



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**KARLA KELLY HENRIQUE JASSET**

**QUANDO O NOME DO PAI NÃO FAZ FUNÇÃO - UM  
CASO DE PSICOSE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

CAMPINA GRANDE – PB  
2014

**KARLA KELLY HENRIQUE JASSET**

**QUANDO O NOME DO PAI NÃO FAZ FUNÇÃO - UM CASO  
DE PSICOSE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de psicóloga.

Orientador (a): Ms<sup>a</sup> Marcia Candelária da Rocha

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

J314q Jasset, Karla Kelly Henrique.

Quando o nome do pai não faz função – um caso de psicose no hospital psiquiátrico [manuscrito] / Karla Kelly Henrique Jasset. - 2014.

24 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Marcia Candelaria da Rocha, Departamento de Psicologia".

1. Psicose. 2. Psicanálise. 3. Complexo de Édipo. I. Título.  
21. ed. CDD 616.89

**KARLA KELLY HENRIQUE JASSET**

**QUANDO O NOME DO PAI NÃO FAZ FUNÇÃO - UM CASO DE PSICOSE NO  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Graduação em psicologia da  
Universidade Estadual da Paraíba, em  
cumprimento à exigência para obtenção do  
grau de Licenciado em psicologia.



Prof.<sup>a</sup> Ms<sup>a</sup> Márcia Candelária Da Rocha / UEPB  
Orientadora



Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio / UEPB  
Examinador



Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jailma Sousa de Oliveira / UEPB  
Examinadora

## SUMÁRIO

<b>1.0-INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2.0- REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>06</b>
2.1-O contexto do hospital psiquiátrico.....	06
2.2-As Estruturas Clínicas.....	07
2.3 - As Duas Clínicas De Jacques Lacan.....	08
2.4 - Psicose.....	09
2.5 - O Édipo e a Forclusão Do Nome Do Pai.....	09
2.6- Estádio Do Espelho.....	12
2.7- O Corpo Na Psicose.....	13
2.8- Transferência.....	14
2.9 - Suplência.....	15
2.10-Psicanálise e a Instituição.....	16
<b>3.0- REFERENCIAL METODOLÓGICO.....</b>	<b>17</b>
<b>4.0- DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA.....</b>	<b>19</b>
<b>5.0- CONCLUSÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>6.0- REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

# **QUANDO O NOME DO PAI NÃO FAZ FUNÇÃO: UM CASO DE PSICOSE NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

**JASSET, Karla Kelly Henrique.**

## **RESUMO**

Este artigo discorre sobre a clínica da psicose de orientação Lacaniana, em uma instituição psiquiátrica. Através do estatuto do caso clínico podemos tecer algumas considerações sobre o trabalho da psicanálise atrelado à instituição, utilizando o caso clínico como elemento de pesquisa, para discussão e compreensão da psicose na clínica psicanalítica. Para tanto, foram utilizados alguns conceitos fundamentais concernentes ao estudo da psicose tais como: estruturas clínicas, foraclusão do nome do pai, complexo de Édipo, desencadeamento, fenômenos elementares, estabilização, suplência, conceitos esses que estão presentes no caso clínico através do discurso da paciente em questão, percebendo-se assim, a articulação entre a teoria e a prática clínica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Psicose. Instituição. Foraclusão. Psicanálise.

## **1-INTRODUÇÃO**

O presente trabalho decorre de uma experiência de estágio extracurricular, realizado no Instituto Neuropsiquiátrico de Campina Grande (Clínica Dr. Maia), no período correspondente aos meses de abril a setembro de 2012. As atividades desenvolvidas pelos estagiários na clínica psiquiátrica tinham como referencial teórico a psicanálise de orientação Lacaniana.

A instituição foi fundada no ano de 1966, pelo médico e proprietário Dr. Raimundo Maia de Oliveira, localizada no município de Campina Grande-PB, a clínica mantém desde a sua fundação uma proposta inovadora de tratamento, sendo referência na região em que está situada, atendendo também a demanda de pacientes oriundos das cidades circunvizinhas e até de outros estados.

A clínica presta atendimento a pacientes de ambos os sexos, com idades diversificadas, portadores de transtornos mentais severos, em sua grande parte psicose, atendendo alguns casos de depressão grave, bem como a usuários de álcool e outras drogas. Possui uma ampla infraestrutura, para atender os pacientes que chegam para a internação, sendo ofertado um tratamento interdisciplinar que é realizado pelos médicos (psiquiatras e clínicos), psicanalistas, psicólogos (as), enfermeiros (as), técnicos (as) de enfermagem, nutricionista, educadora física, assistentes sociais, e estagiários das áreas citadas, contando também com os demais funcionários responsáveis pelos outros setores da instituição (limpeza, administração, alimentação, segurança, recepção), a proposta da equipe é atuar de forma ética e humanizada, com o propósito de “colaborar” na estabilização dos pacientes que ali se encontram.

Durante o estágio pude acompanhar inúmeros casos de psicose, nas suas mais variadas formas de manifestação, indo da psicose clássica até a psicose ordinária, percebendo as diversas formas de manifestações alucinatórias, discursos delirantes, passagens ao ato, sendo visíveis os efeitos terapêuticos do trabalho desenvolvido na instituição.

## **2- REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 O CONTEXTO DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

O início do movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, em 1987, foi marcado por dois eventos relevantes – a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e o posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – juntamente a inauguração de novos paradigmas de cuidados em saúde mental com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), propondo-se ao “Movimento por uma Sociedade sem Manicômios”.

Desde então, como cita Fernandes (2005), teve início também, uma verdadeira “caça as bruxas”, às instituições psiquiátricas, baseada na ideia de que as atingindo, seriam alcançadas as transformações objetivadas pelo projeto da Reforma, segundo o qual se busca a garantia da cidadania, do respeito aos direitos e a individualidade do paciente de saúde mental, promovendo sua inclusão social, através da desinstitucionalização, ou seja, do fechamento dos Hospitais Psiquiátricos.

A questão a ser discutida, passa a ser, portanto, sobre que lugar a “loucura” tem ocupado no meio social, com direção a uma “reinserção” dos pacientes psiquiátricos, psicóticos. Trata-se, enfim de vislumbrar um “outro lugar social para a loucura na nossa cultura”, como cita Gentil (2001). Conforme Fernandes (2005), durante muito tempo os hospitais psiquiátricos constituíram-se como única referência àqueles que necessitavam de tratamento. Nesse contexto, sobretudo a psicose era endereçada aos hospitais, onde muitas vezes eram proporcionados tratamentos inadequados, levando a ocasião de sua extinção.

Com a extinção geral dos hospitais psiquiátricos em determinado países, porém, observou-se a necessária reavaliação de tal colocação. E assim, foi estabelecida a conciliação de diversos serviços que trabalham de forma colaborativa em prol do tratamento do psicótico, de forma eficaz, sem excluir o hospital como recurso para um paciente em crise; crise esta, na qual, segundo a psicanálise, por ocasião da forclusão do Nome-do-Pai, o que impossibilita a significação fálica, o sujeito pode desorganizar-se – desestabilizar – passando a eclosão de fenômenos elementares, rompimento dos laços sociais, passagens ao ato.

Assim, a Clínica Psiquiátrica, diante da demanda psicótica que lhe surge, passa, em sua prática diária, ao fazer valer, como articula Fernandes (2005), o um a um, sem um saber pré-construído, acolhendo a demanda do sujeito que sofre, buscando

possibilitar a inclusão do paciente na direção de um tratamento, abrindo uma via para a estabilização.

O risco da loucura se mede pela própria atração das identificações em que o homem se engaja, simultaneamente, sua verdade e seu ser. Assim, longe de a loucura ser um fato contingente das fragilidades de seu organismo, ela é virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência. Longe de ser para a liberdade “um insulto”, ela é sua mais fiel companheira, e acompanha seu movimento como uma sombra. E o ser do homem não apenas não pode ser compreendido sem a loucura, como não seria o ser do homem se não trouxesse em si a loucura como limite de sua liberdade (LACAN, 1946).

## 2.2 ESTRUTURAS CLÍNICAS

Para a teoria psicanalítica, a estruturação psíquica do sujeito, se constitui a partir da tríade mãe-pai-bebê através do complexo de Édipo, onde a criança é inserida na ordem fálica, através da relação com a mãe, que para a psicanálise pode ser representada por uma função, ou seja, aquele que supre as demandas da criança, cabendo ao pai (função), barrar essa relação fusional entre e bebe, tirando essa criança do lugar de falo para essa mãe, estabelecendo assim a castração. A partir da dissolução do complexo de Édipo o sujeito se constituirá enquanto neurótico, psicótico ou perverso.

A partir do estudo do ego e seus relacionamentos, tanto com o id como com mundo externo, Freud em seu texto *O Ego e o Id* (1923), propõe fazer uma diferenciação entre neurose e psicose. Nele assinala o que talvez seja a mais importante diferença genética entre uma neurose e uma psicose: a neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo (FREUD, 1924 [1923], p. 167).

É a partir do simbólico que se pode fazer o diagnóstico diferencial estrutural por meio dos três modos de negação do Édipo – negação da castração do Outro – correspondentes às três estruturas clínicas. Um tipo de negação que nega o elemento, mas o conserva, manifestando-se de dois modos: no recalque do neurótico, nega conservando o elemento no inconsciente e o desmentido do perverso, o nega conservando-o no fetiche. A forclusão do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa. Os dois modos de negação que conservam implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não acontece na

foraclusão. Na psicose o que é negado no simbólico retorna no real sob a forma de automatismo mental, cuja expressão mais evidente é a alucinação (Quinet 1991).

### 2.3 AS DUAS CLÍNICAS DE JACQUES LACAN

No percurso psicanalítico de Jacques Lacan, distinguem-se duas clínicas, com fundamentos, formalizações, manejos diferentes, que estabelecem entre si relações complexas. A primeira clínica, das primeiras duas décadas de seu ensino, corresponde a um retorno a Freud, podendo ser caracterizada como uma clínica estrutural edípica, uma clínica do sujeito, das modalidades do desejo, do Outro, do inconsciente (ICS) estruturado como linguagem, onde as estruturas clínicas se ordenariam em torno do Nome do pai.

Com a horizontalização das relações sociais, a estrutura edípica começa a não responder com a mesma força, passando a “exigir” uma psicanálise além do Édipo, além do pai, além da identidade vertical, Lacan constitui então o que vem chamar de segunda clínica.

A segunda clínica, elaborada na última década de seu ensino, pode ser caracterizada como uma clínica borromeana, onde o real, o simbólico e o imaginário, encontram-se entrelaçados, amarrados pelo objeto a. A segunda clínica Lacaniana é a clínica do gozo, do sintoma indecifrável, do Outro que não exige, configurando-se como uma clínica além do Édipo.

Na primeira clínica, o sujeito não é simplesmente suporte inconsciente de processos estruturais de determinação de sentido, pois, em algumas condições, ele é passível de se transformar em agente (SAFATLE, 2006).

Forbes (2000), explica que a primeira clínica é coerente e adequada ao sujeito da era industrial, marcado pelas identificações verticais, enquanto a segunda clínica propicia o tratamento dos novos sintomas surgidos na era da globalização, caracterizada pela quebra dos ideais.

No que se refere ao estudo da psicose na clínica Lacaniana, Zenoni afirma que:

Enquanto que a primeira clínica tenta examinar a psicose a partir da neurose (paradigma Schreber), a segunda clínica caminha da psicose para a neurose (paradigma Joyce). Reviravolta que tem implicações teóricas e clínicas, passando-se da aplicação da psicanálise à psicose à aplicação da psicose à psicanálise (ZENONI, 2000).

## 2.4 PSICOSE

Para se elaborar uma hipótese diagnóstica, é preciso reconhecer a qual estrutura clínica pertence o sujeito em questão. O diagnóstico da psicose é realizado mediante a presença dos fenômenos elementares, os quais são índices clássicos de forclusão.

Para Lacan, citado por Rosa (2000), a família é formada pelo Nome-do-Pai, enquanto função; o Desejo da Mãe; e a criança (e como esta se insere no desejo da mãe, dividindo-a, uma vez que a criança tem que estar entre a mulher e mãe).

Miller, citado por Rosa (2000), afirma que “a função do pai não é suficiente; é preciso, ainda, que a mãe não esteja dissuadida de encontrar o significante de seu desejo no corpo de um homem” e “o objeto criança não deve ser tudo para o sujeito materno”.

Lacan (1977) nos adverte ainda que a psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso. Afirmando que para diagnosticar a psicose não é preciso apenas a presença dos fenômenos de corpo ou a certeza psicótica, mas também os distúrbios de linguagem, pois esses podem ser o atestado daquilo que não foi simbolizado e retorna no real, caracterizando-se assim como os índices de forclusão. A única técnica de investigação de que o analista dispõe é a sua escuta só se sustenta a partir do discurso do paciente (ROSA, 2000).

De uma forma geral, podemos afirmar que a falta da entrada efetiva de um terceiro, que venha a constituir um corte, ou seja, constituir o processo de simbolização, é o que distingue fundamentalmente a psicose da neurose.

## 2.5 O ÉDIPO E A FORACLUSÃO DO NOME DO PAI

Quinet (2000) aponta que Lacan propõe três tempos para o Édipo. No primeiro, a criança é identificada ao objeto de desejo da mãe (bebê=falo). A mãe como ser falante é submetida à Lei simbólica e a criança dela recebe a incidência dessa lei. Trata-se de uma lei de caprichos, à qual a criança é assujeitada. Nesse tempo encontra-se o que Lacan chama de estágio do espelho, aqui por não haver mediação do simbólico, o outro é ao mesmo tempo rival e igual. O sujeito assume uma “identidade alienante que vai marcar com sua estrutura rígida todo seu desenvolvimento mental”.

É importante frisar que o termo forclusão aparece em Freud pela primeira vez em 1894 em ‘Neuropsicoses de defesa’, onde elabora suas primeiras formulações sobre a diferenciação entre neurose e psicose, apoiado na noção de rejeição. Sustentado nestes

escritos de Freud, Lacan começa a fazer suas próprias elaborações acerca deste conceito.

A forclusão (*verwerfung*) é entendida como aquilo que ficou de fora da significação, ou ainda, que não pôde significar, mas é, acima de tudo, uma inscrição que deveria ser feita. Marca a relação do sujeito com a castração. Ela deve ser vista como forclusão do significante, não a forclusão do pai real, mas do significante Nome-do-pai. Para todo sujeito falante, o Nome-do-pai é o significante que ordena o mundo e as questões da existência humana: as relações entre os sexos e as que dizem respeito à vida e à morte. Para o sujeito psicótico, a metáfora paterna não pôde operar e ele não dispõe do Nome-do-pai para situar-se na existência, pois o Nome-do-pai está foracluído (PAULINO, 2006).

O nome do pai é a metáfora do não do pai. Como significante, ele nomeia o lugar vazio marcado na simbolização primordial introduzida pela alternância entre a presença e a ausência materna. Assim, o sujeito se interroga sobre o desejo da mãe e encontra o Nome do- Pai, o que o leva a inscrever simbolicamente a falta do outro na lógica fálica. O desejo da mãe, por sua vez, é elevado à categoria de significante e deve ser recalcado. O elemento significante materno é suprimido e o Nome Devido à forclusão do significante do Nome-do-Pai, o psicótico não conta com esse importante instrumento simbólico e não está inserido na lógica fálica. Assim, quando uma exigência simbólica requisita o significante do Nome-do-Pai, foracluído na psicose, há o desencadeamento do surto sob a forma de delírios, vozes e alucinações. Em outras palavras, para que ocorra a eclosão da psicose, é preciso que o Nome-do-Pai foracluído seja evocado como Um-pai, como um terceiro chamado a responder em uma estrutura dual e imaginária, da qual a função simbólica se encontra ausente (LACAN, 1958/1998).

Em relação ao desencadeamento, segundo Drummond (2000), ao passarem por uma situação em sua vida em que o significante (Nome-do-Pai) seja invocado em oposição simbólica ao sujeito, ocorre o desencadeamento da sua estrutura psicótica, aparecendo alucinatoriamente no real.

O desencadeamento é então um termo reservado à ausência do significante Nome-do-Pai e conjuga uma causa acidental (o encontro com Um pai), a dissolução de um elemento estabilizador (uma identificação) e a operatividade de uma causa específica (a forclusão do significante paterno) (DRUMMOND, 2000).

Diante do desencadeamento do surto psicótico, podemos perceber a presença dos fenômenos elementares que são considerados como sendo os índices clássicos de forclusão do nome do pai, podendo ser mencionados a partir do mental; corporal; e o que é da ordem da linguagem.

De acordo com Rosa (2000), os fenômenos de automatismo mental dizem daquilo que provém da influência externa sobre o sujeito - trata-se de um sentimento de que as coisas vêm de fora, ou seja, as palavras são escutadas e pensamento também. Os fenômenos que concernem ao corpo são fenômenos de decomposição, desmembramento, separação, e de estranheza em relação ao próprio corpo, ou de distorção temporal e de deslocamento espacial. Os fenômenos que concernem ao sentido e à verdade manifestam-se, por exemplo, no testemunho por parte do paciente de experiências inefáveis, inexprimíveis, experiências de certeza absoluta.

Na psicose, o Outro fala, aparece às claras, provocando no sujeito todo tipo de reação: terror, pânico, exaltação. Isso faz com que o psicótico, diferente do neurótico que habita a linguagem, seja habitado, possuído pela linguagem (QUINET, 2000).

Na alucinação a cadeia de significantes se impõe ao sujeito na sua dimensão de voz, como aponta Quinet:

O que especifica a alucinação psicótica é o fato de ela ser verbal. Tratando então da alucinação do verbo, porém não é redutível a um órgão do sentido (QUINET, 2000).

Miller (2003) distingue o uso comum do termo delírio, em seu sentido patológico, do delírio normal. Ambos são ficções sociais e podem, por isso, ser qualificados dessa maneira. Segundo o autor, são montagens que resolvem problemas colocados pelo aparelho psíquico.

O diferencial dos delírios psicóticos é que “eles são obrigados a fazer esforços totalmente desmedidos para resolver problemas que, para o normal ou o neurótico, são resolvidos, pelos discursos estabelecidos” (MILLER, 2003).

Miller, citado por Rosa (2000), dirá que os fenômenos elementares se referem ao registro do Real, Simbólico e Imaginário: há, portanto fenômenos elementares da ordem do Imaginário- fenômenos corporais, por exemplo; da ordem do Simbólico- as vozes, as frases, aquilo que se relaciona com a linguagem; e, também, aqueles que põem em evidência o Real- o caráter de certeza, por exemplo.

Uma vez que o sujeito psicótico não tem o significante do nome do pai para servir de barra, a “invasão” na qual o sujeito está imerso devido à presença de

fenômenos elementares, em alguns casos de psicose tem-se a passagem ao ato como tentativa de livra-se de tais fenômenos.

A passagem ao ato do sujeito psicótico pode ser considerada como uma das formas de estabilização do quadro que pode se dar pelo apaziguamento. De acordo com Riguiñi (2005), podemos considerar o apaziguamento como a forma que o sujeito encontrou de moderar o gozo insuportável que a não extração do objeto que a provoca.

A passagem ao ato é definida, na psicanálise Lacaniana, como uma forma que o paciente encontrou de fazer um auto tratamento de sua patologia, que obedece a “uma lógica orientada pela posição do sujeito psicótico em relação ao Outro” (RIGUINI, 2005).

## **2.6 O ESTÁDIO DO ESPELHO**

A imagem, no estágio do espelho, antecipa a unidade do Eu simbólico frente à imaturidade do corpo real no momento, por isso é situada como uma “experiência inaugural e primordial” (DOLTO, 2008).

Esta imagem de corpo é estruturante para a identidade do sujeito. É o simbólico que sustenta a imagem. “O estágio do espelho representa, de uma forma ampla, aquilo do que o sujeito é comumente tomado quando ele se vê, se identifica, se localiza no outro. Poderíamos dizer que se trata da ‘fundação’ do eu pela imagem especular” (BACKES, 2004, p 38).

Para Lacan, o momento em que se vê a imagem refletida no espelho é de jubilação. Percebe-se a importância desta visão de unidade quando o autor diz:

A forma total do corpo pela qual o sujeito antecipa numa miragem a maturação de sua potência só lhe é dada como Gestalt, isto é, numa exterioridade em que decerto essa forma é mais constituinte do que constituída [...] simboliza a permanência mental do [eu], ao mesmo tempo. A metáfora tem a ver com as condensações, algo aparece dizendo sobre o que está oculto, ou seja, das substituições de significante por outro significante. Popularmente se fala da metáfora como ‘sentido figurado’. Já a metonímia diz dos deslocamentos, de significante a significante, ou, de um termo por outro. Sendo que estes só tem sentido quando fazem parte de uma cadeia significante. No Estádio do Espelho ela aparece como antecipação da globalidade da imagem, situada através da imago do Outro, esta que é uma forma necessária para que o sujeito comece a se identificar enquanto imagem. A jubilação pode ser descrita como o momento do encontro com a imagem. Refere-se à forma, construção de uma imagem total que prefigura sua

destinação alienante; é também prenhe das correspondências que unem o [eu] à estátua em que o homem se projeta e aos fantasmas que o dominam, ao autônomo, enfim, no qual tente a se consumir, numa relação ambígua, o mundo de sua fabricação (LACAN, 1998, p 101).

Em Lacan a teoria do estágio do espelho, trata-se do processo pelo qual o bebê vivencia entre o sexto e o décimo oitavo mês de vida, e se divide em três tempos que podemos chamar de “lógicos”. No primeiro tempo, a criança vê apenas o outro no espelho; no segundo, ela compreende que não se trata do outro, mas sim da imagem que ela tem do outro, e, no terceiro, ela conclui que aquela é sua imagem.

Segundo Lacan (1949), o corpo é vivido pela criança inicialmente como um corpo espedaçado. Espera-se que a criança, após cumprir os três tempos do estágio do espelho, possa organizar construir e constituir a imagem de seu corpo de maneira uniforme, pois esse é o tempo na vida de uma criança que revela o que ficou capturado e congelado nessa imagem: ainda que o sujeito fique preso nela por toda sua vida, essa construção é fundamental para a constituição de seu Eu.

Lacan afirma que o estágio do espelho pode ser pensado, então, como uma identificação, no sentido de uma “transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem”. O objeto *a* é localizado em uma zona de interseção entre o “corpo em pedaços”, conforme a expressão de Lacan no contexto do estágio do espelho (LACAN, 1998).

Miller, ao retomar a noção de objeto *a* na lógica da castração, afirma que a imagem não se sustenta sem um investimento libidinal, o qual deve ser sempre renovado. Mas quando ele não o é, ocorrem perturbações diversas no nível da percepção das imagens, como observamos com frequência nos casos que envolvem psicose. Por isso, podemos definir que “a correlação entre *a* e  $(-\phi)$  [símbolo da castração] implica toda a metáfora paterna, a regularização do gozo do lado da castração” (MILLER, 2008, p.21).

## 2.7 O CORPO NA PSICOSE

O corpo sobre o qual trabalhamos é o corpo que a Psicanálise conceitua como receptáculo, erógeno, simbolizado, discursivo, subjetivado, o corpo de um sujeito. Para constituir o corpo, a criança deve percorrer um longo caminho construído por proibições, leis, imagens e desejos (LEVIN, 1995).

Com Lacan, o Nome-do-Pai, agente da castração, inviabiliza o ideal de plenitude do estágio do espelho ao barrar o gozo da mãe, deslocando a criança do lugar de objeto de seu desejo, condição necessária para a entrada do sujeito na ordem simbólica. O Nome-do-Pai, ao mesmo tempo em que barra o Outro, bancando a castração, possibilita um princípio de resposta, um ponto de apaziguamento frente ao enigma do desejo da mãe. Essa resposta resultante da metáfora paterna é a significação fálica, paradigma de toda a significação, que permite ao sujeito significar a diferença sexual anatômica e se situar na partilha dos sexos como homem ou mulher. Lacan procurou traduzir tal diferença da posição sexual, inscrita pela vertente do falo em termos de "fórmulas da sexuação" (LACAN, 1985).

Na psicose, a carência simbólica, decorrente da foraclusão do Nome-do-Pai como condição estrutural, determina uma falha na realização da identificação essencial ao posicionamento sexual por inviabilizar o advento da metáfora paterna e de sua resultante: a significação fálica.

Porém, este estado de desamparo em relação a uma possível identificação ao tipo ideal do sexo só se torna aparente após o desencadeamento, ou seja, a partir do surto psicótico. Antes do desencadeamento, o sujeito se conduz aparentemente como as demais pessoas, socialmente falando, conseguem se adaptar às situações cotidianas sem manifestar maiores dificuldades. (LACAN, 1988).

Na psicose, o lugar do Outro não se apresenta com a subtração do gozo, sendo este, por isso mesmo, percebido pelo sujeito como um gozo louco, desordenado. (RABINOVITCH, 2001).

Na relação do sujeito psicótico com o seu corpo, pode-se adotar a hipótese de que ao invés de considerar o corpo como algo que ele possui, o psicótico confunde-se com seu próprio corpo, com isso o corpo permanece como sendo objeto de gozo do outro.

Lacan (1988) afirma que a função do pai não é simplesmente de gerar, mas de possuir de direito a mãe, instaurando a lei do Édipo, que dá ao filho condição de acesso ao posicionamento sexual.

## **2.8 TRANSFERÊNCIA**

A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar (LACAN, 1964/1998).

No que se refere à transferência, repetidamente discutida, tudo indica que ela existe na psicose. Mas, diferentemente das neuroses, onde estas desenvolvem uma neurose de transferência, na psicose se desenvolve uma psicose passional. A este processo denominaremos erotomania de transferência, sendo a erotomania a modalidade do amor de transferência própria da psicose (BROCA,1985).

Guerra (2010) nos traz que em se tratando em psicose torna-se difícil que o psicótico estabeleça laços transferências considerando que para Freud eles não seriam capazes de investir na figura do analista.

Soler (1993) faz observações sobre qual deve ser a posição do analista em relação ao psicótico: primeiro, abster-se de dar respostas quando, na relação dual, convoca-se o analista a suprir o vazio da forclusão por meio de seu dizer, e a preencher esse vazio com seus imperativos. Esta é a maneira de evitar a erotomania, em segundo, intervir como uma função de limite ao gozo do Outro. Este movimento propicia uma inversão na maneira de tratar, se temos como base a neurose. Enquanto no neurótico há uma retificação do sujeito, no psicótico há uma retificação do Outro.

Na clínica da psicose, o manejo transferencial por parte do analista pode contribuir para a estabilização do paciente, como afirma Alvarenga:

Se o paciente se coloca como objeto, o analista deve evitar duas posições: a de fascínio, muito comum, provocado no analista pelo psicótico, e a de mestre, que sabe o que é bom para ele; ambas reforçando sua posição de objeto (ALVARENGA, 2000).

## **2.9 SUPLÊNCIA**

A Suplência pode ser entendida como sendo uma condição do que é suplente, ou seja, daquele que supre uma falta ou que pode ser chamado a exercer as funções de outro, sendo então um substituto. O termo suplência, por sua vez, comparece de diversas maneiras no ensino lacaniano: “poderia implicar em promover um elemento no lugar de outro, como na operação metafórica ou, por outro lado, em um acréscimo, em um suplemento. Suplência, enquanto ato de suprir, implicaria em completar, substituir, fazer as vezes de, preencher a falta de.” (GUERRA, 2007).

Jacques Lacan (1999), em seu Seminário de 1957-1958, “As Formações do Inconsciente”, destaca a suplência, que ocorre na psicose, do Outro (maiúsculo) como sede da fala, como simbólico, pelo outro (minúsculo) como similar, como imaginário. A carência de um significante primário que funcione como organizador para toda a

estruturação, garantindo algum saber, mesmo que apenas suposto, impossibilita ao psicótico a simbolização necessária para dar sustentação às relações imaginárias.

É importante considerar que, num tratamento psicanalítico pautado nos mandos da estrutura psicótica, a posição em que o analista é colocado diz respeito a uma relação especular, carente de uma barra simbólica, consequência da forclusão, de forma que uma intervenção feita pelo analista pode ser interpretada como um gozo invasivo (SANTOS, 2011).

Uma vez “encontrada” uma suplência no que concerne ao significante do nome do pai foracluído, é possível pensar no conceito de estabilização que, segundo Alvarenga (2000), é uma operação que circunscreve, localiza, deposita, separa ou apazigua o gozo, correlativa de uma entrada em algum tipo de discurso, por mais precário que ele seja.

As estabilizações são multiformes, precárias, instáveis e nos fazem pensar que são tanto mais promissoras, no sentido de soluções para o sujeito, quanto mais permitirem a sua inscrição em algum tipo de discurso (ALVARENGA, 2000).

Para Lacan (1955), a estabilização da psicose é algo precário. O que está estabilizado pode se desestabilizar novamente, basta que o psicótico seja novamente chamado a responder a uma função que ele não possui: a da lei simbólica. Não podemos falar em cura, pois cura seria um termo abusivo.

## **2.10 PSICANÁLISE E A INSTITUIÇÃO**

Para Carvalho (2004), o trabalho da psicose está diversamente entrelaçado ao trabalho da instituição. O trabalho institucional, segundo o aludido autor, visa a negativizar aquilo que o significante Nome-do-Pai não foi capaz de metaforizar e trabalhar a produção do gozo excedente da psicose, dando-lhe uma destinação e, dessa forma, visa restaurar um laço do sujeito com o Outro, compatibilizando a solução encontrada pela psicose com o laço social.

Segundo Carvalho, (2004) as instituições de tratamento devem atender a particularidade do sujeito, considerando a existência dessas particularidades. O que pode ser visto na experiência do estágio citado na Clínica Dr. Maia.

Deve-se pensar numa instituição para cada caso. Uma instituição deve levar em conta o singular do caso para que seja possível direcionar seu trabalho, podendo então dizer que a instituição deve se deixar orientar a partir do trabalho de cada um na

regulação do gozo excessivo. Mostrando assim que o trabalho da psicanálise pode operar além dos consultórios.

Diante disso, é pertinente pensar no que diz Lacan, no seminário 03, “As psicoses”, onde encontramos a afirmação de que a posição para o analista no trabalho com psicótico consistiria em se fazer secretário do alienado.

### **3-REFERENCIAL METODOLÓGICO**

Nogueira (1997) defende a ideia de que a Psicanálise é uma experiência original e que, a partir de Lacan, pode-se formalizar a novidade dessa ciência. Sendo a metodologia científica em Psicanálise confundida com a própria pesquisa, isto é, a psicanálise é uma pesquisa, que pode ser trabalhada como pura, enquanto experiência no setting analítico, ou como aplicada, atuando como uma teoria que referenda a análise do discurso do sujeito pela via do significante.

A pesquisa em psicanálise nasce precisamente da insatisfação com o já sabido; mas se a imagem da bela totalidade teórica pode servir à resistência, também é verdade que somente sobre a base de um saber já constituído é que se pode perfilar a dúvida metódica, coisa muito diferente da ignorância erigida em princípio e em ideal (MEZAN, 1993).

O estudo de caso é um procedimento metodológico que surgiu no campo da antropologia cultural e que foi, posteriormente, importado por outros campos das ciências humanas: principalmente a antropologia, a medicina e a psicologia. Ele, por um lado, justo por sustentar-se em fragmentos do caso articulados segundo a escrita do pesquisador, não tem inclinação para a completude. Ele não pretende esgotar a história do sujeito, nem tampouco as explicações acerca do caso clínico, mas ser o testemunho de uma mudança de posição do sujeito em relação ao desejo e ao gozo (CASTRO, 2010).

Segundo Castro (2010), a função do caso clínico na pesquisa em psicanálise não é demonstrativa nem exemplar. Mostrando a oposição entre método psicanalítico e método científico o caso clínico tem por função problematizar a generalização necessária a teoria, explodindo a imaginarização da universalidade da teoria sempre avessa a presença do singular surpreendente implicado no inconsciente.

Na perspectiva psicanalítica, o caso clínico vem narrar de forma singular a experiência do analista com o seu paciente, através de fragmentos das sessões, pontuações feitas, ou hipóteses levantadas, que contribuem para o avanço teórico,

assumindo assim, três funções que Quinet nomeou como didática, metafórica e heurística.

Função metafórica\_ A observação clínica e o conceito que ela ilustra estão tão intimamente imbricados, que a observação substitui o conceito e se torna uma metáfora dele. Função Heurística\_ Sucede, além disso, o caso ultrapassar seu papel de ilustração e de metáfora emblemática, tornando-se em si mesmo, gerador de conceitos. Função didática\_ Transmitir a psicanálise por intermédio da imagem, ou, mais exatamente, por intermédio da disposição em imagens de uma situação clínica, o que favorece a empatia do leitor e o introduz sutilmente no universo abstrato dos conceitos. (QUINET, 2011).

#### **4- DADOS E ANÁLISE DA PESQUISA**

O presente caso em discussão trata-se de recortes de sessões de um acompanhamento psicológico, referenciado pela psicanálise de orientação lacaniana, realizado na clínica Dr<sup>o</sup> Maia. Os atendimentos tiveram uma duração de dezesseis sessões em média, findando-se com a alta médica da paciente. Por questões éticas e de sigilo, utilizarei um nome fictício para evitar uma possível identificação.

Júlia chegou à clínica apresentando alucinações visuais e auditivas. Ao ser atendida pela psiquiatra foi diagnosticada como esquizofrênica, internando-se por um período de aproximadamente cinquenta dias, período em que foi iniciado o acompanhamento psicológico com a paciente.

Em uma das sessões a paciente relatou que ouvia vozes que a mandavam matar todas as suas filhas e suicidar-se em seguida, segundo ela em outros momentos as vozes falavam que ela iria morrer louca e sozinha, que não adiantaria submeter-se a tratamento, devido ao imperativo dessas vozes, Júlia pediu que seu marido escondesse todas as facas da casa, afirmando ainda que não respondia as vozes por saber que fazia parte de seu transtorno.

A paciente relatou que desencadeou a primeira crise aos quinze anos de idade, época em que fez uso de drogas, ficando em estado depressivo por um período de um ano aproximadamente. Após a “melhora” dessa depressão, a paciente manteve um relacionamento amoroso com um homem casado, tendo uma filha do mesmo, casando-se em seguida com outro homem que assumiu a paternidade de sua filha.

Júlia relata que quando a criança tinha um ano de idade, ela teve uma crise de pânico, onde não queria ver ninguém, chorava muito e isolava-se das pessoas por medo de morrer, a paciente diz que seu “pânico” era devido à ausência do marido em casa, pois o mesmo trabalhava muito, ficando muito tempo fora, fazendo com que ela pensasse que alguma coisa ruim iria acontecer com ele. Após sair da crise, a paciente manteve-se estabilizada por um período de dois anos, época em que começou a trabalhar como segurança em uma loja, o que segundo ela, era muito estressante, piorando muito seu quadro, pois a mesma pensava em suicidar-se dentro da loja, para que seus chefes percebessem que ela não estava se sentindo bem ali, desde esse período a paciente faz uso de psicotrópicos e acompanhamento psicológico.

Em um dos atendimentos Júlia falou acerca do seu relacionamento materno, coloca que foi criada por sua avó materna, pois a sua mãe a deixou com apenas um mês de nascida, o que segundo ela, foi a causa do seu problema psíquico, disse ainda que

tinha uma relação muito distante com a sua mãe biológica, mas com a avó mantinha uma relação de dependência.

Júlia relata que veio manter um contato mais próximo com sua mãe biológica, após a crise depressiva que teve aos quinze anos, época em que passou dois meses morando com ela, regressando a pedido da avó que dizia que não estava suportando viver sem ela, percebendo mais uma vez a relação fusional estabelecida com essa avó.

A paciente relatou que agora durante as suas crises a sua mãe biológica está mais presente, tratando-a como um bebê, o que ela diz gostar muito, pois só assim tem o carinho de sua mãe já que o seu pai biológico não quer saber dela.

Em um determinado atendimento a paciente encontrava-se muito angustiada, pois estava se sentindo como um “peso morto” para o seu marido, pois o mesmo cuidava muito bem dela, e ela o havia traído com a sua melhor amiga, dizendo que foi seduzida pela amiga, tendo relações sexuais com ela, ficando irritada quando a amiga diz que ela parece um “homenzinho”, a paciente relatou que na mesma hora trocou de roupa, para mostrar a amiga que ela era uma mulher, sentindo-se angustiada por trair o marido com outra mulher, o que segundo ela, é pecado.

Após uma tentativa de suicídio, Júlia relata que foi submetida a uma internação anterior, onde só consegui permanecer na clínica durante um dia, pois as vozes falavam a ela que o hospital era lugar para loucos, e ela iria ficar louca também, e que a única solução para ela seria morrer, devido às alucinações Júlia pediu para que seu esposo a tirasse da clínica. Ao retornar para casa, ela tentou enforcar-se, como forma de livrar-se das vozes, mas na hora em que estava presa a uma corda gritou pedindo socorro, não obedecendo assim ao comando recebido pelas vozes. Após esse episódio, Júlia passou a apresentar alucinações visuais, vendo a imagem de um menino preto, olhando para ela no espelho, e uma mulher loira andando perto dela, no entanto segundo ela, essas imagens não falavam nada, mas as vozes lhe mandavam ter relações sexuais com suas filhas, devido a isso a paciente pediu para ser internada novamente, passando a ver a clinica como um SPA, um lugar de tratamento.

Júlia diz ser um absurdo sentir desejo por três crianças, momento em que relata que na adolescência manteve relação masturbatória com uma criança de cinco anos, sentido vontade de fazer o mesmo com as filhas, não se perdoando por apresentar tais sentimentos. Revela, ainda, que foi abusada sexualmente na infância, pelo seu tio e sabe o quanto é ruim sofrer um abuso sexual.

Após alguns dias de internação, a paciente passou a ir para casa nos finais de semana, no entanto, dizia na sessão que continuava a ouvir vozes, não mais a mandando matar as filhas, mas ordenando que ela gritasse ou corresse o que ela não fazia.

Durante os atendimentos, a paciente relatava que a voz estava lhe dizendo que não adiantaria em nada o tratamento ao qual ela estava sendo submetida, que a única solução para ela seria morrer, pois assim deixaria de dar trabalho aos outros.

Após quatro semanas de internação, ela diz que não ouve mais vozes durante o atendimento, que não sente mais vontade de morrer, mas de mudar de casa para um lugar tranquilo. À medida, em que ocorriam os atendimentos, uma sutil estabilização no quadro da paciente foi sendo percebida, pois no principio a mesma que quase sempre chegava muito angustiada na sessão, desviando o olhar do espelho localizado na sala, devido às alucinações visuais, passou a se olhar no espelho e dizia não ver mais o menino que aparecia, nem ouvir mais vozes, que quando as vozes queriam falar com ela começava a pensar em um hino religioso, cantando, orando, lendo a bíblia em uma tentativa de se livrar dessas vozes.

## 5- CONCLUSÃO

Segundo Jimenez (2004), Lacan, no Seminário 3, verifica que os psicóticos procuram e permanecem em análise e, desse modo, designa a posição do analista como a de “secretário do alienado”, aconselhando-o a tomar ao pé da letra as palavras do sujeito psicótico. Diante da questão levantada por Lacan, de como dirigir a cura de psicóticos se invocar a função metafórica seria fazer aparecer Um-Pai sob a forma do terceiro, Jimenez (2004) tece duas afirmações, a saber: o analista não deve invocar a ambiguidade significativa, pois seria equivalente a um chamado ao Nome-do-Pai; e deve tentar preservar as referências especulares, não cortar o olhar, por exemplo, deixando um enigma para o psicótico, que pode não ter recursos simbólicos para lidar com tal falta.

A experiência vivida durante o estágio na clínica Dr<sup>o</sup> Maia, propiciou o encontro com a psicanálise lacaniana e a psicose, elementos fundamentais para a formação acadêmica enquanto estudante de psicologia e iniciante na psicanálise. O trabalho com a clínica da psicose, onde pode se dizer que o inconsciente encontra-se a céu aberto, faz pensar na posição do psicólogo que em alguns momentos pode servir de “suporte” na estabilização de alguns pacientes, através da escuta fundamentada na psicanálise de orientação Lacaniana, assumindo a posição que o próprio Lacan nomeou de secretário do alienado, quando se trata da clínica da psicose, tendo em vista que a escuta e a condução do tratamento diferencia-se da clínica da neurose.

Através do convívio na clínica, no acompanhamento dos pacientes desde o momento em que ingressavam na instituição em surto psicótico, até o momento da estabilização daquela crise, a escuta balizada pela psicanálise Lacaniana apresentava-se como eficaz para a clínica da psicose.

A prática da psicanálise na instituição, através dos estudos de caso, das supervisões, e dos atendimentos se torna instigante e desafiadora. A clínica psicanalítica traz novos ensinamentos a cada dia, não sendo possível pensar numa clínica pronta, a construção se faz no encontro único com o sujeito em sofrimento. Os caminhos traçados pela psicanálise não possui macha a ré, ratificando a escolha daquele que opta em seguir pela prática profissional da psicologia pelo viés da psicanálise.

**ABSTRACT**

This article discusses the clinical guidance Lacanian psychosis in a psychiatric institution. Through the status of the case we can make some observations on the work of psychoanalysis tied to the institution, using the clinical case as part of research, for discussion and understanding of the psychosis in clinical psychoanalysis. For this, some pertaining to the study of psychosis such fundamental concepts as were used: clinical structures, foreclosure of the name of the father, the Oedipus complex, triggering elementary phenomena, stabilization, temping, these concepts that are present in the clinical case through the discourse of patient in question, seeing themselves thus the link between theory and clinical practice.

**KEYWORDS:** Psychosis. Psychoanalysis. The Oedipus complex.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Elisa. **Estabilizações**. Curinga, nº 14. Belo Horizonte: 2000.
- BROCA, R. **Sobre la erotomanía de transferencia**. In: Psicosis y psicoanálisis. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1985.
- CARVALHO, Frederico Zeymer Feu de. **O trabalho da psicose e o trabalho da instituição**. Belo Horizonte: 2004.
- DOLTO, F. **A criança do espelho**. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- DRUMMOND, Cristina. **Formas de desencadeamento**. Curinga, nº 14. Belo Horizonte: 2000.
- FERNANDES, Maria Cristina Maia de Oliveira. **A reforma psiquiátrica e as novas diretrizes da instituição**. Paraíba, 2005.
- FORBES, J. (2000). **Emprestando consequência**. Opção Lacaniana, 29, 65-68.
- FREUD, S. – **Sobre a psicoterapia** (1905 [1904]), in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 250.
- JIMENEZ, Stella. **Psicóticos em análise**. IV Congresso da AMP. 2004.
- LACAN, J. (1998). **De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose**. In (V. Ribeiro, Trad.), Escritos. (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1966 e escrito em 1958).
- LACAN, Jacques. **O estádio do espelho como formador das funções do eu** (1949). In Escritos. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1998. 608 p.
- LACAN, J. **O Seminário. Livro III. As Psicoses**. (1955-1956) Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- LACAN, J. **O Seminário. Livro V. As Formações do Inconsciente**. (1957-1958) Rio de Janeiro: Zahar, 1999.
- LEVIN, E. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. Tradução Julieta Jerusalinsky. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MEZAN, R. **O que significa “pesquisa” em psicanálise?** In: SILVA, M. E. L. da (Coord.). **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papyrus, p. 49- 89, 1993.P: 2004
- MILLER, J. A. **A invenção psicótica**. Opção Lacaniana 36(1), 6-16. (2000).
- MILLER, J. A. **A imagem do corpo em psicanálise**. Opção lacaniana 52, 17-27. (2008).
- NOGUEIRA, L. C. **Pesquisa em Psicanálise**. Instituto de Psicologia da USP. São Paulo, 2004.
- PAULINO, Marizilda. **Das suplências: do sintoma ao sinthoma**. São Paulo, 2006.
- RABINOVITCH, S. **A forclusão: presos do lado de fora**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- RIGUINI, Renata Damiano. **Da passagem ao ato à transferência: duas soluções em um caso de psicose**. São Paulo, 2005.
- ZENONI, A. **Psicanálise e Instituição. A segunda clínica de Lacan** In: Abre campos, Ano 1, N° 0. Belo Horizonte: Instituto Raul Soares, 2000.