ou em enfermaria de agudos. Versa-se assim a importância de trazer à discussão a articulação possível entre a clínica das psicoses e a clínica da toxicomania. A clínica e a teoria psicanalítica contribuem para o debate em contexto polarizado entre o reducionismo biológico da psiquiatria e as práticas de base comunitária que norteiam a atenção psicossocial. Em ambos os casos, é possível interrogar o risco de escamotear a singularidade dos caminhos da experiência do sujeito na medida em que ambas direções estabelecem um universal como objetivo final, seja pela remissão sintomática ou pela boa inserção social. Ambas terapêuticas se aproximam no entendimento de um indivíduo bem adequado às normas sociais. A leitura estrutural da psicose proposta pela psicanálise propõe teorizar outras possibilidades no tensionamento com a psiquiatria e as práticas em saúde mental (TENÓRIO; COSTA-MOURA, LO BIANCO, 2017).

3.1 Psicanálise e toxicomania

O uso de drogas não se configurou como fenômeno clínico em destaque nas obras de Freud e Lacan. Ainda que Freud (1898/2006) tenha inicialmente estabelecido o uso da cocaína como tema de pesquisa em neurologia ou como instrumento de tratamento nas neuroses, a originalidade do método psicanalítico o levou a abandonar a centralidade da substância química como questão para a psicanálise. Freud propôs discutir as drogas – com maior destaque às bebidas alcoólicas – em momentos pontuais de sua obra. Desde sua hipótese inicial de pensar o alcoolismo como substituto ao vício em masturbação (FREUD, 1898/2006) até a tese original das substâncias inebriantes como uma das vias de tentativa de resolução do mal-estar na civilização (FREUD, 1930/2010), a droga pode ser compreendida como uma construção secundária ao problema imposto pela pulsão.

No contexto de suas primeiras publicações, Freud (1897/2006) pressupõe um aparelho psíquico cujo funcionamento traduziria certos estímulos externos ou internos ao próprio organismo que demandam resolução através de ações específicas para realizar a descarga energética necessária para manter certo equilíbrio. As necessidades fisiológicas produziriam um aumento da tensão no organismo produzindo desprazer e seu alívio, prazer. Nesta medida, funções tais como fome e sexualidade seriam essas forças motrizes capazes de gerar desprazer. Nas neuroses, o problema consistiria em um excesso de sexualidade precoce na vida do indivíduo que impede o trabalho de tradução do aparelho psíquico, levando o excesso de energia a ser convertido em ataque de angústia. O aparelho psíquico falharia em distribuir esta energia: “‘traços de memória são ineficientes para absorver a quantidade sexual liberada, que deveria transformar-se em [libido]” (FREUD, 1897/2006, p. 279). O recurso para lidar com este excesso de energia é o recalque, compreendido como uma “falha na tradução” (FREUD, 1897/2006, p. 283), que produziria por consequência o sintoma na medida em que a ideia é retirada da consciência e o afeto é convertido em ação no corpo.

Freud (1898/2006, p. 323) entende que o sintoma é efeito do distúrbio sexual, em especial a masturbação. O recalque das práticas masturbatórias da infância leva a produção de uma fantasia inconsciente que insiste em apresentar-se sob a forma disfarçada do sintoma como retorno do recalcado. Assim, a primeira concepção de Freud das toxicomanias tomava masturbação como referência a um “vício primário” (FREUD, 1897/2006, p. 262). Em sua argumentação posterior, Freud (1908/2006) estabeleceu de maneira mais clara a dimensão tóxica posta nas toxicomanias não na substância química, mas na sexualidade e na pulsão, pois “os distúrbios (sintomas), com efeito seja no funcionamento somático, seja no mental, parece, ser de natureza *tóxica*, comportando-se da mesma forma que os fenômenos que acompanham o excesso ou a escassez de certos tóxicos nervosos” (FREUD, 1908/2006, p. 172, grifos do autor).

Pode-se ler uma especificidade do recurso ao uso de drogas que diferencia-se da produção sintomática. Freud (1917a/2006) localiza a partir da apresentação de um quadro maníaco decorrente do uso de álcool, um estado produzido pela suspensão de grande dispêndio de energia psíquica que promove a satisfação. Na embriaguez, tal suspensão é produzida pela ingestão da substância tóxica. Os mecanismos da intoxicação atuam através de uma supressão [*Unterdrückung*] do dispêndio psíquico resultante das pressões das forças psíquicas censoras. Diferente do recalque [*Verdrängung*], a supressão é uma passagem por baixo, isto é, um processo que ocorre sem qualquer tipo de elaboração psíquica, ao nível simbólico, tal qual no recalque. Ressalta-se que o recalque, como operação psíquica, é sempre

falho quanto ao excesso de regulação da instância psíquica que opera a censura – o Supereu –, assim, o ato toxicômano corresponderia a uma tentativa de lidar com os efeitos do retorno do recalçado. De certo modo, o consumo excessivo e crônico de drogas é uma tentativa de desembaraçar-se da verdade implicada no sintoma e não se apresenta como formação de compromisso entre o Isso e o Eu. Este é o motivo para que a satisfação tóxica que o bebedor encontra no vinho seja mais harmoniosa do que as relações amorosas. Não há para bebedor necessidade de trocar de parceiros sexuais, mantendo-se fiel à garrafa e estabelecendo um “modelo de casamento feliz” (FREUD, 1912a/2006, p. 194).

A felicidade deste casamento repousa no ganho associado ao fato de não sentir a necessidade de trocar de objeto de amor ou de procurar certo tipo específico de bebida que crie obstáculos para aumentar a satisfação. O problema, no entanto, é que a pulsão ser “desfavorável à realização da satisfação completa.” (FREUD, 1912a/2006, p. 194) Esta ideia é radicalizada no texto *Mal-estar na civilização* (1930/2010) onde afirma que “nossas possibilidades de felicidade sempre são restringidas por nossa própria constituição” (FREUD, 1930/2010, p. 84). O uso de substâncias psicoativas seria uma das medidas paliativas contra o mal-estar intrínseco à própria vida em civilização: as drogas permitiriam o indivíduo tornar-se insensível ao sofrimento através da incidência direta sobre o corpo. Esta medida, ao contrário da ideia de um casamento feliz, põe em cheque a impossibilidade de dissolução do mal-estar pela bebida: seu consumo pode tornar-se problemático, o indivíduo mantém-se restrito a uma única forma de gozo, o que, no fim das contas, é lamentável por ser “desperdício de uma grande cota de energia que poderia ser empregada para o aperfeiçoamento do destino humano” (FREUD, 1930/2010, p. 86).

As primeiras contribuições de Lacan ao tema da toxicomania podem ser localizadas nos textos anteriores ao início de seus *Seminários*. No artigo “Os complexos familiares na formação do indivíduo”, Lacan (1938/2003) associa o problema da toxicomania ao complexo de desmame e sua função traumática constitutiva do indivíduo. Destaca ser característica da espécie humana o atravessamento da cultura nas relações sociais e uma “economia paradoxal dos instintos” (LACAN, 1938/2003, p. 29). O paradoxo é efeito da incidência da cultura sobre o organismo, em relação à comunicação e à representação simbólica da realidade. O complexo de desmame é ao mesmo tempo singular e geral e, associado ao trauma, tem consequências individuais identificadas nas “anorexias nervosas, toxicomanias pela boca e neuroses gástricas” (LACAN, 1938/2003, p. 37). Haveria nesta tendência uma direção para morte, tal qual Freud (1930/2010) delimitara como pulsão de morte.

Podemos ainda amarrar as referências posteriores de Lacan lastreadas pela discussão a respeito das influências da ciência na economia de gozo. Se o discurso da ciência é o que institui o sujeito de que vai tratar a psicanálise, isto é, por sua forclusão e seu retorno pela via do sintoma e do desejo; o gozo também é foracluído. Lacan (1966b/2001), em um discurso endereçado a médicos, indica o lugar da psicanálise na medicina pela dimensão ética implicada no gozo, que os médicos parecem ter esquecido. Pensa esta questão por duas vias, a da demanda do sujeito endereçada ao médico e a do corpo como lugar de gozo. A submissão da medicina à ciência promoveu uma mudança na função do médico, destituindo seu ato do lugar de autoridade simbólica para prescritor de drogas e exames. A demanda ao médico não é necessariamente pedido de cura no sentido de mudança da economia de gozo, mas de colocar à prova o médico para ratificar-se em sua condição de doente. Inclui-se aí o consumo de objetos produzidos pela ciência que incidem sobre o próprio corpo, tal qual na problemática das prescrições de ansiolíticos e outros medicamentos psicotrópicos. Lacan (1966b/2001, p. 9), no entanto, alerta para o manejo possível desta demanda, pois “no momento em que qualquer um que seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que deseja”.

A clínica no contemporâneo é marcada por uma mudança na função do sintoma, da queixa do sujeito endereçada, pois é através da renúncia ao gozo que o saber se engendra (SILVA, 2018). Em Freud, o sintoma, em especial o sintoma histérico, é um símbolo que se impõe ao sujeito como formação de compromisso e manifestação do conflito entre desejo e sua verdade, ou seja, uma mensagem cifrada que demanda interpretação. O sintoma para a medicina capitaneada pela ciência serve apenas como uma nova forma de nomeação. A toxicomania se torna paradigmática para as novas formas de sintoma. Como efeito do discurso da ciência, os problemas associados ao uso abusivo e crônico de drogas se apresentam como tentativa do sujeito desembaraçar-se da verdade implicada no sintoma. A potencialização do efeito tóxico das substâncias operada pela ciência não deixa de ser busca para exclusão dos efeitos do gozo no corpo, onde o sujeito tenta atingir um estado de autonomia, como um gozo autístico (FERREIRA, 2018).

Lacan (1968-69/2008) prossegue em seu ensino demarcando as formulações do campo do gozo e as possibilidades de seu ordenamento no laço social. De fato, gozo e laço social estão implicados na medida em que há uma exigência de renúncia de gozo sob efeito do discurso. O laço social é, ele próprio, efeito do discurso que impõe certo modo de abdicção de gozo para sua recuperação de outro modo. Neste sentido, Lacan introduz o conceito de mais-de-gozar como “aquilo que permite isolar a função do objeto *a*” (LACAN, 1968-

96/2008, p. 19). O objeto *a* enquanto objeto causa de desejo, objeto faltoso, que justamente falta ao sujeito e ao Outro, é elevado a outro patamar com a relação intrínseca entre a ciência e o capitalismo de tal modo que “o capitalismo reina porque está estreitamente ligado à ascensão da função da ciência” (LACAN, 1968-69/2008, p. 233).

Se a perda de gozo implica sua recuperação em outro nível como mais-de-gozar, essa recuperação de gozo será potencializada pela injeção ao consumo que o mercado induz. Este consumo satisfaz por um tempo a urgência de gozo ao mesmo tempo que acentua a falta-a-ser preenchida pela crença na satisfação com novas mercadorias. A insatisfação constitutiva do desejo humano se transforma em insatisfação produzida, incentivada e comandada pelo mercado que exige a permanente satisfação. O mercado então é possível pela homogeneização dos saberes no ato operado pela ciência moderna. A ciência oferece a unidade de valor que permite tomar os objetos muito mais em seu valor simbólico de uso do que troca:

O próprio processo pelo qual a ciência se unifica, no que ela extrai seu nó de um discurso consequente, reduz todos os saberes a um único mercado. É essa a referência nodal quanto ao que estamos interrogando. É a partir dela que podemos conceber que também existe alguma coisa que, embora enumerada por seu verdadeiro valor de saber, segundo as normas que se constituem do mercado da ciência, é obtida de graça. Foi a isso que chamei de mais-de-gozar (LACAN, 1968-69/2008, p. 40).

Assim, Lacan (1970/2003) indica a redução do objeto *a* não mais como objeto causa-de-desejo, mas como modo de gozo específico entre a junção do discurso da ciência com o capitalismo, na medida em que restrito a *gadgets* “os pequenos objetos a que vão encontrar ao sair, no pavimento de todas as esquinas, atrás de todas as vitrines, na proliferação desses objetos feitos para causar o desejo de vocês, na medida em que agora é a ciência que os governa” (LACAN, 1969-70/1992, p. 172). Compreende-se assim a afirmação de Lacan (1970/2003) quanto à subida ao “zênite social” do objeto *a*.

Os *gadgets*, termo em inglês que refere-se aos produtos tecnológicos produzidos pelas indústrias, incluem também as drogas. O melhor exemplo é considerar os psicofármacos como produtos de um mercado extremamente lucrativo. Não indo longe, o próprio comércio ilícito de drogas movimentava valores altíssimos ao redor do mundo, nos mais diferentes pontos da cadeia produtiva. Deve-se ressaltar, no entanto, os efeitos do discurso da ciência na distribuição de gozo. Em culturas tradicionais e práticas religiosas, os alucinógenos eram uma via de acesso do sujeito do conhecimento a um saber específico e o que a ciência moderna abole é justamente a dimensão do saber implicado nas práticas de drogas (LACAN, 1960/1998). A suposição de saber, tal qual a própria definição de Lacan para o sujeito suposto saber, é foracluída. O que retorna é apenas o ato toxicômano, o uso exagerado, a deterioração

do corpo, os comportamentos violentos, agressões praticadas e sofridas, enfim, um corpo exposto ao dano – e que o Estado é convocado a responder através de dispositivos, tais quais CAPSad ou a própria internação.

O passo da ciência constituiu em excluir o que implica de místico a ideia do conhecimento, em renunciar o conhecimento e em constituir um saber que é um aparelho que se desenvolve a partir do pressuposto radical de que não lidamos com outra coisa senão com os aparelhos manejados pelo sujeito, e, mais ainda, de que este pode depurar-se como tal, até não ser nada além do suporte do que se articula como saber ordenado num certo discurso, um discurso separado da opinião, e que se distingue como sendo o da ciência (LACAN, 1968-69/2008, p. 272)

Válido destacar a formalização realizada por Lacan (1969-70/2007) a respeito dos discursos enquanto modos de aparelhamento de gozo e produção de laço social. Primeiro, Lacan define discurso não como um conjunto de palavras ou falas sobre algo. O discurso é constituído a partir de quatro lugares fixos (agente, Outro, verdade e produção), que, em última instância é a ação de um agente que culmina na produção. O discurso deve ser lido no sentido de giro a partir do lugar de agente para o Outro. Assim, a articulação entre o sujeito e o Outro é ordenada segundo o lugar do agente [ver Anexo I].

Agente → Outro
verdade // produção

O primeiro dos discursos é o Discurso do Mestre, ao qual, enuncia-se a partir de um significante que representa o sujeito para outro significante. Os quatro elementos constitutivos são: S1 (significante mestre), S2 (saber), \$ (sujeito dividido), a (objeto causa de desejo/dejeto). O Discurso do Mestre é o próprio inconsciente na medida em que um significante primordial em relação ao outro no lugar de alteridade do saber do Outro que induz a perda do objeto de gozo e seu retorno como objeto *a* mais-de-gozar no lugar de produto. O sujeito do inconsciente aparece no lugar da verdade como sujeito barrado (\$), pois, dividido pela linguagem, ignora sua própria causa por haver relação de impossibilidade do sujeito com o objeto. A consequência deste discurso diz respeito ao trabalho do inconsciente, isto é, mesmo ignorando o que o move, deve o sujeito responsabilizar-se pelo seu saber inconsciente.

No Discurso do Mestre, S1, o significante primordial, apresenta-se como indivisível, exterior ao próprio significante. Sua tentativa de inscrição implica sempre numa diferença, onde, ao repetir-se, tornar-se S2. É possível apontar a repetição deste significante como a tentativa de repetição da primeira experiência tal qual proposta por Freud (1920/2006). A repetição desse S1 implica a impossibilidade de plenitude de gozo. A incidência da linguagem resulta assim em uma perda de gozo e a tentativa de sua recuperação como mais-de-gozar

enlaçado em uma bateria significativa como rede de saber. O gozo irrompe na repetição como limite do saber e a constituição do sujeito entre significantes, nunca apreendido por um saber.

Se o saber é meio de gozo, o trabalho é outra coisa. Mesmo sendo feito por quem tem o saber, o que ele engendra pode até, certamente, ser a verdade, mas nunca é o saber – nenhum trabalho jamais engendrou um saber. Algo ali faz objeção, algo que permite uma observação mais rigorosa do quem vêm a ser nossa cultura as relações do discurso do senhor com uma coisa que surgiu, e de onde é refutado o exame daquilo que [...] circundava esse discurso – a evitação do gozo absoluto, na medida em que este é determinado pelo fato de que a convivência social, ao fixar a criança à mãe, faz desta a sede preferencial das interdições (LACAN, 1969-70/2007, p. 83).

O Discurso do Mestre é a primeira referência que, com o quarto de giro, determina os demais, que sejam, o Discurso do Universitário, o Discurso da Histérica e o Discurso do Analista. Ao articular ciência e capitalismo, Lacan introduz o Discurso do Capitalista como uma corruptela do Discurso do Mestre. Nesse discurso, encontra-se uma inversão dos elementos e, onde o objeto *a* era velado ao sujeito, agora ocupa o lugar de agente e dirige-se a ele, enquanto S1 endereça-se ao lugar de saber. O Discurso do Capitalista cria a possibilidade de acesso ao objeto como mais-de-gozar sem a mediação do Outro enquanto alteridade. Promove-se uma relação direta do sujeito com o gozo através destes pequenos objetos que se proliferam na conjunção entre o discurso da ciência e o discurso do capitalista. Assim, “é suficiente para que isto funcione muito bem, não poderia funcionar melhor, mas justamente isto funciona rápido demais, isto se consome” (LACAN, 1972/2009, s.p.)¹³. Não deixa de ser irônico, uma vez que o sintoma é propriamente aquilo que não funciona, o que anda mal. O Discurso do Capitalista possibilita o sujeito desembaraçar-se do sintoma enquanto retorno de sua própria mensagem invertida.

Com o Discurso do Capitalista, a droga se apresenta como mercadoria que permite acesso ao lugar da verdade, mas como um real colonizado pelos *gadgets* que reduzem o gozo a uma experiência de corpo esvaziada de sentido. O laço social que este discurso produz não é outro que não seja a segregação, ao passo que sua expansão implica a homogenização do gozo e a insuportabilidade ao gozo do outro. Se o sintoma se constitui como mensagem possível de interpretação, sua produção não é fora da fantasia. No Discurso do Mestre “é o mais-de-gozar que só satisfaz o sujeito ao sustentar a realidade unicamente pela fantasia” (LACAN, 1970/2003, p. 445). A fantasia vela o real e tampona-o enquanto falta do objeto *a*, mas perde função no Discurso do Capitalista, pois o sujeito é cada vez mais capturado pelo objeto.

Com isso, ao articular a toxicomania como efeito de discurso, pretende-se pensá-la como uma nova forma de nomeação do sintoma. E aqui, ao concordar com a tese de

¹³ No original: “ça suffit à ce que ça marche comme sur des roulettes, ça ne peut pas marcher mieux, mais justement ça marche trop vite, ça se consomme, ça se consomme si bien que ça se consume.” (LACAN, 1972/2009, s.p.).

que o gozo é a dimensão abolida do discurso da ciência, define-se a toxicomania como uma tentativa de rompimento do gozo fálico. É possível, portanto, dizer, que na tentativa de expandir os limites do simbólico, o toxicômano toca em pontas do real? (FERREIRA, 2018, p. 149).

Ainda evocando à fantasia, temos, com Lacan, um modo de relação do sujeito com sua falta, mas também com o Outro. A falta constitutiva pela incidência da linguagem sobre o organismo produz no sujeito a perda do objeto de satisfação, o acesso ao gozo. Do lado do Outro, também incide uma falta e o significante fálico introduz no Outro uma novidade, uma vez que “é o significante destinado a designar, em seu conjunto, os efeitos de significado, na medida em que o significante os condiciona por sua presença de significante” (LACAN, 1958b/1998, p. 697). O Outro é, ele próprio, também barrado. Há uma dialética entre sujeito e Outro na medida em que, endereçado ao Outro, o sujeito não encontra seu fim em uma significação última (LACAN, 1962-63/2005). O significante faltoso, em especial o falo, é o que organiza a economia psíquica do sujeito e permite alguma recuperação de gozo como mais-de-gozar. Por isto, a fantasia serve ao neurótico como roteiro para produzir um sintoma que não deixa de ser um substituto da relação sexual, enunciando uma verdade a qual falta o saber (LACAN, 1968-69/2008).

O sintoma encarna no corpo o gozo sexual como fálico, isto é, um gozo só possível mediado pela relação dialética com o desejo do Outro. O falo não se restringe ao corpo ou ao pênis, pois “o que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma *primazia do falo*” (FREUD, 1923/2006, p.158, grifo do autor). O problema, no entanto, é que não há corpo sem o falo, pois é o que permite a articulação simbólica e imaginária do real do organismo. Para o neurótico, a angústia irrompe diante da constatação de que o falasser está casado com o falo. Sendo o significante da falta, uma resposta claudicante ao impossível da relação sexual e da partilha dos sexos, este casamento determina o sofrimento neurótico. Tudo o que permite escapar a este casamento é bem-vindo e, por este motivo, Lacan (1976, p. 268, tradução nossa) localiza o sucesso da droga no fato de ser “o que permite romper o casamento com o faz-pipi [*wiwimacher*].”¹⁴ Em resumo, a contribuição de Lacan para a compreensão da clínica das toxicomanias sustenta-se na afirmativa de que a droga é o que permite o rompimento do sujeito com o gozo fálico, “[salvo] na psicose, claro, onde o rompimento é anterior ao encontro com a droga” (SAUCE, 2016, p. 39).

Podemos então diferenciar na clínica das toxicomanias duas posições diferentes diante do consumo de drogas: um uso como complemento de gozo, isto é, mais um *gadget* ainda referido à lógica fálica; ou a toxicomania propriamente dita como rompimento com o gozo

14 No original: “c’est ce qui permet de rompre le mariage avec le petit –pipi.” (LACAN, 1976, p. 268).

fálico. Na primeira modalidade, o recurso à droga obedece à lógica do desejo como tentativa de contorno da perda de gozo implícita no mais-de-gozar, obtendo assim um ganho através do deslizamento de objetos em que a droga ocupará lugar especial e recorrente, mas não exclusivo. Em geral, isto é o que marca o início do consumo de drogas na juventude por funcionar como apoio no encontro com o sexual. Na segunda modalidade, o objetivo seria a recuperação do gozo no nível do gozo do Outro como para além do falo na tentativa de rompimento com a lei e a castração. A droga é tomada pelo sujeito como objeto causa de gozo fora da regulação fálica (RIBEIRO, 2011).

Ressalta-se, nesta leitura, que a droga seria a tentativa de materialização de acesso a um gozo que não passa pelo Outro enquanto alteridade, linguagem e, até mesmo, sexual. O usuário tenta escamotear a própria falta de gozo. Assim sendo, a droga lida como objeto causa de gozo não deve ser confundida com o objeto causa de desejo, pois reduz-se a um objeto de demanda imperiosa frente a urgência de esforço de desvincilhar-se da angústia frente ao desejo do Outro (MILLER, 1995).

Esta formulação proposta não visa restringir a discussão a respeito da clínica das toxicomanias principalmente pelo fato de que as toxicomanias são fenômeno e não estrutura. O recurso à droga deve ser avaliado de acordo com a economia psíquica singular a cada sujeito, destacando sempre a posição do sujeito frente ao pulsional. A referência ao gozo fálico certamente coloca alguns problemas para teorizar a particularidade da clínica das psicoses, tendo em vista que a forclusão do Nome-do-pai e a função do significante fálico não segue o mesmo ordenamento das neuroses. Destaca-se ainda o cuidado na utilização da ideia de tentativa de rompimento com o gozo fálico. Conforme em pesquisa anterior (TORRES, 2015), o sujeito neurótico no contexto institucional de internação ainda se vê embaraçado ao Outro quando reconhece a falha do recurso à droga ou quando encontra certo limite no corpo. A demanda de tratamento comporta outra possibilidade de lidar com o gozo.

Na clínica das toxicomanias, urge-se então estabelecer maior rigor no que diz respeito ao diagnóstico estrutural. Aceitar o imperativo de uma clínica orientada para manifestação fenomênica de um consumo de drogas verificável na realidade incorre no risco de ignorar o gozo implicado no uso. O consumo de drogas não apenas mascara a estrutura psicótica, pelo contrário, pode servir como norteador da delimitação da estrutura (NAPARSTEK, 2011). As práticas psis contemporâneas capitaneadas pelo discurso científico pressupõe a possibilidade de eliminação de um sintoma pelo entendimento de ser desequilíbrio neuroquímico ou comportamento mal adaptativo. A eliminação do sintoma, no entanto, não leva em consideração o plano pulsional e sua função em consequências das perturbações do gozo no

corpo. O uso de drogas deve ser avaliado de acordo com sua função na economia psíquica do sujeito (FERREIRA, 2018), evocando a advertência de Lacan (1967/2003, p. 362) de que a posição ética da psicanálise se dá em direção ao gozo, pois “toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo.”

3.2 Considerações de Freud e Lacan sobre as psicoses

O interesse de Freud no início de sua obra não estava restrito apenas à histeria. Freud, em seus textos iniciais, parte da hipótese de haver um paralelo entre diferentes quadros neurológicos e psiquiátricos como as neuroses, a paranoia e a amênia. Afirmava ser possível definir quatro formas de neurose que “são aberrações patológicas de estados afetivos psíquicos normais: de *conflito* (histeria), de *autocensura* (neurose obsessiva), de *mortificação* (paranoia), de *luto* (amênia alucinatória aguda)” (FREUD, 1896/2006, p. 267, grifos do autor).

Neste momento de sua teoria sobre o funcionamento psíquico, Freud (1896/2006) propunha a tese de neurose como resposta a uma tendência de defesa contra a excitação no aparelho psíquico. Esta tendência incidiria sobre ideias e lembranças que poderiam liberar desprazer, fazendo com que a atuação do recalque trouxesse consequências prejudiciais para o indivíduo. Neste sentido, estabelece quatro etapas para o estabelecimento das neuroses. O primeiro seria a experiência sexual traumática e prematura a ser recalçada. Em seguida, uma nova experiência que desperte a lembrança recalçada exige nova resposta, que leva a formação de um sintoma primário. O recalque bem-sucedido equivaleria à saúde, entretanto o retorno do recalcado faz com que as ideias lutem contra o ego e formam-se assim novos sintomas, que caracterizam o estado atual de uma neurose. A transformação do afeto separado da representação pelo recalque engendra o sintoma primário de defesa; seguido da formação de sintoma de compromisso; por fim um sintoma secundário de defesa.

Na neurose obsessiva, a primeira experiência é de prazer e gera desprazer quando relembrada, ocorrendo autocensura. Lembrança e autocensura são então recalçadas e na consciência forma um sintoma antitético. No retorno do recalcado, a autocensura se impõe sem vínculo aparente com a lembrança original, o que produz um sentimento de culpa difuso que pode associar-se a outro conteúdo pelo tempo ou por um ato para justificar tal culpa: “uma ideia obsessiva é produto de um compromisso, correto quanto ao afeto e à categoria, mas falso devido ao deslocamento cronológico e à substituição por analogia” (FREUD, 1896/2006, p. 271).

Na paranoia, a atuação do recalque e a produção sintomática seguem a mesma lógica obsessiva. Entretanto, a autocensura não advém com o recalque. O paranoico a atribui ao outro e isto retorna como desconfiança – mecanismo que Freud nomeia de projeção. Experiência e afeto são recalcados, mas o conteúdo da experiência (pensamento) ressurgem como alucinação visual e o afeto como alucinação auditiva. A voz restitui equivalência da autocensura, mas distorcida, exterior, desconhecida pelo próprio sujeito. Os sintomas de defesa falham e acabam por alterar o ego – seja por sua aniquilação (melancolia) ou perseguição (megalomania). Assim, “o propósito da paranoia é rechaçar uma ideia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo para o mundo externo” (FREUD, 1895/2006, p. 256).

Ainda que Freud fizesse críticas ao estado da arte sobre a histeria em seu tempo, principalmente por ser um conceito que abarcava muitos fenômenos psíquicos diferentes, sustentou sua posição em identificar o modo específico de funcionamento do recalque em cada quadro clínico. Apesar de paralelos possíveis, em especial nas alucinações presentes na histeria e na paranoia, tais sintomas teriam especificidades no funcionamento normal a todo ser humano. Freud (1900/2006) defendeu a tese de que todo ser humano constrói a realidade a partir de uma experiência de satisfação mítica, seguida de tentativa de reconstrução desta experiência por um processo alucinatório, tal qual vivenciado no sonho enquanto fenômeno comum a todos. Os sonhos seriam um modo de realização de um desejo inconsciente através da regressão de pensamento a níveis alucinatórios. Sua particularidade, no entanto, estaria no fato de isto acontecer no contexto do sono, isto é, onde o corpo está inibido de seus movimentos e a consciência enfraquecida de suas atribuições. Assim,

Uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo; o reaparecimento da percepção é a realização do desejo. E o caminho mais curto para essa realização é a via que conduz diretamente da excitação produzida pelo desejo para uma catexia completa da percepção. Nada mais impede de presumir que tenha havido um estado primitivo do aparelho psíquico em que esse caminho era realmente percorrido, isto é, em que o desejo terminava em alucinação (FREUD, 1900/2006, p. 594.)

Deve-se atentar então para que as produções subjetivas – os sonhos, os sintomas e até as alucinações – não sejam meros estados patológicos, de caráter aleatório, que acometem o doente. Tais fenômenos psíquicos estabelecem íntima relação com a história de vida e as experiências de cada um: “Os discursos mais loucos e mais estranhas posturas tornam-se inteligíveis e podem ser encaixados na cadeia de seus processos mentais, se forem abordados com bases em hipóteses psicanalíticas” (FREUD, 1913b/2006, p. 176-7)

Os pensamentos que se transformam em alucinação são os que estabelecem ligações fortes com lembranças que foram recalçadas ou que permaneceram inconscientes (FREUD, 1900/2006, p. 574). Esse modo de funcionamento do aparelho psíquico é normalmente suprimido no estado de vigília da consciência. Nas psicoses, no entanto, torna-se atuante mesmo em vigília, indicando sua incapacidade de satisfazer as necessidades em relação ao mundo exterior. Haveria uma redução patológica da força de proteção contra as forças excitatórias vindas do inconsciente, ou, então, o aumento patológico destas forças:

Quando isto acontece, o guardião é subjogado, as excitações inconscientes [...] e, a partir daí, obtém controle sobre nossa fala e nossas ações, ou então, forçam a regressão alucinatória e dirigem o curso do aparelho [...] em virtude da atração exercida pelas percepções sobre a distribuição de nossa energia psíquica. A esse estado de coisas damos o nome de psicose. (FREUD, 1900/2006, p. 597.)

O avanço da construção da teoria psicanalítica permitiu estabelecer melhor as especificidades que diferenciam os quadros de neurose e psicose a partir do conceito de transferência. A hipótese das psiconeuroses de defesa (histeria, neurose obsessiva e fobias) foi melhor delimitada considerando que a libido privada de satisfação busca reencontrá-la investindo em objetos psíquicos, isto é, na fantasia, que encena a relação com os objetos onde o analista ocupa transferencialmente lugar de objeto. Este funcionamento seria diferente nas psiconeuroses narcísicas (paranoia, esquizofrenia e mania/melancolia) uma vez que a libido não é reinvestida em objetos na fantasia, mas no próprio eu do indivíduo, dificultando a transferência (VIDAL, 2010).

A publicação da autobiografia de relato de uma construção delirante, possibilitou a Freud testar os conceitos psicanalíticos a ponto de afirmar que “o futuro decidirá se na teoria há mais delírio do que eu penso, ou se no delírio há mais verdade do que outros atualmente acreditam” (FREUD, 1911/2010, p. 103). Na análise do texto consagrado como “Caso Schreber”, Freud (1911/2010, p. 89) propõe a formulação de que a paranoia seria um modo específico de ação da operação do recalque em relação íntima à história do desenvolvimento da libido e conseqüente retorno do recalçado e formação do sintoma.

O processo de recalçamento obedeceria três etapas. Em primeiro lugar, haveria a fixação da pulsão em um determinado estágio do desenvolvimento libidinal. Desta fixação resultaria modos de obtenção de prazer que poderiam não condizer com as possibilidades reais, levando a um conflito da pulsão com o Eu. A exigência de satisfação por parte da pulsão aumentaria a tensão e, conseqüentemente, o desprazer, sendo necessária a ação do recalque pelo Eu com intuito de preservar a homeostase. São recalçados os aspectos da pulsão, e ideias e lembranças a ela ligadas que causam conflito com o Eu. O material

recalcado permanece atuante, mas agora inconscientemente. A última etapa consiste no retorno do recalcado e a formação de sintomas, pois “essa irrupção ocorre a partir do ponto de fixação e consiste numa regressão do desenvolvimento da libido até esse ponto” (FREUD, 1911/2010, p. 90).

A especificidade da paranoia se encontra no ponto de fixação da libido. Nos sintomas neuróticos, a fixação ocorre em relação à escolhas objetais nas fases oral, anal e genital, e, por isto, suas manifestações implicam em uma satisfação substituta relacionadas a uma destas fases. Na paranoia, por outro lado, a fixação ocorreria no que Freud (1914/2006) localiza como o estágio do Narcisismo. O desenvolvimento do bebê começaria em um primeiro estágio de indiferenciação do próprio corpo. Atravessado pelas pulsões parciais e desorganizadas, o corpo seria apenas sensações, momento em que a pulsão se satisfaz no próprio corpo. O narcisismo corresponderia ao processo de organização do corpo, uma etapa intermediária entre o autoerotismo e a escolha objetal. Assim,

uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo (FREUD, 1914/2006, p. 84).

A fixação do paranoico na etapa narcísica resultaria em uma produção sintomática mais específica no momento do retorno do recalcado. Em primeiro lugar, as pulsões buscariam satisfação reinvestindo o Eu em detrimento do mundo exterior. Diferentemente das neuroses que se afastam da realidade mas mantêm investimentos objetais na fantasia, para o paranoico, a retirada do investimento da realidade externa é correlata a uma própria experiência de fim de mundo, junto de supervalorização do Eu. O delírio, sintoma principal, pode variar desde o delírio de destruição da realidade até o delírio de grandeza.

Neste sentido, Freud dá maior destaque para a função da projeção na construção delirante. A ideia ou lembrança insuportável – no caso, tendo em vista a fixação no estágio narcísico, Freud define a paranoia como uma posição de defesa contra a homossexualidade constitutiva – é suprimida e projetada para o exterior. O delírio seria o retorno desta ideia, agora com seu afeto deformado, vindo da fora: “Uma percepção interna é suprimida [*unterdrückt*] e, em substituição, seu conteúdo vem à consciência, após sofrer certa deformação, como percepção de fora” (FREUD, 1911/2010, p. 88).

Ainda no caso Schreber, Freud tenta delimitar a função e a importância do complexo paterno na constituição subjetiva. De fato, é em função deste complexo que Freud destaca a importância da fixação no narcisismo e o recalque da tendência à homossexualidade posta na

paranoia. Este desejo intolerável é projetado ao exterior e retorna de modo persecutório na forma do delírio. Cabe aqui marcar que posteriormente Freud (1925/2006) destaca três modos de resposta possíveis ao complexo paterno e à castração: o recalque [*Verdrängung*], a rejeição [*Verwerfung*] ou a denegação [*Verneinung*]. Cada uma das respostas engendra certa estruturação subjetiva. No campo das neuroses, o recalque opera em um primeiro tempo primordial [*Urverdrängung*], que interdita o representando psíquico da pulsão. Este recalque original se constitui apenas num segundo tempo, com o recalque propriamente dito, quando retroativamente estabelece sua relação causal com o primeiro tempo. Esta dimensão paradoxal apontada por Freud (1915/2013) se articula com seu postulado de uma experiência de satisfação primeira que produz marcas no psiquismo é, ela própria, mítica, inacessível à experiência. Ela nunca existiu efetivamente, mas é reconstruída no processo analítico pela via do tratamento dos sintomas na neurose. Assim, o recalque engendra ele próprio o retorno do recalcado enquanto sintoma. Nesta medida, Lacan (1955-56/2008) propõe o sintoma como uma linguagem por constituir-se a partir da dimensão simbólica do significante.

No caso específico da psicose, a castração é negada como *Verwerfung*, isto é, rejeitada, e como tal, retorna de modo diferente ao sintoma neurótico. Lacan (1955-56/2008) permite uma outra leitura: tudo o que é rejeitado enquanto *Verwerfung* na ordem simbólica reaparece no real. O ponto de inflexão da *Verwerfung* incide justamente na recusa do que Freud (1925/2006) localiza como possibilidade de uma afirmação primordial [*Bejahung*], condição própria da simbolização, que virá a ser alvo da castração. Se Freud circunscreve estas questões levando em consideração o desencontro entre princípio de prazer – tendência de manter as tensões do organismo a mais baixo possível – e o princípio de realidade – exigência de adequação desta primeira tendência ao que é possível na relação com o meio –, a *Verwerfung* institui um outro modo de relação do sujeito com o princípio de realidade, pois trata-se da “rejeição de um significante primordial [...] um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo, que não é dentro do corpo, mas aquele de um primeiro corpo de significante” (LACAN, 1955-56/2008, p. 178).

Isto significa dizer que, na psicose, o sintoma não retorna como uma satisfação simbolicamente disfarçada e encarnando o enigma do desejo para o sujeito. Pelo contrário, o que retorna, que diz respeito à história do sujeito, é invasivo, sem sentido, encerrado em si como verdade. É no corpo que isto retorna, inclusive como alucinação enquanto experiência perceptiva real. Nesta medida, para Lacan, a dimensão simbólica da linguagem que constitui o discurso do sujeito toma do corpo seu material e, na psicose, é este neste corpo que algo comparece fragmentado, atormentado.

Já que se trata do discurso, do discurso impresso, do alienado, que estejamos na ordem simbólica é portanto indiscutível. Isto posto, qual é o material mesmo desse discurso? Em que nível se desenvolve o sentido traduzido por Freud? De que são tirados os elementos de nomeação desse discurso? De maneira geral, o material é o corpo próprio (LACAN, 1955-56/2008, p. 20).

Se o corpo é o material do discurso; se o inconsciente é linguagem; se o que é recusado na ordem simbólica retorna no real; Freud (1911/2006) aventou a possibilidade de uma articulação entre a produção delirante e o uso de substâncias psicoativas. No caso, ao trabalhar o processo de constituição lógica do delírio na perspectiva de inversão de uma ideia ao seu contrário [“Eu o amo – eu o odeio – porque ele me persegue”], Freud dá destaque para o delírio de ciúmes do alcoólatra. A bebida – enquanto substância química capaz de influenciar o sistema nervoso – anula inibições e desfaz sublimações pulsionais. Para defender-se da ideia intolerável, o sujeito engendra uma contradição em que ele atribui ao outro, à companheira, acusando-a de amar outros e, por isto, toma-a como alvo de seus ciúmes.

Lacan (1957-58/1998) destaca que a problemática da psicose se apresenta na constituição do sujeito em relação ao Outro. O Outro é anterior lógico e institui o sujeito em um lugar em seu desejo. Esse discurso prévio ao nascimento introduz o ser humano no campo da fala e, conseqüentemente, da demanda e do desejo. É no nível do significante que faz operar a lei como linguagem. O Outro precisa ele próprio estar submetido à lei, na medida em que o Outro se torna sede da lei por haver um significante que representa o Outro. O Nome-do-pai, isto é, o pai simbólico, é “o Outro no Outro” (LACAN, 1957-58/1998, p. 152). O conceito de pai simbólico permite Lacan abordar o mito de Édipo, pois é o pai morto, e por isto o símbolo do pai, quem promulga a lei. A incidência do Nome-do-Pai como resposta ao desejo materno estabelece limites à captura do falasser pelo Outro em um sentido unívoco.

Deste ponto pode-se estabelecer a diferença estrutural entre o que constitui a neurose e a psicose. Lacan (LACAN, 1957-58/1998) destaca que o recalque [*Verdrängung*] estrutura o inconsciente na neurose tendo em vista que a cadeia significante se desenrola e se ordena no Outro, para além do Eu. Assim, o inconsciente, como discurso de Outro, apresenta-se através da produção sintomática como enigma do desejo, daquilo que o sujeito tenta ativamente ignorar, fazer questão de não saber que sabe sobre seu desejo. O Nome-do-pai opera como um significante que sustenta no próprio significante sua existência. A falta do significante derradeiro a fechar a cadeia, o significante que garantiria a consistência do Outro, é suplantada pelo Nome-do-Pai enquanto um apelo simbólico ao enigma do desejo do Outro. Desta forma, o Outro pode ser entendido como a sede da significação, onde se constitui em

relação ao desejo do Outro marcado pelo significante o desejo do falasser: “o Outro ratifica uma mensagem como tropeçada, fracassada, e nesse próprio tropeço reconhece a dimensão de um para-além no qual se situa o verdadeiro desejo, isto é, aquilo que, em razão do significante, não consegue ser significado” (LACAN, 1957-58/1998, p. 156).

Em outras palavras, a clínica das neuroses revela de que maneira o sujeito do inconsciente se constitui em sua fala endereçada ao Outro, ao mesmo tempo em que está sempre mais além de sua mensagem, descompletando o próprio Outro. O sintoma neurótico encarna assim sua função significante, estando aberto a novas significações. O discurso do Outro é recoberto pelo enigma de seu desejo, manifesta-se pela dúvida ou pela insegurança do falasser.

O que é o recalque para o neurótico? É uma língua, uma outra língua que ele fabrica com seus sintomas, isto é, se é um histérico ou um obsessivo. Com a dialética imaginária dele e do outro. O sintoma neurótico desempenha o papel da língua que permite exprimir o recalque. É justamente aquilo que nos faz ver claramente que o recalque e o retorno do recalcado são um só e a mesma coisa, o direito e o acesso de um só e mesmo processo (LACAN, 1955-56/2008, p. 77).

No momento inicial de seu ensino Lacan se refere à psicose como consequência da falha do processo de simbolização (LACAN, 1955-56/2008, p. 100), onde a forclusão [*Verwerfung*] do Nome-do-pai escancararia a falta do significante que sustenta a lei da linguagem. Enquanto na neurose a divisão subjetiva é respondida pela produção de um sintoma que carrega consigo o enigma do desejo, na psicose, pela ausência do nome do pai, o que se abre é um lugar vazio “e é no lugar vazio do conflito que aparece uma reação, uma construção, uma encenação da subjetividade” (LACAN, 1955-56/2008, p. 42). Ou seja, na psicose, a produção de um delírio, desde Freud, é uma tentativa de reconstrução do mundo. Entretanto, esta reconstrução é feita através da linguagem que assume o peso que cada significante tem em si, preso a uma significação. O delírio tem como característica estar encerrado em seus próprios termos, sem estabelecer novas significações, não remete a mais nada a não ser sua lógica interna como “uma espécie de chumbo na malha, na rede do discurso do sujeito” (LACAN, 1955-56/2008, p. 45).

O Outro não se apresenta então para o psicótico com caráter dubio, de duplo sentido, e a incerteza retorna como certeza absoluta. O peso do significante e a dificuldade de significações estabelecerem relações com outras significações expõe o psicótico ao encontro com um Outro absoluto, que quer destruí-lo, ama-lo, enfim, persegui-lo. “Se o neurótico habita a linguagem, o psicótico é habitado, possuído pela linguagem” (LACAN, 1955-56/2008, p. 292). A alteridade da linguagem se impõe de modo invasivo e mortífero. Isto

significa dizer que os fenômenos elementares da psicose são índice da posição de assujeitamento ao ser falante. Em vez de tomar a palavra, o sujeito psicótico é tomado por ela, sejam através alucinações auditivas que o invadem, seja pelas alucinações psicomotoras dos sons que saem de sua garganta. Seu próprio pensamento se torna automático ou retorna sonorizado como voz. O delírio não deixa de ser uma tentativa de construção frente as palavras que lhe são impostas.

Ao longo o ensino de Lacan é possível delimitar dois paradigmas a respeito das psicoses. O primeiro paradigma diz respeito a leitura freudiana de Schreber, concebendo a primazia do simbólico sobre o imaginário. Referenciado à tríade edípica constitutiva da neurose, o Nome-do-Pai tem função de destaque no processo de subjetivação. As psicoses, neste esquema, estariam em referência a um déficit, a falta do Nome-do-Pai. A psicose desencadearia quando há um apelo ao Nome-do-Pai no lugar do Outro. O furo no simbólico leva à desamarração dos registros.

O segundo paradigma toma por base a obra do escritor James Joyce (1882 – 1941), estabelecendo a equivalência de importância dos três registros, Real, Simbólico e Imaginário. Utiliza a imagem do brasão de Borromeu para pensar os três registros como anéis que entrelaçam-se de modo indissociável, onde tudo que é envolvido por um círculo envolve os outros. O estudo da obra de Joyce permitiu pensar um quarto círculo, o *sinthoma*, que amarraria de modo singular os nós dos demais registros, servindo de suplência ao falo ou à função do pai (BASTOS, 2008). O nó de três sempre falha e o déficit, antes localizado apenas nas psicoses, passa a ser generalizado. Vê-se então uma chamada à singularidade de resposta ao lapso dos nós através do *sinthoma* alterando a própria visão das estruturas clínicas: “o que fará diferença entre as estruturas clínicas é de que maneira se soluciona o lapso do nó. É uma clínica diferencial da solução. De acordo com a solução que o sujeito encontra para o lapso do nó é que a estrutura se vislumbra” (TÓTOLI; MARCOS, 2014, p. 262).

Estas considerações são importantes para não reduzir o diagnóstico a um simples nome ou reduzi-lo a determinados sintomas e, também, não realizar a clínica com intuito de adequar a psicose ao funcionamento análogo à neurose. A cura analítica, apesar de não ser sem o diagnóstico estrutural, é singular: o *sinthoma* é um modo de tratamento do real e do gozo, um trabalho a ser feito por cada sujeito. Na toxicomania, considera-se haver uma perturbação da função fálica e, assim, na clínica das psicoses, atenta-se ao modo de aparição da invasão do gozo no corpo e as saídas para lidar com ela (LIMA, 2015). Em nossa pesquisa, a discussão a respeito da psicose na clínica do real toca a possibilidade de pensar a droga como um recurso

de tratamento do real, seja pela via do corpo ou pela nomeação à identificação ao significante usuário de droga. Além disto, esbarramos nos impasses do que seria a psicose ordinária.

3.3 Psicose ordinária e as toxicomanias

Faz-se necessário trazer à discussão a respeito da articulação entre as psicoses e as toxicomanias o significante cunhado por Jacques-Alain Miller de psicose ordinária (CASTANET *et al.*, 2012). Sua ideia parte do pressuposto de uma oposição às psicoses clássicas ou extra-ordinárias, isto é, marcadas por delírios, alucinações, fenômenos de linguagem e outros sintomas floridos a tal ponto de facilitar a diferenciação das neuroses. As psicoses ordinárias apresentariam relação de negatividade entre o sujeito, o social, o corpo e a sexualidade. A discussão se iniciou com o relato clínico de aparecimento de fenômenos elementares e de quadros psicóticos em pessoas privadas por tratamento de substituição após anos de práticas toxicômanas: “é clássico descrever o tamponamento que a droga pode colocar na divisão subjetiva e a solução identificatória que ela autoriza pela pregnância do significante ‘toxicômano’ no campo social” (CASTANET *et al.*, 2012, p. 23).

Os casos de psicose ordinária expressam as atuais dificuldades de estabelecer diagnóstico na clínica marcada pelos manuais estatísticos e pelos protocolos de entrevistas. Sem a sintomatologia bem definida que coloque em oposição derradeira ao normal, o sujeito psicótico é reduzido ao transtorno de personalidade, retardo mental ou aos transtornos associados ao uso de drogas. Discute-se então se haveria no laço social contemporâneo uma generalização da ruptura do casamento com o falo, de modo que a marca determinante da psicose torna-se comum no contemporâneo. O fácil acesso às drogas lícitas e ilícitas seria explicada pela promessa desta ruptura e a toxicomania se apresenta como uma “versão ordinária da psicose” (LIMA, 2015, s.p.). Um dos efeitos possíveis de extrair do conceito de psicose ordinária é a abolição da paridade psicose-loucura e neurose-normalidade (AGUILLAR, 2017).

A discussão repercute o entendimento do diagnóstico estrutural em comparação ao diagnóstico sintomático. A psicose ordinária seria assim uma psicose não desencadeada? Miller (2010), ao buscar tirar consequências de sua produção, indica que a psicose ordinária não seria uma estrutura própria, mas um significante que visa permitir ao clínico operar para além das paridades acima descritas. A psicose ordinária pode incluir o que Lacan (1955-56/2008) já identificara como estados pré-psicóticos, ou seja, anterior ao desencadeamento da

psicose propriamente dita. Ora, se Lacan estabeleceu a ideia de um diagnóstico estrutural, isto significa que anterior ao desencadeamento não haveria psicose?

O conceito de fenômenos elementares auxilia a argumentação, principalmente frente a dificuldade de identificar sintomas bem delineados, como alucinações e delírios. A delimitação dos fenômenos elementares como alterações mais básicas do processo psicopatológico indicariam alterações mais silenciosas e sutis, pequenas modificações da experiência mental desprovida de sentido que embasa produções posteriores. Não haveria, ainda, para Lacan, distinção entre os fenômenos elementares e os fenômenos secundários como delírios e alucinações, permitindo assim pensar os estados pré-psicóticos inclusos na psicose ordinária. A diferença teria relação ao tempo de acompanhamento de um caso: a irrupção posterior dos sintomas psicóticos claros permitiria então situar a posição subjetiva no campo das psicoses. “O conhecimento de tais fenômenos seria fundamental no diagnóstico da psicose ordinária, ao permitir circunscrever a presença da psicose em casos nos quais tal estrutura ainda não se evidenciou claramente.” (LUSTOZA; CARDOSO, 2017, p. 136).

Dentre os fenômenos elementares, faz-se necessário destacar os conceitos de automatismo mental proposto por Gaëtan Gatian de Clérambault¹⁵ (1872 – 1934) como alteração em um momento inicial de quadros psiquiátricos de automatização do funcionamento mental vivido com estranhamento e xenopatia, ou seja, funcionamento estrangeiro ao próprio sujeito. Tais fenômenos teriam afeto neutro, não sendo vivenciado inicialmente como hostil ou persecutório. A automação do pensamento, da fala, da memória, do reconhecimento indicariam a clivagem da relação do sujeito com a linguagem (TENÓRIO; COSTA-MURA; LO BIANCO, 2017). As alucinações e delírios seriam construções tardias, seja pelo afeto associado às primeiras e a racionalização intelectual destes últimos: “*as Alucinações propriamente ditas, tanto auditivas quanto psico-motoras, seriam tardias. Os mecanismos mais delicados do intelecto seriam tingidos em primeiro lugar; os distúrbios sensoriais viriam em seguida*” (CLÉRAMBAULT, 1924/2004, p. 194, grifos do autor).

Clérambault se considerava um psiquiatra organicista, na medida em que supunha encontrar algo orgânico determinante para a intrusão de um elemento na vida psíquica sem explicação de algo anterior, como uma descontinuidade, sem haver uma causalidade psíquica nos transtornos psicóticos. Não fiava-se pela ideia das psicoses como desenvolvimento contínuo da personalidade (MILLER, 1995). Isto, no entanto, não restringiu a fineza de seu estudo clínico em identificar pequenas alterações nas funções psíquicas como “os primeiros

¹⁵ Gaëtan Gatian de Clérambault foi médico assistente em uma enfermaria de insanos em instituição equivalente a delegacia de polícia. Iniciou residência em psiquiatria em 1899 e seus estudos serviram de grande inspiração a Lacan (1955-56/2008), a quem reconhecer ser seu único mestre em psiquiatria.

sinais da psicose” (CLÉRAMBAULT, 1924/2004, p. 194). O aspecto afetivo neutro, a ausência do caráter sensorial e o não estranhamento por parte do sujeito – que faz a psiquiatria atual excluir essas alterações do conjunto dos sintomas psicóticos – são fenômenos que podem justamente agir autonomamente, exigindo maior rigor na escuta do clínico tanto na fala do sujeito quanto em sua apresentação na clínica. Do mesmo modo, esta seria justificativa para pensar a psicose ordinária como marcada por sutilezas, mas que não impediriam desencadeamento posterior de um quadro de sintomas positivos.

Demarca-se assim o caráter de negatividade atribuído às psicoses ordinárias. Justo ainda apontar para o fato de que, na base organicista de sua teoria, encontramos ainda a correlação com o fenômeno da toxicomania: “O Automatismo Mental [...] observa-se, por um lado, em certos tipos de Alucinoses e em Psicoses mais ou menos Sistemáticas, por outro lado em Psicoses Tóxicas Sub-agudas e na Mania” (CLÉRAMBAULT, 1924/2004, p. 195). Há, ainda, outra passagem em que afirma: “Esses processos [de automatismo] têm uma origem mecânica, como os processos sensitivos, motores ou visuais. Seus protótipos devem ser procurados nas Psicoses Tóxicas e Orgânicas” (CLÉRAMBAULT, 1926/2004, p. 197).

A Psicanálise, por sustentar sua prática no campo da linguagem, confere à fala a condição de realização e acesso à experiência subjetiva, sendo a própria linguagem constitutiva da vivência de corpo. De fato, em Freud (1915/2006, p.202), as alterações da psicose são encontradas inicialmente como modificação na fala, muitas vezes associadas ao corpo. Diferente dos sintomas neuróticos que operam um tipo de substituição, na psicose, a ruptura dos elementos de fala associados às ideias indicam o funcionamento do próprio inconsciente, pois as pulsões perdem referência a um objeto psíquico e reinvestem parte do corpo como um ego fragmentado. Com Lacan, certos fenômenos seriam explicados pelo lapso do enodamento dos registros, especialmente a relação entre real e inconsciente sem mediação (BASTOS, 2008).

A perda do privilégio do simbólico como meio de tratamento do real do gozo implica a necessidade de criação de outras soluções sintomáticas. A saída generalizada da toxicomania repercute com a oferta do mercado, mantendo-se relação cada vez mais próxima e exclusiva com o objeto. A psicose ordinária pode ser compreendida como um modo particular de apresentação do sujeito, não mais notadamente louco, e, até mesmo, talvez, menos louco do que as instabilidades emocionais dos neuróticos. A externalidade é a característica principal da psicose ordinária na medida em que revela o rompimento do sujeito com o Outro social, seu próprio corpo e sua subjetividade. Sendo possível, assim, estar alojado sob uma marca generalizável como “dependente químico”, a psicose pode encontrar no uso de drogas práticas

como um sintoma possível de amarração dos registros: “Porque esses psicóticos, quando no ‘tratamento do gozo pela palavra’, desencadeavam-se ao reduzirem o consumo ou ao atingirem uma abstinência total – o que revelava a forclusão localizada do Nome-do-Pai” (BENETI, 2017, p. 31).

O problema posto em nossa prática institucional é a impossibilidade de generalização do uso de drogas como a melhor saída para as psicoses. Uma internação hospitalar é sinônimo de agravamento do quadro e, com isso, interrogamos em que medida o uso prejudicial de drogas não seria ele próprio índice da falha ao recurso droga. O desencadeamento da psicose é efeito do encontro com o gozo, seja o gozo do Outro, seja o Outro gozo. O sujeito psicótico se encontra impossibilitado de simbolização ou de encontrar um modo de subjetivação para o gozo. Frente a confrontação com o gozo do Outro – totalmente enigmático – o sujeito se oferta no lugar de objeto e coloca-se em perigo extremo. A droga pode atuar como tentativa de evitação deste encontro ou efeito deste encontro.

Ainda que o recurso à droga possa cumprir a função de compensar o desequilíbrio psíquico característico de uma psicose, tal função porta precariedades e pode participar da conjuntura do desencadeamento. Alguns sujeitos são bem sucedidos nesta função compensatória, outros claudicam, na medida em que a intoxicação produz uma experiência excessiva de gozo (MARTINS, 2017, p. 57).

Nos casos discutidos nos próximos capítulos, encontramos sujeitos nomeados de usuários de drogas, seguido de diferentes diagnósticos, em que a droga serve de anteparo à produção psicótica, mas onde o próprio efeito da palavra no contexto do tratamento permite outro tipo de elaboração. Estes casos têm passagens tanto em enfermaria especializada quanto em enfermaria nomeada para “agudos” no sentido de transtornos psiquiátricos da ordem da psicose. Em algum ponto, a roupagem de “especialista” da instituição tem dificuldade de operar e o próprio sujeito recusa o título imaginário. Poderíamos, então, questionar o abuso de drogas como ele próprio um sintoma do desencadeamento da psicose? Haveria outras possibilidades de tratamento em instituições sem a marca da especialização para acolher a experiência psicótica?

CAPÍTULO IV – CASOS CLÍNICOS

As internações no SAD acontecem de acordo com as determinações da lei 10.2016/01. As modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória obedecem a ordem de notificação ao Ministério Público no prazo de 72 horas. Não discutimos nesta tese a diferença entre estes diferentes tipos de internação, pois, nos casos analisados, não se configurou elemento clínico significativo. No caso T., esta discussão se articula com a mudança do modo de fazer transferência do sujeito. É válida a ressalva que os casos escolhidos tiveram passagem pelo Setor de Internação de Agudos Masculinos (SIM) enquanto enfermaria para os quadros de desorganização psicótica, além do tempo de observação no SRI.

Para a escrita dos casos, optou-se por utilizar o recurso de formatação de letra em itálico e entre aspas para representar as falas dos usuários registradas em prontuário ou outros termos registrados neste documento. Esta escolha tem embasamento para evitar fator de confusão em relação as citações diretas dos textos teóricos que serviram de apoio para análise, que se mantém destacado entre aspas e com a indicação de referência entre parênteses. Reforça-se, por fim, a ressalta de que todos os nomes próprios das pessoas envolvidas foram substituídas e adaptadas para garantir o sigilo de todos os registros em prontuários, conforme orientação da aprovação do Comitê de Ética.

4.1 A construção simbólica e a metáfora frente a falha do recurso à droga: o Caso B.

B. iniciou seu percurso de tratamento no HPJ aos 19 anos, após ser levado por policiais. Foi detido por depredar carros em estacionamento, mas acredita ter sido conduzido à instituição por “*estar fingindo ser lobo*” e “*descobrimo pistas*”. Foi diagnosticado como F31.2¹⁶, apresentando discurso desorganizado e fuga de ideias.

Segundo relato da mãe, B. teve desenvolvimento normal. É o filho mais velho, seguido por duas meninas. A mãe tem outro filho, anterior ao casamento. Este filho iniciou uso de drogas na adolescência e associou-se ao tráfico local. Foi preso alguns meses antes da internação de B. Sua mãe localiza mudança de comportamento no contexto da separação dos pais, por volta dos 18 anos. Seu pai, diagnosticado com esquizofrenia, foi preso em manicômio judiciário por episódio de agressão contra mãe. Após sua liberação, a mãe identifica no filho intensificação de ansiedade. Referente ao momento que antecedeu a

16 F31.2 Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos: episódio atual correspondente um episódio maníaco com sintomas psicóticos, tendo ocorrido, no passado, ao menos um outro episódio de humor (hipomaníaco, maníaco, depressivo ou misto).

chegada ao tratamento, apresentava comportamento inadequado há algumas semanas, após iniciar seu primeiro emprego. Sua patroa refere que antes do episódio citado, ele chegou desorganizado ao trabalho alegando ter “*fumado haldol*¹⁷ do pai esquizofrênico” para conseguir se acalmar para trabalhar. Antes, no entanto, vinha frequentando diferentes igrejas.

A primeira internação aconteceu na enfermaria de agudos masculinos, onde justificava sua entrada como efeito de “*macumba*” que lançaram contra si, sentia as energias “*negativas afetando*” seu corpo. Sobre o episódio de depredar carros, afirma ter sido em função da presença do espírito do avô. Leu um adesivo que interpretou como sendo uma mensagem vinda dele: “*antes de morrer meu avô previu que eu ia me internar*”.

Seu pai faleceu durante seu período de internação. Devido ao quadro de desorganização e risco de fuga, não foi autorizado pela equipe técnica em acordo com a família de comparecer ao funeral. Intensificou então ideação persecutória contra mãe, entendendo ser ela a responsável pela morte do pai. “*Descobri que minha mãe é prostituta. Ela trabalha num colégio a noite.*” Sua mãe teria ainda o plano de interná-lo para sempre “*igual meu pai*”.

B. iniciou o uso de drogas por volta de 16 anos, com álcool e maconha. Atribui o uso de maconha aos “*problemas em casa*”, principalmente conflito entre pai e mãe. Diz: “*maconha cria um intelecto muito alto*”. Após abertura do primeiro episódio de surto, passou a utilizar cocaína com frequência e iniciou uso de *crack*. Após 34 dias de internação, com remissão parcial dos sintomas, recebeu diagnóstico de F23¹⁸. Foi indicado a dar continuidade tratamento extra-hospitalar, mas reinternou dois meses depois. Encaminhado pelo psiquiatra do ambulatório devido ao uso abusivo de múltiplas drogas e diagnóstico de F19¹⁹, apresentava heteroagressividade, principalmente contra a mãe. Afirma usar drogas por ter “*vida monótona*” e a “*droga desestressa.*” Nega escuta alucinatória e, retroativamente, atribui às alucinações ao uso de drogas. Apesar disto, sua mãe informa que, em casa, apresentava-se perseguido e “*falando sozinho*”. Pouco foi colhido durante os 26 dias de internação, mas ressalta-se sua fala a respeito da crise ter sido efeito do “*nervoso*” por não ter sido encontrado pela menina que gosta. B. demonstra ainda conflito por ter ouvido do psiquiatra que deverá

17 Haldol ou Haloperidol é um medicamento psiquiátrico prescrito para redução dos sintomas psicóticos, como delírios e alucinações, além de controle de impulsos.

18 F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios: Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos – ideias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal.

19 F19. Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas: categoria que inclui duas ou mais substâncias psicoativas sem ser possível identificar qual delas mais contribuiu para o transtorno.

usar medicação psiquiátrica para o resto da vida: “*prefiro droga que não me deixa tremendo nem impregnado*”. Recebeu diagnóstico de F19 e F20.0²⁰.

Poucos meses depois, foi internado novamente, desta vez em clínica particular em outro município. Chama atenção o agravamento do uso de drogas, em especial *crack*, que culminou no emagrecimento de mais de 10 quilos. Além disto, colocava-se em risco com o tráfico de drogas local. Em todos os atendimentos nos meses seguintes, B. recebeu diagnóstico de F19, o que dificultava sua internação em enfermaria de quadros psiquiátricos agudos. Sua vinculação à instituição passa a ser entendido, segundo relato de uma médica, como “*história de internações psiquiátricas devido uso de substâncias psicoativas*”. Do mesmo modo, a psicóloga de referência do ambulatório indica internação em enfermaria especializada pois “*o problema com a droga é o mais grave no momento*”. Havia dúvidas diagnósticas, onde a escuta da profissional entende um quadro de neurose. Apesar disto, mantém a prescrição de decanoato de haloperidol, medicação antipsicótica de depósito.

No SAD, seu discurso inicialmente tratava sobre o uso de drogas e o desejo de interrompê-lo. Dizia ainda de sua expectativa em conseguir um trabalho. Atribui o uso de drogas como impeditivo para assumir um emprego, ao mesmo tempo em que, sem trabalho, só restava o uso de drogas. Sobre o início do uso, introduz nova interpretação. Afirma ter iniciado o uso após o falecimento do avô paterno, com quem era muito identificado. Teve papel importante no cuidado dele no último ano de vida: “*Foi aí que eu fiquei mal (...). Pensei: quer saber? Agora vou fazer o que eu quiser, viver minha vida. E existia isso, né? [maconha]. Fui experimentar*”. Em seguida, após a separação, morou por alguns meses com o pai. Diz então que agravou seu problema, pois “*absorvi as confusões na cabeça*” e “*deu um desvio na minha mente*”.

O discurso de B. gira ao redor dos conflitos com a mãe e as irmãs. A todo momento, queixa-se de ser preterido, de ser o único a ter de submeter-se a regras, de sentir-se preso. Atribui ao fato de ser usuário de drogas. Relata experiência de intenso mal-estar em casa e respondia com uso de drogas: “*Fumava baseado [maconha] para ficar alegre, sei lá*”. Resume a relação com mãe e irmãs da seguinte forma: “*elas me deixam lá jogado na sarjeta*”. Importante ressaltar que este é o argumento para pensar, de acordo com a psicóloga do ambulatório, o diagnóstico de neurose, pois B. “*se coloca no lugar de vítima*”. Ao mesmo tempo, o próprio paciente reconhece dificuldade na construção de vínculo com a psicóloga, alegando ter “*medo*” de falar sobre certos assuntos e “*aumentar a medicação*”.

20 F20.0 Esquizofrenia paranoide: caracteriza-se pela presença de ideias delirantes relativamente estáveis, mais comum de perseguição, podendo ser acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções.

Paradoxalmente, é por estar em uma enfermaria especializada que pode-se ouvir elementos para além da questão do uso de drogas. B. descreve enorme dificuldade de ser “o único homem da casa”. Interroga-se o que sua mãe espera de si e qual o motivo para querer vê-lo na sarjeta. Entende sofrer de “*falta de apoio de um pai*”. Tanto o pai quanto o avô eram figuras importantes: “*Nem meu pai nem meu avô iam gostar de me ver usando [drogas]. Agora ele morreu e eu fiquei ferrado... Ferrado no crack*”.

A adesão de B. ao *crack* passa pela dimensão do olhar. Em todas as versões que apresentou para contar a origem do uso desta droga, há constantemente o olhar para um outro “*mais ferrado*” ou um “*amigo que teve notícias vender tudo em casa para comprar crack*”. Sempre que tinha conflito com a mãe e as irmãs, vendia objetos em casa para comprar a droga: “*na revolta, me espelhei num amigo que vendia tudo em casa*”.

Importante ressaltar que o trabalho no SAD inclui a escuta aos familiares. Ao longo das internações no setor, a equipe entendeu haver necessidade de oferecer acompanhamento a mãe. Nos atendimentos com outra psicóloga do setor, foi possível ouvir um conflito fundamental. Com um mês de casada, o pai de B. entrou em crise em que pôs fogo em todas as roupas do casal e passou a agredi-la regularmente. Ele já havia sido diagnosticado com esquizofrenia desde os 18 anos, no contexto do primeiro emprego. Posteriormente, em outro surto, ficou em errância por aproximadamente 5 anos, até ser encontrado em outro estado vivendo em situação de rua “*como um mendigo*”. Com isto, a mãe interroga se seu filho é apenas um usuário de droga como o irmão ou esquizofrênico como o pai. Como usuário de drogas, teme que ele envolva-se com o tráfico e seja preso; como esquizofrênico, teme que ele se torne agressivo e agrida a ela e as filhas.

O tensionamento da relação de B. com a família culminou com ele próprio colocar-se em situação de rua. O uso de drogas se manteve constante, como era antes, mas as situações de risco se agravaram. B. diz: “*Peguei o celular da minha irmã e como minha mãe já tinha mandado eu ir pra rua, não voltei*”. B. iniciou assim período em situação de rua, rompendo com os mínimos laços sociais que tinha. Afastou-se dos amigos com quem usava drogas, principalmente maconha: “*Passei a usar sozinho. É melhor. Quando usamos juntos, não dá certo. Não dividimos igual, ficam falando besteira noiado*²¹.” B. diz ainda que, dos amigos, foi o primeiro a fumar maconha, cheirar cocaína e fumar *crack* até que “*ninguém se falava mais*.” Seu primeiro surto fez com que os amigos a parassem de usar drogas. Passou a sentir-

²¹ *Noiado* é um termo utilizado por muitos usuários de drogas para referir à ideação de perseguição associada ao uso de cocaína e crack.

se excluído por casa dos efeitos dos remédios psiquiátricos e pelos amigos se recusarem a usar drogas com ele.

Neste contexto, B. buscou internação espontaneamente. Havia sido transferido para o CAPSad há alguns meses, mas apresentava dificuldade de fazer vínculo terapêutico. Seu pedido de internação institui uma tentativa de mediação na relação com a mãe: “*lá fora eu fico muito perdido.*” Nos atendimentos, B. tenta construir para si um lugar no mundo. Não suporta ficar em casa e diz: “*Preciso de um lugar para conseguir minha independência.*”

Ao mesmo tempo que solicitou ajuda através do acolhimento institucional, B. não suportava permanecer por muito tempo. Alegava não ser maluco, prometia parar de usar drogas e até negava vontade de usá-las. Insistia em queixa reivindicativa por aceitação da mãe, até o momento em que, ao falar que a mãe exigia que arrumasse um emprego para resolver sua vida, o clínico intervem apontando ser a mesma exigência que ele apresenta em seu pedido de alta. “*É, vocês sempre me ouvem, né? Vou esperar.*” Assim, afirma: “*Minha mãe não entende que a internação não vai garantir que eu não use drogas. A internação serve para eu pensar porque eu não consigo ter nada na vida e uso droga. Quando eu penso nisso já serviu para alguma coisa.*”

B. passou então a trabalhar nas sessões uma série de sonhos e pesadelos. Em destaque, apresenta um sonho em que estava em uma internação e a enfermeira fala para os pacientes que eles tem que ficar no “*mundinho*”, seguindo as regras longe das drogas. Fora do mundinho, há perigos: “*O problema é que não posso estar nesse mundinho, preciso sair e depois voltar*”. Haveria três tipos de pessoas, uma que mora fora do mundo, no perigo; quem vive completamente dentro submetido à regra; e os que conseguem sair e voltar. Considera ser o terceiro tipo. Precisa ensinar os outros: “*Eu preciso sair para aprender, explorar e estudar para voltar e ensinar. É uma vontade de estar perto do perigo.*”

Ao mesmo tempo, esta produção de sonhos e pesadelos se torna angustiante e B. solicita ter alta. Atribui muitos pesadelos à própria internação: “*Eu tenho pesadelos porque estou isolado da sociedade.*” O clínico pontua que ele buscou internação justamente por não ter amigos, namorada nem trabalho. Associa a episódio em que no dia anterior a uma entrevista de emprego, vendeu o par de tênis que havia convencido a mãe a comprar e não pode ir ao compromisso. Ao mesmo tempo, abandonou o tratamento: “*O CAPSad falou que eu não podia trabalhar porque primeiro preciso me tratar. Não concordo. Ai não fui mais e passei a usar muito.*”

O trabalho com os relatos dos sonhos permitiu elaboração até a conclusão de que os pesadelos podem ser “*experiências espirituais*”, tal como o contato com o espírito do avô no

contexto de sua primeira internação. Assim, B. diz possuir duas formas pensar sobre sua vida, isto é, através da teoria e dos sonhos: “*A teoria é uma construção consciente do pensamento, já os sonhos são sem controle, vem até mim*”. Freud (1900/2006) argumenta que todo o trabalho feito com os sonhos parte do conteúdo manifesto. O diferencial da psicanálise seria a busca pelo conteúdo latente, os “pensamentos dos sonhos”:

o conteúdo do sonho nos são apresentados como duas versões do mesmo assunto em duas linguagens diferentes. [...] o conteúdo do sonho é como uma transcrição dos pensamentos oníricos em outro modo de expressão cujos caracteres e leis sintáticas é nossa tarefa descobrir, comparando o original e a tradução (FREUD, 1900/2006, p. 303).

Os sonhos são para a psicanálise uma produção subjetiva correlata ao próprio inconsciente. Desde os mais simples sonhos de crianças, o que eles revelam é a dimensão do desejo que move o sujeito ao mesmo tempo que este ignora sua causa. Os sonhos são construções secundárias que manifestam os pensamentos oníricos, isto é, propriamente inconscientes. Mesmo sendo curtos e insuficientes em seus elementos, através do processo de condensação é possível acompanhar as cadeias associativas que permitem a aproximação dos pensamentos oníricos. Além disto, o processo de deslocamento possibilita a transferência do valor psíquico de um elemento a outro. O trabalho do sonho atua por meio de sobredeterminação, de modo que não há nos sonhos nenhuma arbitrariedade, trate-se sempre de uma expressão subjetiva efeito de sua própria história. Por isso, “o sonho não é uma tradução fiel ou uma projeção ponto por ponto dos pensamentos do sonho, mas uma versão altamente incompleta e fragmentada deles” (FREUD, 1900/2006, p. 307).

Ainda que na neurose os sonhos possam ser lidos como realização de desejo simbolicamente disfarçada, ao mesmo tempo em que são uma satisfação substituta revelam a verdade, no caso de B., interroga-se se seus sonhos eram um modo de elaboração de uma construção delirante. Efetivamente, os sonhos são experiências próximas a alucinação, mas roteirizadas pela fantasia:

Essa é a natureza das fantasias de pessoas normais, bem como de neuróticos, fantasias que reconhecemos como sendo etapas preliminares da formação tanto dos sonhos como dos sintomas e que, apesar de seu alto grau de organização, permanecem reprimidas, não podendo, portanto, tornar-se consciente (FREUD, 1915/2006, p. 196)

Encontramos no caso Schreber um episódio em que durante um período de estabilidade teve alguns sonhos referidos ao período do surto, em que era açoitado por alucinações e ideias delirantes. Há relato de um episódio em que pela manhã, num estado entre vigília e sono, teve um pensamento “a ideia de que deveria ser realmente bom ser uma

mulher se submetendo ao coito” (SCHREBER apud FREUD, 1911/2010, p. 18). Este é o pensamento ao redor do qual realizará sua construção do sistema delirante a respeito de sua missão de salvar a humanidade ao transformar-se na mulher de Deus como um dever na Ordem do mundo.

A discussão sobre a correspondência entre os sonhos e delírios atravessam a filosofia e encontram na psiquiatria clássica uma primeira tentativa de distinção. Dentre diversos autores, o alienista Moreau de Tours (1804 – 1884) acrescenta ainda o uso de drogas nesta fórmula para tentar compreender a correlação da vida onírica e a loucura. Em sua tese *Du hachisch et de l'aliénacion mentale* [Do hachisch e da alienação mental], discute a relação entre uma modificação intelectual primitiva em que próxima a uma excitação maníaca que promoveria uma profunda incoerência das ideias. Este estado poderia ser provocado por uma lesão funcional do sistema nervoso ou pelo uso da droga e induziria a um estado de loucura como um sonhar desperto, com associações viciadas e pensamentos exóticos. Este é o germe da ideia de psicoses artificiais produzidas por substâncias alucinógenas (MALEVAL, 1998).

No campo psicanalítico pós freudiano, o delírio era compreendido como resultado de um defeito da organização mental que libera um modo de produção arcaico de pensamento análogo ao do sonho. A divergência dos psiquiatras da época estaria no ponto de que para os primeiros a causa estaria em uma lesão cerebral ainda a ser descoberta. Para os psicanalistas, tal causa seria desnecessária. Haveria assim uma potencialidade psicótica a todos os seres humanos.

Em sua tese, Lacan (1932) já considerava uma diferença entre o significado do delírio e o simbolismo dos sonhos. Assim, os sonhos deveriam ser interpretados enquanto o próprio delírio seria uma tentativa de interpretação do inconsciente. Em certa medida, estas ideias já estavam presente em Freud (1915/2006, p. 182) quando diferencia as psiconeuroses da esquizofrenia, afirmando que, primeiramente, pela impossibilidade do instinto tornar-se consciente, apenas a ideia associada a ele, o sonho seria uma elaboração secundária a partir da fantasia para contornar a censura. Neste caso, o deslocamento do investimento libidinal constituiria uma cadeia associativa possível de ser interpretada. Na esquizofrenia, a particularidade do recalque (com Lacan, podemos pensar na forclusão) incidiria de tal forma que a própria palavra se reduz à coisa. Assim, “acontece que a catexia da apresentação da palavra não faz parte do ato da repressão, mas representa a primeira das tentativas de recuperação ou de cura” (FREUD, 1915/2006, p. 208). Nesta medida, o delírio seria ele próprio já uma tentativa de interpretação ou significação.

O delírio pode ser compreendido como um discurso, composto de elementos mínimos e elaborados como narrativa. Tal qual os sonhos histéricos que, como formação do inconsciente, contém toda a estrutura da neurose, o delírio estabelece relação estrutural com os fenômenos elementares: “em certo sentido, o fenômeno elementar representa para a psicose o que a formação do inconsciente representa para a neurose; ainda que em escala reduzida, mostra-nos toda a estrutura da enfermidade” (MILLER, 1995, p. 7)

Nossa hipótese de trabalho procura acentuar qual a função específica do sonho com a construção delirante. Valemo-nos da própria indicação de Freud (1900/2006) do distanciamento entre o sonho como experiência alucinatória e sua reconstrução como relato. Nesta medida, o que nos interessa no caso, é a ideia de que B. produz um encadeamento narrativo a partir da transferência estabelecida não só com o clínico, mas com a instituição. Os atendimentos ganham importante função para B. Em certo momento, quando ficou alguns dias sem encontrar o clínico, escreve uma carta em que solicita ajuda para “*apaziguar a relação materna*”; “*arranjar um lugar para morar*” e “*conseguir um trabalho*”. A transferência permite o sujeito incluir o analista na organização delirante (LACAN, 1966d/1998) ou, ainda, o delírio pode ser “considerado como uma perturbação da relação com o outro, e ele está portanto ligado ao mecanismo transferencial” (LACAN, 1955/56/2008, p. 357).

No desenvolvimento do delírio, há um momento de estranhamento pela desespecificação do gozo. Ocorre então um trabalho de mobilização significativa na tentativa de criar para si uma explicação de tal fenômeno. Ainda mantém-se referência à função paterna sem haver a construção delirante propriamente dita. O Outro, neste momento, é gozador, risco do analista ocupar o lugar de perseguidor. O processo de estruturação delirante, ao fim, não deixa de ser a tentativa de localizar o gozo do Outro que permita o sujeito a localizar-se de modo apaziguado ao Outro (MALEVAL, 1998). Através dos relatos de sonho, o sujeito pode elaborar seu delírio em transferência com menos risco de ser arrebatado pela loucura.

B. relata sonho em que havia uma música que falava sobre a construção de uma casa e se vê desenhando uma árvore que cresce, que “*é construção também*” Ao crescer, abriga um ninho e os passarinhos “*saem voando em liberdade*”. O clínico-pesquisador interroga se essa é sua construção. “*É isto o que eu construo aqui. Eu penso em levar lá para fora*”. O clínico então constata que é muito trabalho. A construção de uma casa é, na verdade, uma reconstrução. A casa que tinha como referência previa a presença do pai, com sua morte “*a casa passou a ser de todo mundo, aí deu briga.*” B. não reconhece outra autoridade que não a paterna. Em relação a sua mãe, ao colocá-la no lugar de quem tem “*a ideia fixa de me ver na lama*”, afirma precisar de “*outra regra*”. Chegou a brigar no setor com um outro paciente que

o acusou de ser o “xerife”, querendo impor regras. B. o agrediu justamente pelo fato de que no SAD ele está submetido à regra institucional “*igual a todos os outros*”, diferente de sua casa em que a regra da mãe é arbitrária e incide só sobre ele.

B. evoca a necessidade de um pai: “*Eu queria uma carta psicografada do meu pai me dando uma direção. Eu preciso de uma direção. Como posso ter uma direção?*”. A escuta psicanalítica em um dispositivo de saúde mental dá lugar à construção do sujeito. Não restrito ao saber especializado, mas ainda que em relação a ele, a direção de tratamento aponta para a possibilidade construção de uma suplência à função do pai: “*Eu só vou conseguir parar de usar drogas quando receber um esporro deles e achar um caminho.*”

Sua última internação no SAD foi marcada por duas passagens. Em um dos sonhos, seu pai o buscou de alta: “*Isso significa que é ele quem está sofrendo agora. Ele quer que eu pare de me internar pela cura do vício.*” Associa este sonho ao momento de sua primeira internação em enfermaria de agudos. Interroga-se ainda: “*Se eu não tivesse usado droga nem surtado, eu teria salvado meu pai... talvez*”. Observamos nesta passagem a aproximação entre o uso de drogas e o surto como índices da perda da função paterna. Pensar o tratamento para o transtorno associado às drogas exige necessariamente entendê-lo ao contexto estrutural.

Outro elemento digno de nota foi a produção de um desenho. A convite do clínico, frente a queixa de não ter nada o que fazer, ofertando papel e lápis colorido, B. fez alguns desenhos. Escolhe dois como mais importantes. Um dos desenhos é a representação do “*Diabo viado*”, uma imagem do Diabo em aparência feminina: “*isso é para zoar o Diabo que perturba a gente*”. O outro desenho era a representação de um grande cogumelo sendo abduzido por um alienígena em uma nave espacial. Sobre isto, nada consegue dizer. Limita-se apenas a “*um pensamento que bateu na minha cabeça*”.

B. conseguiu estabelecer vínculo com sua psicóloga de referência a partir da diferenciação de que na internação ele trata da “*relação materna*” e no CAPSad estuda as dificuldades da vida. Conseguiu manter algum tempo de abstinência total de drogas ilícitas, e mesmo quando voltou a usar, não foi do mesmo padrão problemático. Reaproximou-se de amigos e chegou a sair de casa para morar com a família de um amigo de infância. Este acolhimento permitiu a melhora na relação com a mãe e as irmãs. O período estável, no entanto, durou até o momento em que conseguiu um emprego. Em poucas semanas, B. começou apresentar comportamento inadequado, não conseguindo “*responder às obrigações*”. Buscou internação afirmando que havia comido um “*cogumelo venenoso*” que fez com que voltasse a ouvir os espíritos. Afirma ter uma missão e precisar encontrar a cura

para doenças. B. solicita não ser transferido para o SAD, apesar disto a equipe do SRI indica sua transferência setor especializado.

Na discussão de caso, o clínico apresentou a hipótese do diagnóstico estrutural de psicose ressaltando o trabalho de elaboração de ideias delirantes. A equipe da emergência psiquiátrica, no entanto, não concorda e atribui tal produção psicótica à possibilidade do consumo no campo da realidade de alguma droga alucinógena derivada de cogumelos. A intervenção possível nesta discussão, uma vez que estavam ouvindo literalmente o discurso do paciente, foi sustentar seu pedido explícito de não ser transferido ao SAD. A direção tomada foi de encaminhá-lo para enfermaria de agudos. Esta situação corrobora com a diferenciação feita por Freud entre psicanálise e psiquiatria no que diz respeito ao delírio:

O interesse do psiquiatra por tais transformações delirantes se esgota, normalmente, ao constatar a operação do delírio e sua influência na vida do paciente; seu espanto não marca o início de sua compreensão. Já o psicanalista, partindo de seu conhecimento das psicose, supõe que mesmo formações mentais tão extraordinárias, tão afastadas do pensamento humano habitual, tiveram origens mais universais e compreensíveis impulsos da vida psíquica, e gostaria de conhecer tanto os motivos como os motivos dessa transformação. Com esse propósito, ele buscará se aprofundar na história do desenvolvimento e nas particularidades do delírio (FREUD, 1911/2010, p. 24).

A produção de B. não deixa de ser freudiana na medida em que o cogumelo é a figura que Freud evoca para representar a relação entre o sonho e os pensamentos oníricos inconscientes. O cogumelo é a manifestação aparente de um complexo intrincamento de filamentos de células que formam uma espécie de rede de raízes que penetram no substrato para obtenção de nutrientes. Assim, tanto o sonho quanto o delírio seriam os equivalentes manifestos da realidade inconsciente, uma pequena parte efeito do contato com a realidade externa. Afirma Freud (1900/2006):

Os pensamentos oníricos a que somos levados pela interpretação não pode, pela natureza das coisas, ter um fim definido; estão fadados a ramificar-se em todas as direções dentro da intrincada rede de nosso mundo do pensamento. É de algum ponto em que essa trama é particularmente fechada que brota o desejo do sonho, tal como um cogumelo de seu micélio (FREUD, 1900/2006, p. 556-7).

Destaca-se ainda que esta metáfora considera que tal enraizamento não conduz a um ponto último, ou melhor, primeiro. A origem dos pensamentos oníricos, o fundamento próprio do inconsciente, é impossível de ser acessado diretamente. O que Freud (1900/2006, p. 556) localiza como “o umbigo do sonho, ponto onde ele mergulha no desconhecido”, Lacan (1964/2008) circunscreve como o real. Uma das concepções do real é justamente sua indefinição estrutural, este algo “anticonceitual” (LACAN, 1964/2008, p. 30). O inconsciente

seria ele próprio já uma tentativa de lidar com o que da causa falta. “Pois o inconsciente nos mostra a hiância por onde a neurose se conforma a um real – real que bem pode, ele sim, não ser determinado” (LACAN, 1964/2008, p. 30).

No caso de B., pode-se inferir tal furo no Real, lá onde Simbólico e Imaginário encontram limite de toda representação, o uso de droga tem como função de tentar contornar pela intoxicação do corpo o ponto onde o sujeito não consegue comparecer: “*Em casa me dá um nervoso, uma depressão. O crack me faz sentir outra coisa... não é felicidade, não sei dizer o que é*”. A função da droga não é mera busca de prazer, ou felicidade, mas uma defesa contra o que há de devastador no Real. Como interroga-se B.: “*Eu uso porque é o que eu tenho em mãos. Se ela me perturba eu vou lá e uso. Uso porque faço amigos, uso porque não tenho namorada, uso porque não tem jeito de ficar em casa com tanta perturbação. Por que eu não posso ter nada?*”. A experiência da psicose encontra expressão compartilhável no laço social com um lugar aparentemente possível. A droga, até certo ponto, permite o sujeito localizar-se dentro da determinação da maldição materna: entre ser drogado-traficante como irmão e louco-agressivo como pai, B. tenta responder pela via da droga. Afirma: “*Eu perdi alguma coisa na minha vida que não tem continuidade... dignidade, confiança, não sei.*” Associa ao primeiro emprego, estágio na época de colégio, “*era por causa das drogas... não, era porque eu tava pegando muita mulher... A gente tinha fama lá no colégio, as meninas curtiam (o fato de fumarem maconha)*”.

Em outra passagem, diz que a droga o fez surtar isto é, a experiência alucinatória de ouvir espíritos, ao mesmo tempo que reconhece que os amigos usaram as mesmas drogas e não surtaram. “*A droga fez efeito diferente em mim*”. Antes de surtar, no entanto, lembra que já experimentava alguns “*estranhamentos*” até o pai lhe dar o comprimido de Fenergan²² que o fizeram abrir o surto. “*Desde o surto nunca mais consegui entrar em grupinho. Preciso de um grupo novo. Talvez estudante... Melhor, um grupo de ex-usuários que queiram abstinência longa!*” O momento do primeiro surto foi um corte com toda a construção imaginária que B. tentava se agarrar ainda na adolescência. A desamarração da crise, no entanto, o lançou fora de qualquer possibilidade de laço social. A via que tentou seguir, isto é, enquanto “*drogado*”, lugar que construiu junto do tratamento ambulatorial, ao mesmo tempo

²² Fenergan é o nome comercial da substância prometazina, anti-histamínico comumente associado ao uso de haloperidol (haldol) para evitar ou reduzir os efeitos colaterais desta medicação. É curioso notar o deslocamento realizado por B. no que refere-se ao remédio do pai que lhe causou o surto. No contexto em que esta fala foi colhida, B. já estava em tratamento psiquiátrico há alguns anos, diferente da primeira vez que esta ideia foi registrada. Em seu discurso, a medicação anti-psicótica é substituída pela substância utilizada para evitar seus efeitos colaterais.

que possibilitou encontrar um mínimo de circulação social, que seja com suporte de instituições especializadas, tal qual o SAD, o encarcerou ainda mais no uso intenso de droga, compreendido pelo clínico como manifestação fenomênica da destabilização da estrutura psicótica.

O entendimento do uso abusivo de droga como sintoma da própria desestabilização da estrutura psicótica encontra dificuldade de reconhecimento e aceitação nas práticas clínicas em saúde mental. A possibilidade de compreensão dos sintomas psicóticos como efeito da droga no corpo foca a atenção na materialidade da droga e a conseqüente redução da hipótese teórica do funcionamento neuroquímico do cérebro à realidade objetiva. A estrutura psicótica é denegada por parte dos profissionais e retorna como atribuição de um comportamento impulsivo tal qual em qualquer neurótico. Lacan (1955-56/2008) já alertava que a sintomatologia pré-psicótica pode parecer muito com a neurótica. O mesmo é válido quando está presente o uso de drogas que, se não tampona, pelo menos disfarça a produção psicótica. Por isto, é válido retomar o conceito de estrutura, uma vez que diferente da totalidade que apresenta-se fechada, a estrutura é aberta. Nesta direção, a estrutura é indissociável do significante, na verdade, ela própria é a manifestação deste: “De fato, quando analisamos uma estrutura, é sempre, pelo menos idealmente, do significante que se trata. O que melhor nos satisfaz numa análise estrutural é a extração tão radical quanto possível do significante” (LACAN, 1955-56/2008, p. 215).

Faz-se necessário diferenciar a fase pré-psicótica, conforme indicado por Lacan, e a crise. Nesta primeira, ainda há amarração entre os registros do real, simbólico e imaginário. O sujeito encontra-se ainda estabelece certa relação com a linguagem, onde o Imaginário delineado por uma imagem de eu permite localiza-se em certo lugar de separação do Outro. A droga, neste contexto, serve tanto do que Lacan (1955-56/2008) delimita como bengala imaginária, mas também de uma bengala real, pois a ingestão da droga não age só pelo real da química mas também com valor de identificação. Na crise, há desamarração dos três registros, onde o real irrompe no corpo não mais organizado imaginariamente pelo contorno do eu, que por sua vez se fragmenta: os significantes não deslizam como cadeia; reduzem-se ao radical de nada significar, estraçalhando o sujeito com o sem sentido. Alucinações, desorganização do pensamento, palavras impostas, roubo de pensamento, uma série de alterações psicopatológicas revelam o desaparecimento do sujeito frente a uma linguagem que o habita e o comanda. No caso de B., a desamarração da crise expressa pela adesão à droga indica

também certa captura imaginária por parte do Outro, localizando-o em um polo da dúvida materna estrutural, assim, exposto ao gozo do Outro.

A fala, com efeito, é um dom de linguagem, e a linguagem não é imaterial. É um corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tiradas de todas as imagens corporais que cativam o sujeito; podem engravidar a histérica, identificar-se com o objeto do *Penis-neid*, representar a torrente de urina da ambição uretral, ou o excremento retido no gozo avarento (LACAN, 1953/1998, p. 302).

Lacan (1957-58/1998) propõe o desencadeamento da psicose como consequência da evocação do Nome-do-Pai enquanto possibilidade de resposta ao desejo do Outro. O problema na psicose seria justamente o processo estruturante em que o Nome-do-Pai enquanto significante que responde ao enigma do desejo do Outro materno encontra-se foracluído. A castração não incide impondo um limite ao Outro e o significante da falta falta de modo que o sujeito representado entre dois significantes sucumbe ao Outro. “É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que o significante e significado estabilizam na metáfora delirante” (LACAN, 1957-58/1998, p. 584).

B. expressa seu conflito principalmente quando confrontado ao trabalho, ao ter de assumir posição de homem. Tanto no primeiro surto, quanto no surto que antecede a transferência para a enfermaria de agudos, é justamente por trabalhar – antes de simplesmente usar droga – que precipita-o ao desenlace: a importância do trabalho é o que herda do avô como valor que determina a hombridade. Expressa uma dúvida em que aproxima o uso de drogas e o surto psicótico como índices da falência da função paterna: “*Se eu não tivesse usado droga nem surtado, eu teria salvado meu pai... talvez*”.

A evocação ao Nome-do-Pai na psicose implica um lugar que ele nunca esteve. O imaginário, que até então suportou a relação entre o eu e o outro de modo dual, quando confrontado com uma demanda a um elemento terceiro, isto é, simbólico, desamarra-se. O que faz intervir aí seria então um pai real, o Um-pai, ocupando o lugar que o sujeito não pode chamá-lo antes (LACAN, 1957-58/1998). A falta do elemento mediador, instituinte da própria barra ao desejo do Outro expõe o sujeito ao devastador gozo do Outro. No caso, B. faz referência à relação com as irmãs e a mãe, o desarranjo da relação imaginária pela ausência do elemento mediador: “*Eu disse que sou diferente delas, que não tenho amigos e não tenho habilidades de adaptação à sociedade. É por isso que eu uso crack. Não suporto me sentir*

assim.” O sujeito tenta contornar o insuportável evocando um pai, nem que seja em espírito, mas Um-pai que possa lhe dar uma direção fora da relação especular com as mulheres da família. O Nome-do-Pai foracluído pode retornar pela via de uma metáfora delirante, ainda em germe. “Para passarmos agora ao princípio da foraclusão (*Verwerfung*) do Nome-do-Pai, é preciso admitir que o Nome-do-Pai reduplica, no lugar do Outro o próprio significante do ternário simbólico, na medida em que ele constitui a lei do significante” (LACAN, 1957-58/1998, p. 584-5).

Não é possível indicar no caso discutido a função da metáfora delirante, uma vez que no recorte de tempo proposto da análise do caso não há efetivamente um delírio estruturado. Entretanto, o caso aponta para um trabalho possível ao nível do simbólico. A metáfora é a operação *princeps* da linguagem, que define a própria linguagem: “O homem fala, pois, mas porque o símbolo o fez homem” (LACAN 1953/1998, p. 278). Lei primordial articula-se à própria lei da linguagem que encontra no nome do pai o suporte da função simbólica. Com esta tese, rele-se o Complexo de Édipo propondo que a função castradora do pai não incide só sobre a criança, ele proíbe a mãe, seja o acesso da criança à mãe como a mãe tomar a criança como seu objeto de gozo. O falo enquanto significante faltoso, seja porque a criança não pode sê-lo completamente, seja porque a mãe não o possui já que ele encontra-se do lado do pai. “A função do pai no complexo de Édipo é ser um significante que substitui o primeiro significante introduzido na simbolização, o significante materno” (LACAN, 1957-58/1999, p. 180). Pode-se concluir que Nome-do-Pai como efeito da metáfora paterna serve de suplência ao vazio da significação fálica, onde este próprio vazio é o que permite o encadeamento dos significantes em cadeias. Na psicose, a foraclusão do Nome-do-Pai transforma o vazio como possibilidade de significação em vazio do radical de sem sentido. “Termo em que culmina o processo pelo qual o significante ‘desatrelou-se’ no real, depois de declarada a falência do Nome-do-Pai – isto é, do significante que, no Outro como lugar do significante, é o significante do Outro como lugar da lei” (LACAN, 1957-58/1998, p. 589-90).

O trabalho analítico com B. não permitiu ignorar a função do próprio simbólico e o esforço do sujeito em construí-lo. A função fálica e o recurso ao Nome-do-Pai permite ao sujeito encontrar um lugar na partilha dos sexos e posicionar-se. Por isto, o sexual quando emerge na psicose pode tornar-se elemento disruptivo, que exige do sujeito uma tomada de posição nem sempre fácil. B. não deixava de queixar-se do sexual. A internação, o tratamento em uma enfermaria mista, remetia-o sempre à urgência de pedir alta para arranjar uma namorada. O problema, no entanto, era sempre estar de volta às ruas sem conseguir falar com

as mulheres, seja porque estava usando droga, seja por usar droga justamente por não conseguir abordá-las. Conjugava sua fala de manter-se “*limpo*”, isto é, sem usar drogas, e sair de alta para “*fazer a limpa*”, ficar com todas as meninas, o que não passou despercebido ao clínico. Com o avanço do tratamento, B. pergunta ao analista: “*Por que tudo que tem ‘ina’ no nome vicia? Caféina, cocaína, nicotina*” e ouve como pontuação do clínico-pesquisador “até mesmo menina”. B. riu de modo intenso, podendo até mesmo resgatar a duplicidade de “*estar limpo*” e “*fazer a limpa*”.

A escolha do clínico em incluir o sexual na sequência das substâncias químicas que viciam o indivíduo permitiu deslocar o discurso sobre a droga para um outro nível. Teve como direção justamente apostar na construção de uma significação no registro simbólico, evitando cair na tomada da droga como objeto real, tomar o símbolo pela própria coisa. O humor, na análise, permitiu a suplência da função fálica foracluída na psicose, tal qual Lacan (1958b/1998, p. 701) “atendo-nos à função do falo, podemos apontar as estruturas a que serão submetidas as relações entre os sexos.” O cômico é um modo de tratar o real da morte e da sexualidade através da linguagem, tal qual o humor também aborda o real pelo tratamento através dos afetos. A explosão de riso é uma descarga libidinal do qual resulta prazer. Sua possibilidade de expressão produz enlaçamento ao Outro, pois no humor concerne-se a um dizer possível no limite da ruptura do laço social (LAJE, 2017).

O falo e sua função simbólica é justamente o que localiza o sujeito em relação ao desejo do Outro. Enquanto, segundo Freud (1927/2006, p. 167), o chiste – ou a piada na qualidade de expressão de um impulso agressivo ou sexual recalcado – muitas vezes se resume à obtenção de prazer a serviço da agressão, o humor possui certa dignidade mais respeitosa por agir analogamente à estrutura aos processos defensivos contra à compulsão para o sofrimento, tal qual “uma série que começa com a neurose e culmina na loucura, incluindo a intoxicação, a auto-absorção e o êxtase.” O investimento superegoico que induz o sujeito ao gozo mortífero pode ser elaborado, circunscrevendo este gozo ao campo do prazer pelo duplo sentido produzindo um novo enlaçamento ao Outro.

O recurso à droga, em vez de permitir estabilização, mostrou-se falho. O consumo excessivo de droga, neste caso, não era indicativo de um comportamento compulsivo desassociado com o quadro psicótico, tal qual foi lido pelo saber psiquiátrico e psicológico comportamentalista. As questões estruturais estavam presentes em seu discurso, mas a escuta dos profissionais era ensurdecida pelo saber institucionalizado dos manuais. A posição ética orientada pela psicanálise, no entanto, permitiu dar lugar à produção do sujeito pela via do

endereçamento da palavra. A acolhida encontrada no clínico presente na instituição especializada para tratamento de usuário de álcool e outras drogas foi o que possibilitou que algo para além da droga pudesse comparecer como realidade discursiva. Ainda que Lacan tenha recuado de sua primeira leitura das psicoses como deficit do Nome-do-Pai tal qual expresso no *Seminário livro 3, as psicoses* (1955-56/2008), isto, no entanto, não significa abandonar a aposta no simbólico e na possibilidade de construção de metáfora delirante como efeito da escuta do discurso do sujeito.

O tratamento extra-hospitalar de B. permitiu a construção de vínculo com alguns profissionais sensíveis a sua estrutura. O encaminhamento do ambulatório para o CAPSad, ainda que marcado pelo ideal de especialismo da sigla AD, permitiu um duplo trabalho de B. Ao mesmo tempo em que, após mudanças de alguns psicólogos de referência, ele conseguiu construir um “*lugar fixo no CAPSad*”, diferenciou o espaço dos atendimentos individuais da convivência. Convivência é o termo fundamental para a atenção psicossocial. Prevista nos manuais do Ministério da Saúde, a direção de trabalho é para que os CAPS sejam um “*lugar de convivência*” (BRASIL, 2004, p. 17), na medida em que a clínica da atenção psicossocial ocorra no encontro com o outro, isto é, entre profissionais e usuários, os usuários entre si, entre usuários e familiares, e entre outros atores sociais. No caso, B. entende a convivência do CAPS como um espaço para “*pesquisar as pessoas*”, isto é, avaliar como elas usam drogas, entender como elas ficam malucas. O CAPSad se tornou para B. um lugar onde consegue elaborar sua produção delirante nos atendimentos individuais, ao mesmo tempo em que consegue diferenciar-se do conjunto de outros pacientes “*usuários de drogas*”.

Na internação, porém, o mesmo não aconteceu. Estar em acolhimento institucional, tutelado 24 horas em uma instituição total, sob o signo de uma enfermaria especializada para usuários de álcool e outras drogas tornou-se problemático para B. Durante primeira internação em enfermaria de agudos após uma carreira no SAD, solicitou ser atendido pelo clínico que o acompanhava no setor. Diz ser muito grato pela escuta oferecida e justifica seu pedido de ser internado entre outros homens loucos: “*No SAD só se fala em droga, tudo é culpa da droga. Meu problema não é a droga, é o tanto de coisa que perturba minha cabeça... Se eu ficar na droga, vou morrer na droga*”. É válido ressaltar que a leitura do prontuário referente as internações na enfermaria de agudos mostra haver tensionamento na direção de tratamento. Os relatos indicam a tentativa de localizar no uso de drogas a causa da produção psicótica, com pouco detalhamento do trabalho realizado pelo paciente. Apesar disto, o próprio paciente reconhece necessitar desta outra instituição – com suporte da equipe do CAPSad – para dar

continuidade a construção de suas teorias. Ressoamos, assim, com Freud (1917b/2006, p. 258), o aviso dado de que a psiquiatria reivindicando para si a cientificidade acaba por transformar o psiquiatra em um trapaceiro.

4.2 A falha da identificação imaginária e a tentativa de organização do corpo: o caso T.

T. foi adotado com ainda bebê por um casal, tendo sido registrado como filho biológico apesar da idade avançada de ambos. A mãe biológica era prostituta e usuária de drogas, entregou o filho diretamente ao casal quando este tinha poucos meses de vida. Pai adotivo era militar e mãe adotiva dona de casa, a relação entre eles mostrava-se muito difícil em alguns momentos, com episódios de agressão por parte do pai. Ao mesmo tempo, o pai se mostrava muito atencioso com o filho, a ponto de submeter-se completamente aos caprichos deste. Dizia que T. era o “*rei da casa*”. Na verdade, T. era quem mediava a relação entre pai e mãe, a ponto desta ter de pedir ao filho o que o marido lhe recusaria. No momento da separação do casal, a mãe passou a dormir na sala e o pai chegou a dividir sua cama com o filho. Ressalta-se ainda um não-dito do discurso familiar de que T. seria de fato filho biológico de seu pai, fruto de encontros extra-conjuguais.

T. inicia o uso de drogas aos 13 anos de idade, atribuindo ao fato de sentir-se “*rejeitado*” por ser adotado e para lidar com a “*timidez*” em relação aos outros. Inicialmente faz uso diário de maconha e depois passa a usar outras drogas como cocaína, LSD e ecstasy. Sua mãe descreve o desenvolvimento de T. como tendo sido normal, estranhando apenas o fato de ter sido uma criança quieta demais e muito caprichoso. Os pais notaram mudança de comportamento do filho quando um amigo morreu assassinado. T. passa a ficar nervoso, agressivo e desleixado. Afirmava ouvir a voz de seu amigo, senti-lo em seu corpo. Aumentou consideravelmente o uso de drogas e justificava como sendo o comando feito pela voz deste amigo. Tentou tratar destes fenômenos em centros espíritas, pois acreditava incorporar o espírito, mas foi expulso por não interromper o uso de drogas, o que impossibilita dar continuidade ao tratamento religioso.

É válido ressaltar haver no campo acadêmico ampla discussão a respeito da relação entre o consumo de drogas ilícitas, em especial a cannabis, e o desenvolvimento de transtornos psicóticos, principalmente a esquizofrenia. A associação causal entre o consumo de *cannabis* e o desenvolvimento de esquizofrenia é dado como certo na divulgação científica feita pelos meios de comunicação de grande circulação (ALVES, 2016; CHAPMAN, 2017; DAILY MAIL, 2018).

Ainda que muitas das reportagens não creditam os estudos de onde as informações teriam sido retirados, atribui-se certeza à associação entre o consumo da droga e o desenvolvimento do quadro psicótico. O uso de citações de profissionais especializados dá corpo a uma ideia que o próprio campo científico ainda não chegou a um consenso. Como exemplo, podemos citar a fala de um psicólogo entrevistado na reportagem: “Se o Brasil legalizar a indústria da maconha, nós teremos uma fábrica de esquizofrênicos” (ALVES, 2016, s.p.). A ideia de que o consumo de cannabis aumenta em cinco vezes o risco de desenvolvimento de esquizofrenia pode ser referido a estudos observacionais e prospectivos que reconhecem tal risco em casos de pessoas que já apresentam alguma sintomatologia psicótica branda (O'DONOGHUE *et col.*, 2018). Estudos observacionais estabelecem a associação entre diferentes variáveis, mas não podem estabelecer relação de causa e efeito. De fato, até o presente momento do estado da arte, não há nenhum estudo que efetivamente estabeleça a relação de causa e efeito entre o consumo de maconha e o desenvolvimento de esquizofrenia. O problema então repousa no fato do próprio limite do método observacional: a constatação de que pessoas com padrão de consumo mais intenso de cannabis tendem a apresentar quadros psicóticos não significa que a droga cause o transtorno. Pode-se questionar: será o transtorno justamente o que leva os indivíduos a aumentar o consumo da droga? (FREITAS; NEVES, 2016).

Retorna-se ao problema da etiologia dos transtornos mentais, uma vez que as alterações cerebrais podem ser lidas como expressão orgânica de tais transtornos, mas não necessariamente sua causa. Não a toa estudos indicam a necessidade do desenvolvimento de novos métodos para identificar os mecanismos responsáveis pela relação entre o consumo de cannabis e aumento do risco de transtornos psicóticos como um meio de entender a própria etiologia dos transtornos psicóticos (O'DONOGHUE *et col.*, 2018).

O quadro de T. evoluiu para a apresentação de um discurso desconexo, com elementos de cunho persecutório (ameaçado pelo tráfico), agitação psicomotora e insônia persistente. Teve sua primeira internação involuntária no setor para usuários de álcool e outras drogas (SAD), em que apresentou oscilação entre momentos de isolamento e momentos de intensa agitação com auto-flagelo. Teve mais duas internações pouco tempo depois e apresentou quadro semelhante à primeira, com risos imotivados e discurso empobrecido. O médico levanta a hipótese de um quadro psicótico de base com sintomas paranóicos potencializados pelo uso de cocaína, persistente mesmo após a desintoxicação, mas tal diagnóstico é interrogado uma vez que T. relata os sintomas psicóticos de maneira “indiferente”, sendo entendido como dissimulação.

Em sua quarta internação, afirma ficar sob efeito de só por estar perto de usuários: “*a energia das pessoas passa onda para mim*”. Ouve os vizinhos dizerem que sua irmã biológica é prostituta. Recebe das mulheres na rua sinais que entende sendo desejado por elas por ser forte e musculoso. “*As pessoas tem medo de mim por isso... as mulheres se sentem atraídas... não quero ser tratado como artista, sou pessoa normal*”. A televisão e o rádio chamam seu nome o tempo todo. A dúvida diagnóstica lançada pelo médico é desfeita após um episódio de agressão a outro paciente. Quando interrogado, T. teria relatado de modo desafetado e minimizando o fato, o que faz o médico entender que ele não é psicótico, mas “*cínico*”.

Novamente, encontramos neste fragmento do prontuário um dos pontos limites para a lógica do Manual diagnóstico que diz-se atóxico. Dentre os sintomas dos transtornos psicóticos, em especial a esquizofrenia, os sintomas negativos, tais quais a diminuição da expressão emocional e a abulia (perda da faculdade da vontade), permitem descrever paciente sem expressões faciais ou modulação de voz condizente com seu discurso (APA, 2013, p. 87). No entanto, a interpretação do profissional determina tal apresentação como dissimulação, o que pressupõe intencionalidade ao paciente podendo enquadrá-lo como transtorno de personalidade, que pode incluir extração de certo ganho da relação com o outro, incluindo a violação ao direito do outro (APA, 2013, p. 659).

Com a morte da mãe, T. teve grande piora. Tatuou seu nome no seu braço e chegou ao ponto de amarrar fotos de sua mãe em seus olhos com uma fralda e tentar matar-se com a arma do pai. Com este quadro, foi internado involuntariamente no Setor de Agudos Masculino, onde manteve-se agitado e heteroagressivo. Agrediu outros pacientes alegando ser roubado e insultado, sentia-se perseguido e disse: “*queria ser menos objeto de desejo e ser mais carne humana.*”

Outro momento disruptivo foi durante a gravidez de uma namorada. Passou a dizer que era estuprodo pelo pai, que seu sobrinho era seu filho e gostaria de namorá-lo. Afirmava que os demais pacientes da enfermaria eram homossexuais e desejavam deitar em sua cama. Depois de uma longa internação neste setor, deu continuidade ao tratamento no CAPSad e manteve-se estável por dois anos. Porém, abandonou o tratamento e agravou o uso de drogas. Conseguiu chegar ao CAPSad dizendo ouvir vozes e foi levado ao hospital pela equipe. Em atendimento no SRI, não relatou escuta alucinatória e pediu internação para uso de drogas. Os plantonistas avaliaram quadro psicótico estável, sendo o problema o uso abusivo de drogas. Esta fala endereçada ao paciente promoveu um efeito importante: T. passa a internar-se voluntariamente. Seu discurso se consolidou em torno do uso de drogas e dizia não surtar há 2

anos. Iniciou construção de um lugar de “*abstinente*”, contando o tempo que não fazia uso e pedindo internações para evitar recaídas.

Sustentou 9 meses de abstinência por promessa ao pai, até o momento posterior a sua morte. Apesar do aumento da vontade de usar drogas após este episódio, endereçava pedido de internação antes da recaída pela preocupação de tornar-se “*mendigo e lixo*”, caso volte a usar drogas. Nos atendimentos com médico e psicólogo, afirma não ouvir vozes há 1 ano, mas para a enfermagem relata intensa produção alucinatória, com quadro de insônia e discurso desorganizado. Antes de receber alta da observação psiquiátrica, interrogou à psicóloga se usar drogas voltaria a alucinar.

Um mês depois, pediu internação por ter recaído no uso de *crack*. Apresentou quadro de intensa agitação e insônia que nomeava “*fissura*” e pediu para ser transferido para o setor de agudos psicóticos, alegando precisar de atividades terapêuticas, como artesanato. Sua psicóloga de referência manteve indicação de internação no setor de usuários de drogas alegando “*quadro psiquiátrico estável.*” T. não conseguia mais sustentar longos períodos em abstinência. Voltou a falar sobre as vozes atribuída ao uso de drogas. .

O período de reconhecimento à imagem de usuário de drogas em abstinência nomeada pela equipe técnica e sustentada pelo paciente como promessa ao pai, interroga a função da identificação na clínica. Cruglak (2001) propõe pensar a identificação a partir da leitura dos seminários de Lacan em relação a três tempos lógicos, remetidos aos três registros. Há uma primeira identificação, tal qual o mito científico freudiano, ao pai totêmico, devorado por seus filhos. Fora da palavra, e pela via do corpo, a primeira identificação é uma incorporação onde “o que se incorpora faz corpo, no tempo em que se faz corpo” (CRUGLAK, 2001, p. 32). Ressalta-se que a incorporação ocorre com a força do pai mítico pela absorção de seu corpo. Há algo de imaterial nesta identificação, ou melhor, de vazio, possível de ser articulado então com o que vem a ser a função do nome do pai: nomear às coisas.

A identificação ao Simbólico ocorre quando o sujeito tem a chance de alojar-se no Outro primordial pelo lugar da falta do Outro, sendo suportado como marca da própria falta deste Outro. A dialética de demanda e desejo se produz como efeito do significante, no caso, o nome do pai opera como o que nomeia o desejo da mãe. A identificação ao Simbólico seria então o momento de amarração onde o sujeito pode apropriar-se de um corpo e dispor de seu nome próprio, de onde subtrai-se do Outro pondo em cadeia o significante da falta do Outro dialetizado pela impossibilidade de satisfação da demanda. Os efeitos de gozo desencadeados no corpo, no campo do Outro, pela conjunção entre imaginário e simbólico ocorre porque

“imaginário humano encontra-se sustentado pelo simbólico, e também porque o simbólico se presta à estagnação imaginária” (NUNES, 2015, p. 426).

A função do nome do pai é dar nome ao vazio constitutivo do sujeito. No entanto, sendo o que marca a identificação primária, significante primordial, não existe como unidade, mas justamente como função. O nome do pai em essência é ser ausente, pois, por sua vez, não há um nome que o nomeie. Por isso, o nome do pai pode ser muitos, ainda que não qualquer nome. A função do nome do pai é produzir uma história que articule a lei primordial da impossibilidade de satisfação com o objeto de gozo, ou seja, o incesto. O que quer que barre a voracidade da mãe, torna-se o pai que institui o desejo da mãe. O nome do pai sustenta o que vem a ser a função do falo, significante que articula-se como semblante como ponto pivô “como tudo o que se pode ordenar o conter do gozo sexual” (LACAN, 1971/2009, p. 158). O falo sustenta assim a função do nome na medida em que o nome é o que chama a falar: “O que constitui o privilégio do falo é que podemos chamá-lo loucamente, e ele continuará a nada dizer” (LACAN, 1971/2009, p. 160). Enfim,

O certo é que ele é o falo, sem dúvida, mas também é o Nome-do-Pai. O chamado Pai, o Nome-do-Pai, se esse é um nome que tem eficácia, é precisamente porque alguém se levanta para responder. Pelo ângulo do que se passava na determinação psicótica de Schreber, foi como significante capaz de dar um sentido ao desejo da mãe que, justificadamente, pode situar o Nome-do-Pai (LACAN, 1971/2009, p. 161).

Seguindo nossa hipótese de trabalho, a identificação possível do sujeito à imagem de usuário de droga em abstinência, opera como uma nomeação falha por não encontrar sustentação no significante nome do pai. Ademais, tal nomeação é operada pela palavra de profissionais em atendimento pontual. Ainda que a transferência à instituição atribuisse valor a tal palavra, ela incide sobre o sujeito vindo de fora do tratamento. Freud (1937b/2006) afirma que o trabalho do analista consiste em construção, isto é, a interpretação opera pelo deslocamento de sentido produzido pelas associações dos elementos que irrompe do discurso do sujeito. Mesmo nos pacientes psicóticos em que alucinações e delírios não deixam de ser baseados nos significantes da história de vida, estão relacionados com o significante específico rejeitado nos primórdios da constituição subjetiva. Em última instância, o trabalho de elaboração é de responsabilidade do sujeito, sustentado pela transferência ao analista.

A partir deste ponto, as internações no setor de álcool e drogas começam a ficar mais difíceis. A desamarração da referida identificação, não só lançou o paciente para um aumento do consumo de drogas como à intensificação do quadro de agitação. Justificava os inúmeros pedidos de atividade e saídas pelo medo de agredir alguém no setor. Dizia para as referências

não ouvir mais vozes, e para enfermagem afirma estar submetido a vozes que o comandam ficar agressivo. A agitação culminou em agressão a outro paciente. As passagens pelo setor de agudos psicóticos também são permeadas pela inquietação, agressões e necessidade de intercorrência²³ enquanto um espaço de maior restrição da circulação pela enfermaria.

A dificuldade de adesão ao tratamento no CAPSad tinha relação com todas as mulheres se interessarem por ele, medo de ir à rua e ser reconhecido por uma torcida rival. *“Não ouço vozes há 5 anos. Eram vozes de homens... me mandavam agredir pessoas e eu ficava agressivo... depois que comecei a tomar as medicações nunca mais escutei... disseram que eu tinha esquizofrenia e isso eu acho que é a doença que me faz ouvir vozes”*. Chamamos atenção à maneira como T. se apropriava do que lhe era dito. No início da internação o médico interroga o fato de ele se tratar no CAPSad e não no CAPS II e ao final da internação isto se torna num pedido de T.: quer mudar de CAPS para acompanhar o médico.

Em sua última internação, apresentou-se de modo muito diferente no serviço de referência. Estava mais esvaziado e *“cronificado”*. Recaiu logo após a alta e passou a consumir drogas dentro do serviço, o que não era comum. No SRI, diz: *“eu cuido da esquizofrenia, mas não consigo parar com as drogas... maconha acelera esquizofrenia?”*. Queixava-se por ninguém explicar a esquizofrenia. Para ele, precisa da maconha para ser livre, acredita que se os pais fossem vivos, tudo seria diferente. *“Foi uma ideia que eu tive, mas aí vem outra ideia de parar com tudo, depois outra para só usar maconha. É um estalo na minha cabeça”*.

Por trás de seu discurso de usar ou não drogas, T. elaborava sua relação com as substâncias: *“minha cabeça tem um limite e eu não consigo pensar mais, aí vou usar drogas pesadas”*. Fala sobre o uso de morfina injetável que fez com uma aluna de química, com quem teve um caso, como uma forma de fazer seu corpo funcionar. Afirma que precisa da droga para poder cheirar com o nariz e sentir gosto pela boca, caso contrário seu corpo não funciona direito. Ele diz: *“Meu corpo funciona estranho e eu tenho que ter cuidado para não estragar mais (...) Eu não sei porque tenho que usar drogas mais pesadas. Agora vai parar”*.

A função da droga, a partir destes relatos, aponta para relação com a própria experiência de corpo. De fato, o corpo para psicose, em especial nos momentos de abertura de quadro ou de desamarração da crise, pode ser fonte de estranhamento e mal-estar. A desconexão entre imagem, corpo e linguagem joga o sujeito em um terreno que exige a fabricação de novos meios para lidar com esta experiência. A proliferação alucinatória não

²³ Intercorrência é o nome dado a uma área da enfermaria mais próxima ao posto de enfermagem onde os pacientes são observados mais de perto pela equipe plantonista.

precisa ser apenas audio-verbal, mas também cenestésica: “partes específicas do corpo ganham destaque, em uma conformação estranha e imprecisa” (MUÑOZ *et. al.*, 2014, p. 876). Ao sujeito desapossado de um corpo resta buscar meios de ligar os pontos e amarrar os nós de uma rede que sirva de segurança. A droga, neste contexto, pode ser um recurso possível ao sujeito na tentativa de organização do próprio corpo ou de circunscrição da experiência excessiva de gozo por si fora da linguagem. O paradoxo posto de tentar nomear tais fenômenos ao uso de drogas se apresenta como um problema quando este recurso falha, na medida em que o consumo da droga entra no campo do excessivo. A experiência subjetiva se desorganiza ainda mais num corpo fragmentado e desconectado da linguagem.

O diagnóstico evocado pelo próprio paciente de esquizofrenia nos dá a pista da experiência de fragmentação ao qual o sujeito está exposto. Freud (1914/2006) se apropria do conceito de narcisismo para explicar o processo de constituição do corpo próprio e sua relação com os objetos. O narcisismo seria um complemento libidinal de uma pulsão de autopreservação atribuível a todo ser vivo. O investimento pulsional, antes de ser direcionado para um objeto, toma o próprio corpo como objeto. Na infância, justificaria o caráter perverso e polimorfo das pulsões, onde a criança se satisfaz com os pedaços de seu próprio corpo. Assim, “uma unidade comparável ao ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido” (FREUD, 1914/2006, p. 84).

Faz-se necessário uma ação psíquica específica a fim de provocar o narcisismo, que servirá de partida para a construção de um eu unificado. O investimento pulsional no próprio eu, tomado como objeto, permite o estabelecimento de outras relações com os objetos. O eu, unificado, não deixa de ser objeto de amor, que mantém relações com os outros. Mas de que eu se trata? Freud (1930/2012) posteriormente afirmará que eu é corporal, uma superfície do próprio corpo. Temos os elementos então para pensar com Lacan (1943/1998, p. 97) o estágio do espelho como uma identificação, isto é a transformação ocorrida no sujeito quando assume uma imagem.

O estágio do espelho é definido como um momento constitutivo onde o *infans* – desprovido de fala e linguagem – precipita-se em uma imagem que permite a relação dialética com o outro. Esta precipitação tem por marca a assunção jubilatória, isto é, a experiência de gozo no reconhecimento da imagem através do olhar do Outro. O eu se desenvolve tomando por forma a imagem do outro do espelho, uma imagem completa. Esta imagem contrapõe-se à experiência de corpo despedaçado do autoerotismo, onde as pulsões desordenadas buscam suas satisfações nas partes. A função do eu formado pela imagem do outro, deste outro que ao mesmo tempo é semelhante e rival, é contornar imaginariamente o real das pulsões com a

sustentação simbólica da palavra de reconhecimento do Outro: “a só vista da forma total do corpo dá ao sujeito um domínio imaginário do seu corpo, prematuro em relação ao domínio real” (LACAN, 1953-54/1986, p. 96).

A relação com o outro, o pequeno outro, tem por base a agressividade. O eu que se forma ao tomar a imagem do outro está sempre em risco de ser substituído por este outro, perder seu lugar. A base da experiência paranóica é o permanente medo de ter de matar ou morrer. Do mesmo modo, a megalomania é a expressão de um excesso de investimento pulsional no eu, que culmina em grandiosidade. Na esquizofrenia, por sua vez, a energia desinvestida dos objetos retorna ao eu, mas um eu fragmentado que não pode ser tomado como objeto unificado. Para as pulsões, o objeto “é o que há de mais variável na pulsão, não estando originalmente a ela vinculado, sendo apenas a ela atribuído por sua capacidade de tornar possível a satisfação. Não é necessariamente um objeto material estranho ao sujeito, podendo até mesmo ser uma parte do próprio corpo” (FREUD, 1915/2013, p. 26-7).

Lacan localiza a pulsão como um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise. O ato de Freud engendrar o termo e inseri-lo na ciência especifica o campo em que a Psicanálise vai operar. Mesmo correndo o risco de ser absorvida pela ciência – tal qual os esforços dos pós-freudinos de adequação – ou de ser refutada – a psicanálise estabelece relação de extraterritorialidade com a ciência (LACAN, 1964/2008, p. 159-60).

Freud (1915/2013) dedicou um texto especificamente às pulsões, mas manteve sua elaboração ao longo de toda obra, inclusive na mudança que opera entre duas chamadas tópicas. Em “As pulsões e seus destinos” [*“Trieb und Tribschicksale”*], Freud discute uma questão crucial para as definições deste conceito. Ele propõe a pulsão como um conceito fronteiro entre o psíquico e o somático. Afirma que as pulsões são equivalentes para o psiquismo aos estímulos externos sobre o sistema nervoso: “o estímulo pulsional não advém do mundo exterior, mas do interior do próprio organismo” (FREUD, 1915/2013, p. 19). Neste sentido, a pulsão teria como característica fundamental ser uma força constante que implicaria ainda na “inexpugnabilidade pelas ações de fuga” (FREUD, 1915/2013, p. 21). Diferenciando interior e exterior, é através da força motriz da pulsão – cuja a meta é sempre uma satisfação a ser alcançada pela suspensão da estimulação pulsional impossível de ser atingida – que o indivíduo deve buscar para si modos de tentativa desta satisfação pulsional.

A relação do indivíduo com o mundo acontece a partir dos encaminhamentos pulsionais, não existindo desde a origem, uma vez que o “Eu se encontra originalmente, bem no início da vida anímica, pulsionalmente ocupado, estando em certa medida, em condições de satisfazer suas pulsões em si mesmo” (FREUD, 1915/2013, p. 53). Nesta posição narcísica

e dominada pelo princípio de prazer, o Eu se diferencia de um mundo externo, que por sua vez será distinguido entre objetos que causam prazer e os que causam desprazer. Assim, o “Eu extraiu de si uma parte, que projeta no mundo externo e sente como hostil” (FREUD, 1915/2013, p. 55).

Para articular pulsão e inconsciente, é válido apoiar-nos na definição do inconsciente como sendo: “O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante.” (LACAN, 1964/2008, p. 126). Neste entendimento, o inconsciente não é uma parte do sujeito, que, por sua vez, não se reduz ao ser ou à substância. Ao definir o inconsciente como em relação ao significante, Lacan dá lugar ao Outro, na medida em que toda fala é endereçada. Assim, a psicanálise não é um saber, principalmente, um saber que vem do Outro, um saber que determina o sujeito.

É a verdade, no nível desse saber analítico, que não há um saber em relação àquele que parece sê-lo, em relação àquele que o tomaríamos, se, a pretexto de ele haver enunciado a relação original e radical da função do saber com a sexualidade, nós nos precipitássemos com demasiada pressa – o que é um pleonasmo – a deduzir daí que se trata de um saber sexual (LACAN, 1968-69/2008, p. 199).

O saber do qual trata a psicanálise é o saber investido em uma satisfação. Ou ainda, o saber do qual trata a psicanálise é o que há de articulável e articulado na relação do sujeito ao Outro, isto é, as pulsões. As fases do desenvolvimento pulsional da criança, sejam elas marcadas pelas pulsões orais, pulsões anais, pulsões escopofílicas e pulsões sadomasoquistas, pressupõe certa relação do sujeito com a demanda do Outro e com o próprio corpo e seus órgãos. Mas o que qualifica este saber é justamente ser um saber que claudica, ou seja, um saber que é sintomático na medida em que a satisfação produzida é uma satisfação parcial, até mesmo paradoxal – de um paradoxo que remete ao gozo.

Lacan prossegue sua argumentação traçando a relação entre pulsão, saber e verdade. Primeiro, ele define o saber como “aquilo que falta à verdade” (LACAN, 1968-69/2008, p. 203). Ou seja, para a psicanálise, não está em jogo interrogar-se sobre a verdade enquanto uma finalidade. Então, o que é a verdade? Sua resposta dá abertura para pensar a verdade como tendo “estrutura de ficção” (LACAN, 1968-69/2008, p. 186). Em outras palavras, à verdade escapa a possibilidade de ser apreendida em um sentido derradeiro, em uma essência, pela própria condição estrutural da linguagem: não há a última palavra. É disto que se trata quando evocamos a lógica significante para supor o sujeito por estar sempre possível a deslizar na cadeia em relação a outros significantes.

O problema posto aqui às pulsões é que elas não são linguagem nem instinto, mas trazem à experiência analítica a dimensão do corpo. Primeiro, podemos indicar esta dimensão

como aquela do gozo e “o gozo, aqui, é um absoluto, é o real [...] como aquilo que volta sempre ao mesmo lugar” (LACAN, 1968-69/2008, p. 206). O gozo absoluto, longe de existir como uma essência, tem uma função lógica para determinar o que está em jogo no desejo. Para a histórica, a postulação de um gozo absoluto é o que institui frente a sua rejeição a resposta ao seu desejo enquanto insatisfeito. Mais uma vez, há alguma coisa que se furta ao gozo, impossibilitando ser absoluto. Com isto, Lacan indica que o gozo não é redutível à natureza, ou melhor, a um naturalismo, uma vez que as pulsões – não sendo instintos – são aparelhos do ser humano que é um ser nascido banhado de linguagem. Lacan ressalta que a característica de pressão constante da pulsão é sinal de seu rompimento com a biologia: “A constância do impulso proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo. [...] É uma força constante” (LACAN, 1964/2008, p. 163).

O problema que se coloca então para o ser humano é justamente um descompasso entre o saber contido no instinto, para uma falta de saber da pulsão. Não há para humano uma inscrição unívoca para a realização do instinto sexual. Pelo contrário, nem mesmo uma biologia do corpo é determinante para pensar o que seria de uma posição sexual. Com isto, diz-se que para psicanálise não há determinação entre homem e mulher. Isto fica expresso na dificuldade de Freud em determinar para as pulsões o que seria masculino e feminino:

A oposição ativo-passivo funde-se depois com a oposição masculino-feminino, o que não tem importância psicológica até o momento em que isto ocorre. O amalgamento da atividade com a masculinidade e da passividade com a feminilidade nos aparece como um fato biológico; entretanto, de modo algum ele é tão regularmente imperioso e exclusivo como estaríamos propensos a assumir (FREUD, 1915/2013, p. 51-2).

Se pensarmos a cultura em sua relação com a linguagem e a linguagem como um modo de aparelhamento do gozo, isto nos indica que a adoção de opostos masculino-feminino induz à própria oposição significativa, que é fundante. Mas, de modo algum esta oposição é fixa, pelo contrário, é justamente pelo significativo não ter significação em si, precisar sempre estar em relação a outros significantes diferentes, que a cadeia se institui e passa a existir tantas mais possibilidades. Há um descompasso entre homem e mulher que é próprio a hiância produzida pela incidência do significativo no campo do gozo. E é justamente por haver um saber que se furta à verdade, que o sujeito se põe a pensar sobre a diferença dos sexos, estabelecer tais diferenças, organizar o mundo através de traços de atributos. No caso de T., em sua experiência psicótica, a relação de opostos masculino-feminino não deixa de ser um trabalho constante. Em uma de suas primeiras crises, dizia que o pai queria lhe transformar em mulher, mas esta experiência é vivida como devastadora. Defendeu-se agredindo o pai.

Há na pulsão algo de *extimidade*, desta interioridade externa ou desta exterioridade interna (LACAN, 1968-69/2008, p. 219), que identificamos o que Freud já havia apontado da *ambivalência* presente no que tange às pulsões e sua relação com amor e ódio, Assim, Lacan distingue ainda a diferença entre este outro próximo e o Outro: “O próximo é a iminência intolerável do gozo. O Outro é apenas sua terraplanagem higienizada” (LACAN, 1968-69/2008, p. 219). Retorna-se então à ideia do inconsciente como o discurso do Outro, onde está o inconsciente estruturado como linguagem.

Do mesmo modo que Freud localiza em partes do corpo as fontes pulsionais, tais partes não são aleatórias. O corpo para psicanálise não confunde-se com o organismo – é um corpo atravessado pela linguagem, revestido de imaginário, que traz a marca de uma perda. O corpo seria então lugar de gozo.

Problema do gozo, visto que ele se encontra como que soterrado num campo central, com aspectos de inacessibilidade, de obscuridade e de opacidade, num campo cingido por uma barreira que torna seu acesso mais do que difícil ao sujeito, inacessível, talvez, uma vez que o gozo se apresenta não pura e simplesmente como satisfação de uma necessidade, mas como a satisfação de uma pulsão (LACAN, 1959-60/1997, p. 256)

O corpo como fonte das pulsões implica assim necessariamente uma perda, pois é dos orifícios que surge como exigência inabalável de satisfação impossível de ser suprimida ou sublimada. O impossível aqui é o que podemos localizar como da ordem do real, que Lacan (1964/2008) vai destacar tal qual o gozo, aquilo que retorna ao mesmo lugar, o choque, que distingue-se do princípio de prazer por sua dessexualização. Nesta medida, o objeto da pulsão não é aquele que vai satisfazê-la – já argumentamos que isto é impossível – mudando a operação lógica, o objeto da pulsão é aquilo que lhe falta, mas que ainda assim orienta sua conduta. A pulsão se conduz como circuito que contorna o vazio do objeto, contorna o orifício. A corporeidade é um gozo da borda (LACAN 1968-69/2008, p. 223).

Nas neuroses, o recalque por ser uma forma de lidar com a castração, em especial a castração do Outro, implica a dialética da demanda a este Outro e é um dos destinos possíveis das pulsões. Aquilo que falta ao sujeito e que ele vai demandar ao Outro institui um certo circuito ao qual a pulsão, segundo Lacan (1964/2008) atribuirá a uma montagem, onde a pulsão circunscreve o objeto perdido enquanto tal. A impossibilidade de acesso ao gozo é também contornada pela inscrição do significante fálico no lugar do objeto. Nesta medida, o lugar do objeto é vazio e o falo se torna uma tentativa de resposta ao desencontro da demanda do sujeito e do Outro de modo a instituir a função do desejo (LACAN, 1958b/1998).

O corpo se constrói desta maneira com as operações do Nome-do-Pai e do falo, na

medida em que extraem do sujeito o objeto de satisfação. A operação da linguagem, por sua vez, institui o jogo de demanda ao Outro em relação ao qual o corpo também se constitui, passando pela imagem do outro. Estes dois significantes funcionam como organizador do corpo e conseqüentemente das pulsões. O corpo imaginário organiza uma economia de gozo (MILLER, 2016) A experiência de gozo também é ela própria enredada em uma trama que vela o objeto: o neurótico goza com seu sintoma, isto é, com o retorno do recalcado, e cifra o próprio gozo. Nas experiências toxicômanas, é justamente deste gozo que tenta-se desembaraçar-se e abolindo a possibilidade de decifrar o enigma do desejo. A droga de escolha não deixa de passar pelas vicissitudes pulsionais, afinal, beber não é o mesmo que cheirar muito menos injetar.

Na psicose, a forclusão do Nome-do-Pai e a invalidação do falo colocam o problema de constituição do próprio corpo. A desamarração dos registros na crise psicótica desvela a imagem do corpo despedaçado (LACAN, 1943/1998). Ocorre assim uma desespecificação pulsional na psicose. Isto significa dizer que não há garantia na biologia que determine as funções das partes dos corpos e sua correspondência de objetos. Há desnaturalização operada pela linguagem na medida em que não há um objeto natural à satisfação do ser falante sendo em relação a esta falta que o organismo se constitui como corpo, um corpo especificado pelo circuito da pulsão. O problema da psicose seria justamente esta desespecificação na medida em que os objetos não se diferenciam, nem os orifícios corporais, não havendo muitas vezes distinção de dentro de fora. O objeto a enquanto faltoso, na psicose, se impõe como objeto de gozo ao qual o sujeito não consegue separar-se. Nesta medida é o objeto quem comanda, e o sujeito psicótico é dragado pela demanda do Outro (MOURA; TENÓRIO, 2013).

Retomando o caso, supõe-se que o uso de drogas de T. é um modo de tentar circunscrever através deste objeto de gozo que incide sobre o real do corpo a experiência do gozo do Outro que abole não só o corpo, mas o próprio sujeito. Como recurso, a droga tenta organizar as funções dos orifícios de modo que o sujeito tenta esvair-se do Outro manipulando o próprio corpo. Mais uma vez, este recurso é falho. O uso da droga também engolido pela voracidade do Outro, entrando na tendência ao excesso, ao sem limite, à exposição à morte.

T. refletia sobre a questão de ser ou não esquizofrênico apesar de “*não surtar mais*”. O clínico tentou interrogar o que é um surto, pontuando que nem sempre surto é só ouvir vozes, mas que algumas pessoas usam drogas depois de um surto. Ele respondeu: “*acho que isso acontece comigo! Não é normal alguém ir atrás de droga as 4 horas da manhã. Será que surtei?*”. Cogitou ser tão nervoso por causa da esquizofrenia: “*Acho que sou esquizofrênico porque minha mãe fumou maconha [durante a gravidez] e foi obrigada a fazer sexo forçado*”.

A intervenção retornou alguns atendimentos depois quando T. disse: “*tô pensando no que você me perguntou sobre o surto. Percebi que quando fico pensando muito em droga, fico procurando, tenho o pensamento de onde achar droga [...] não tenho mais diálogo com ninguém, não consigo falar e não consigo ouvir*”. Como efeito da intervenção, o sujeito constroi em análise uma forma de por em palavras o que era ação de um corpo automatizado. A interpretação do clínico foi um “um dizer que visa ao corpo falante para produzir nele um acontecimento” (MILLER, 2016, p. 12).

A oferta de escuta, importante de ser sustentada em um espaço de internação que pode facilmente ser obliterada pelas forças burocratizadas do cotidiano de uma instituição total, permite a possibilidade de construção de alguma narrativa que engaja o corpo. Tomar a palavra exige uma experiência de corpo afetada pela própria fala, tal qual uma narrativa produz um corpo ao contornar e oferecer lugar ao sujeito:

Viabilizar novos arranjos linguísticos e validar a descrição de experiências que não respondem ao modo costumeiro de organização do conteúdo de uma história é fundamental para dar corpo à experiência da psicose. O desafio consiste em conferir um lugar para aquilo que não pode ser absorvido pela linguagem em termos representacionais. Essa manobra privilegia um tipo de leitura que não descarta o que está fora do sentido, possibilitando que este tenha um lugar e possa vir a se acomodar no texto (MUÑOZ et. al., 2014, p. 882).

A singularidade de cada caso deve sempre por em questão os discursos e mandatos que sustentam uma instituição. Uma enfermaria para usuário de álcool e outras drogas, por sua própria nomeação, insere o sujeito em um lugar pré-determinado imaginariamente. O Outro institucional em seu mandato de mestre demanda algo do sujeito. Não à toa a função do psicanalista é justamente fazer operar o furo no discurso deste Outro institucional de modo a sustentar a emergência do sujeito sempre inapreensível por qualquer significante, mesmo aquele da nomeação do Outro. Esta ideia e a necessidade de posicionamento por parte do clínico se expressa no contexto onde T. apresentou quadro de maior agitação com o investimento sexual feito por outra paciente. Sendo o SAD uma enfermaria mista, o encontro com o outro sexo pode abrir questões a serem consideradas em especial na clínica das psicoses. A história clínica de T. foi marcada por um episódio de grave agressão contra um profissional.

No processo de construção do caso clínico através da discussão em reunião de equipe, constatou-se que alguns dias antes da passagem ao ato, T. havia dito que queria se transformar em mulher para casar com este profissional. A relação de T. ao técnico de enfermagem era compreendida por bom vínculo expressa pelo paciente e tomou-se essa fala como uma

brincadeira. A agressão aconteceu depois que este técnico, seguindo as normas institucionais, chamou a atenção de T. para tentar impedi-lo de beijar a paciente na convivência do setor.

A gravidade da agressão e a desorganização do pensamento e comportamento que o paciente apresentou exigiu sua transferência de setor. Aos plantonistas da emergência psiquiátrica, T. diz estar calmo e arrependido do que fez. Insistia para ter alta. Orientado pela transferência e pelo entendimento da necessidade de sustentar a escuta do caso, o clínico continuou acompanhando T. mesmo em outro setor. Aos poucos, ele conseguiu dizer o que lhe acontecera. Sobre a agressão, disse: *“ele veio me segurar, senti as mãos dele no meu corpo. Perdi o controle na fúria”*. Mesmo não tendo acontecido qualquer contato físico entre o profissional e o paciente, a concretude do relato aponta para a experiência da palavra incidir sobre o corpo como agressão. Pede para que eu possa mediar uma conversa dele com o técnico de enfermagem: *“quero pedir desculpas, você me ajuda?”*.

De certo modo, o que T. denuncia é uma escuta restrita ao que se quer ouvir, no caso de um paciente marcado pelo diagnóstico AD, sobre o uso de drogas: *“Eu só falo que estou bem, que não quero usar drogas e eles acreditam. Depois eu fico sozinho o tempo todo.”* A posição adotada pelo clínico, pelo contrário, coloca em marcha outro pedido ao sujeito, que fale, supondo haver a possibilidade de alguma construção. Com insistência de que ele não estava conseguindo falar sobre o que se passava, T. formulou: *“Doutor, é o nervoso! Lá [no SAD] eu fico muito nervoso (...) Lá tem muita mulher fazendo fofoca!”*. Segue dizendo que a paciente em questão queria beijá-lo e não o deixava dormir. *“Ela me queria e eu não conseguia dizer ‘não’! (...) Ela estava enchendo minha cabeça de palavras e pedidos! Quando ele falou comigo eu explodi. (...) O nervoso não me deixou falar”*.

Este ponto orientou encerrar a internação junto da articulação de acompanhamento com a equipe do CAPSad. No momento da alta, T. insistiu na dúvida de ser esquizofrênico definido como *“ouvir vozes, ficar com o pensamento acelerado e explodir de nervoso”*. Endereçou então sua questão diagnóstica à psicóloga do CAPS ad para saber se de fato é esquizofrênico. Ainda teve uma última fala a respeito de buscar um nome: *“quero me formar, mesmo que seja só para ter um diploma. Preciso de alguma coisa que eu possa dizer que sou eu”*. A perspectiva de construção de alguma outra nomeação orientou a alta, tendo em vista que o trabalho de acompanhamento precisa efetivamente acontecer no território e em sua circulação pela vida.

A continuidade do acompanhamento colocou à prova a direção de tratamento. Em seu retorno ao hospital após desestabilização, discutiu-se novamente a indicação em enfermaria de agudos ou especializada. A avaliação realizada na admissão sustenta os elementos recolhidos

nas entrevistas: uso abusivo de drogas, experiências alucinatórias associadas ao uso e conflito familiar. A escuta mais atenta, porém, localizou no nascimento de um sobrinho início da desestabilização. A partir deste dado, foi possível acolher a produção alucinatória: não eram apenas vozes, mas comandos de matar o sobrinho e suicidar-se em seguida. Questiona um dos plantonistas: “*a droga não faz isto, né?*” Dando valor a esta fala, indicou-se internação na enfermaria de agudos. Posteriormente, T. endereça a fala ao clínico-pesquisador: “*A enfermaria masculina é um inferno, mas pelo menos não tem mulher (...) As mulheres mexem com minha cabeça, parece que eu não tenho o que elas precisam*”.

4.3 A droga como apaziguamento pulsional: o caso M.

A história de vida de muitos usuários de saúde mental pública no Brasil é marcada por um complexo processo de institucionalização. Em especial para a população economicamente desfavorecida, a fragilidade dos vínculos familiares aumenta o risco da necessidade de abrigo em dispositivos da Assistência Social, atravessado por estigmas sociais, além da precariedade da implementação das políticas públicas para a defesa dos direitos das crianças e adolescentes (SIQUEIRA; DELL’AGIO, 2007). O *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), instituído pela lei 8.063/1990, propôs a reorganização do modelo de atenção a esta população, estabelecendo os direitos a serem garantidos pelo Estado. Historicamente, parte significativa do cuidado às crianças e aos adolescentes era realizado de modo filantrópico. Apesar dos avanços legais, a institucionalização produz segregação social e tem por consequência aumento da exposição a riscos ou problemas de desenvolvimento psicossocial (CAVALCANTE; SILVA, 2010).

Para nossa pesquisa, é válido considerar ainda o acesso ao uso de drogas e ao próprio mercado de compra e venda de substâncias ilícitas. A alcunha de usuário de droga e a associação ao tráfico acrescenta também aumenta a possibilidade da entrada destes indivíduos ao sistema socioeducativo referido ao conflito com a lei. Reforça-se, deste modo, a associação comumente deflagrada em adultos do uso de drogas no limiar entre a doença e a criminalidade (TORRES, 2015). A integração de políticas públicas, particularmente a Assistência Social e a Saúde Mental, avançou juntamente da implementação de novos serviços. O acolhimento às

expressões de sofrimento psíquico muitas vezes encontra entraves em estigmas sociais. O conceito de psicose ordinária mais uma vez se torna útil neste contexto, pois o modo de endereçamento do sujeito psicótico pode ser registrado a partir do contexto de história de institucionalizações ou, mais comumente, ao uso de drogas. No presente caso com intenso percurso por instituições da Assistência Social, a possibilidade de acolhimento em Saúde Mental foi possível apenas pelos transtornos associados ao uso de drogas. A dificuldade de estabelecer o diagnóstico revela a importância no modo como a experiência do sujeito é acolhida e o manejo transferencial.

M. era um jovem de 34 anos. Segundo seu relato, desde os 10 anos de idade tem circulação pelas ruas e institucionalização na Assistência Social. Atribui a conflitos com a mãe, a quem acusava preferir suas irmãs. M. iniciou o uso de maconha aos 12 anos e cocaína aos 14 anos, momento em que associou-se ao movimento do “*tráfico ilegal de drogas*”.

A chegada de M. à Saúde Mental aconteceu aos 28 anos. Encaminhado pela Assistência Social com a demanda de interromper o uso de drogas, em especial *crack* e cocaína. A primeira avaliação em CAPSad resultou em indicação de internação. Apresentando comportamento heteroagressivo e inúmeras queixas contra a instituição e seus funcionários, o abrigo da Assistência Social afirmava não poder sustentar seu acolhimento. Como tais alterações foram atribuídas ao uso específico de drogas, indicou-se internação em setor especializado.

As primeiras internações de M. foram marcadas por suas falas a respeito do “*abandono*” feito pela mãe e a urgência por encontrar moradia. Referia desejo de vingança: “*ela preferiu cuidar da minha irmã e me deixou na pista*”. Questionava se isto foi motivado pelo fato da irmã ser menina. Muito reivindicativo, culpabilizava a mãe por sua situação, desde a adesão ao tráfico de drogas até não ter moradia. Ao fim de sua adolescência, M. foi apreendido pelo sistema socioeducativo e privado de liberdade pela associação ao tráfico. Ao completar 18 anos, abandonou qualquer vinculação à “*ilegalidade*” e passou a trabalhar na “*informalidade*”. Estes elementos são fundamentais para argumentar o principal diagnóstico

que perduraria ainda muito tempo: transtorno associado ao uso de drogas como síndrome de dependência (F14.2) e transtorno de personalidade antissocial (F60.2).

Todas as passagens de M. por instituições registram episódios de agressividade verbal e física. Sua posição de queixa e reivindicação expressava aguçada atenção no funcionamento da instituição e dos funcionários. Os episódios agressivos decorriam de acusação por negligência, mas principalmente “*abandono*”. Comumente, a resposta institucional costumava ser a expulsão. Seu comportamento não era escrutado e elaborado pela via da palavra. Ato era respondido com ação. Acolhido pela Saúde Mental, no entanto, M. teve oportunidade de falar sobre o que lhe acontecia.

A queixa contra mãe era assunto frequente e constante. Apesar dos anos de afastamento, a internação serviu para produzir um único encontro entre ambos. Sua mãe, sra. Santa²⁴, esteve no setor para relatar um pouco da história de M. e posicionar-se de que ele já era adulto e nada deveria esperar dela. Não reconhecia nenhum laço de obrigação ao filho. Este episódio entra em cadeia quando M. evocou cena em que, recolhido no sistema socioeducativo, tornou-se “*líder de uma rebelião*” que lutava por melhorias da condição dos adolescentes institucionalizados: “*eu fiz isto para obrigar minha mãe a me visitar... Eu era o único adolescente sem visita. Que mãe é essa que abandona o filho? (...) Ela só apareceu quando juiz mandou*”. Em internações posteriores, M. apresentou como elemento deflagrador de suas crises a ideia de procurar a mãe para “*decepar a cabeça*”. Procurava-a nos locais onde ela trabalhara e relatava tê-la visto pela cidade, sempre impossibilitado de confrontá-la. A ideia esquartejar a mãe como resposta ao abandono, sem expressão clara de culpa ou arrependimento, era argumento que fortalecia diagnóstico inicial de Transtorno de Personalidade Antissocial.

O intenso uso de drogas, principalmente cocaína e *crack* foi o que permitiu a M. construir alguma demanda de tratamento. O início do acompanhamento do CAPSad junto do SAD teve como efeito período de um ano de abstinência, quando M. conseguiu manter *emprego formal* em um centro comercial e alugar um quarto. Este arranjo, porém, não se sustentou por muito tempo: M. acreditou ter iniciado relacionamento com uma colega de

24 Os nomes são fictícios e adaptados à narrativa delirante do paciente.

trabalho. Em um episódio de ciúmes, agrediu um colega por ter certeza de querer roubar sua namorada. Retomou de modo intenso o uso de cocaína, entrando com pedido de auxílio-doença. Neste contexto, surge pela primeira vez a posição subjetiva que marca o desenrolar do caso: “*Eu não posso morar sozinho. Preciso da minha família.*”

Fazia vínculos extremamente fortes com assistentes sociais e dizia não precisar falar com psicólogo, pois seu “*problema era apenas social*”. Um ponto de virada na relação transferencial pode ser localizado em um atendimento: dentre suas inúmeras queixas e relato de sofrimento desde a infância, o clínico-pesquisador percebeu que, ao falar da igreja, M. vacilou. Engasgou e olhou para trás sutilmente. O clínico então questionou se ele já tivera alguma experiência religiosa. Com espanto, M. interroga: “*Como você sabe? Deus não gosta que eu fale sobre isto*”. Foi apontado que o atendimento é um espaço de fala e que pode-se falar sobre qualquer coisa. M. relata: “*Deus me tocou uma vez, me mostrou casando com Amaos e Amaelis, pregando na minha própria igreja*”. Esta revelação teria acontecido no final da adolescência. Desde então, M. ouvia inicialmente a voz de Deus e posteriormente, também o Diabo.

A discussão a respeito do diagnóstico, neste caso, aponta para os limites de um conceito como psicose ordinária. Não sendo uma categoria lacaniana, o conceito psicose ordinária não se propõe ter uma definição unívoca, sendo mais um significante que “pudesse atrair diferentes sentidos [...] e provocar um eco no clínico” (MILLER, 2010, p. 3). A separação binária neurose-psicose se refletia no caso na medida em que a posição de queixa do sujeito era registrada como uma demanda neurótica. Os inúmeros episódios de agressividade seriam, assim, atuações que exigiam algum tipo satisfação. Entretanto, o diagnóstico construído a partir da relação transferencial possibilitou a escuta de certos elementos que permitiram o aparecimento da escuta alucinatória e ideações delirantes.

O evento da briga no trabalho motivado pelo ciúme permitiram interrogar a estrutura e até mesmo acolher o que pareceu ser um fenômeno elementar, uma atitude alucinatória²⁵ que indicava haver na experiência do sujeito algum tipo de alteração no pensamento. Para maior

25 Atitude alucinatória é definida em psiquiatria como mudanças no comportamento em resposta a algum tipo de alucinação (CHENIAUX, 2015).

rigor na discussão teórica, ainda que o fenômeno elementar – importante indicativo para pensar a psicose ordinária – possa ser diferenciado da alucinação – signo de uma psicose declarada, por exemplo –, esta distinção é artificial. A conceitualização de fenômenos elementares, em Lacan (1955-56/2008), de modo amplo, inclui às alucinações, delírios ou quaisquer outros fenômenos secundários, abarcando todo o grupo de experiências enigmáticas da psicose (LUSTOZA; CARDOSO, 2017).

A amarração imaginária permitiu M. estar mais ou menos precário no laço social por uma década até um ponto específico em que a psicose desencadeia? Partindo de Lacan (1957-58/1998, p. 543), pode-se questionar se o uso de drogas seria então signo deste desencadeamento, onde um sintoma pode ser lido como articulado na própria estrutura?

O investimento transferencial foi intenso no primeiro momento. Questionava a religião e as crenças do psicólogo e utilizava o espaço dos atendimentos para tentar convertê-lo. A posição de demonstrar interesse sem nunca confirmar ou refutar suas ideias permitiu M. elaborar: “*você não está aqui para me julgar nem acreditar em mim, não é?*”. “*Deus disse que a palavra ilumina o caminho*”, o que reforçou-se a importância de continuar falando. Desenvolve então sua própria interpretação de textos religiosos, ou melhor, aceitava a interpretação imposta pela experiência singular: “*Eu leio e escrevo mal... quando leio a bíblia é o Espírito Santo quem me dá o entendimento*”. Este elemento nos é indicativo da evolução de uma construção que poderíamos nomear alucinatória, mas marcada pelo automatismo mental enquanto um processo autônomo de desordem do pensamento elementar ao que um delírio pode associar-se posteriormente (GASPARETTO; RIBEIRO; SIMANKE, 2018).

A relação que M. estabeleceu com Espírito Santo tem traços hereditários. Em um episódio quando relatou à avó ter feito uso de *crack*, desdobrou: “*Crackudo é a escória da sociedade. Mas, Deus ficou alegre de eu ter contado a verdade. Se eu tivesse mentido, ia virar filho do Diabo*”. Quando sua avó morrer iria “*herdar o ministério, missão de reunir toda a família*”. De fato, M. compreendeu ao ler em sua certidão de nascimento que, se sua mãe é *Santa*, seu pai, por lógica, é o Espírito *Santo*. M. herdou a missão: casar, ter uma casa para manter a família unida e abrir sua própria igreja. “*Deus acabou de me dizer isto. Voltei a*

ouvir Deus porque tirei minha mãe do meu coração duro. Perdoei ela”. Assim, localizou ainda a função do tratamento em seu percurso, endereçado ao clínico-pesquisador: “*Consegui acabar com a ira falando com você... Ainda bem que você me ouviu e não me julgou*”.

O padrão de consumo de drogas de M. se alterou neste contexto. Interrompeu o uso de *crack* e conseguia manter alguns períodos de abstinência quando vinculado a igrejas. Em alguns momentos, quando o uso de cocaína saía do controle, era possível localizar pontos de agravamento: a solidão de morar sozinho e a urgência de casar com as gêmeas. Apesar de toda esta produção, o psiquiatra de referência do CAPSad insistia não ser possível pensar o diagnóstico de um quadro esquizofrênico ou delirante pela impossibilidade dos sintomas psicóticos serem verdadeiros. Exigia pelo menos, 6 meses de abstinência total, ainda que no DMS-5 (2013) o tempo recomendado seja de quatro semanas. Esta posição não se restringe a um profissional, mas diz respeito ao entendimento da clínica no meio psiquiátrico. Pode-se reconhecer a ideia de que a droga utilizada como meio de mascarar a psicose ou a fenomenologia dos sintomas de intoxicação são muito parecidos com os da psicose. Esta dupla concepção invariavelmente orienta a posição clínica de entender a abstinência como objetivo do tratamento (NAPARSTEK, 2011).

Nossa posição na clínica aposta no vínculo transferencial para acolher a questão do ponto onde o recurso à droga falha. Com Lacan (1957-58/1998), a transferência é o que permite pensar todo tratamento possível para a psicose. O entendimento deste conceito como sustentado pela suposição de saber, a própria análise teria como possibilidade a construção do inconsciente como um saber. Nas psicoses, em especial na paranoia, o psicótico fala ao psicanalista do lugar de ser falado pelo Outro. A posição do analista é de dar suporte ao acolher a palavra que o sujeito testemunha, exercendo a função de secretário ao privar-se de sua palavra em prol da construção possível do sujeito. A transferência, assim, estaria localizada preliminarmente do lado do Outro (MUÑOZ, 2010). O analista está implicado na própria produção psicótica pelo mecanismo transferencial (LACAN, 1955-56/2008, p. 357). Afinal, toda a entrada na psicose “é o momento em que do outro como tal, do campo do outro,

vem o apelo de um significante essencial que não pode ser acolhido” (LACAN, 1955-56/2008, p. 353).

A questão diagnóstica teve peso para M. Se até então as vozes que ouviam eram registradas no campo religioso, mudanças na fenomenologia impuseram novos problemas. As constantes perícias médicas e o contato com laudos introduzem o questionamento se *é maluco* ou se *o excesso de droga o transformou em maluco*. Um dos fatores decisivos foram comportamentos de risco: roubos e furtos que ameaçavam sua vida. Em um deles, M. foi espancado por seguranças de um supermercado após tentar furtar algumas peças de carne. Num primeiro momento, não conseguiu ter nenhuma explicação plausível. Posteriormente, diz: “*Eu ouvia uma voz que me chamava de ladrão de carne, então eu roubava carne*”. Isto aconteceu antes de usar cocaína. De fato, buscou posteriormente no uso da droga a explicação para tal fenômeno: “*achei melhor vender carne para comprar cocaína*”. Observa-se nesta passagem que o recurso à droga não produz um excesso de gozo, mas funciona como tentativa de limitar o gozo no corpo e engancha-se ao Outro mesmo que precariamente. Esta saída tem como consequência deixar o sujeito no limite da passagem ao ato (GALANTE; NAPARSTEK, 2008).

Testemunha-se neste fragmento a argumentação lacaniana que diferencia a estrutura neurótica e psicótica. Em Freud (1924/2006), o desencadeamento de uma neurose é efeito do sacrifício de parte da realidade psíquica em que parte do Isso é esquecida pelo mecanismo do recalque, mas faz-se ser ouvida pela via simbólica da construção de um sintoma enredado na fantasia. O inconsciente como discurso do Outro transmite uma mensagem de forma invertida possível de ser interpretada justamente por estar no campo simbólico. Na psicose, no entanto, é a própria realidade que é primeiramente renunciada e, esburacada no nível do sentido, os sintomas psicóticos são tentativas de arremedo para reorganização da realidade. O que foi rejeitado da simbolização retorna do real. O lugar do Outro na psicose não é o lugar da mensagem velada, mas da incidência do significante como tal, isto é, sem sentido, imposto ao sujeito: “quando um fantoche fala, não é ele que fala, é alguém que está atrás. A questão é

saber qual é a função da personagem que se encontra nessa circunstância. [...] para o sujeito, é manifestamente alguma coisa de real que fala” (LACAN, 1955/56/2008, p. 66).

Nesta medida, o Outro não opera enquanto castrado de seu sentido unívoco, lugar onde desenrolam-se como cadeia os significantes como cadeia. O significante desarticulado dita a experiência do sujeito, que até pode tentar fazer dele um nome “*ladrão de carne*”, mas correlato a uma passagem ao ato “*roubar carne*”. Anterior mesmo ao que interpretamos como passagem ao ato, é válido ressaltar a experiência é vivida como invasiva, em que o significante imposto não conecta-se a uma cadeia (LUSTOZA; CARDOSO, 2017). A certeza subjetiva, converte-se em ato, mas não de um sujeito que responde pela conexão à intencionalidade e à cadeia significante; aqui, está assujeitado ou, ainda, não há sujeito. A droga consumida no momento posterior, mais uma vez, não deixa de ser um recurso na tentativa de proteção do gozo do Outro vivida de modo invasivo.

A questão de ser maluco ou drogado reforça qual instituição deve acolhê-lo. No início de sua história de tratamento, M. precisou ser deslocado do SAD para o SIM quando tentou agredir com uma barra de ferro a médica por sentir-se perseguido. Apesar da gravidade do ato, por não falar sobre sua experiência na outra enfermaria, recebeu alta com o argumento de controle dos sintomas de abstinência como se a questão principal fosse o uso de drogas. No mesmo dia, chegou ao CAPSad extremamente agressivo e foi reencaminhado ao SAD. Apostando na transferência, foi colocado como condição para sua permanência no setor a necessidade do recurso à palavra. Como efeito, disse: “*Eu não sou mais bandido. Se eu tentei bater na médica é porque sou maluco... O Diabo está ganhando meu corpo*”. A cada nova internação no SAD, M. reinterpretava este deslocamento de setores. Primeiro, acusava a médica e a outra psicóloga do setor, em seguida o próprio psicólogo de referência, por fim a conclusão de que “*alguma coisa perturba a cabeça*”.

Interroga-se, na condução do caso, quais os limites do cuidado na instituição. Havia uma divisão na condução do tratamento. Enquanto M. encontrava no laço transferencial com a equipe do SAD, em especial o clínico-pesquisador, um ponto de acolhimento da produção psicótica, diferente do acompanhamento no CAPSad por causa da constante mudança de

psicólogos²⁶ e a manutenção da crença diagnóstica do psiquiatra em transtorno decorrente do uso de drogas com sintomas psicóticos. A psicanálise de orientação lacaniana reconhece no desejo do analista a possibilidade de transferência. Na psicose, o lugar do analista deve ser o de Sujeito Suposto não-saber na medida em que, diferente da neurose em que a suposição de saber sustenta a demanda de tratamento; na psicose, a posição de não-saber é a correlata do secretário do alienado, ou seja, o furo está do lado do analista. É condição abrir mão de todo saber prévio e, ainda, supor haver um sujeito a advir da própria análise (FREITAS; BASTOS, 2019). Interroga-se se a redução da experiência subjetiva ao uso de drogas por parte da equipe técnica não poderia levar ao silenciamento da produção psicótica.

O problema posto no SAD, por outro lado, implica pensar o funcionamento da instituição que acolhe majoritariamente usuários ditos neuróticos em que supõe-se outro modo de fazer laço social. A função das relações imaginárias e interpessoais articulam-se com demandas e modos de tratamento de gozo que podem ou colocar o sujeito psicótico em posição de objeto de outros pacientes, ou convocar excessivamente certa posição do sujeito. Em um nível, torna-se desafiador sustentar a invenção singular de tratamento na lógica do caso-a-caso levando em consideração a singularidade das soluções sintomáticas justamente pela produção associal das psicoses. Ou, ainda, a convocação à fala pode tornar-se desestabilizador por “deixar o sujeito à mercê de sua indeterminação” (MUÑOZ, 2010, p. 90). A aposta se manteve na função transferencial ao clínico-pesquisador pelas indicações de que o trabalho de análise permitia o sujeito sustentar pela via da palavra certos recursos de prevenção à passagem ao ato. M. introduzia no tratamento a questão de que tipo de instituição deve prosseguir o tratamento.

M. descrevia intenso sofrimento no que justamente não conseguia sustentar da profecia do Espírito Santo. Num dado momento, quando sua tia impôs a compra de uma casa através de um empréstimo bancário, observou-se mudança no quadro. Permaneceu abstêmio e sem a necessidade de internação por aproximadamente um ano. Neste período, construiu com

26 Importante destacar que clínica e política são indissociáveis, em especial na atenção psicossocial. É traço recorrente no trabalho desenvolvido nos serviços de Saúde Mental a alta rotatividade dos trabalhadores pelos aspectos precários do trabalho, como baixos salários, ou pelo próprio sofrimento engendrado pela realidade de miserabilidade da população atendida. Estes aspectos são incluídos como desafios para implementação potente do CAPS como estratégia efetiva de substituição do modelo manicomial (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012).

a psicóloga do CAPSad vínculo transferencial que permitiu trabalhar sua produção psicótica, em especial a missão e a urgência de encontrar a mulher para casar, sejam as gêmeas ou alguma outra que permitisse livrar-se do *“pecado da masturbação”*. A estabilidade durou alguns meses, até apresentar dificuldades para frequentar o CAPSad pela distância de sua nova casa. Não conseguia sustentar regularidade na igreja, pois olhava as mulheres de modo inadequado. Procurou uma ex-namorada que o agredia argumentando ser *“a única mulher que me aceitou”*.

Relatava então vozes que mandavam matar, *“estuprar mulheres e meninas”* e usar cocaína. Queixava-se da tia, com suspeitas de que ela queria prejudicá-lo. No auge da angústia, M. solicitou internação, mas impôs-se um problema: não usava drogas há muitos meses. Não gostaria de ser transferido para a enfermaria de psicóticos agudos, mas também não poderia ser transferido para o setor de usuários de drogas. Após três dias de observação na emergência psiquiátrica, M. relata aos plantonistas da emergência a remissão das alucinações e exige alta para *“resolver problema de dinheiro com a tia”*. Sem maiores reflexões ou articulação como CAPSad, acreditando ao pé da letra no relato de remissão sintomática, foi realizada a alta hospitalar, de onde M. fez empréstimo de alto valor em dinheiro para agradar a ex-namorada. Perdeu a quantia logo em seguida. Acusou a tia de ter roubado este dinheiro e fez grande uso de cocaína. Retorna para o hospital agora afirmando seu lugar: *“recaí, preciso ir para o SAD”*. Frente ao vacilo das equipes de assistência, o uso da cocaína serviu como uma primeira resposta à angústia: a droga deu um lugar possível de acolhimento a partir da identificação imaginária. Primeira, mas não a única. O acompanhamento do caso demonstrou haver ainda outra função da substância associada ao corpo.

Nos atendimentos seguintes, o corpo ganhou grande destaque em seu discurso. Acometido de intensos tremores nas mãos, M. ora atribui ao uso excessivo de drogas, ora ao uso de medicação antipsicótica. Levantou ainda uma terceira hipótese: *“Este tremor eu tenho desde que nasci, antes da droga e do remédio. Eu não sei o que é. Só minha mãe sabe”*. Seguiu apresentando certo funcionamento automático do corpo: *“as vozes falam pela minha boca”*. Os fenômenos de automatismo mental se proliferaram ao ponto de causar intenso

sofrimento. O automatismo mental, referente aos pensamentos, encontra eco em um automatismo carnal (HERRERA, 2015). O automatismo, segundo Clérambault (s.d./2004, p. 205), não se restringe ao aspecto tríptico verbal, sensitivo e motor, mas compreende outros automatismos que incluem a ordem emotiva, volitiva e comportamental: “Se eles passam desapercibidos, é primeiramente porque eles são sutis e, em seguida, porque nos estados avançados da psicose o doente negligencia-os em favor de outros mais inquietantes”.

“Eu estou falando o que a voz coloca no meu pensamento... O que eu falo é o que a voz fala e eu não queria falar isto para você porque não quero atendimento...”. Em uma sessão específica, bufou gases intestinais e disse angustiado: *“Estou peidando vozes!”*. Por fim, o aspecto corporal derradeiro para a crise foi localizado no campo sexual: *“É o dia inteiro me masturbando. Preciso de uma mulher! Só a cocaína me faz parar de bater punheta”*. O relato a respeito da masturbação refere-se a um tipo de automatismo que não obedece ao processo compulsivo clássico. O sujeito não se reconhece no ato, não havendo relato de busca por prazer, nem mesmo a tentativa de interromper o impulso. Há estranhamento ao próprio corpo sem necessariamente poder ser descrita como experiência de fragmentação. “O corpo falante goza, portanto, em dois registros: por um lado, ele goza de si mesmo, ele se afeta de gozo, ele se goza [...]; por outro, um órgão desse corpo se distingue de gozar de si mesmo, ele condensa e isola um gozo à parte que se reparte entre os objetos *a*” (MILLER, 2016, p. 9).

A lida com as pulsões sexuais é o desafio imposto ao sujeito. A pulsão é impossível de ser tratada pela consciência, apenas a ideia que a representa. A operação de defesa que age nas psicoses expõe mais claramente o que nas neuroses se mantém velado. As palavras perdem seu caráter simbólico e tornam-se coisas, isto é, incidem sobre o sujeito de modo unívoco e bruto. Desta feita, Freud (1915/2006, p. 203) faz referência a uma “fala do órgão”.

Vê-se, deste modo, que as palavras têm seu aspecto material e carnal (sonoro produzido pelas cordas vocais) e também simbólico tal qual o corpo não se reduz ao orgânico, mas inclui uma extensão espiritual. Assim, a palavra e o corpo nas psicoses²⁷ podem ser

27 Não ignora-se neste estudo a diferenciação feita por Freud (1911/2010) da diferença da experiência de corpo na paranoia e na esquizofrenia. Enquanto na primeira, o efeito da repressão produziria a regressão do investimento da libido a uma fixação no narcisismo, enaltecendo-o em detrimento da realidade tal qual na

desatados do elemento mais carnal do verbo, perdendo significados subjetivos e sociais, partes do corpo ganham autonomia e automatizam-se. A língua do órgão tem o funcionamento oposto ao sintoma conversivo e o rompimento com o simbólico a reduz, no automatismo carnal, como signo de si mesmo e literal. O corpo se impõe como uma massa pulsional caótica. A função da linguagem como limite interno que organiza o corpo originário e estranho, quando vacila, não consegue circunscrever a angústia frente a este aspecto pulsional dos órgãos impossíveis de simbolização. O funcionamento automático do corpo é também uma linguagem, língua própria do corpo ininteligível (HERRERA, 2015).

A igreja e a religião não funcionavam mais para M. como lugar de ancoragem. As injunções sociais presentificadas na expectativa de comunidade eram vividas como insuportáveis, seja no lugar de ex-drogado ou de varão. O corpo e a relação com Espírito Santo se transformaram de modo notório. Se antes M. afirmava que “*quando eu morrer, Deus vai devolver meu coração ao corpo e cobrar todos os meus pecados*”; então “*o Diabo rasga minhas entranhas; Deus aperta meu coração*”. A dicotomia espírito e corpo se apresenta quando da carne surgem desejos e impulsos impossíveis de serem controlados: “Na distinção entre o corpo e a carne, o corpo se mostra apto para figurar, como superfície de inscrição, o lugar do Outro do significante” (MILLER, 2016, p. 5). Sem um recurso simbólico para circunscrever o que é da demanda do Outro, o sujeito irrompe em angústia. “*Eu tenho um vazio emocional pela falta de amor de mãe, eu preencho o vazio com a falta de namorada. O vazio emocional fica maior ainda*”. Para M. isto significou abandonar a crença em Deus por não haver outro encaminhamento possível para o controle do próprio corpo. A dificuldade de abordar mulheres o levavam ao ato masturbatório e conseqüente episódio de uso: “*Masturbar é igual cocaína*”. A droga é um recurso para anular a carne, mas que o afasta da realização do mandato divino: “*Não transo há 6 anos. (...) Isso é o diabo! Não quer que eu cumpra a vontade de Deus*”. O uso da droga foi devastador. Além de perder muito peso rapidamente, expunha-se ao risco da morte, sendo espancado e quase exterminado pelo tráfico local.

Enfatizando a relação que o sujeito faz da cocaína como defesa contra o movimento masturbatório, pode-se resgatar a primeira hipótese freudiana da masturbação como “vício megalomania; na segunda, a regressão seria ao momento do autoerotismo de um corpo fragmentado.

primário” (FREUD, 1897/2006, p. 323). O ato masturbatório nos neuróticos seria uma articulação entre um movimento autoerótico enquadrado pela fantasia. O problema posto na psicose exigiria então retornar ao autoerotismo como momento constitutivo em que não há uma roupagem egoica que sustente o contorno dos limites do corpo, há um corpo pujante de pulsões parciais desorganizadas (FREUD, 1914/2006). A experiência de gozo neste não é regulada pela via fálica e o sujeito busca a droga como tentativa de regulação paradoxal: a tentativa de anular o sexual do corpo opera como descomedido, aproximando-o da morte.

Desde o primeiro ensino de Lacan (1949/1998; 1959-60/1997), a experiência de corpo se organiza pela de imagem de corpo, articulando as representações das coisas e as representações das palavras, conforme Freud indicara, como as amarrações entre os significantes em um processo infinito mas referente a uma experiência de gozo impossível de ser atingida. Há um limite, no entanto, no que diz respeito à primazia do significante em relação ao real. Sendo o significante primeiro e sem sentido, o sujeito precisa construir saídas possíveis para a amarração com o significado, sendo o ponto de basta realizado pelo Nome-do-Pai (VIDAL; PINHEIRO, 2015).

No último ensino de Lacan, em especial pelo enfoque à topologia e o nó borromeano, os registros do Real, Simbólico e Imaginário são pensados em uma relação de dependência. Diferentes enlaces, desenlaces e amarrações (LACAN, 1972-73/2008) retiram a psicose da lógica binária presença-ausência do Nome-do-Pai, fora da inscrição de deficit em relação à neurose. Assim posto, o corpo se constitui no atravessamento de modos diferentes a partir dos três registros. A consistência imaginária permite a adesão a uma identidade, mas nunca totalmente. O simbólico institui o furo e a insistência a partir do significante. Por fim, algo do inconsciente se mantém irrepresentável, não submetido ao sentido ou ao duplo sentido, é o campo da ex-sistência. Na psicose, há a necessidade da construção de um discurso que permita costurar o corpo mais ou menos como uma unidade.

Disso resulta, se assim posso dizer, uma declaração de igualdade clínica fundamental entre os falasseres. Os seres falantes estão condenados à debilidade mental pelo próprio mental, precisamente pelo imaginário como imaginário de corpo e imaginário de sentido. O simbólico imprime no corpo imaginário representações semânticas tecidas e desatadas pelo corpo falante. É nesse sentido que sua debilidade destina o corpo falante como tal ao delírio (MILLER, 2016, p. 11).

Se o consumo de drogas pode servir para tentar produzir amarração pela consistência de uma identificação imaginária ao caráter do significante-droga ou nomeação-drogado produzindo assim um corpo entorpecido (vide caso T.), a droga enquanto objeto que incide o real do corpo corre o risco ser tomada no campo do excessivo desregulado justamente pela impossibilidade do gozo ser suportado pelo corpo (COSTA-ROSA, 2009). Retomando a fórmula clássica da toxicomania como tentativa de rompimento do o gozo fálico, qual operação na psicose, no contexto em que a função fálica está estruturalmente foracuída?

O corpo pode ele mesmo apresentar-se como enigmático possível ou não de ser traduzida. O significante fálico, enquanto representação da falta, outorga a apreensão simbólica de sensações por significantes articulados em cadeia. O sintoma expressa no corpo do conflito psíquico como uma palavra congelada mas passível a interpretação. Por outra via, um significante vazio de significação impõe o estranhamento. Na psicose, a relação entre sujeito e significante ocorre de tal forma que o aparelho de linguagem se torna exteriorizado ao próprio sujeito (LUSTOZA; CARDOSO, 2017).

O corpo é o lugar do gozo e o “gozo é aquilo que não serve para nada” (LACAN, 1972-73/2008, p. 11). O gozo do corpo simboliza o Outro, na medida em que sua experiência se constitui por signos, o amuro. A substância do gozo é, ela própria assexuada, e o gozo sexual, dito fálico, implica uma perda e seu substituto como gozo do órgão. A contraposição superegoica, por outro lado, é uma injunção pelo comando *Goza!* Correlato à castração na medida em que o gozo do Outro, ou do corpo do Outro, se promove pela infinitude. Há aqui relação de subtração do Outro em relação ao Um na medida em que o Outro não contém o Um, constitui-se justamente por sua incompletude. Há uma disjunção do gozo e do Outro. Por isto, é do “corpo que são extraídos os objetos a; é no corpo que é buscado o gozo para o qual trabalha o inconsciente” (MILLER, 2016, p. 9).

Ao longo do ensino de Lacan, há uma passagem na compreensão do gozo e do Outro. Miller (2012) estabelece seis paradigmas do gozo. No início de seu ensino, Lacan privilegia a decifração simbólica, onde o gozo tem relação com o significante e o sentido, de modo que o gozo seria dos registros imaginário-simbólico como significantização do gozo. O significante

que tenta representá-lo faz faltar, tal qual o significante representa o sujeito para o significante produz um sujeito vazio. O passo seguinte é pensar o discurso como um tipo de corte que permite a produção de laço social como modo de aparelhamento do gozo (LACAN, 1969-70/2007). O objeto a é efeito da perda de gozo e retorna como mais-de-gozar, como sintoma, regido pela fállica é marcado como falta.

Em seu último ensino, ao subverter a noção de estrutura, não como algo pré-existente, mesmo à linguagem, interroga-se o estatuto do Outro. Tal qual o início de seu ensino em que sustenta não haver Outro do Outro (LACAN, 1953/1998), ou seja, metalinguagem que dê conta da linguagem, mas diferente por propor que a estrutura é o que falta, Lacan (1972-73/2008) discute a disjunção entre Um e o Outro, entre o todo e o não-todo. Assim, apresenta a tese de não haver relação sexual. O lugar do gozo é o corpo: “Que haja algo que funda o ser, certamente é o corpo” (LACAN, 1972-72/2008, p. 118). A substância do ser seria, então, o gozo. Mas, o ser não é o sujeito. O significante sendo causa do gozo (p. 30), ele representa tanto o gozo quanto o sujeito enquanto vazio. O gozo é propriedade do corpo vivo e isso se goza justamente por corporificar o significante.

Toda essa construção é feita para tornar extremamente problemático o gozo do Outro. Não estamos certos de ele existir. De toda forma, se ele existe, não está no mesmo nível do gozo Uno. O gozo Uno pertence ao real, ao passo que o gozo do Outro já aparece como uma construção problemática (MILLER, 2012, p.46).

O questionamento sobre a existência do gozo do Outro se torna pertinente na prática psicanalítica. Efetivamente, o gozo fático implica um furo que institui um limite ao gozo do corpo ao mesmo tempo que o sexualiza. O gozo sexual, então, é um gozo remetido à perda. Por isto, não se pode gozar do corpo do Outro que se constitui como Outro sexo, mas apenas de parte do corpo. Há aí uma organização do corpo, a incidência do significante e a amarração com o imaginário. Na clínica do último ensino de Lacan é a amarração dos registros pela via do sintoma na medida em que “sintoma de um falasser é um acontecimento de corpo, uma emergência de gozo” (MILLER, 2016, p. 7). A própria linguagem enquanto estrutura é velada como uma *diz-mansão*, ou seja, a possibilidade de comunicação e de reconhecimento em relação ao Outro é secundária à experiência de lalíngua em sua relação com o gozo Um. Falar seria mais uma das formas de gozo. A clínica visaria o modo de amarração destas formas de

gozo. “A este título, todos os gozos não são mais do que rivais da finalidade que haveria se o gozo tivesse a mínima relação com a relação sexual” (LACAN, 1972-73/2008, p. 121). Nas toxicomanias, a fixação do objeto de gozo no corpo do Outro que permitiria a recuperação do gozo perdido como sintoma depende da produção do sujeito de reconhecer o Outro como lugar do objeto *a*. Sendo excluído da lógica significante, o objeto *a* pode encarnar no corpo sem limites como produção de gozo. O objeto droga ganha função para o sujeito, pois “a partir da suposição de que a droga usurpou o lugar do sujeito que, no mais íntimo, se encontra no lugar do Outro” (SAUCE, 2016, p. 39).

O problema posto na psicose e o recurso à droga não como significante, mas como meio de gozar do corpo, incorre justamente no infinito do gozo do Um. O sujeito é abolido à própria experiência do corpo, reduzido à substância, isto é, ao gozo. Na intoxicação aguda, a ausência de palavra sobre a experiência implica a perda do objeto *a* como causa de desejo, objetos substitutos que faltam ao Outro. “O Outro só se apresenta para o sujeito numa forma *a*-sexual. Tudo o que foi suporte, suporte-substituto, substituto do Outro na forma do objeto do desejo, é *a*-sexual (LACAN, 1972-73/2008, p. 135).

A tentativa do sujeito psicótico de usar a droga como meio de passagem do gozo no corpo ao campo do Outro com uma espécie de laço precário torna-se problemática quando o tratamento do real do corpo pelo real do tóxico conduz à ruptura radical ao Outro (GALANTE; NAPARSTEK, 2008). Interroga-se se na desamarração da psicose, a tentativa de tratamento da invasão do Outro pela via da droga não incorre no risco de reduzir o sujeito ao gozo do Outro e, assim, reduzir-se a um corpo, de um gozo mortífero. A instituição atua, sob o comando do Discurso do Mestre, como um limite real, tentativa de hiância entre o corpo e o gozo, operando a gestão do gozo do corpo vivo. Aposta-se na palavra como meio de diversificação do tratamento do gozo. Ao mesmo tempo em que incita a fala, o analista na instituição intervém através da

a interpretação [que] deve visar as articulações mesmas do texto do sujeito, o que confere ao analista uma função de editor, daquele que corta, pontua um texto, descoagulando o sentido e impedindo a sua proliferação. Antes subtrativa que aditiva, tal interpretação subtrativa comporta um intervalo, um silêncio (VIDAL, 2010, p. 127).

Na lida com o sujeito psicótico, o analista deve prevenir-se em não preencher o vazio com seus significantes. Desafio posto no trabalho institucional nomeado com a alcunha de especialista. Uma enfermaria para usuários de álcool e drogas pode produzir a imposição de tais significantes, dificultando a invenção por parte do sujeito do significante que permita velar o gozo que o invade ou acoessa enquanto próprio ao corpo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso problemático de álcool e outras drogas tornou-se, nos últimos anos, um fato clínico de destaque no campo da saúde pública. O processo de ampliação dos dispositivos de atenção psicossociais que atual na lógica territorial ampliou o acesso aos usuários de drogas, tanto pela oferta de tratamento, quanto por práticas preventivas e educativas em saúde. Historicamente marcado por políticas repressivas e criminalizantes, o consumo de drogas na perspectiva de tratamento era abordado pela vertente da abstinência oriunda de ideais religiosos e práticas de grupo da sociedade civil. Há o atual tensionamento com a possibilidade de outras diretrizes, como a política de Redução de Danos, que amplia a discussão a respeito dos fatores biopsicossociais associados ao uso de substâncias.

A internação de usuários de álcool e outras drogas ocupa lugar idealizado de tratamento por promover a separação do sujeito e seu objeto de consumo. A concepção da necessidade de afastamento no campo da realidade aponta para a redução da problemática ao caráter viciante da substância química em si. Ainda que a substância química efetivamente altere os processos bioquímicos cerebrais, a experiência subjetiva não se reduz ao órgão, sendo o humano não apenas um cérebro-indivíduo. A psicanálise, por outra via, ao ofertar a escuta à singularidade do sujeito permite acesso à experiência pela via do discurso do sujeito. Nesta perspectiva, o uso de drogas não se reduz a simples busca de prazer, mas insere-se na dialética do sujeito com o Outro, da linguagem, de sua história pessoal, do social.

A psiquiatria científica se fia em estudos estatísticos e epidemiológicos para propor manuais diagnósticos supostamente ateóricos que promovem diagnósticos como entidades autônomas. Neste contexto, o uso de drogas se configura como um transtorno mental que pode estar associado ou não a outros transtornos. A presença de substâncias psicoativas são capazes de produzir sintomas psicóticos e a psicose deixa de ser entendida como uma estrutura psíquica com funcionamento preciso. Observou-se o movimento da psiquiatria e da psicopatologia em buscar a causalidade dos transtornos mentais – problema posto desde o surgimento destas disciplinas – nas interações bioquímicas cerebrais. A fala do indivíduo é reduzida ao fator comunicativo que indica a existência dos sintomas.

A aposta psicanalítica em supor no sujeito o saber sobre seu sintoma e seu gozo, permite um distanciamento da ideia do uso de drogas como um transtorno autônomo. De fato, a toxicomania não é uma estrutura clínica, mas um fenômeno inscrito nos efeitos da ciência e do discurso do capitalista no laço social. A droga se apresenta como um significante possível de produzir identificação imaginária com o lugar de usuário de drogas ou figuras associadas, mas também pode ser um objeto condensador de gozo. Nesta análise, a clínica deve interrogar a função da droga para cada sujeito para que a direção vise o singular do tratamento do real, em especial, a invasão do gozo no corpo. Não se pauta, assim, pela generalização da abstinência generalizada, nem na promessa de um uso regulado possível a todos. Compreender a psicose enquanto estrutura clínica implica delimitar a droga em sua relação com o corpo como lugar de gozo e meio de enlaçamento ao Outro.

A ética da psicanálise opera pelo posicionamento do analista que pode atuar em diferentes contextos institucionais. Ainda que instituições invariavelmente atuem pelo mandato do discurso do mestre, ou seja, fundada em normativas que em certa medida sempre reduzem o sujeito ao lugar de objeto, o discurso analítico permite o giro dos diferentes lugares ao tomar o sujeito como resistência, ponto vazio de representação prévia mas em relação aos significantes em cadeia. A transferência ao analista é a condição de possibilidade de tratamento. Na instituição, isto significa que o laço transferencial permite o sujeito produzir o saber sobre seu gozo sem estar totalmente submetido às injunções institucionais ou às nomeações imaginárias. Por outro lado, a transferência não é garantia e este laço com um não basta para ser condição de acolhimento da experiência psicótica. O tratamento em uma instituição especializada – enfermaria ou CAPSad –, ainda que para a psicanálise não exista em sua teoria uma especialidade do saber enquanto conhecimento objetivo, pode, por um lado, viabilizar de tratamento, e, por outro, reduzi-lo justamente a esta especialidade. É válido, no entanto, ampliar a discussão em pesquisas futuras, pois as limitações do hospital psiquiátrico, isto é, suas características totalizantes, podem não ser as mesmas das instituições territorializadas da rede de atenção psicossocial. Essas conclusões são de suma importância se consideradas as mudanças nas direções das políticas públicas para os usuários de drogas

recentemente adotadas pelo governo federal²⁸. A tentativa de abolição da Redução de Danos como diretriz e o recrudescimento da lógica de abstinência como objetivo de tratamento reforça a ideia de homogenização de todos os usuários de drogas sob a nomeação de um diagnóstico mostra-se falha, conforme discutido ao longo de toda esta Tese.

A droga compreendida como recurso de tratamento ao gozo implica pensar em sua eventual falha. Por falha, é necessário um cuidado. No primeiro ensino de Lacan, compreende-se dentro de uma lógica binária a presença-ausência do Nome-do-Pai, isto é, a prevalência do simbólico, como determinante da psicose. Deficit ou falha se tornaram chave de compreensão desta estrutura. O último ensino de Lacan, no entanto, com o *sinthoma* e os modos de amarração dos registros, exige a elaboração teórica a respeito da droga em sua função de *lace* e *desenlace*. Em referência à droga, a falha deste recurso pode ser interpretada no contexto do *desenlace*, tanto pela fragmentação da experiência de corpo, quanto pela redução da experiência do sujeito ao corpo próprio nos limites de sua anulação pelo excessivo do gozo expresso pelo demasiado do consumo de droga.

28 Decreto N. 9.761 de 11 de abril de 2019.

REFERÊNCIAS

AGUILLAR, Liliana. “O ordinário: no campo da psicose e no campo da toxicomania”. **PHARMAKON Digital**, vol 3, novembro, 2017, pp. 41 – 43. Disponível *online* em: <http://www.pharmakondigital.com/indice2017_vol1_pt.html> Acesso em 20.01.2019.

ALBERTI, Sonia. “Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa.” **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 6-18, 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 24/07/2019.

ALVES, Izilda. “Maconha aumenta em cinco vezes o risco de esquizofrenia, conclui estudo”. In: Blog Jovem Pan (UOL), 2016. Disponível *online*: <<http://blogjp.jovempan.uol.com.br/campanha/geral/maconha-aumenta-em-cinco-vezes-o-risco-para-esquizofrenia-conclui-estudo>> Acesso em 02.03.2018.

AMARANTE, P; TORRE, E.H.G. “Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil.” **Interface**, v. 21, n. 63, Botucatu, 2017, pp.- 763-74.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III**. 3th.ed., Washington: American Psychiatric Association, 1980. Versão *online*.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013. Versão *online*.

ARAGONA, MASSIMILIANO. “The Role of Comorbidity in the Crisis of the Current Psychiatric Classification System.” **Philosophy, Psychiatry, & Psychology**, v. 16, n. 1, March 2009, pp. 1-11. Disponível *online* em: <<https://doi.org/10.1353/ppp.0.0211>> Acesso em: 25/01/2017.

ATHAYDE, Vladimir; HENNINGTON, Élide Azevedo. “A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial”. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, Rio de Janeiro, 2012, pp.- 983 – 1001. Disponível *online* em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2012.v22n3/983-1001/pt>> Acesso em: 18/05/2019.

BARLETTA, Janaína Bianca; PAIXÃO, Ana Luiza Rocha; FEITOSA, Eline Prado Santos; OLIVEIRA, Karine Santos de; SANTOS, Leilane Andrade. “O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional.” **Rev.**

Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 4, n. 2, p. 135-142, dez. 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177093X2012000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 mar. 2016.

BASTOS, André Goettems. “Diagnóstico psiquiátrico e clínica psicanalítica” **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 109-117, jan./abr. 2014. Disponível *online* em: <<http://dx.doi.org/10.5380/psi.v18i1.30859>>. Acesso em: 10/02/2018.

BASTOS, Angélica. “O sintoma: uma questão de escrita.” **Ágora**, v. 11, n. 2, p. 354-356, Rio de Janeiro, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/10/2018.

BECHERIE, P. **Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico**. São Paulo: Jorge Zahar, 1985.

BENETI, Antonio. “Toxicomanias e psicoses”. **PHARMAKON Digital**, vol 3, novembro, 2017, pp. 31 – 33. Disponível *online* em: <http://www.pharmakondigital.com/indice2017_vol1_pt.html> Acesso em 20.01.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 147, de 25 de agosto de 1994.

_____. Lei 10.216 de 01 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília (DF), 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no336/GM de 19 de fevereiro de 2002. *Dispõe sobre os Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2002. Disponível *online* em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 01/06/2016.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível *online* em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf> Acesso em: 28.01.2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível *online*: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>.

_____. Decreto n. 9.761 de 11 de abril de 2019. *Aprova a Política Nacional Sobre Drogas*. Brasília: Casa Civil, 2019. Disponível *online*: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm>. Acesso em: 01/07/2019.

BREINIS, P. “Transtorno do déficit de atenção na infância.” **Pediatria Moderna**, v. 50 n. 9, pp.- 388-396, 2014. Disponível *online* em <<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r0>>

03&id_materia=5887> Acesso em 06.11.2017.

BRUN, Cédric; DEMAZEUX, Steeves; DI VITTORIO, Pierangelo; GONON, François; GORRY, Philippe; KONSMAN, Jan Peter; LUNG, Fanny; LUNG, Yannick; MINARD, Michel; MONTALBAN, Matthieu; RUMEAU, Nicole; SMITH, Andy. “La construction des catégories diagnostiques de maladie mentale.” **Revue de la régulation**, n. 17, 2015. Disponível *On-line* em: <<http://regulation.revues.org/11299>>. Acessado em: 17.01.2017.

BURSZTYN, Daniela Costa. “O tratamento da histeria nas instituições psiquiátricas: um desafio para a psicanálise.” **Estud. Pesqui. Psicol.** Rio de Janeiro, v.8, n.1, abr. 2008.

CARRETEIRO, Rosane Oliveira. **Bisturis no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba**. Projeto Memória do HEPq. Disponível no CEAP/HPJ, 1994.

CARVALHO, Maria de Nazaré Rodrigues Loureiro de. **Cartografando a rede de saúde mental na produção do cuidado “Cartografia da Rede de Saúde Mental” do município de Niterói**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013. Disponível online em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/images/Documentos/dissertacoes/mariacarvalho.pdf>> Acessado em 30/10/2015.

CASTANET, H.; GEORGES, P. D.; GEORGES, C. D.; GUEY, N.; GUILLOT-CHEVALLIER, M.; HALFON, D.; JANNOT, G.; MOREL, F.; PERAZZI, S.; RUFF, J. “Seção clínica de Aix-Marseille e *Antenne clinique* de Nice”. In: BATISTA, M. C. D.; LAIA, S. (orgs). **A psicose ordinária**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.

CASTRO, Juliana. *Projeto Memória do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba*. Pesquisa inacabada de registros. Disponível para consulta CEAP/HPJ.

CAVALCANTE, Lília I. C.; SILVA, Simone S. C. “Institucionalização e reinserção familiar de crianças e adolescentes”. **Revista Mal-estar e Subjetividade** – Fortaleza – Vol. X – Nº 4 – p. 1147-1172, dez 2010. Disponível *online*: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v10n4/05.pdf>> Acesso em 21.02.2019.

CECCARELLI, Paulo. “O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental”. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, set./dez. 2005.

CHAPMAN, James. “How cannabis can trigger schizophrenia”. In: Mail Online, 2018. Disponível *online* em: <<http://www.dailymail.co.uk/health/article-126056/How-cannabis-trigger-schizophrenia.html>> Acesso em: 02.03.2018.

CHENIAUX, Elie. **Manual de psicopatologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2015.

CLÉRAMBAULT, G. G. (1924). “Definição do Automatismo Mental”. **A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria volume 1: os fenômenos elementares**. v. 1, n. 3, Rio de Janeiro: Tem-

po Freudiano Associação Psicanalítica, 2004, pp.- 193-196.

_____. (1926). “Psicoses à base de Automatismo”. **A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria volume 1: os fenômenos elementares**. v. 1, n. 3, Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, 2004, pp.- 197-198.

_____. (s.d.). “Apresentação à *Société Clinique*”. **A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria volume 1: os fenômenos elementares**. v. 1, n. 3, Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, 2004, pp.- 199-207.

CLONINGER, Robert C. “Implications of Comorbidity for the Classification of Mental Disorders: The Need for a Psychobiology of Coherence .” In: MAJ, M.; GAEBEL, W.; LO, J.J.; SARTORIUS, N. **Psychiatric Diagnosis and Classification**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2002, pp; 79-106.

COSTA-ROSA, A. “Algumas notas sobre subjetividade e uso de drogas.” **Revista de Psicologia da UNESP**, v.8, n.2, 2009, pp.- 88-97. Disponível *online* em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/944>> Acesso em: 05/05/2019.

COELHO, J. R. **A tragicomédia da medicalização: a psiquiatria e a morte do sujeito**. Natal: Editora Sapiens, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº. 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Diário Oficial da União 9 ago 2002; Seção 1. Revisto em 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº. 001/2009. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Disponível *online*: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf>

COSTA, L.M.P.; OLIVEIRA, L.C.M. “Comorbidities of mental and behavioral disorders in chemically dependent patients in different periods of abstinence.” **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 3, 2012, pp.- 139-47.

COSTA, Suely Azevedo; BARBOSA, Dalva Reis. Apresentando o Serviço de Recepção e Intercorrência SRI. In: BERENGER, Maria Emília; SÁ, Ricardo de; FONSECA, Sandra M. A.; BEZZ, Sérgio; COSTA, Suely Azevedo (orgs). *Desinstitucionalização e psicose: experiências clínicas*. Niterói: EdUFF, 2008.

CROCQ, M.-A. “Les principes du DSM.” **Annales Médico-Psychologiques**, n. 172, pp.- 653–658, 2014.

DAILY MAIL. Health experts warn that cannabis users can develop schizophrenia and become anxious and paranoid, 2018. Disponível *online*: <<http://www.dailymail.co.uk/health/article-5442721/Experts-warn-cannabis-users-schizophrenic.html>> Acesso em: 02/03/2018.

DALGALARRONDO P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2ª edição. Porto Alegre: Artemd, 2008.

DATASUS. **Classificação Internacional de Doenças**. Versão *online*. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cap05_3d.htm>. Acessado em 10.01.2018.

DESCHAMPS, Andréa Luciana Poerner; RODRIGUES, Jeferson. “Política de Saúde Mental e projeto terapêutico singular”. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.17, p.78-92, 2016.

DI VITTORIO, P.; MINARD, M.; GONON, F. “Les virages du DSM : enjeux scientifiques, économiques et politiques”, **Hermès, La Revue**, n. 66, 2013, p. 85-92.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. “Questões entre a psicanálise e o dsm”. **JORNAL de PSICANÁLISE**, v. 47, n. 87, pp.- 79-107, 2014.

DUNKER, Christian Ingo Lenz; KYRILLOS NETO, Fuad. “A psicopatologia no limiar entre psicanálise e psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM”. **Vínculo** [online]. 2011, vol.8, n.2, pp. 1-15. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902011000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1806-2490. Acesso em: 15/03/2016.

ELIA, Luciano. “A transferência na pesquisa em psicanálise: lugar ou excesso?” **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 3, p. 00, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721999000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24/07/2016.

FARIA, Maria Wilma. “A especificidade da toxicomania”. **PHARMAKON digital** vol. 2, nov. 2016, pp.- 54-57. Disponível *online* em: <http://www.pharmakondigital.com/pdf/pharmakon_Ed02_PT.pdf#page=54> Acesso em: 02/02/2019.

FERREIRA, Isaías Gonçalves. “A toxicomania entre a determinação diagnóstica e a indeterminação do gozo do corpo.” **Revista Affectio Societatis**, vol. 15 n. 28, pp.- 135-166. Medellín, Colombia: Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia, 2018. Disponível *online* em: <<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis>>. Acesso em: 29.01.2018.

FIGUEIRA, Maria Luísa. “Os Sistemas de Classificação em Psiquiatria em Fase de Crise? Foco no DSM-5.” **Rev. do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr Fernando Fonseca**, v. 15, n. 1, junho – 2017, pp-. 8 – 17. Disponível *online* em: <<https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/2165/1/a2.pdf>>. Acesso em: 14/05/2019.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. “Três tempos da clínica orientada pela psicanálise no campo da saúde mental.” In: GUERRA, Andréa; MOREIRA, Jacqueline. **A Psicanálise nas Instituições Públicas: saúde mental, assistência e defesa social**. Curitiba: Editora CRV, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1997

_____. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FREITAS, Manoela Nunes de; BASTOS, Angélica. “A escrita nas psicoses: suas funções e seus destinos em uma oficina literária.” **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 72-94, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142019000100072&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31/05/2019.

FREITAS, Pedro Miguel Gonçalves de; NEVES, Antonio. “Consumo de cannabis e esquizofrenia: causalidade, susceptibilidade individual e impacto na doença estabelecida”. **Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa**, 2016.

FREUD, Sigmund. (1886). “Observação de um caso grave de hemianestesia em um homem histórico”. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1888). “A histeria”. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1892). “Prefácio e notas de rodapé à tradução das *Conferências das Terças-feiras*, de Charcot”. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1895). “Rascunho H”. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1896). “Rascunho K”. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1897). Carta 79. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1905a). “Os chistes e a sua relação com o inconsciente”. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. VIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1905b) “Fragmento da análise de um caso de histeria”. In: *Edição Standard das*

obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. VII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1912a). “Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor (Contribuições à psicologia do amor II). In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XI. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1912b). “A dinâmica da transferência”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1913a). “Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1913b) “O interesse científico da psicanálise”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmundo Freud*. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006, pp. 169-192.

_____. (1914). “Introdução ao narcisismo”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1915). “Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1916). “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência I – Introdução.” In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XV. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1917a). “Luto e melancolia.” In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1917b). “Conferência Psicanálise e Psiquiatria.” In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVI. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1920). “Além do princípio do prazer”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII, Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1924a). “A perda da realidade na neurose e na psicose”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1924b) “Uma breve descrição da psicanálise”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1925 [1924]). “Um estudo autobiográfico”. In: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1940[1938]). “Esboço de Psicanálise”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1933[1932]). “Conferência XXXV: A questão de uma *Weltanschauung*”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1937a). “Análise terminável e interminável”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1937b). “Construções em análise”. In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1940). “Esboço de psicanálise.” In: *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2006.

_____. (1911). “Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia [*dementia paranoides*] relatado em uma autobiografia (“O caso Schreber”)”. In: *Obras Completas* volume 10. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1912). “Recomendações ao médico que pratica a psicanálise.” In: *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: (“O caso Schreber”): artigos sobre a técnica e outros textos (1911-1913)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. In: *Obras completas* volume 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. (1915). *A pulsão e seus destinos*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013.

GALANTE, Dario; NAPARSTEK, Fabián. “Monotoxicomanías y politoxicomanías: la función del tóxico en las psicosis.” In: SALAMANE, L. D.; GALANTE, D.; LEVATO, M.; NAPARSTEK, F. (orgs) **Lo inclassificable de las toxicomanías: respuestas del psicoanálisis.** Buenos Aires: Grama, 2008, pp.- 43-48.

GASPARETTO, Marco Antonio; RIBEIRO, Mário Sergio; SIMANKE, Richard Theisen. “O automatismo mental na obra psiquiátrica de Clérambault”. **Analytica**, v. 7 n. 13, 2018, pp.- 161-178. Disponível online em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/3340/2104>> Acesso em: 18/05/2019.

GUERRA, Andréa Máris Campos. “Psicanálise e produção científica.” In: KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. (org.). **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010, pp.- 130-145.

HERRERA, Antonio González. “Cuerpo y automatismo mental (o el cuerpo en la psicosis)”. **Cuadernos de Psiquiatria Comunitaria**, v. 13, n. 1, 2015, pp.- 51-60.

HYMAN, S. E. (2010), “The diagnosis of mental disorders: the problem of reification.” **Annu Rev Clin Psychol**, 6, p. 155-179. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532

HERCULANO-HOUZEL, Suzana. *Sexo, drogas, Rock'n'Roll... e chocolate: o cérebro e os prazeres da vida cotidiada*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent Casa Editorial, 2012.

IZAGUIRRE, Guillermo. “Elogio do *DSM-IV*”. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. São Paulo: Via Lettera, 2011, pp. 13-22.

JAKOVLJEVIĆ, Miro; CRNČEVIĆ, Željka. “Comorbidity as an epistemological challenge to modern psychiatry.” **Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences**, v. 5, n. 1, pp.- 1-13, 2012. Disponível *online* em: <<https://philpapers.org/archive/JAKCAA.pdf>> Acesso em: 21/05/2017.

KOOB, G.F.; VOLKOW, N.D. “Neurocircuitry of addiction.” *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35(1):217-38. doi:10.1038/npp.2009.110.

LACAN, Jacques. (1938). “Os complexos familiares na formação do indivíduo”. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1949). “O estágio do espelho como formador da função do eu”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1953). “Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

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

_____. (1955-56). **O Seminário, livro 3: as psicoses**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1957-58). “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

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

_____. (1958a). “A direção de tratamento e os princípios de seu poder”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1958b). “A significação do falo”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1959-60). **O Seminário, livro 7:** a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. (1960). “A subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1964). **O Seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 2008.

_____. (1965). “A ciência e a verdade.” In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1966a). “Do sujeito enfim em questão”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1966b). “O lugar da psicanálise na medicina”. In: **Opção Lacaniana** - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 32. São Paulo: Edições Eolia, 2001.

_____. (1966c). “Pequeno discurso no ORFT”. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1966d). “De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. (1967). “Alocução sobre as psicoses da criança”. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. (1968-69). **O Seminário, livro 16:** de um Outro ao outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____. (1969-70). **O Seminário, livro 17:** o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

_____. (1970). “Radiofonia”. In: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____.(1971). **O Seminário, livro 18**: de um discurso que não fosse semblante. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

_____.(1972). “Du discours psychanalytique.” **Conférence à l'université de Milan**. Recuperado em 21 de abril de 2009. Disponível *online* em: <<http://pagesperso-orange.fr/espace.freud/topos/psych/psysem/italie.htm>>

_____.(1972-73). **O Seminário, livro 20**: mais, ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

_____.(1976) “Journées des cartels de l’École Freudienne de Paris.” In: **Lettres de l’École Freudienne**, Paris, n. 18, p. 263-270, 1976. Disponível *online* em: <http://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1975-04-13c.pdf> Acesso em: 20.01.2017.

LAJE, Matías. “El humor no es chiste: usos clínicos de un decir que no desanuda tragedia y comedia”. **Desde el Jardín de Freud**, n. 17, pp.- 43-49 2017. Disponível *online* em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6071577>>. Acesso em: 30/05/2019.

LAURENT, É. “O tratamento das escolhas forçadas da pulsão.” **Responsabilidades: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011/2012.

_____. **A batalha do autismo: da clínica à política**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LEPOUTRE, Thomas; VILLA, François. “Le diagnostic à l’épreuve du traitement psychanalytique”, **Cliniques méditerranéennes**, n. 94, p. 225-240, 2016. Disponível *online* em: <10.3917/cm.094.0225>. Acessado em 17/05/2017.

LIMA, C. H. “Investigação psicanalítica dos determinantes psíquicos do consumo abusivo de substâncias psicoativas”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, pp. 39-50, março 2014.

_____. “Toxicomanías hacia las Psicosis Ordinarias.” **Trabalho apresentado na ENAPOL**, São Paulo, 2015.

LIMA, C. H.; MORAIS, D. R. D.; NISHIMURA, A. N.; VALIENTE, L.; LOPES, A. F.; FERNANDES, F. B. G. “A Política Nacional para Álcool, crack e outras drogas no Rio de Janeiro e o retorno da racionalidade punitiva”. **Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica**, Rio de Janeiro: vol. 7, no.3, setembro-dezembro, 2015, p. 582-598.

LISBOA, Felipe Stephan; ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. Metáforas do cérebro: uma reflexão sobre as representações do cérebro humano na contemporaneidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 363-379, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000200363&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 23 nov.

2016.

LUSTOZA, Rosane Zétola; CARDOSO, Maurício José. “A experiência enigmática na psicose: os fenômenos elementares à luz da teoria do significante”. **Psicologia USP**, v. 28, n. 1, São Paulo, 2017, pp.- 135-143. Disponível *online* em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420150127>> Acesso em: 15/12/2018.

MACEDO, Monica Medeiros K.; DOCKHORN, Carolina Neumann de B. F. “Psicanálise, pesquisa e universidade: labor da especificidade e do rigor”. **Perspectivas em Psicologia**, Vol 12 nº 2 Noviembre, 2015 - (pp. 82 – 90). Disponível online em: <http://www.redalyc.org/html/4835/483547667010/> .Acesso em: 30.05.2016.

MAJ, Mario. “‘Psychiatric comorbidity’: an artefact of current diagnostic systems?” **British Journal of Psychiatry**, n. 186, 2005, pp. 182-4.

MALEVAL, Jean-Claude. *Lógica del delirio*. Barcelona: Ediciones del Serbal, 1998.

MARTINHAGO, Fernanda; CAPONI, Sandra. “Breve história das classificações em psiquiatria.” *INTERthesis*, v. 16, n. 1, Florianópolis, jan-abr 2019, pp.- 74-91. DOI: <<https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>>. Acesso em: 20/05/2019.

MARTINHO, Maria Helena. “A noção de estrutura em psicanálise”. In: ELIA, L.; MANSO, R. (orgs). **Estrutura e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2012, pp. 115-126.

MARTINS, Viviane Tinoco. “Intoxicações no contexto do desencadeamento da psicose”. **PHARMAKON Digital**, vol 3, novembro, 2017, pp. 55 – 57. Disponível *online* em: <http://www.pharmakondigital.com/indice2017_vol1_pt.html > Acesso em 20.01.2019.

MELO, S. R.; RIBEIRO, P. “Substrato neural das funções mentais: relação anatômica e funcional evidenciada a partir de pesquisa com neuroimagem funcional”. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 145-154, jan./abr. 2014.

MESQUITA, Ana Maria Otoni; DESLANDES, Suely Ferreira. “A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde.” **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 664-673, 2010. Disponível *online* em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30/03/2017.

MILENE, Magali; ALTOÉ, Sonia. “Estruturas clínicas e sujeito: considerações sobre o diagnóstico em psicanálise”. In: ELIA, L.; MANSO, R. (orgs). **Estrutura e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2012, pp. 245-55.

MILLER, Jacques-Alain. “A invenção do delírio”. **Opção Lacaniana online**, n.5, pp.- 1-25, 1995. Disponível em: <<http://www.opcaolacaniana.com.br/antigos/pdf/artigos/JAMDelir.pdf> >. Acesso em: 20/11/2018.

_____. -A. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Buenos Aires: Padós, 2006.

_____. “O efeito do retorno à psicose ordinária”. *Opção Lacaniana online* vol. 1, num. 3, Novembro 2010, pp. 1-29. Disponível *online* em: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_3/Efeito_do_retorno_psicose_ordinaria.pdf Acesso em: 10/05/2019.

_____. “Os seis paradigmas do gozo”. **Opção Lacaniana online**, 3(7), 2012, Disponível em: http://opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_7/Os_seis_paradigmas_do_gozo.pdf Acesso em: 27/05/2019.

_____. “Para a investigação sobre o gozo auto erótico”. **Pharmakon digital**. Vol. 2, 2016. Disponível *online* em: http://www.pharmakondigital.com/pdf/pharmakon_Ed02_PT.pdf Acesso em: 29/07/2018.

_____. “O inconsciente e o corpo falante”. **X Congresso Mundial da Associação de Psicanálise**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.congressoamp2016.com/uploads/abeaf2falca41710e5a2eeb1fbc9c4035d1ecd6e.pdf>. Acesso em: 21/04/2019.

MOURA, Fernanda Costa; TENÓRIO, Fernando. “Corpo estranho: desespecificação pulsional na psicose”. In: FREIRE, A.B. *O corpo e suas vicissitudes*. Rio de Janeiro, 7letras, 2013.

MUÑOZ, Núria Malajovich. “Do amor à amizade na psicose: contribuições da psicanálise ao campo da saúde mental”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 87-101, março 2010. Disponível *online* em: <https://www.redalyc.org/html/2330/233016519006/> Acesso em 20/01/2019.

MUÑOZ, nuria malajovich; LEAL, Erotildes maria; DAHL, Catarina Magalhães; SERPA JR., Octavio Domont de. “Incorporando histórias: a recomposição do corpo próprio na perspectiva de usuários de serviços de saúde mental.” **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 17, p. 872-886, 2014. Disponível *online* em <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n4/1415-4714-rlpf-17-04-00872.pdf>. Acesso em 20.01.218.

NAPARSTEK, Fabian. **La direction de la cure dans les toxicomanies et l'alcoolisme**. Tese (Doutorado em psicanálise). Universidade Paris VIII – Saint_Denis. Paris, 2011.

NUNES, Tiago Ribeiro. “Lacan e a negatividade do desejo.” *Revista USP*, v. 26, n. 3, pp.-423-429, 2015. Disponível *online* em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420140031>. Acesso em 30/11/2018.

O'DONOGHUE, Brian; McHUGH, Meredith; McGORRY, Patrick. “Effects of Cannabis Use in Those at Ultra-High Risk for Psychosis.” **The Complex Connection between Cannabis and Schizophrenia.**, pp.- 167-181. Disponível *online*: <https://www.sciencedirect.com/scien>

ce/article/pii/B9780128047910000070>. Acesso em 02.03.2018.

OLIVEIRA, Cristiane. "Freud, a sexualidade perverso-polimorfa e a crítica ao discurso da degenerescência: revisitando tensões entre psicanálise e psiquiatria." *Ágora (Rio J.)*, 2016, vol.19, n.1, pp.53-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982016000100053&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23/03/2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde - CID 10**. 10ª ed. São Paulo: EDUSP; 2012.

PEDROSA, Raquel Lima; TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. "Psicanálise e construção de caso clínico: considerações sobre um dispositivo terapêutico". **Revista Subjetividades**, Fortaleza, 15(1): 76-83, abril., 2015.

PEREIRA, Halanderson R. da S.; CARVALHO, Melissa A. V. de M. "Toxicomania, um discurso sem palavra?" **Revista Psicologia** v. 2, 2016. Disponível *online* em: <<http://200.129.173.132/revista/index.php/psi/article/view/210>> Acesso em: 06.04.2019.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. "A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise". **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 24 n. 4, pp.- 1035-1052, 2014. Disponível *online* em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4008/400834036004.pdf>> Acesso em: 25.10.2017.

PONDÉ, Milena Pereira. "A crise do diagnóstico em psiquiatria e os manuais diagnósticos". **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 21, n.1, pp.- 145-166, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233055192010>> Acesso em: 12/06/2019. DOI: 10.1590/1415-4714.2018v21n1p145.10

PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. "O Legado Estruturalista em Lacan: Clínica e Diagnóstico da Psicose". **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, nº3, 2017, pp.- 738-752. Disponível *online* em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703002952016>> Acesso em: 20.01.2018.

PORGE, Érik. **Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje**. Campinas: Editora Unicamp, 2009.

REIS, Alberto Olavo Advincula; DOMBI-BARBOSA, C.; BERTOLINO NETO, M.; PRATES, M.; DELFINI, P.; FONSECA, F.; OLIVEIRA, A. "Prontuários, para que servem?: representação dos coordenadores de equipe dos CAPSi a respeito do valor e da utilidade dos prontuários." **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 383-392, dez. 2009.

ROCHA, Eduardo. "Entrevista do Dr. Eduardo de Carvalho Rocha ao Prof. Manoel Tosta Berlinck, sobre o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba." **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. VI, n. 4, p. 164-170, dez. 2003.

RODRIGUES, Adriano Carvalho Tupinambá. “Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia.” **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. VIII, n. 4, 2005, pp. 754-68.

SANTOS, Cleyton E. dos; YASUI, Silvio. “Muito além do CAPSad: o cuidado no território e na vida”. In: SOUZA, A.; SOUZA, L.; SOUZA, E.; ABRAHÃO, A.L. **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas no Brasil**. São Paulo: Huicitec Editora, 2016, pp. 70-87.

RIBEIRO, Cynara Teixeira; FERNANDES, Andréa Hortélio. “Tratamentos para usuários de drogas: possibilidades, desafios e limites da articulação entre as propostas da redução de danos e da psicanálise.” **Analytica**, São João del Rei , v. 2, n. 2, p. 33-58, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972013000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 jul. 2015.

RODRIGUES, Patricia Matte; PARABONI, P.; ARPINI, D.; BRANDOLT, C.; LIMA, J.; CEZAR, P. “O registro em prontuário coletivo no trabalho do psicólogo na Estratégia Saúde da Família.” *Estudos de Psicologia*, 22(2), abril a junho de 2017, 195-202. Disponível *online* em: <<https://www.redalyc.org/pdf/261/26155062008.pdf>> Acesso em 15/11/2017.

SAUCE, Pablo. “Introdução à seção de entrevistas”. **PHARMAKON digital** vol. 2, nov. 2016, pp.- 32-42. Disponível *online* em: <http://www.pharmakondigital.com/pdf/pharmakon_Ed02_PT.pdf#page=54> Acesso em: 02/02/2019.

SILVA, Magali Milene. “O discurso universitário e a clínica contemporânea.” **Caderno de psicanálise (CPRJ)**, v. 40, n. 3, pp.- 161-182, Rio de Janeiro, 2018. Disponível *online* em: <http://cprj.com.br/ojs_cprj/index.php/cprj/article/view/27/80>. Acesso em: 15/12/2018.

SIMÕES, Tatiana Rego de B; TORRES, Maycon Rodrigo da S.; ROSA, Malena Storani; SIQUEIRA, Andréia Ferro. “Internação de usuários de drogas e Redução de Danos: articulações clínicas”. In: SOUZA, A.; SOUZA, L.; SOUZA, E.; ABRAHÃO, A.L. **Entre pedras e fissuras: a construção da atenção psicossocial de usuários de álcool e outras drogas no Brasil**. São Paulo: Huicitec Editora, 2016, pp. 341-358.

SIQUEIRA, Aline C.; DELL’AGICO, Débora D. “O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura”. **Psicologia & Sociedade**; 18 (1): 71-80; jan/abr. 2006 . Disponível *online* em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1>> Acesso em: 20.02.2019.

TEIXEIRA, José A. C. “K. Jaspers e a miséria da psiquiatria do século XXI”. In: TEIXEIRA, José A. C. (org) **100 anos da ‘Psicopatologia Geral’ de Karl Jaspers**. Lisboa: ISPA, 2014.

TENÓRIO, Fernando; COSTA-MOURA, Fernanda; LO BIANCO, Ana Carolina. “Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental”. **Psicologia USP**, v. 28, n. 1, São Paulo, 2017, pp.- 206-213. Disponível *online* em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v28n2/1678-5177-pusp-28-02-00206.pdf>> Acesso em: 30/05/2018.

TORRES, Maycon Rodrigo da Silveira. *Internação de usuários de drogas: gozo e segregação na clínica das neuroses*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal Fluminense, Niterói: 2015.

TORRES, Maycon R.S.; VIDAL, Paulo E.V. “Redução de Danos e Psicanálise de orientação Lacaniana nas internações de usuários de drogas.” **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 7, n. 1, Niterói, 2017, pp.- 59-67. Disponível *online* em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1835/1423>> Acesso em: 17/05/2018.

TOTOLI, Flávia Costa; MARCOS, Cristina Moreira. Dois paradigmas da psicose no ensino de Lacan. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 257-265, ago. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 mar. 2018.

VIDAL, Paulo Eduardo Viana. “O Ensino da Psicanálise e A Clínica das Psicoses.” In: SÁ, Ricardo; ALENCAR, Maria Lidia; OLIVEIRA, Claudio. (Org.). **Clínica Psicanalítica das Psicoses**. 1ed.Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense, 2005, p. 21-27

_____. “Duas ou Três Notas sobre Interpretação na Psicose”. **Revista AdVerbum**, v. 5, n.2, 2010, pp. 123-128.

VIDAL, Paulo Eduardo V.; PINHEIRO, Felipe Vianna. “O corpo na psicose no último ensino de Lacan”. **Psicologia Revista**, v. 24, n. 2, São Paulo, 2015, pp.- 265-278. Disponível *online*: <<https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/27799/19628>> Acesso em 26/05/2018.

VIGANÒ, Carlo. “A construção do caso clínico.” **Opção lacaniana online**, a. 1 n.1, 2010. Disponível *online*: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_1/A_construcao_do_caso_clinico.pdf> Acesso: 20/10/2015.

VIVÈS, Jean-Marie. **A voz na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2012.

VORCARO, Angela. “Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico”. In: KYRILLOS NETO, F.; MOREIRA, J. O. (org.). **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena: EdUEMG, 2010, pp. 11-23.

ZARIFIAN, Édouard. “Um diagnóstico em Psiquiatria: para quê?” In: **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1989.

ANEXO I – Fórmulas da teoria lacaniana dos discursos

As fórmulas dos discursos propostos por Lacan (1972):

Agente → Outro

verdade // produção

Discurso do Mestre

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

Discurso da Histórica

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$$

Discurso do Analista

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

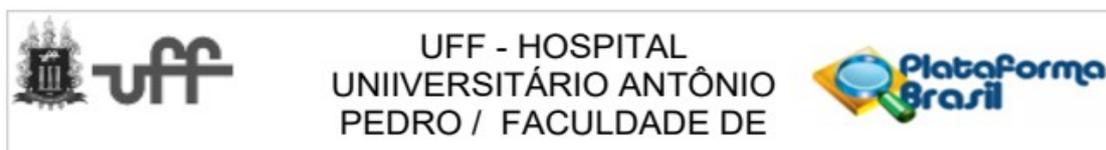
Discurso do Universitário

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Discurso do Capitalista

$$\downarrow \frac{\cancel{S_1} \quad \cancel{S_2}}{\cancel{S_1} \quad \cancel{a}} \downarrow$$

ANEXO II – Aprovação pelo Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Psicose e o uso de álcool e outras drogas: práticas clínicas no contexto institucional

Pesquisador: Maycon Rodrigo da Silveira Torres

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63077416.0.0000.5243

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.243.227

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com dados coletados de 10 prontuários e outros arquivos institucionais, a partir dos quais serão elaborados os relatos clínicos a serem discutidos com as teorias atuais de neurociências e psicanálise. Os casos serão escolhidos com a especificidade de quadros alucinatórios e/ou delirantes em

associação com uso de álcool e outras drogas, considerando a enfermaria de internação para usuários de drogas no contexto de hospital psiquiátrico. Busca-se os critérios que indiquem a internação destes quadros específicos em enfermaria especializada e não em enfermaria de quadros psiquiátricos agudos. Esta pesquisa tem por objetivo identificar as especificidades dos chamados pacientes comórbidos, isto é, portadores de transtornos psiquiátricos com alterações psicopatológicas (delírios e alucinações) associados ao uso de álcool e outras drogas. A prática da escrita em prontuários é orientada para registrar diferentes informações sobre os pacientes, desde seu estado global a partir do ponto de vista exterior dos profissionais até o trabalho das consultas terapêuticas. Estes relatos incluem as falas literais dos pacientes, os significantes que irrompem o discurso do sujeito, assim como as pontuações do clínico.

Critério de Inclusão

O critério de inclusão para a escolha dos casos a serem analisados é o estabelecimento de

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br



UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.043.207

diagnósticos emitidos pelo psiquiatra do setor no resumo de alta do prontuário que deve indicar alterações psicopatológicas de percepção e/ou juízo associados ao uso de drogas, tais quais os diagnósticos pela CID-X que correspondem ao espectro esquizofrênico, transtornos delirantes ou quadros de psicose não especificada (F30.99) além dos diagnósticos de transtorno bipolar do humor (F30.F39). Inclui-se ainda no



UFF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO
PEDRO / FACULDADE DE



Continuação do Parecer: 2.043.207

droga pode ser entendida como recurso para subtração do gozo invasivo do Outro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Os riscos desta pesquisa dizem respeito à possibilidade de vazamento de informações pessoais ou exposição pública do sujeito de modo a ferir a ética do sigilo profissional. Busca-se reduzir os riscos utilizando nomes fictícios para designar os sujeitos estudados, assim como a omissão de todas as informações pessoais que possam levar sua identificação.

Benefícios

Os benefícios desta pesquisa visam produzir saberes que possam contribuir com as orientações das práticas em Saúde Mental frente às dificuldades de manejo com pacientes de quadros comórbidos (transtornos psíquicos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas). Considera-se que a Rede de Saúde Mental se constitui com dispositivos específicos para sujeitos portadores de transtornos psiquiátricos (CAPS) e outros entendidos como especializados para o tratamento do uso de substâncias (CAPS Álcool e Drogas).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

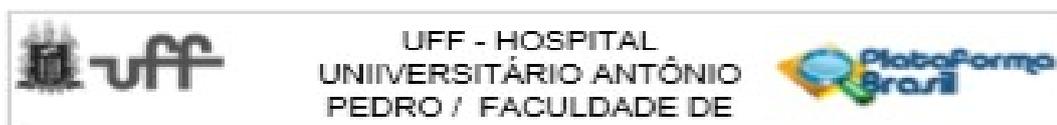
Trata-se de um projeto de pesquisa de doutorado que visa identificar a partir da prática clínica orientada pela psicanálise os elementos clínicos que justificam a inserção do psicótico que faz uso de drogas em uma enfermaria especializada e as consequências desta inserção. Os métodos propostos serão capazes de responder os objetivos propostos pelo pesquisador. A pesquisa oferece riscos pequenos uma vez que será feita análise de prontuário e o pesquisador propõe medidas de proteção para o participante. O pesquisador solicita dispensa de TCLE por motivo de impossibilidade de encontrar os sujeitos pesquisados, uma vez que a instituição em questão trabalha com a internação dos pacientes por breve período de tempo, sem a manutenção de

vínculo terapêutico posterior. Há ainda a dificuldade de ser a única instituição de internação especializada para um município de grande porte, além de também receber pacientes de outros municípios vizinhos. Foi alterado o cronograma de execução do projeto e a etapa de coleta de dados será iniciada em outubro de 2017. Foi incluído critério de inclusão/exclusão pertinentes. O financiamento para a realização da pesquisa será no valor de 15 reais custeado pelo pesquisador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303-4º Andar
Bairro: Centro CEP: 24.030-210
UF: RJ Município: NITERÓI
Telefone: (21)2624-0189 Fax: (21)2624-0189 E-mail: etica@vm.uff.br



Continuação do Parecer: 2243227

Apresenta folha de rosto preenchida corretamente e termo de autorização para realização da pesquisa pelo Hospital Psiquiátrico de Juruá.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o cumprimento de todas as pendências solicitadas pelo CEP/UFF, o presente está aprovado.

Considerações Finais e critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PS_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_762206.pdf	16/08/2017 17:40:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoMayconTomes_REVISADO_2.pdf	09/08/2017 11:30:05	Maycon Rodrigo da Silveira Tomes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_CEP_UFF_2.pdf	09/08/2017 11:28:39	Maycon Rodrigo da Silveira Tomes	Aceito
Outros	CEP/UFF.jpg	22/11/2016 09:27:01	Maycon Rodrigo da Silveira Tomes	Aceito
Folha de Rosto	CEP_MayconTomes.pdf	26/09/2016 14:16:45	Maycon Rodrigo da Silveira Tomes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITERÓI, 28 de Agosto de 2017

Assinado por:
DR SANGELA ARRABAL THOMAZ
 (Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 - 4º Andar
 Bairro: Centro CEP: 24.030-210
 UF: RJ Município: NITERÓI
 Telefone: (21)2629-9199 Fax: (21)2629-9199 E-mail: etica@vm.uff.br

Impressão de