



Universidade Estadual da Paraíba
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Psicologia

JANAÍNA BIZERRA AMARO DA SILVA

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A PSICOSE ENTRE A PSICANÁLISE E A
PSIQUIATRIA**

Campina Grande – PB
Junho de 2011

JANAÍNA BIZERRA AMARO DA SILVA

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A PSICOSE ENTRE A PSICANÁLISE E A
PSIQUIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Licenciatura e Formação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob orientação do Prof.^o Dr.^o Edmundo de Oliveira Gaudêncio, docente do Departamento de Psicologia da UEPB.

Campina Grande – PB

Junho de 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S586u

Silva, Janaína Bizerra Amaro da.

Urgência e emergência [manuscrito]: a psicose entre a psicanálise e a psiquiatria / Janaína Bizerra Amaro da Silva. – 2011.

51 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro de Ciências Biológicas e Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Departamento de Psicologia”.


1. Psicoce. 2. Psicanálise. 3. Psiquiatria. I. Título.

21. ed. CDD 150.195

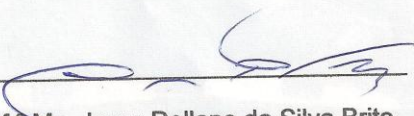
JANAÍNA BIZERRA AMARO DA SILVA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: A PSICOSE ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA

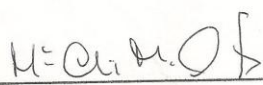
APROVADA EM 14/06/11.



Prof.º Dr.º Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Universidade Estadual da Paraíba
Departamento de Psicologia
(Orientador)



Prof.º Ms. Jorge Dellane da Silva Brito
Universidade Estadual da Paraíba
Departamento de Psicologia
(Examinador)



Esp. Maria Cristina Maia de Oliveira Fernandes
Membro da Escola Brasileira de Psicanálise – Delegação Paraíba
(Examinadora)

***Dedico este trabalho a todos os psicóticos com quem tive contato até hoje.
Vocês foram motivo de fascínio aos meus olhos.***

Agradecimentos

Agradeço a Deus e a minha família, minha mãe Maria Gorete; minha avó Maria Fiel; minhas tias: Eva, Vilene, Zélia e Graça; meus primos: Virgínia, Patrícia, Vitória, Nicolas, Lavínia e Claudio Victor;

Às minhas irmãs Júlia e Giovanna, obrigada pelo amor, eu também amo vocês. Nós somos três estrelas;

Aos meus amigos Lorrayne, Randall, Pollyana, Priscilia, Huállison, Giuliano e Grazyanne, por simplesmente serem meus amigos;

Aos meus colegas de faculdade agradeço pela companhia e pelos momentos divertidos que vivemos, sentirei saudades;

À Lorena e Magnólia que formaram junto comigo, um trio composto por amizade, alegria e muitas risadas;

Às minhas amigas e companheiras de estrada, Mônica, Maíra, Pricila, Carlione, Talina, Natália, Kalyenne, Jaque e Bel. Jamais esquecerei tudo que vivemos juntas;

À Wolmer, “[...] por amor, teu amor modificou o meu viver, o meu ser... teu poder iluminou o meu olhar, céu e mar, teu querer é tanto bem querer pra mim... Eu sei que não mereço, mas tu és amor, amor [...]”;

Aos meus professores de longa data e aos professores de faculdade, em especial a prof.^a Myrna Maracajá e ao prof.^o Edmundo Gaudêncio. A este, meu orientador, não tenho palavras para agradecer o quanto fez por mim;

À Cristina Maia, agradeço profundamente.

*“Eu não estou interessado em nenhuma teoria,
Em nenhuma fantasia, nem no algo mais
Nem em tinta pro meu rosto ou oba oba, ou melodia
Pra acompanhar bocejos, sonhos matinais
Eu não estou interessado em nenhuma teoria,
Nem nessas coisas do oriente, romances astrais
A minha alucinação é suportar o dia-a-dia
E meu delírio é a experiência com coisas reais [...]”*

Alucinação, Belchior.

RESUMO

A partir da produção literária realizada diante das experiências de psicanalistas nas instituições de saúde mental com as urgências subjetivas, o interesse de produzir um trabalho que trouxesse para o cerne das discussões acadêmicas a abordagem psiquiátrica e psicanalítica das psicoses foi desenvolvido. Uma revisão bibliográfica não sistemática constituiu-se como o método utilizado para o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A psicose, abordada enquanto doença, na classificação psiquiátrica, com as elaborações iniciais de Freud sobre a paranóia, foi vista como um modo de defesa patológico do eu, posteriormente especulada no sentido de nela haver um domínio do Isso sobre o Eu. Capturando tais idéias freudianas, Lacan vai aprofundar o pensamento de que, no sujeito psicótico, não incide a castração, introduzindo o conceito de Foraclusão da Metáfora Paterna, para fundamentar sobre a predisposição que Freud tanto questionava para a psicose, tomando-a, assim, em termos de estrutura. Com Lacan foi possível pensar também numa intervenção da psicanálise na psicose, indo de encontro às recomendações freudianas. Este artigo discorre sobre essas recomendações e sobre as possibilidades para o sujeito da psicose na clínica das emergências psiquiátricas e na clínica psicanalítica, como também sobre as intervenções que esta propõe nas situações de crise, concebidas, para a psicanálise, como urgência subjetiva.

Palavras-chave: Psicose. Psiquiatria. Psicanálise. Urgência. Emergência.

ABSTRACT

From the literature conducted on the experiences of psychoanalysts in mental health institutions with emergency subjective, the interest of producing a work that brings to the forefront of academic discussions psychiatric and psychoanalytic approach to the psychoses has been developed. A non-systematic literature review was established as the method used to develop this Ending work of Graduation. Psychosis, addressed as sickness, psychiatric classification, with the initial elaboration of Freud on paranoia, was seen as a mode of self defense pathological later speculated on the meaning of it there is a field of id over the ego. Capturing such Freudian ideas, Lacan will deepen the thought that in the psychotic subject, does not relate to castration, introducing the concept of foreclosure of the paternal metaphor for the basis on which Freud predisposition for psychosis both questioned, taking it as well, in terms of structure. With Lacan was also possible to think of psychoanalysis in an intervention in psychosis, going against the recommendations Freudian. This article discusses these recommendations and the possibilities for the subject of psychosis in the clinic of emergency psychiatry and psychotherapy at the clinic, as the interventions proposed in this crisis, designed to psychoanalysis, as subjective urgency.

Keywords: Psychosis. Psychiatry. Psychoanalysis. Urgency. Emergency.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I SOBRE PSICOSE E PSIQUIATRIA.....	13
1.1. A psicose e a psiquiatria.....	14
1.2. Esquizofrenia.....	15
1.2.1. O tratamento psiquiátrico para pacientes esquizofrênicos.....	20
1.3. Psicose maníaco-depressiva ou transtorno bipolar.....	21
1.3.1. O tratamento psiquiátrico para psicoses maníaco-depressivas ou transtorno bipolar.....	25
1.4. Outras psicoses idiopáticas.....	27
CAPÍTULO II SOBRE PSICOSE E PSICANÁLISE.....	28
2.1. Estudos freudianos sobre psicose.....	29
2.2. A intervenção psicanalítica na psicose.....	33
2.3. Estabilização e suplência: a possibilidade lacaniana para a psicose.....	35
2.3.1. A psicanálise diante de um psicótico.....	36
CAPÍTULO III URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	40
3.1. Breves considerações sobre emergência psiquiátrica.....	41
3.2. A psicanálise nas emergências: uma urgência de sujeito.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS.....	47

INTRODUÇÃO

Nas discussões que circulam no mundo das ciências psi, encontramos vários objetos a que as mesmas destinam ao debate, experimentação e explicação. Um desses objetos de investigação é a psicose, sobre a qual psiquiatras, psicólogos das mais diversas abordagens psicoterapêuticas, psicanalistas, sociólogos e filósofos se debruçam e tentam teorizar a respeito de sua etiologia e tratamento.

Cada um desses saberes se propõe a abordar a psicose trazendo-a para o âmbito do modelo no qual se baseiam para formalizar e construir seus conhecimentos. Dois modelos nos interessam, neste momento, a fim de proporcionar uma discussão sobre o que é destinado ao sujeito psicótico, no momento em que familiares e sociedade recorrem a um profissional, supondo-lhe o que saber fazer com seu ente querido em crise, ou exigindo-lhe uma explicação sobre o que é a psicose, a saber: o modelo organicista, representado pela medicina psiquiátrica, e o modelo psicanalítico, de Sigmund Freud e Jaques Lacan.

O modelo médico se propõe a abordar o paciente psicótico mediante componentes orgânicos e neuroquímicos com sua equivalência terapêutica baseada em agentes farmacológicos.

Na psiquiatria, teremos as psicoses classificadas em dois grandes grupos: um diz respeito às psicoses orgânicas ou secundárias, constituindo-se de quadros que apresentam sintomas psicóticos, frequentemente associados a sintomas orgânicos gerais, os quais possuem sua origem relacionada a uma condição médica geral, condição essa que pode incluir doenças cerebrais, alterações hormonais, pós-cirurgias, uso de substâncias farmacológicas, dentre outras. Um paciente que apresente esses sintomas pode voltar ao seu funcionamento psíquico normal quando da extinção dessas causas, lócus onde a medicina irá intervir com seus tratamentos farmacológicos. O outro corresponde às psicoses idiopáticas ou primárias, aquelas onde não se encontra uma causa etiológica definida, sendo desenvolvidas teorias as mais diversas como explicações causais.

O pensamento psicanalítico sobre a psicose, que se apresentou nas elaborações iniciais de Freud sobre a paranóia, e é mais desenvolvido em seu artigo intitulado “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*Dementia paranoides*)” (1911), o caso Schreber, permaneceu no plano

das investigações, postergando assim a abordagem da psicose ao ensino dos psicanalistas futuros. É onde Jaques Lacan, psiquiatra e psicanalista francês, retoma o ensino freudiano e consolida o saber da psicanálise sobre a psicose, retirando-a da condição de doença para discuti-la enquanto estrutura, trazendo para o cenário das investigações psicopatológicas sua explicação etiológica no momento dessa estruturação, onde o elemento central seria a forclusão do significante Nome-do-Pai, e a sua dinâmica estaria desvendada no conceito de Complexo de Édipo.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é uma revisão bibliográfica não sistemática, em que foram escolhidos trabalhos da literatura relacionados à proposta em questão, sem especificação de critérios de seleção. Produzida em forma de monografia, esta revisão foi realizada como critério para obtenção do Grau Acadêmico de Formação e Licenciatura em Psicologia, pela Universidade Estadual da Paraíba.

O mesmo se propõe a apresentar que tratamento está posto para o psicótico na psiquiatria, bem como quais as possibilidades terapêuticas para o sujeito psicótico na psicanálise de orientação Lacaniana, além de propor uma discussão sobre a abordagem médica nas emergências psiquiátricas e a denominada “urgência subjetiva”, enquanto proposta de intervenção da psicanálise nas situações de crise.

A loucura, ao longo da história da humanidade, sempre foi objeto de fascínio para uns e causa de horror para outros. Os mais diversos discursos tem-se ocupado de seu estudo no intuito de tentar revelar o seu sacro segredo, que aparenta escapar aos homens e aos posicionamentos da ciência moderna. Nessa tentativa, também, foi escrito este trabalho.

No primeiro capítulo foi realizado um estudo sobre o que a psiquiatria contemporânea compreende a respeito dos fenômenos psicóticos, sobre suas hipóteses etiológicas e propostas de tratamento. O segundo capítulo, por sua vez, enfatizou o pensamento freudiano sobre a psicose, apresentando uma revisão de seus textos que fazem menção à temática, à evolução de suas descobertas e suas propostas terapêuticas, bem como os conceitos lacanianos sobre a psicose e o efeito da psicanálise no tratamento desses pacientes. No terceiro capítulo formulamos, uma apresentação sobre as discussões recentes a respeito da abordagem do paciente psicótico pelos dois modelos mencionados nos capítulos anteriores, tendo sido realizada a reunião de idéias oriundas de pensamentos

diferentes, visando construir uma nova forma de apresentação de temáticas já conhecidas, o que se coloca, também, como objetivo desta monografia.

Por fim, são apresentadas as Considerações Finais, bem como as referências que foram utilizadas na construção deste trabalho, para aqueles que desejem consultá-las posteriormente e aprofundar sua leitura sobre o tema abordado.

CAPÍTULO I
SOBRE PSICOSE E PSIQUIATRIA

1.1. A psicose e a psiquiatria

Dentre as doenças psiquiátricas, a psicose é o distúrbio mais severo que pode acometer um paciente. Os sintomas apresentados se caracterizam por distúrbios da ordem do pensamento, da consciência e do afeto.

Desordens do pensamento e do afeto, que consistem em incoerência ou perda da estrutura lógica do fluxo de pensamento, pobreza da fala (achatamento afetivo), labilidade emocional e alienação do mundo exterior e sobre sua própria doença; alucinações, o indivíduo passa por uma modificação de suas relações com o mundo exterior. Ele forma imagens mentais produzidas espontaneamente, independente de sua vontade e na ausência de estímulos externos, e freqüentemente, ouve vozes comentando sobre seus atos; delírio, como a sensação de estar sendo perseguido (delírios persecutórios), de superioridade em relação às pessoas (delírios de grandeza) ou a sensação de que seu pensamento e atos estão sendo controlados por uma força exterior (BRANDÃO, 2005, p. 206).

No modelo organicista, os transtornos psicóticos são classificados como psicoses orgânicas e idiopáticas. As psicoses orgânicas são entendidas como transtornos nos quais sintomas psicóticos se apresentam por ocasião de uma condição médica não-psiquiátrica, ou pela ação de substâncias farmacológicas (SADOCK, 2007). Uma gama de fatores médicos gerais pode provocar os sintomas encontrados.

Na Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, de 1995, décima revisão (CID-10), tais psicoses são classificadas como transtornos mentais orgânicos, os quais

[...] compreende uma série de transtornos mentais reunidos, tendo em comum uma etiologia demonstrável tal como doença ou lesão cerebral ou comprometimento que leva à disfunção cerebral. A disfunção pode ser primária, como em doenças, lesões e comprometimentos que afetam o cérebro de maneira direta e seletiva; ou secundária, como em doenças e transtornos sistêmicos que atacam o cérebro apenas como um dos múltiplos órgãos ou sistemas orgânicos envolvidos (CID-10, 1995, p. 303-304).

A conduta a ser adotada diante de pacientes que apresentam sintomas psicóticos provenientes de síndromes que em sua sintomatologia englobam esses sintomas, ou de psicoses devidas a uma condição médica não-psiquiátrica, dá-se através da extirpação da causa orgânica subjacente. Dessa forma, “após a identificação e a remoção dos fatores causais, os sintomas em geral desaparecem

dentro de três a sete dias, embora alguns possam levar até duas semanas para melhorar completamente” (SADOCK, 2007, p. 359).

As psicoses idiopáticas, por sua vez, “não têm causa definida, como o próprio nome indica” (BRANDÃO, 2005, p. 207), resultando de distúrbios nas funções cerebrais superiores, pensamento e emoção.

As psicoses idiopáticas, caracterizadas principalmente por perturbações do afeto ou do humor, são chamadas *psicoses maníaco-depressivas*, e aquelas caracterizadas por distúrbios do pensamento, labilidade emocional, delírios paranóides e alucinações auditivas são conhecidas como *esquizofrenia* (BRANDÃO, 2005, P. 207).

1.2. Esquizofrenia

No Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR™ (2000 *apud* SADOCK, 2007), a esquizofrenia caracteriza-se como uma entidade nosológica que apresenta no mínimo dois dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento acentuadamente desorganizado ou catatônico, embotamento afetivo, alogia ou abulia. Esses sintomas pertencem ao critério A para diagnóstico da esquizofrenia. O manual apresenta também um segundo critério (Critério B) que se caracteriza por disfunção social e ocupacional, onde o paciente apresenta dificuldades de manter o desempenho no trabalho, as relações interpessoais e os cuidados pessoais; outro critério apresentado, o critério C, diz respeito à duração dos sintomas, quando seus efeitos devem ser contínuos e se apresentarem por no mínimo seis meses. São apresentados ainda três critérios adicionais, o critério D e E preconizam, respectivamente, a exclusão da possibilidade do transtorno esquizoafetivo ou transtornos de humor, e a exclusão de condição médica geral. O critério F que diz sobre a relação com um transtorno global do desenvolvimento, acrescenta que

Se existe história de transtorno autista ou de outro transtorno global do desenvolvimento, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é feito apenas se delírios ou alucinações proeminentes também estão presentes pelo período mínimo de um mês (ou menos se tratados com sucesso) (DSM-IV-TR™, 2002 *apud* SADOCK, 2007, p. 521).

Na CID-10, a esquizofrenia é caracterizada

[...] em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo (CID-10, ANO, p. 317).

Na patologia em questão, estão postos nove grupos de sintomas:

- ✓ Eco do pensamento, inserção, retirada e transmissão de pensamentos;
- ✓ Delírios de controle, influência ou passividade;
- ✓ Vozes alucinatórias;
- ✓ Outros delírios persistentes culturalmente impróprios e impossíveis;
- ✓ Alucinações persistentes;
- ✓ Rupturas ou interpolação do pensamento;
- ✓ Comportamento catatônico;
- ✓ Retraimento e baixo desempenho social, sem causa farmacológica ou oriunda de quadro depressivo;
- ✓ Mudanças gerais e consistentes do comportamento.

Segundo Brandão (2005), os sintomas esquizofrênicos são divididos em sintomas negativos e sintomas positivos.

Os sintomas negativos estão relacionados a embotamento afetivo, pobreza de linguagem e isolamento social; já os sintomas positivos compreendem categorias como as alucinações, delírios e distúrbios do pensamento.

A entidade nosológica denominada esquizofrenia apresenta ainda alguns subtipos. Na tabela abaixo, os critérios de diagnóstico dos principais subtipos da esquizofrenia segundo o DSM-IV-TR™, são colocados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000 *apud* SADOCK, 2007, p. 521):

TABELA 13-4 Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para subtipos de esquizofrenia

Tipo paranóide

Um tipo de esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

- A. Preocupação com um ou mais delírios ou alucinações auditivas freqüentes.
- B. Nenhum dos seguintes sintomas é proeminente: discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico ou afeto embotado ou inadequado.

Tipo desorganizado

Um tipo de esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

- A. Todos os seguintes sintomas são proeminentes:
 - (1) discurso desorganizado
 - (2) comportamento desorganizado
 - (3) afeto embotado ou inadequado
- B. Não satisfeitos os critérios para o Tipo catatônico.

Tipo catatônico

Um tipo de esquizofrenia em cujo quadro clínico ocorre o predomínio de no mínimo dois dos seguintes sintomas:

- (1) imobilidade motora evidenciada por cataplexia (incluindo flexibilidade cêrea ou estupor)

- (2) atividade motora excessiva (aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos)
- (3) extremo negativismo (uma resistência aparentemente sem motivo a toda e qualquer instrução, ou manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização) ou mutismo
- (4) peculiaridades dos movimentos voluntários evidenciadas por posturas (adoção voluntária de posturas inadequadas ou bizarras), movimentos estereotipados, maneirismos ou trejeitos faciais proeminentes
- (5) ecolalia ou ecopraxia

Tipo indiferenciado

Um tipo de esquizofrenia no qual os sintomas que satisfazem o Critério A estão presentes, mas não satisfeitos os critérios para os Tipos paranóide, desorganizado ou catatônico.

Tipo residual

Um tipo de esquizofrenia no qual são satisfeitos os seguintes critérios:

- A. Ausência de delírios e alucinações proeminentes, discurso desorganizado e comportamento amplamente desorganizado ou catatônico proeminentes.
- B. Existem evidências contínuas da perturbação, indicadas pela presença de sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas relacionados no Critério A para esquizofrenia, presentes em forma atenuada (p. ex., crenças estranhas, experiências perceptuais incomuns).

De American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed.

Observa-se também que

A décima revisão da Classificação internacional estatística de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), em contraste, usa nove subtipos: esquizofrenia paranóide, hebefrenia, esquizofrenia catatônica, esquizofrenia indiferenciada, depressão pós-esquifrenica, esquizofrenia residual, esquizofrenia simples, outras esquizofrenias e esquizofrenia não-especificada [...] (SADOCK, 2007, p. 521).

Na esquizofrenia paranóide há predominância de delírios persecutórios acompanhadas de alucinações. Os sintomas relacionados ao afeto, ou não estão presentes ou se colocam de forma menos evidente do que nos outros subtipos; a hebefrenia ou esquizofrenia hebefrênica se coloca como o oposto da paranóia, uma vez que a perturbação no afeto é predominante e os delírios e alucinações são escassos e o paciente hebefrênico tende ao isolamento social e ao embotamento do afeto.

O terceiro subtipo, denominado de esquizofrenia catatônica, tem como características principais os distúrbios psicomotores. Geralmente pacientes catatônicos mantêm-se em uma determinada postura por um período de tempo considerável, apresentam hipercinesia, estupor, obediência automática e podem apresentar sintomas associados, como alucinações cênicas vívidas.

Outros subtipos, como a esquizofrenia simples, se caracteriza por “ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do

desempenho” (CID-10, 1995, p. 319). Sintomas relacionados ao afeto também podem ocorrer. De outra forma, a esquizofrenia residual pressupõe uma progressão na excentricidade do comportamento, lentidão psicomotora, hipoatividade, passividade, comunicação verbal e não-verbal prejudicada, embotamento afetivo, baixo desempenho nas atividades sociais, desleixo em relação à higiene pessoal. Os sintomas evoluem com rapidez, e é considerada um estágio crônico de uma esquizofrenia; a esquizofrenia indiferenciada, por sua vez, preenche os critérios gerais para a classificação de esquizofrenia, entretanto não se enquadra em nenhum dos subtipos apresentados pelo CID-10.

Encontramos também nos subtipos esquizofrênicos, a depressão pós-esquizofrênica que se caracteriza pelo aparecimento de um episódio depressivo, após a ocorrência do episódio esquizofrênico. Ali os sintomas clássicos estão presentes, entretanto o que predomina no quadro clínico é a depressão, podendo haver risco de suicídio. É interessante observar que “se o paciente não apresenta mais nenhum sintoma esquizofrênico, deve-se fazer um diagnóstico de episódio depressivo” (CID-10, 1995, p. 319).

Existe ainda a classificação de “Outras esquizofrenias”, onde os sintomas apresentados se enquadram no diagnóstico de esquizofrenias, entretanto exclui episódios breves, outra categoria é a esquizofrenia não-especificada.

As padronizações nos manuais competentes, sobre os quadros esquizofrênicos e os critérios para seu diagnóstico, preconizam explicações etiológicas nas mais diversas áreas do conhecimento médico.

As hipóteses atuais de base orgânica fundamentam-se em achados anátomo-fisiológicos e nos efeitos terapêuticos encontrados em pacientes submetidos a tratamento farmacológicos.

A introdução na prática clínica, na década de 50, de drogas seletivas e eficazes no tratamento das psicoses [...] levou à formulação de hipóteses biológicas para explicar a patogênese dessas doenças. Ao lado disto, outros compostos psicotrópicos foram descobertos e que mimetizavam os sintomas das psicoses, como os estados paranóides induzidos pela anfetamina e a indução de alucinações e estados emocionais alterados induzidos pelo LSD (BRANDÃO, 2005, p. 209).

Pesquisas apontam algumas áreas no cérebro que teriam envolvimento com a causa da esquizofrenia. O sistema límbico, o cerebelo, os gânglios cerebrais, o lobo frontal são alguns exemplos (SADOCK, 2007).

O sistema límbico, por exemplo, é pensado como o lócus das alterações neurológicas que levam à esquizofrenia devido ao fato de ter um papel relacionado ao controle das emoções. Os gânglios da base por sua vez, juntamente com o cerebelo, fazem uma conexão lógica com os sintomas relacionados à motricidade e a movimentos bizarros que se apresentam em pacientes esquizofrênicos, pois estão envolvidos no controle cerebral dos movimentos; já o lobo frontal também se correlaciona com a manifestação de determinados sintomas esquizofrênicos, tais como a disfunção de movimentos oculares, tornando-se também uma área evidenciada na procura pela causa orgânica da esquizofrenia.

Achados anatômicos também contribuem para o envolvimento do modelo organicista na procura pela causa da esquizofrenia, a exemplo, o volume cerebral reduzido em pacientes esquizofrênicos, o que leva a cogitar a hipótese de uma redução na quantidade de neurônios, diminuindo assim as sinapses no sistema nervoso central desses pacientes (SADOCK, 2007).

Alguns neurotransmissores, como a serotonina, a noradrenalina, a dopamina, gaba, dentre outros, também ganharam destaque na explicação etiológica da esquizofrenia. A dopamina, sendo um dos principais, deu origem a uma hipótese que postula que a esquizofrenia possui uma relação efetiva com o excesso de atividade dopaminérgica no cérebro.

A teoria básica não indica se a hiperatividade dopaminérgica decorre de liberação excessiva de dopamina, do excesso de receptores de dopamina, da hipersensibilidade destes à dopamina ou a uma combinação de tais mecanismos, tampouco especifica quais tratos dopaminérgicos estão envolvidos, embora os tratos mesocortical e mesolímbico sejam implicados com maior frequência. [...] Um papel significativo da dopamina na fisiopatologia da esquizofrenia é consistente com estudos que mediram concentrações plasmáticas do principal metabólito da dopamina, o ácido homovanílico. Diversas análises preliminares indicaram que, sob condições experimentais cuidadosamente controladas, as concentrações plasmáticas do ácido homovanílico podem refletir sua concentração no sistema nervoso central (SNC). Isso indica correlação positiva entre altas concentrações pré-tratamento e dois fatores: a gravidade dos sintomas psicóticos e a resposta ao tratamento com antipsicóticos. Estudos relataram ainda que, com o tratamento, as concentrações de ácido declinam regularmente, o que está correlacionado à melhora dos sintomas em pelo menos alguns pacientes (SADOCK, 2007, p. 514).

A serotonina, por sua vez, apresentou relação com o comportamento suicida e impulsivo que pode aparecer em pacientes esquizofrênicos.

Evidentemente outras hipóteses estão presentes na comunidade médica, como a atribuição a fatores genéticos que exerceriam considerável influência na etiologia biológica da esquizofrenia; hipóteses imunológicas e endócrinas são as menos cogitadas. Fatores psicossociais não são descartados.

1.2.1. O tratamento psiquiátrico para pacientes esquizofrênicos

Atualmente, a psiquiatria confia na tecnologia dos fármacos para alcançar um objetivo ideal, a saber, a homeostase do paciente psicótico com remoção dos sintomas e a recuperação do seu estado de funcionamento mental normal (BARRETO, 2004).

No passado, a psicocirurgia, particularmente a lobotomia frontal, era usada no tratamento da esquizofrenia com resultados variáveis. Ainda que abordagens sofisticadas nessa área possam vir a ser desenvolvidas, este recurso não é mais considerado um tratamento apropriado, sendo praticado de forma experimental e limitada apenas a casos graves e intratáveis (SADOCK, 2007, p. 537).

Sadock (2007) observa que os agentes farmacológicos utilizados no tratamento da esquizofrenia se propõem a agir nos sintomas da doença, entretanto, não curam o transtorno. Esses agentes pertencem a duas classes: os antagonistas do receptor de dopamina e os antagonistas da serotonina-dopamina.

A primeira classe atinge os sintomas positivos da esquizofrenia. Esses antagonistas causam efeitos adversos graves. Os relatos são de aproximadamente 25% de resposta positiva ao medicamento, conseguindo aplacar a sintomatologia da esquizofrenia.

Os antagonistas da serotonina-dopamina, ou antipsicóticos atípicos, se mostram eficazes para o tratamento dos sintomas negativos da doença, e também agem nos sintomas positivos; não produzem efeitos colaterais e se produzem, o fazem de forma discreta, “parecem ser eficazes para uma gama mais ampla de pacientes com esquizofrenia do que os agentes antipsicóticos típicos antagonistas do receptor de dopamina” (SADOCK, 2007, p. 534).

Outros medicamentos podem ser administrados de forma combinada com antipsicóticos, em ocasiões em que estes não obtiveram sucesso no ensaio terapêutico. Aqueles são denominados de medicamentos adjuvantes, ou seja, que

auxiliam, reforçam a ação de outros medicamento. Desses, os mais utilizados são: lítio, alguns anticonvulsivantes e benzodiazepínicos.

Outro método utilizado é a eletroconvulsoterapia, geralmente realizada em pacientes que não respondem ao tratamento com antipsicóticos, ou em pacientes catatônicos. Sabe-se, porém, que o grau de efetividade da ECT, quando comparada aos antipsicóticos no tratamento da esquizofrenia, é diminuta.

Sadock (2007), em sua sessão sobre o tratamento da esquizofrenia, coloca ainda que terapias psicossociais, treinamento de habilidades sociais, terapias de orientação familiar, terapia de grupo, terapia cognitivo-comportamental, terapia vocacional e psicoterapia individual, dentre outros, trazem contribuições ao tratamento do paciente esquizofrênico, pois

Ainda que antipsicóticos sejam o esteio do tratamento da esquizofrenia, pesquisas constataram que intervenções psicossociais, incluindo a psicoterapia, favorecem a melhora clínica. Modalidades psicossociais devem ser integradas com o cuidado ao regime medicamentoso e lhe dar suporte. A maioria dos pacientes com esquizofrenia é beneficiada mais pelo uso combinado de antipsicóticos e tratamentos psicossociais do que de qualquer um dos tratamentos isoladamente (SADOCK, 2007, p. 534).

1.3. Psicose maníaco-depressiva ou transtorno bipolar

A psicose maníaco-depressiva é atualmente conhecida como transtorno bipolar ou transtorno afetivo bipolar. Tal classificação nosológica no DSM-IV-TR™ se encontra no capítulo sobre transtornos de humor. Essa colocação justifica-se pelo fato de nem sempre os sintomas psicóticos estarem presentes nesse transtorno (BENZAZZI, 2004).

Caracterizado por apresentar distúrbios da ordem do afeto e do humor, o transtorno bipolar em seu curso compreende dois episódios característicos, o episódio maníaco e o episódio depressivo.

Para Ballone (2005), um paciente que esteja passando por um episódio depressivo apresenta sintomas de angústia, tristeza, vazio, desesperança, desânimo, humor depressivo, hipersensibilidade sentimental, dentre outros.

O DSM-IV-TR™ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000 *apud* SADOCK, 2007, p. 581) caracteriza o episódio depressivo segundo a tabela abaixo:

TABELA 15.1-5 Critérios do DSM-IV-TR™ para episódio depressivo maior

- A. No mínimo cinco dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer. **Nota:** Não incluir sintomas nitidamente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.
- (1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por terceiros (p. ex., chora muito). **Nota:** Em crianças e adolescentes pode ser humor irritável
- (2) acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros)
- (3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (p. ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** Em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperados
- (4) insônia ou hipersonia quase todos os dias
- (5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)
- (6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias
- (7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)
- (8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)
- (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio
- B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto.
- C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipotireoidismo).
- E. Os sintomas não são mais bem explicados por luto, ou seja, após perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

De American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed,

O episódio maníaco, por sua vez, caracteriza-se por apresentar sintomas opostos ao episódio depressivo, ou seja, o sujeito se mostra eufórico, com sentimentos de exagerada alegria, júbilo e excitação, idéias delirantes de grandeza, autoconfiança extrema, otimismo exagerado, falta de juízo crítico e de inibição social normal, impulsividade, insensatez, falta de necessidade de repouso ou sono, vigor físico, aceleração no ritmo do pensamento; o aumento no desejo sexual, interesse profissional e social também estão presentes. Esses sintomas causam, geralmente, irritação e incomodo no meio social em que o paciente está inserido (BALLONE, 2005).

Para o episódio maníaco, o DSM-IV-TR™ apresenta as seguintes características (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000 *apud* SADOCK, 2007, p. 581):

TABELA 15.1-5 Critérios do DSM-IV-TR™ para o episódio maníaco

- A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, com duração mínima de 1 semana (ou qualquer duração, se a hospitalização for necessária).
- B. Durante o período de perturbação do humor, três (ou mais) dos seguintes sintomas persistirem (quatro, se o humor é apenas irritável) e estiverem presentes em grau significativo:
- (1) auto-estima inflada ou grandiosidade
 - (2) redução da necessidade de sono (p. ex., sente-se refeito depois de apenas 3 horas de sono)
 - (3) mais loquaz do que o habitual ou pressão por falar
 - (4) fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo
 - (5) distraibilidade (i. e., a atenção é desviada com excessiva facilidade por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes)
 - (6) aumento da atividade dirigida a objetivos (socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora
 - (7) envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para conseqüências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos incontidos de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos)
- C. Os sintomas não satisfazem os critérios para episódio misto.
- D. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou em relacionamentos costumeiros com outros, ou de exigir a hospitalização como um meio de evitar danos a si mesmo e a terceiros, ou existem características psicóticas.
- E. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento ou outro tratamento) ou de uma condição médica geral (p. ex., hipertireoidismo).

Nota: Episódios do tipo maníaco nitidamente causado por um tratamento antidepressivo somático (p. ex., medicamentos, fototerapia) não devem contar para um diagnóstico de transtorno bipolar I.

De American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed.

Os episódios maníacos e depressivos acontecem de forma distinta no curso da doença. Por exemplo, um paciente pode apresentar um episódio depressivo e tempos depois um episódio maníaco. Aqueles também variam em freqüência, pois um paciente pode ter vários episódios depressivos durante alguns anos e somente um episódio maníaco, ou vice-versa. Também podem ocorrer episódios mistos, onde sintomas depressivos e sintomas maníacos convivem numa mesma crise.

Existe também um episódio denominado hipomaníaco, que apresenta sintomas maníacos moderados que se não tratados, pode transformar-se em um episódio de mania.

O transtorno bipolar possui duas classificações, o transtorno bipolar tipo I e o transtorno bipolar tipo II. O transtorno bipolar tipo I se caracteriza por apresentar um ou mais episódios depressivos maiores, maníacos ou episódios mistos; já o transtorno bipolar tipo II requer a ocorrência de um ou mais episódios depressivos maiores combinados com episódios de hipomania (SADOCK, 2007).

O transtorno bipolar I, segundo o DSM-IV-TR™, possui ainda dois subtipos, o transtorno bipolar I com episódio maníaco único e o transtorno bipolar I recorrente.

Faz-se interessante ressaltar que os episódios categorizados acima podem ser acompanhados ou não de manifestações psicóticas, com exceção da hipomania. Os sintomas psicóticos mais comuns são alucinações auditivas nos episódios depressivos e euforia acompanhada de alucinações, sentimento de influência e de inspiração profética nos episódios maníacos (BALLONE, 2005).

É preciso fazer uma diferenciação nas manifestações psicóticas do transtorno bipolar, a respeito dos sintomas apresentados. Se os sintomas estiverem congruentes com o humor, as manifestações são características de transtorno do humor; se os pacientes apresentarem sintomas psicóticos incongruentes com o humor, serão classificados como esquizofrênicos.

Sobre as considerações etiológicas no modelo organicista a respeito do transtorno bipolar, algumas hipóteses teóricas baseadas em estudos genéticos, neuroanatômicos e neuroquímicos apresentam explicações biológicas.

Segundo Sadock (2007), anormalidades nos metabólitos das aminas biogênicas, como a norepinefrina e a serotonina, podem estar relacionadas a episódios depressivos. Alguns estudos sugerem que a dopamina, outro neurotransmissor correlato, tem sua atividade aumentada nos episódios maníacos e diminuída na depressão.

As hipóteses de que desregulações neuroendócrinas estariam implicadas na etiologia desse transtorno aponta para agravantes neuroanatômicos, onde patologias no sistema límbico, nos gânglios basais e no hipotálamo se configurariam como fatores orgânicos relacionados à etiologia do transtorno bipolar, principalmente para o episódio depressivo, pois

Pessoas com doenças neurológicas dos gânglios basais e do sistema límbico [...] apresentam probabilidade de exibir sintomas depressivos. O sistema límbico e os gânglios basais têm conexão íntima, e o sistema límbico pode muito bem ter um papel importante na produção das emoções. As alterações de sono, apetite e comportamento sexual dos pacientes deprimidos, bem como modificações biológicas nas medidas endócrinas, imunológicas e cronobiológicas, sugerem disfunção do hipotálamo (SADOCK, 2007, p. 578).

As hipóteses genéticas, entretanto, são as mais consideráveis na etiologia do transtorno bipolar. Estudos de famílias, de adoção e de gêmeos apontam para o seguinte dados: “[...] parentes de primeiro grau de probandos com transtorno depressivo maior têm 1,5 e 2,5 vezes mais probabilidade de ter transtorno bipolar I

do que parentes de primeiro grau de indivíduos-controle normais [...] (SADOCK, 2007, p. 578)”; “Estima-se que o potencial hereditário para o Transtorno Bipolar seja em torno de 75% (BARON, 1991 *apud* BALONNE, 2005, p.1)”. Sadock (2007), por sua vez, afirma:

Se um dos pais tem transtorno bipolar I, há 25% de chance de que qualquer filho venha a ter um transtorno do humor; se ambos os pais têm o transtorno, a chance aumenta para 50% a 75% (SADOCK, 2007, p. 578);

Fatores psicossociais ainda são apontados por Sadock (2007), tais como estresse ambiental, fatores da personalidade e fatores psicodinâmicos. É necessário descartar sintomas maníacos, depressivos e psicóticos que se apresentem por ocasião de condição médica geral ou que sejam induzidos pelo uso e/ou abstinência de substâncias farmacológicas.

1.3.1. O tratamento psiquiátrico para psicoses maníaco-depressivas ou transtorno bipolar

No tratamento do transtorno bipolar, são utilizados componentes farmacológicos estabilizadores do humor, anticonvulsivantes, neurolépticos e por vezes antipsicóticos. Tais medicamentos objetivam controlar os sintomas dos diferentes episódios que se manifestam nessa entidade nosológica.

Alguns agem com mais eficácia nos episódios maníacos, tais como o lítio, um estabilizador de humor largamente utilizado, que atua também na profilaxia das recorrências, tanto em episódios maníacos como nos episódios depressivos (DEL PORTO, 2011).

Anticonvulsivantes, como o valproato e o divalproex, têm eficácia nos episódios maníacos agudos, como também quando da ocorrência de episódios mistos no transtorno bipolar. Outro anticonvulsivante utilizado é a carbamazepina, sendo mais eficiente em episódios maníacos (DEL PORTO, 2011). Outros, porém, têm propriedades antimaníacas, antidepressivas e estabilizadoras do humor, como a lamotrigina e a gabapentina, se constituindo como uma opção favorável no tratamento do transtorno bipolar (SADOCK, 2007).

Os medicamentos neurolépticos, por sua vez, são utilizados com eficiência para controlar a agitação psicomotora e a hiperatividade na mania aguda. Alguns

neurolépticos têm sido utilizados como estabilizadores do humor em pacientes que apresentam resistência a outros medicamentos devido à rapidez de sua ação no combate aos sintomas (DEL PORTO, 2011).

Para pacientes que não respondem positivamente ao uso de estabilizadores do humor, o tratamento combinado com anticonvulsivantes e nerolépticos pode ser eficiente.

Na depressão, recomenda-se a utilização, antes de estabilizadores do humor, do que antidepressivos, pois “o controle dos episódios depressivos com antidepressivos pode, com frequência, precipitar um episódio maníaco” (SADOCK, 2007, p. 610).

A utilização de antipsicóticos, por sua vez, pode ser realizada nas fases mais agudas dos episódios maníacos (BENAZZI, 2004), bem como em pacientes que apresentem sintomas psicóticos associados, entretanto, “os médicos devem tentar reduzir de forma gradativa as doses desses agentes auxiliares quando o paciente se estabiliza” (SADOCK, 2007, p. 609).

Pacientes com transtorno bipolar continuam tomando a medicação mesmo depois que os episódios depressivos e maníacos são aplacados. Para Sadock (2007), esta prática se denomina tratamento de manutenção e objetiva a profilaxia da doença, uma vez que “dados indicam que o tratamento profilático também é eficiente” (SADOCK, 2007, p. 599).

Outra alternativa para o tratamento do transtorno bipolar seria a ECT, que apresenta propriedades antidepressivas, antimaníacas e estabilizadoras de humor. Nesse transtorno altos índices de eficiência da ECT são constatados em casos resistentes, sendo utilizada inclusive como tratamento de manutenção (DEL PORTO, 2011).

Sabe-se que no tratamento do transtorno bipolar,

[...] a abordagem farmacoterapêutica revolucionou o tratamento dos transtornos do humor e afetou de forma drástica o seu curso, reduzindo seus custos inerentes para a sociedade. Os médicos devem integrar a farmacoterapia às intervenções psicoterápicas. Se consideram fundamentalmente o envolvimento de questões psicodinâmicas, sua ambivalência sobre a utilização de medicamentos pode levar a uma má resposta, a não-adesão ao tratamento e provavelmente a dosagens inadequadas, por períodos de tratamento curtos demais. Por outro lado, se ignoram as necessidades psicossociais do paciente, o resultado da farmacoterapia pode ser comprometido (SADOCK, 2007, p. 604).

1.4. Outras psicoses idiopáticas

O CID-10 (1995) apresenta ainda outros transtornos psicóticos sem evidência de etiologia orgânica. Uma dessas entidades é denominada de Transtorno psicótico agudo e transitório. Tais quadros são “caracterizados pela presença aguda de sintomas psicóticos, tais como idéias delirantes, alucinações, perturbações das percepções, e por desorganização maciça do comportamento normal” (CID-10, 1995, p. 321).

Em sua classificação, tais transtornos apresentam os seguintes subtipos: transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos; transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos; transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (schizophrenia-like); outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes; outros transtornos psicóticos agudos e transitórios e transtorno psicótico agudo e transitório não especificado (CID-10,1995).

Esses transtornos não obedecem aos critérios para esquizofrenia e seus subtipos, uma vez que se curam completamente em semanas ou mesmo dias. Quando os sintomas persistirem, tais transtornos devem ser reclassificados.

Outras classificações apresentadas pelo CID-10 (1995) são: outros transtornos não orgânicos e psicose não-orgânica não especificada.

CAPÍTULO II
SOBRE PSICOSE E PSICANÁLISE

2.1. Estudos freudianos sobre psicose

Em 1895, Freud faz sua primeira menção ao tema da paranóia no “Rascunho H”. Nessa ocasião, atribui a causa dos delírios encontrados no quadro paranóico a perturbações afetivas. Nesse mesmo texto afirma que a paranóia seria um modo de defesa, dentre os muitos que o Eu encontra a fim de livrar-se de representações insuportáveis. Para isso seria necessária uma predisposição psíquica diferenciada das demais, e, a partir daí, passa a investigar que pré-disposição seria essa.

Ainda no “Rascunho H”, Freud diz que o sujeito, defendendo-se da autocensura, projeta o conteúdo da mesma para fora de si. Portanto, a censura pertence ao Eu, embora seja ouvida como algo vindo do outro, algo que vem de fora. Freud coloca, ainda, que há vantagem nisso, pois o julgamento que vem de fora poderia ser rejeitado, em detrimento do que vem como auto-acusação. Assim, o sujeito, em seu modo de defesa peculiar transforma a auto-acusação em uma acusação, como se assim pudesse negá-la verdadeiramente como algo que não lhe pertence. Freud formula que “o propósito da paranóia é rechaçar uma idéia que é incompatível com o Eu, projetando o conteúdo para o mundo externo” (FREUD, 1895, p. 256).

Explicado o mecanismo da paranóia, Freud acrescenta que essa transformação acontece devido a um abuso que se faz do mecanismo de defesa do Eu, denominado de projeção.

Sendo a paranóia, para Freud, um modo de defesa de que o Eu se utiliza para esquivar-se de uma lembrança traumática que ameaça vir à tona, se enquadrando para ele na classificação das psiconeuroses de defesa, concepção que reafirma posteriormente na “Carta 52” (1896).

No texto “As neuropsicoses de defesa” (1894), Freud afirma que existe um modo de defesa do Eu que seria incompleto, quando ocorre uma separação entre o afeto e a representação, e um modo de defesa mais eficaz, onde o Eu rejeita a representação junto com seu afeto. Para Freud é a partir do momento em que essa defesa bem sucedida acontece que o sujeito cai na psicose.

No “Rascunho K” (1896), Freud faz uma observação interessante sobre as diferenças entre as psiconeuroses, e propõe que o caráter específico que poderia determiná-las estaria na forma como o recalque acontece em cada sujeito. E reforça

essa idéia no texto “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896), onde coloca que, assim como a histeria e a neurose obsessiva, a paranóia também decorre do recalçamento de lembranças aflitivas, mas desconfia que esse processo aconteça de uma forma diferenciada na paranóia, pois o retorno do recalçado na neurose e na obsessão vem através de lembranças que desencadeiam angústia ou conversão no corpo e sempre de forma disfarçada, tendo o conteúdo que ser decifrado, já na paranóia esse retorno aparece na forma de alucinações auditivas e com o seu conteúdo inalterado.

Na interpretação psicanalítica do caso Schreber que Freud empreende quando da publicação das “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia [Dementia paranoides]” (1911), uma nova etapa nas explicações da paranóia surge no cenário psicanalítico.

Nesse artigo, ao relatar parte do caso Schreber, Freud aponta que a sexualidade está presente também na etiologia da paranóia e, ao analisar o delírio de Schreber, qual seja, como seria bom ser mulher e submeter-se ao ato da cópula, acredita que a causa de sua paranóia teria sido a tendência de negar aquele pensamento repulsivo. Dessa forma compreende-se que “a causa ativadora de sua doença, então, foi uma manifestação de libido homossexual” (FREUD, 1911, p. 52) e que “as lutas contra o impulso libidinal produziram o conflito que deu origem aos sintomas” (FREUD, 1911, p. 52).

Uma resistência imensa a esta fantasia surgiu por parte da personalidade de Schreber, e a luta defensiva que se seguiu, e que talvez pudesse ter assumido alguma outra forma, tomou, por razões que nos são desconhecidas, a forma de delírio de perseguição. [...] Pode-se presumir que o mesmo delineamento esquemático se tornará aplicável a outros casos de delírio de perseguição (FREUD, 1911, p. 56).

Ainda nesse texto, Freud acredita que pode circunscrever a paranóia encontrando as características com que, na doença, os sintomas são formados e através do mecanismo pelo qual o recalque acontece.

Nesses dois aspectos ele diferencia essa neuropsicose de defesa das demais que enquadra como tal, inicialmente por meio da formação dos sintomas, que na paranóia se dá pela utilização acentuada da projeção. Freud se vê tentado a acreditar que a projeção por si mesma seria a causadora da paranóia, entretanto, ele lembra que não somente em paranóicos a projeção (em seus diferentes níveis),

se apresenta. Supõe a partir daí, que exista algo mais e evidencia que a forma como o recalque acontece nesses sujeitos deve ter relações com a predisposição à paranóia, ou seja, a predisposição é aquilo que determina que tal sujeito desencadeará uma paranóia e outro uma histeria, ou uma neurose obsessiva.

Por outro lado, Freud definiu o mecanismo do recalque como a retirada da libido de uma determinada coisa, evento ou pessoa, sendo posteriormente reinvestida em outro objeto. Na paranóia, essa libido é retirada e reinvestida, porém de modo diferenciado do convencional. Ou seja, a libido na paranóia seria reinvestida no próprio Eu e não em um objeto externo ou no próprio corpo, como na conversão histérica. Assim, na erupção da paranóia, o sujeito retorna ao estágio narcisista de investimento libidinal, que é onde Freud acredita que, no processo do recalque do paranóico, houve uma fixação narcísica.

Disto pode-se concluir que, na paranóia, a libido liberada vincula-se ao ego e é utilizada para o engrandecimento deste. Faz-se assim um retorno ao estágio do narcisismo (que reconhecemos como estágio do desenvolvimento da libido), no qual o único objeto sexual de uma pessoa é seu próprio Eu. Com base nesta evidência clínica, podemos supor que os paranóicos trouxeram consigo uma fixação no estágio do narcisismo [...] (FREUD, 1911, p. 79).

Posteriormente, no texto “Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença” (1915), Freud traz um caso clínico que vai de encontro às elaborações que o mesmo havia feito sobre a relação entre a paranóia e a repressão de impulsos homossexuais.

Avançando em seus estudos, depois da introdução, na teoria psicanalítica, da idéia dos conflitos entre as três instâncias psíquicas apresentadas em “O Eu e o Isso”, de 1923, e continuando suas investigações sobre a psicose, em seu artigo “Neurose e psicose” (1924 [1923]), Freud elaborou a idéia de que, se na neurose o problema de sua etiologia é o que resta de um conflito entre exigências do Isso e as tentativas de proteger-se por parte do Eu, na psicose aconteceria um impasse na relação do Eu com o mundo externo.

Ele explica que há uma ruptura entre o Eu e o mundo externo, e postula que o mecanismo dessa separação aconteceria da seguinte forma: diante de uma frustração que parece intolerável para o sujeito, o Eu vai recriar um mundo externo e interno novo, que responde aos imperativos do Isso, deixando o Eu impotente diante do mesmo. Essa nova realidade é o delírio que o sujeito cria como uma tentativa de

se restabelecer, de reconstruir a relação perdida com a realidade, entretanto com os recursos que lhe restam, os recursos do Isso.

Nessa nova teoria, o Eu estará no cenário principal, pois dependerá dele, da forma como ele se constituiu, se o Isso irá prevalecer sobre o mundo externo ou se será derrotado pelo Eu. Se ele falhar em seu papel reconciliador, então uma psicose irá se instalar, algo da ordem de uma pré-disposição anteriormente especulada. Dessa forma, um sujeito que traz consigo um Eu que não consegue cumprir o seu papel seria um pré-psicótico.

Freud diz ter chegado a uma conclusão quando afirma que “as neuroses de transferência correspondem a um conflito entre o Eu e o Isso; as neuroses narcísicas, a um conflito entre o Eu e o Supereu, e as psicoses, a um conflito entre o Eu e o mundo externo” (FREUD, 1924 [1923], p. 170). Permanece, entretanto a questão: o que faz um Eu predisposto a sucumbir aos imperativos do Isso? Chegando à conclusão de que seria um mecanismo análogo ao recalque, este, por sua vez, manteria relações com a fixação no estágio narcísico de investimento da libido, assim como havia suposto em 1911.

Nesse momento da sua obra Freud acredita que a neurose se diferencia da psicose pelo conflito que estabelece com o Eu e pela forma de ruptura com o mesmo, qual seja, o rompimento com a realidade.

No texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924), Freud coloca que a forma como o Eu funciona na psicose, o conflito que ele mantém com a instância específica, é por si só patológica e pode levar à enfermidade, enquanto que o conflito que expõe à neurose ainda consegue manter um laço com a realidade, se tornando menos grave, pois a perda da realidade se apresenta nas duas patologias, o que difere é o fato de que na neurose a realidade é ignorada, o sujeito foge dela, já na psicose, a realidade é repudiada ou substituída por outra.

Os textos citados acima foram elaborações iniciais de Freud sobre o pensamento psicanalítico da paranóia e das psicoses, expondo os avanços teóricos a que Freud conseguiu chegar para falar desse tema.

Através dos pacientes que chegavam a seu consultório, e durante a sua obra, poucos textos fazem referência à psicose, pois

A investigação analítica da paranóia apresenta dificuldades para médicos que, como eu, não estão ligados a instituições públicas. Não podemos aceitar pacientes que sofram desta enfermidade, ou, de qualquer modo, mantê-los por longo tempo, visto não podermos oferecer tratamento a menos que haja alguma perspectiva de sucesso terapêutico. Somente em circunstâncias excepcionais, portanto, é que consigo obter algo mais que uma visão superficial da estrutura da paranóia – quando, por exemplo, o diagnóstico (que nem sempre é questão simples) é incerto o bastante para justificar uma tentativa de influenciar o paciente, ou quando, apesar de um diagnóstico seguro, submeto-me aos rogos de parentes do paciente e encarrego-me de tratá-lo por algum tempo (FREUD, 1911, p. 21).

2.2. A intervenção psicanalítica na psicose

Em 1904, no artigo “Sobre a psicoterapia”, Freud recomenda aos médicos que queiram exercer a psicanálise que a mesma não se ocupa do tratamento da psicose, que é preciso deixar para depois, embora necessário avançar no tema, e aponta que

Quando se quer trabalhar em segurança, deve-se restringir a escolha a pessoas que tenham um estado normal, pois é neste que nos apoiamos, no procedimento psicanalítico, para nos apropriarmos do patológico. As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante a uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia (FREUD, 1904, p. 250).

Quando, no âmbito das contra-indicações à prática da psicanálise, Freud aponta que não podemos utilizá-la para tratar psicóticos, Lacan, em 1977, afirma que “a psicose é aquilo diante do qual um analista não deve jamais recuar” (LACAN, 1997 *apud* VICENTE, 2005, p. 01), o que Miller vem reforçar, afirmando que “não há contra-indicação, a priori, à psicanálise, não há contra-indicação ao encontro com o analista” (MILLER, 1998 *apud* VICENTE, 2005, p. 6).

Jacques Lacan, psiquiatra e psicanalista francês, em 1953, proferiu o “Discurso de Roma”, texto posteriormente publicado na revista *La Psychanalyse*, com o título de “Função e campo da fala e da linguagem na psicanálise”, onde anunciou os pilares do seu ensino e onde propôs aos psicanalistas contemporâneos o retorno aos textos freudianos (OLIVEIRA, 2006). Nesse retorno, o ensino de Lacan, referenciado na psicose, indica um tratamento possível para o psicótico.

Corroborando com as idéias freudianas, Lacan (1955-1956) afirma: “Para ser louco, é necessária alguma predisposição, se não, alguma condição” (LACAN, 1955-1956, p. 24), condição essa que seria a forclusão do significante Nome-do-Pai,

desvendando o mistério freudiano acerca da etiologia da psicose, sobre o que Silva (1999) afirma que “[...] lendo novamente Lacan, nos últimos parágrafos do texto acima referido¹ que, a questão que ele coloca, de fato, como preliminar, é a própria forclusão” (SILVA, 1999, p. 36).

A forclusão é um elemento que pode ocorrer ou não dentro da dinâmica familiar em que o Complexo de Édipo se desenvolve. No cenário edipiano estão envolvidos três personagens, a criança, o desejo da mãe e a função paterna.

O Complexo de Édipo, assim denominado por Freud, é o período no qual a criança toma seus pais como primeiros objetos de amor, desenvolvendo um apaixonamento pelo genitor do sexo oposto e sentimentos de rivalidade para o genitor do mesmo sexo, sendo de fundamental importância na estruturação psíquica do sujeito, pois é ele quem vai defini-lo na tríade neurose, psicose e perversão.

Acrescentando aqui o conceito lacaniano de Função Paterna (a função operatória determinante do acesso ao registro simbólico na criança) para explicar os impasses deste complexo, observemos a dinâmica enfrentada pela criança no momento de sua estruturação psíquica: temos que o Édipo acontece em três momentos (JULIEN, 2002). No primeiro, o que aparece é uma relação fusional da criança com a mãe, não havendo separação, quando aquela acredita ser tudo que a mãe deseja. Nesse momento a figura do pai inexistente para a criança (Pai Real). Na triangulação edípica, quando a mãe aparece como mulher para a criança, apontando que existe um terceiro ao qual direciona o seu desejo e que a criança não é tudo para essa mãe, se instaura uma incerteza psíquica, que acontece no segundo momento do Édipo, quando a criança questiona: Sou ou não sou o falo da minha mãe? A presença do pai começa a ser pressentida (Pai Imaginário).

O terceiro tempo é o momento em que a função paterna se consolida por intermédio do discurso materno, para a criança restando a interdição da relação incestuosa e, para a mãe, a proibição da reintegração de seu produto, constituindo-se assim o pai simbólico. Dessa forma, a criança vai consolar-se em não ser, para acreditar que pode ter aquilo que a mãe aponta para ela que não possui, no momento em que se apresenta como faltosa, ou seja, o falo.

¹ LACAN, J. “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”. Escritos. Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 1998.

Sendo efetivada a função paterna, a criança entra na ordem simbólica, torna-se um sujeito onde era constituída uma falta, podendo desejar, ou seja, um neurótico.

Quando, seduzido pela mãe e diante do silêncio complacente do pai, a criança denega a castração, constitui-se como um perverso.

No momento em que a Metáfora Paterna não foi instaurada no sujeito, a criança fica no primeiro tempo do Édipo, tendo-lhe sido foracluído do significante Nome-do-Pai, significante esse que a introduziria no universo da linguagem, ficando na posição de objeto de gozo da mãe, em suma, se tornando um psicótico.

Para Lacan (1955-1956) o fenômeno psicótico é justamente aquilo que surge no real e que não tem significação, uma vez que o sujeito não entrou no sistema de simbolização. Dessa forma, “o que se produz, então, tem caráter de ser absolutamente excluído do compromisso simbolizante da neurose, e se traduz em outro registro, por uma proliferação imaginária” (LACAN, 1955-1956, p. 104).

2.3. Estabilização e suplência: a possibilidade lacaniana para a psicose

A psicanálise tem efeito na psicose (SILVA, 1999). Para Lacan (1955-1956) existe um tratamento possível, se for considerada a cura como uma curabilidade aparente, vez que a psicose não é uma doença, mas uma estrutura psíquica.

Existe a possibilidade de fazer uma suplência a Metáfora Paterna, que não foi instaurada na psicose, que segure o sujeito em uma estabilidade, embora precária, dando-lhe possibilidades para que se introduza parcialmente no discurso, estabelecendo um laço social.

Todavia, a direção do tratamento da psicose não se assemelha à da neurose, em que, para Freud, através da interpretação, inventa-se um saber que é apresentado ao analisando, ou em Lacan, quando o analisando realizará uma retificação subjetiva por meio de significantes unários.

Em seu texto *Recomendações preliminares a todo tratamento possível da psicose* (1958), Lacan apresenta a proposta de operar a partir de uma lógica de estabilização e de desestabilização do gozo (LACAN, 1958 *apud* RUSSO, 2010).

Estabilizar é o ato de tornar estável, fixar². Dessa forma, a intervenção analítica vai tratar do gozo desmedido, de estabilizar a crise, vai fazer, junto ao sujeito, uma suplência, através de um *sinthoma* que reamarre os registros soltos no desencadeamento psicótico.

Podemos falar em dois tipos de estabilização: uma pela via do significante, realizada através de metáforas delirantes, e outra pela via de um objeto separador, condensador de gozo (ALVARENGA, 2000). No que diz respeito à primeira, “Aí onde o pai não lhe serve, o saber inventado no delírio será seu recurso para cifrar um destino do gozo que faz existir o Outro, em uma equivalência do gozo e do saber” (GALLANO, 1998, p. 185). Ou conseguirá a estabilização através de algum objeto para onde ele possa direcionar o seu gozo e produzir uma separação, voltando seu interesse para outras coisas que não a sua condição de um objeto em obediência aos desmandos do Outro.

O momento do surto, quando o sujeito foi chamado a responder simbolicamente e, não tendo recursos para isso, desestabiliza sua estrutura, põe abaixo a suplência anteriormente construída.

Então o sujeito trabalha para estabilizar-se e possibilitar a construção de uma nova suplência. Entretanto, uma estabilização não é garantida, sendo interessante trabalhar na construção de uma suplência, na qual a estabilização viria por acréscimo (SILVA, 2008).

Evidentemente, “Para podermos dizer que há suplência, supomos a invenção de uma nova forma de articulação dos três registros” (GUERRA, 2008, p. 290): imaginário, simbólico e real, articulando-se com algo que faça um ponto-de-basta no gozo desmedido. As suplências podem ser construídas pela via do imaginário, se utilizando de bengalas imaginárias (“como se”), pela via do simbólico – como na construção delirante, e pela via do real – como na passagem ao ato (ROSA, 2000).

2.3.1. A psicanálise diante de um psicótico

A intervenção do psicanalista lacaniano junto ao paciente psicótico se dá pela via da palavra. Sabendo que a psicanálise não obedece a uma aplicação

² Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa on line (2010), acessado em 25 de Outubro de 2010.

Standard, tomando o sujeito, em sua análise, no um a um, ao longo de sua obra Lacan dá algumas recomendações para os analistas, diante de um psicótico desencadeado ou de um pré-psicótico, a saber:

O analista deve secretariar o alienado. Segundo o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010), um secretário é uma pessoa que está a serviço da outra, que tem a seu cargo alguma forma de gestão. Assim, o analista deve administrar o que o psicótico traz, ajudá-lo em suas elaborações, em suas construções, permitir que o sujeito psicótico construa um saber sobre si, que possa inventar meios para circunscrever o gozo mortífero no qual está imerso.

Lacan (1955-1956) diz que não só seremos secretários do alienado, como também devemos levar ao pé da letra as palavras que ele diz, pois, na psicose, a palavra toma o peso de sua literalidade (GURGEL, 2001).

Diante do psicótico, o analista deve trabalhar face a face, não o convidando para deitar no divã, nem para associar livremente a fim de evitar remetê-lo à castração, pois, ao convidar um sujeito para deitar-se no divã, o analista estará invocando-o a responder simbolicamente, recurso que o psicótico não possui, uma vez que lhe foi forcluída a Metáfora-Paterna.

Através da associação livre, o neurótico teria acesso a representações inconscientes, entretanto, para o psicótico, essa associação o confrontaria com a ausência de significação simbólica e, assim, ele poderá desencadear uma psicose, se for um pré-psicótico, ou entrará num novo surto, em se tratando de um psicótico estabilizado e, assim, o analista o deixará nas entrevistas preliminares.

Faz-se imprescindível, também, não brincar com a ambigüidade dos significantes, pois não se deve evocar o fora-de-sentido, uma vez que o significante, no psicótico, está colado no significado. Dessa forma, o analista deve dar ouvidos ao delírio do sujeito, entretanto sabendo que algumas vezes isso pode estar deixando-o imerso no gozo e, assim, o analista deve trivializar, termo trazido por Jacques Alain-Miller, onde se pretende “promover que fale e pense em outras coisas” (JIMENEZ, 2004, p.69). O analista deve encontrar brechas para colocar sutilmente dúvidas, não furar a certeza psicótica, mas colocar para o psicótico a possibilidade de ele pensar em outras soluções possíveis.

Como explica Lacan (*apud* FIGUEIREDO; MACHADO, 2010), são necessárias, no caso da psicose, a introdução de uma lei e uma possível separação do Outro, para que aconteça a estabilização do sujeito.

Um ponto importante na direção do tratamento é o fato de o analista se furtar de ser tomado no lugar de Sujeito suposto saber, entendendo que a transferência no psicótico passa por outra via que é erotomaníaca. Na análise com psicóticos, a falta de castração do analista, ou seja, a posição de sujeito suposto saber, pode ser perigosa, tendo o mesmo que ocupar o semblante de A barrado, devendo colocar seu não-saber na análise para indicar o saber do psicótico e para não ocupar o lugar de mestre, com o risco de o psicótico tomá-lo como um Outro invasor, pois “a possibilidade de o analista fazer algo pelo psicótico só é possível se ocupar realmente o lugar de objeto – que não assume nenhum saber” (GURGEL, 2001, p.02).

O analista deve constituir para o psicótico um Outro não ameaçador. Para isto, não é necessário um desnível intelectual, mas uma presença não inquietante, confiável, alguém com quem contar, ou a quem contar, uma relação privilegiada com alguém que escute o sujeito, mas que não seja um semelhante. O analista deve fazer semblante de A barrado, isto é, de um lugar no qual, de algum modo, a falta fique evidenciada e que, nesta medida, possa ser uma instância de endereçamento para o sujeito (PEQUENO; JIMENEZ. 2007, p. 94).

Dessa forma, o paciente deve endereçar ao analista a sua palavra, cabendo àquele secretariá-la, trabalhando para o psicótico conforme sua autorização. Através da escuta das construções delirantes, o analista pode fazer pontuações que façam vista a indicar um ponto-de-basta, e o auxilie nas elaborações de uma nova suplência, mais eficaz, contornando o gozo (apaziguamento), na tentativa de aproximar-se da construção de um *sinthoma*, permitindo a estabilização, reorganizando seu modo de funcionamento singular, mesmo que de forma precária.

Nesse ínterim, é interessante que o analista investigue a vida do psicótico antes do surto para especular sobre aquilo que havia feito suplência à Metáfora-Paterna, e que ele possa, também, pesquisar sobre o que não estava dando certo, promovendo, assim, possibilidades para que o sujeito se desfaça de suplências que não estavam funcionando direito, para poder construir uma nova.

É preciso estar atento às passagens ao ato, uma vez que isso também se coloca como uma possibilidade de estabilização pela via do registro Real (ROSA, 2000).

Dessa forma, a psicanálise irá preocupar-se com um saber o que fazer com os efeitos do gozo do paciente, inventando, no um a um, uma experiência subjetiva

para esse sujeito, a fim de reatar seu laço social e adentrar no discurso, e, por conseguinte, no mundo simbólico, à sua maneira.

Isso posto, verifica-se que, ao introduzir, de forma mais consistente, a psicose na teoria psicanalítica, Lacan trará, nos dois momentos de sua obra, novas possibilidades para o sujeito psicótico desacreditado por Freud.

Assim, diante “da impossibilidade freudiana de tratar as psicoses, à possibilidade lacaniana de não retroceder frente a, encontramos um vasto campo de aprendizagem e contribuições à clínica psicanalítica” (GURGEL, 2004, p. 05).

Na clínica e nas instituições, surge a presença do psicótico, procurando um saber o que fazer com sua vida, numa invenção sobremaneira particular, que não é regida pela égide da castração. O analista ali está não para produzir, em vez dele, o significante suplente que ajudará o psicótico a regrar seu mundo subjetivo, mas para dizer sim ao valor de seu achado. O saber está do lado dele; o não-saber, por sua vez, do lado do analista.

CAPÍTULO III
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3.1. Breves considerações sobre emergência psiquiátrica

O Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2010) define emergência como “ação de emergir”, “situação crítica” e “caso de urgência”. Na perspectiva médica, uma circunstância emergencial requer intervenção imediata.

A medicina trabalha na emergência psiquiátrica, local e momento em que um paciente chega em crise e se faz necessária uma intervenção medicamentosa que não pode esperar. O corpo biológico se coloca como alvo na abordagem da psiquiatria, um corpo que anteriormente estava íntegro e foi abalado pela erupção da crise psicótica. O sofrimento do paciente, mas principalmente da família e daqueles que estão se deparando com um sujeito descompensado, que interpreta no palco da crise psicótica aquilo que causa horror no outro, a loucura, deve ser combatido com a proposta farmacológica de restituição do sujeito ao seu antigo estado de homeostase (BARRETO, 2004).

Na emergência, não há tempo para a causa, somente para o sintoma que se apresenta. Não há espaço para direcionar um olhar para o sujeito que está inserido naquela situação emergencial, enquanto subjetividade, pois “existem *coisas para fazer*. O clínico seleciona coisas para fazer e simplifica a situação” (BARRETO, 2004, p. 2), a fim de devolver o sujeito ao seu estado mental normal.

Para o psiquiatra, a identificação e a categorização dos sintomas, o diagnóstico e o tratamento dos fatores determinantes é o objetivo de sua prática, que alcança sucesso, por exemplo, nas psicoses que apresentam sua etiologia em uma condição médica geral, as psicoses orgânicas apresentadas no primeiro capítulo; já nas psicoses idiopáticas, o alcance da farmacoterapia chega até o limite do sintoma, não conseguindo extirpar, ou definir a causa da doença. Mesmo assim, a intervenção médica é direcionada para o corpo, e tem como objetivo um ideal de saúde e produtividade (PROTA, 2011).

3.2. A psicanálise nas emergências: uma urgência de sujeito

No âmbito da emergência, a psicanálise “ganha terreno na medida em que a medicina deixa vago o espaço da subjetividade” (CAMPOS, 2003).

Com a presença cada vez maior de psicanalistas nas instituições de saúde mental, espaço anteriormente ocupado em sua grande maioria apenas por

psiquiatras, discussões acerca da aplicação das recomendações psicanalíticas para o tratamento de psicóticos, no cenário das emergências psiquiátricas, tem surgido de forma intensa, provocando debates e produções acerca da denominada “Urgência subjetiva”.

A psicanálise quase sempre foi vista, neste seu século e pouco de história, como um tratamento para patologias crônicas. É o seu lado clássico. Os casos agudos nem sempre mereceram a atenção dos psicanalistas [...] As novas experiências clínicas e institucionais em curso na nossa comunidade, que se dedicam ao estudo e ao acolhimento das urgências subjetivas, bem como as ofertas de atendimento com tempo limitado, que se espalham pelo Campo Freudiano, têm como pano de fundo, não uma moda ou uma tentativa de estar *up to date*, mas uma sensibilidade para as transformações na própria experiência do tempo (BARROS, 2008, p. 8 e 9).

Urgente é aquilo que não se deve adiar, entretanto, não possui o caráter imediatista que aparece na emergência. Urgência subjetiva poderia ser entendida, então, como a urgência do sujeito que está em crise e não a emergência do sintoma, da psicose, daquilo que deve ser contido e normatizado.

É importante atentar para o fato de que nem todas as urgências com que os profissionais se deparam nos serviços de emergência psiquiátrica são urgências em saúde mental, nem todas se configuram como crises psicóticas. Assim é preciso ser prudente, pois muitas vezes é a urgência da família, da sociedade; são urgências amorosas, financeiras, que trazem a angústia do sujeito para as portas do hospital (SELDES, 2004).

Barreto (2004) propõe que, na crise psicótica, acontece o rompimento com a cadeia significativa, que no psicótico está organizada mais como uma sobreposição do que como uma interligação, e a urgência que o paciente apresenta é justamente a “impossibilidade, num momento dado, de significar minimamente pela fala um gozo que não encontra o significante necessário para transformá-lo” (BARRETO, 2004, p. 1). O analista aposta em ouvir a urgência subjetiva acreditando que existem “coisas para dizer” (BARRETO, 2004, p. 2).

Em situações de emergência, na perspectiva da psiquiatria, a psicanálise não tem como intervir, uma vez que “o sujeito desorganizado e ‘fora de si’ não está em condições de formular uma demanda ou encaminhar uma questão ao analista” (MARON, 2008, p. 15). Isso quer dizer que, para um segmento da psiquiatria que mantenha uma relação de simpatia com a psicanálise, o papel do analista seria ouvir o paciente, entretanto, escutar exigiria organização subjetiva do mesmo e tempo

para intervir, duas coisas que não se encontram nas situações de emergência da crise psicótica.

Indo de encontro a essa concepção, Ricardo Seldes (*apud* Maron, 2008) coloca que aquilo que advém na urgência subjetiva é o sofrimento que remete ao sujeito, se constituindo por si mesmo como uma demanda. O analista objetiva transformar uma situação de emergência em uma situação de urgência subjetiva, pretendendo produzir efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise nos momentos em que o sujeito se encontra nessa situação (o analista não está na instituição para empreender uma análise). Esses efeitos se constituem como o avesso da restauração de um estado homeostático, caminhando na direção do surgimento de algo novo a partir da urgência subjetiva que acometeu o sujeito.

Para a psicanálise de orientação lacaniana, esse algo novo que poderá surgir, qual seja uma estabilização ou uma suplência, não responde a uma resposta padronizada que vise abafar aquilo que fala na crise, função essa mesma do medicamento, mas sim a uma invenção sobremaneira particular que o sujeito psicótico irá construir, mesmo que precária e temporariamente. Essa aquisição do sujeito apazigua sua estrutura e pode se constituir como uma porta de entrada para uma suplência. A postura do analista na urgência é a de secretário deste produto, pretendendo abrir caminhos para as possibilidades de estabilização do paciente psicótico, para tratar o gozo, oferecendo tempo e sua presença para que o sofrimento do paciente, enquanto demanda, possa ser abordado através da palavra.

A ação do analista visa, portanto, abrir uma brecha para que um novo laço se estabeleça e um caminho novo se construa a partir do que experimentou como urgência. Em que recursos o sujeito se apoiará para construir enganches que permitam uma certa ordenação e estabilização? Mais do que oferecer a escuta para conferir sentido, o analista se coloca como parceiro para as invenções que cada sujeito lança mão para se aparelhar e se ver com o fora de sentido (MARON, 2008, p. 20).

No ambiente onde a urgência chega, reintroduzir a dimensão subjetiva no sujeito é a proposta da psicanálise (SELDES, 2004). A psiquiatria apresenta uma resposta para o sujeito através de uma nomenclatura diagnóstica oriunda dos manuais de classificação, no viés de uma certeza do Outro, o grande outro da ciência. A psicanálise aponta sua resposta ao sujeito quando diz um *sim* a sua descoberta, *sim* a sua solução delirante, *sim* a qualquer possibilidade em que o

sujeito possa se agarrar e retomar minimamente seu discurso e o seu laço social. O psicanalista não detém o saber, o saber é do sujeito.

É preciso compreender que a presença do analista não se propõe a encontrar o paciente que chega aos serviços de emergência psiquiátrica em crise, e abordá-lo a fim de procurar um sujeito dentro da crise, mas sim ouvir o que ali se coloca enquanto sujeito.

Diaz (2008), discutindo o desafio da psiquiatria perante as outras clínicas médicas, que é o reconhecimento de um sofrimento que não seja somente orgânico, afirma que “grande parte do nosso desafio é interessar as pessoas que trabalham em hospitais gerais pelo sofrimento psíquico e não apenas pela linguagem médica para abordá-lo” (DIAZ, 2008. p. 44). Diante da perspectiva médica atual mergulhada em conceitos da neurologia e baseada em modelos farmacológicos, o trabalho dos psicanalistas na saúde mental e da urgência subjetiva é o mesmo, o reconhecimento à singularidade do psicótico.

A partir do momento em que, na contemporaneidade, existe a possibilidade, a partir de modelos psicofarmacológicos, de tentar dar conta do fenômeno da loucura e da ansiedade, é como se a medicina, a neurologia ou a psiquiatria, renovadas pela psicofarmacologia, pudessem dar conta de toda urgência. Já não há mais possibilidade da singularidade, de sofrimento pessoal (MARTINELLI, 2008, p. 60).

Marcus André Vieira (2008) defende que a urgência e a intervenção do analista são passíveis de reciprocidade, porém, não em um viés em que determinadas urgências sejam da competência da psicanálise, mas em uma perspectiva em que fosse possível uma abordagem não sob um parâmetro geral, mas numa valorização da singularidade, da diferença da urgência subjetiva que se dá a cada paciente.

Para Piquet (2008), no trabalho entre profissionais das mais diversas áreas afins nas instituições que acolhem o sofrimento subjetivo, “é importante que cada equipe leve em conta o trabalho de responsabilização do sujeito e a apropriação que ele pode vir a fazer do seu sintoma. Medicação é apenas uma parte do trabalho” (PIQUET, 2008, p. 30-31).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta monografia foram apresentadas as propostas de dois discursos sobre a psicose. O discurso da psiquiatria, enquadrando-a numa condição de doença e propondo, para tal, evidentemente, um tratamento, uma vez que a doença sugere uma cura, ao tempo em que se depara com a impossibilidade de atingir a causa, limitando a psicose em seus sintomas e combatendo-os numa luta constante de pesquisas e adesões de outras áreas da medicina, como a neurologia e a fisiologia.

A psicanálise, por sua vez, apresenta a psicose enquanto uma das estruturas psíquicas em que um sujeito pode se enquadrar, sendo este capturado pela forclusão do significante do Nome-do-Pai. Reconhece que ali há, também, um sujeito que, diferentemente do neurótico, está totalmente colado no Outro. Para esse sujeito possível na psicose, diante da presença de um analista, a curabilidade aparente que lhe cabe é ofertada pela palavra. Num auxílio, que não terá final, de apaziguamento do gozo e de reconstruções sucessivas de suplências, visando, também, galgar novas estabilizações a cada vez que o mesmo entra em surto.

Tendo a psicanálise avançado sobre as contra-indicações freudianas a respeito da eficácia da mesma com pacientes psicóticos, e diante da presença cada vez maior de analistas nas instituições que cuidam da saúde mental, encontramos na contemporaneidade novas discussões sobre a prática psicanalítica e seus efeitos na psicose, uma vez que “o analista, sendo um entre outros, dá provas do que faz colocando em verificação suas hipóteses clínicas e extraindo conseqüências da experiência. [...] aprendendo com a prática e a experiência clínica e tentando extrair daí formalizações” (BORSÓI, 2008, p. 22).

Diante dessa realidade surge a “urgência subjetiva” de um sujeito em crise que, amordaçado pela camisa de força química proposta pela psiquiatria, responde às exigências sociais, quais sejam, a da exclusão desta realidade na sociedade, antes feita através dos manicômios como uma espécie de *guarda-loucos* e, atualmente, abafando todas as manifestações sintomáticas do psicótico por meio de psicofármacos, como, também a tentativa de enquadramento do psicótico em um modo de viver neurótico que não lhe pertence.

Essa urgência quer saber do sujeito que está em crise, tendo sido essa a discussão proposta no terceiro capítulo deste trabalho. O interesse pela psicose é

fruto de uma contato com a mesma, proveniente do estágio realizado na Clínica Psiquiátrica Dr. Maia, sendo aquela ocasião estopim de alguns estudos e produções como esta. É preciso estar ciente da singularidade do modo de estar-no-mundo do paciente psicótico, e, além disso, reconhecer a peculiaridade de cada caso. Dessa forma, deve-se ter a sensibilidade de perceber a subjetividade daquele que sofre com a crise.

Lançamos uma provocação, qual seja, que, diante da psicose, o fascínio ou o horror. Fascínio de estar diante de um sujeito vivendo em uma invenção que não obedece à égide da castração (Estar frente ao psicótico seria estar frente ao real?). Ou o horror que o neurótico sente ao ver diante de si um reflexo do seu inconsciente, a céu aberto, abafando, por isso mesmo, a sintomatologia da psicose (Seria o fascínio o olhar que o psicanalista direciona para a psicose, desvendando seus mecanismos e recebendo um sujeito?).

- E a psiquiatria por sua vez, seria a face de horror dessa moeda?

Sabemos somente que “o campo da psicanálise e o campo médico são indissociáveis e inconciliáveis, devendo, portanto, serem delimitados, de uma só vez, em sua convergência e sua divergência” (CAMPOS, 2003, p. 5). Esta foi a contribuição que esta revisão não-sistemática se propôs a realizar.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, E. “Estabilizações”. **Curinga**. Belo Horizonte, n. 14, p.18-23, 2000.

BALLONE. G. J. “Transtorno Afetivo Bipolar”. **PsiquWeb**. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acessado em: 26 de Abril de 2011.

BARRETO, F. P. “A urgência subjetiva na saúde mental”. **Opção lacaniana**. São Paulo, n. 40, p. 47-51, 2004.

BARROS, R. R. “Urgência, um novo tempo”. *In: Urgência sem emergência?*. Rio de Janeiro: Edil Gráfica, p. 8-9, 2008.

BARROS, R. R. “A urgência subjetiva”. *In: Urgência sem emergência?*. Rio de Janeiro: Edil Gráfica, p.49-54, 2008.

BENAZZI. F. **Bipolar**. 2004. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=pt-BR&spell=1&q=cache:RIqsUTCCLzgj:http://www.psicosite.com.br/tra/hum/bipolar.htm+psicoses+man%C3%ADaco+depressiva&c=clnk>. Acessado em: 17 de Maio de 2011.

BORSÓI, P. “O colóquio: abertura”. *In: Urgência sem emergência?*. Rio de Janeiro: Ed. Edil Gráfica, p. 22-25, 2008.

BRANDÃO, M. L. **Psicofisiologia: as bases fisiológicas do comportamento**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CAMPOS, S. P. R. “Psicanálise aplicada à medicina: o avesso do Gold Standard”. **Opção lacaniana**. São Paulo, n. 38, p. 34-37, 2003.

DEL PORTO. J. A. **Transtorno bipolar do humor**. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?hl=pt-BR&q=cache:EeMruttekBUJ:http://www.unifesp.br/spdiq/polbr/ppm/atu3_07.htm+transtorno+bipolar&ct=clnk. Acessado 17 de maio de 2011.

DIAZ, F. S. “A emergência psiquiátrica”. *In: Urgência sem emergência?*. Rio de Janeiro: Edil Gráfica, p. 26-29, 2008.

AURÉLIO. **Dicionário do Aurélio [online]**. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/>. Acessado em: 15 de Dezembro de 2010.

FIQUEIREDO, A. C. ; MACHADO, O. M. R. **O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura**. Disponível em: http://www.ebp.org.br/biblioteca/biblioteca_lista.asp. Acessado em: 10 de Novembro de 2010.

FREUD, S. (1894). “As neuropsicoses de defesa”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 3. Rio de Janeiro: Imago, p. 51-67, 2006.

_____. (1895). “Rascunho H. Paranóia”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 1. Rio de Janeiro: Imago, p. 253-258, 2006.

_____. (1896). “Carta 52”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 1. Rio de Janeiro: Imago, p. 281-287, 2006.

_____. (1896). “Rascunho K. As neuroses de defesa”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 1. Rio de Janeiro: Imago, p. 267-276, 2006.

_____. (1896). “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 3. Rio de Janeiro: Imago, p. 159-186, 2006.

_____. (1905[1904]). “Sobre a psicoterapia”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 7. Rio de Janeiro: Imago, p. 241-254, 2006.

_____. (1911). “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranoides)”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 12. Rio de Janeiro: Imago, p. 13-89, 2006.

_____. (1915). “Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 14. Rio de Janeiro: Imago, p. 267-279, 2006.

_____. (1924[1923]). “Neurose e psicose”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 19. Rio de Janeiro: Imago, p. 165-171, 2006.

_____. (1924). “A perda da realidade na neurose e na psicose”. *In*: FREUD, S. **Coleção standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud**. V. 19. Rio de Janeiro: Imago, p. 203-209, 2006.

GALLANO, C. “Não sou paranóico”. **O sintoma-charlatão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 182-187, 1998.

GUERRA, A. M. C. “Sujeito e invenção: a topologia borromeana na clínica das psicoses”. *In*: **Ágora [online]**, Rio de Janeiro, n. 2. Vol. 11, p. 283-297, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982008000200008&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 19 de março de 2011.

GURGEL, I. “Clínica da psicose: clínica do imprevisto”. **Opção lacaniana**, São Paulo, n. 30, p. 50-52, 2001.

GURGEL, I. **Clínica da psicose: direção ou tratamento possível?**. *In*: XIV Encontro brasileiro do campo freudiano, Rio de Janeiro, 2004.

JIMENEZ, S. “Psicóticos em análise”. **Correio**. Belo Horizonte. n. 50, p. 64-70, 2004.

JULIEN, P. **Psicose, perversão, neurose: a leitura de Jaques Lacan**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

LACAN, J. (1955[1956]). **O seminário, livro 3: as psicoses**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

MARON, G. “Urgência sem emergência? Introdução”. *In*: **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica, p. 10-21, 2008.

MARTINELLI, H. “A urgência generalizada: toda urgência é urgência psiquiátrica? Comentários”. *In*: **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica, p. 41-43, 2008.

OLIVEIRA, C. L. M. V. “Lacan, o provocador”. **Memória da psicanálise: revista mente e cérebro**. 2 ed. São Paulo: Duetto, n 7, p. 7-13, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. 2 ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1995.

PEQUENO, A.; JIMENEZ. S. “Uma contribuição para a direção da cura na psicose”. **Opção lacaniana**. São Paulo, n. 48, p. 91-94, 2007.

PIQUET, M. “Saúde mental: interlocução de saberes”. *In*: **Urgência sem emergência?**. Rio de Janeiro: Edil Gráfica, p. 29-31, 2008.

PROTA, F. G. “O que pode a medicação no tratamento psicanalítico”. Disponível em:
<http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Fernando_Del_Guerra_Prota_O_que_pode_a_medicao_no_tratamento_psicanalitico.pdf>. Acessado em: 21 de Abril de 2011.

ROSA, M. “Forclusão e fenômenos elementares”. **Curinga**. Belo Horizonte, n. 14, p. 24-33, 2000.

RUSSO, P. “Psicose”. *In*: **Scilicet: os objetos a na experiência psicanalítica**. São Paulo, p. 289-290, 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SELDES, R. “La urgência subjetiva, un nuevo tiempo”. *In*: **Urgência generalizada I**. Buenos Aires: Gama, p. 31-42, 2004.

SILVA, R. F. “A sessão analítica no tratamento da psicose”. **Opção lacaniana**. São Paulo, n. 28, p. 33-35, 2008.

_____. “O psicótico em relação à palavra e ao corpo”. **Opção lacaniana**. São Paulo, n. 24, p. 36-37, 1999.

VICENTE, S. **Não recuar frente à psicose**. *In*: I Jornada da Clínica Dr. Maia. Campina Grande, 2005.

VIEIRA, M. A. "A urgência generalizada: toda urgência é urgência psiquiátrica? Comentários". *In: Urgência sem emergência?*. Rio de Janeiro: Edil Gráfica, p. 36-41, 2008.