

Como se configura a psicose na contemporaneidade

Rosane de Albuquerque Costa¹
Beatriz Guimarães Leal Almeida²

Resumo: Este artigo tem por objetivo abordar a configuração da psicose na contemporaneidade. A proposta constitui fazer uma discussão sobre o conceito de saúde mental ao longo do tempo, citar os impasses das classificações psicopatológicas, e explorar a diferença entre a psicose extraordinária (clássica) e a psicose ordinária estabelecendo uma análise comparativa entre elas, incluindo também as dificuldades em seu diagnóstico. Para isso, foi necessário fazer a descrição da constituição da estrutura psicótica, e as características da psicose ordinária, utilizando da psicanálise como referencial teórico para orientar o estudo.

Palavras-chave: Psicose ordinária; Contemporâneo; Psicose; Saúde mental; .

How to configure psychosis in contemporary times

Abstract: This article aims to approach the configuration of psychosis in the contemporary world. The proposal is to discuss the concept of mental health over time, to cite the impasses of psychopathological classifications, and to explore the difference between extraordinary (classical) psychosis and ordinary psychosis by establishing a comparative analysis between them, including also the difficulties in their diagnosis. For this, it was necessary to describe the constitution of the psychotic structure, and the characteristics of ordinary psychosis, using psychoanalysis as a theoretical reference to guide the study.

Keywords: Ordinary Psychosis; Contemporary; Psychosis; Mental health; .

¹Universidade Estácio de Sá, Mestre em Psicologia da Educação, Psicóloga do Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, Coordenadora do Laboratório de Práticas Sociais e Saúde - Universidade Estácio de Sá, Coordenadora do curso de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Universidade Estácio de Sá, Coordenadora do MBA de Gestão e Administração Hospitalar, SIND - Supervisora Nacional de Disciplina Endereço: Rua Visconde de Sepetiba, 86/1.110, Centro-Niterói / RJ, CEP: 24020-206, (*) e-mail: rosa.ac@terra.com.br

²Universidade Estácio de Sá, Graduação em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá.

Endereço: Rua Doutor Getúlio Vargas N° 2600, Bloco: A4 / Apt°: 301 - São Gonçalo / RJ, CEP: 24416-000, (*) e-mail: beagla.psi@gmail.com Aceito para publicação 14/12/2017

1. Introdução

O presente artigo traz como ponto principal uma questão que gera muita discussão para a psicologia e psiquiatria, e que carrega consigo uma complexidade desde a maneira como esta compreendida, até os fenômenos psíquicos que a configuram e o tratamento aplicado.

Fazendo um contraponto entre a psicopatologia psiquiátrica e a definição da psicose para a psicanálise, verifica-se que para Dalgalarondo (2000), “as síndromes psicóticas caracterizam-se por sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, com fala e risos imotivados”, sendo a perda de contato com a realidade, a dimensão central da psicose. Já sob um viés psicanalítico, podemos definir a psicose como sendo um tipo de estrutura psíquica do sujeito, sendo esta, um desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo. Na estrutura psicótica, há um rompimento do sujeito com a realidade, e o psicótico ou não perceberá o mundo exterior, ou a percepção deste não irá produzir nenhum efeito (FREUD, 1923).

Para entendermos de que maneira se deram os processos de transformação no atendimento ao portador de transtorno mental, se faz necessário abordar o desenvolvimento histórico da loucura. A dita “loucura”, como são vulgarmente chamada as psicoses, teve seu percurso na história marcado por diversas mudanças de paradigma em relação a caracterização do que é tido como “normal”, e o que é tido como patológico na psiquê. Com isso, entende-se que é preciso ter um olhar além dos sintomas, e observar o sujeito além de sua descrição e/ou classificação nosológica.

Ao longo do tempo, a loucura recebeu mudanças não só na maneira como era entendida pela sociedade, como também na forma como era tratada pelas instituições. No livro *História da Loucura*, Foucault faz a apresentação de um estudo das ideias, práticas, instituições, arte e literatura relacionados ao tema da loucura na história. Sua obra inicia a narrativa na Idade Média, abordando a questão da exclusão dos leprosos da sociedade.

Foucault argumenta que a loucura veio a ocupar essa posição excludente que antes pertencia aos leprosos, e cita a nau dos loucos no século XV, onde os loucos eram expulsos dos navios, como o exemplo da exclusão que era praticada. Porém, na Renascença, a loucura passou a ser vista como um fenômeno comum pois os homens não podiam entender completamente as Razões de Deus, e assim, o louco é tratado como aquele que chegou próximo demais da Razão de Deus, e portanto, passa a ser aceito como parte do meio social. Mais tarde, após o século XVII, em um movimento descrito por Foucault como “A Grande Internação”, os membros da população, tidos como “irracionais”, começaram a ser presos e institucionalizados. A partir do século XVIII, a loucura é encarada como sendo o oposto da Razão, porque muitos homens assumiam o comportamento de animais, e por isso era entendido que deveriam então, ser tratados como tais. No século XIX, a loucura passa a ser vista como doença mental, e que portanto, deve ser tratada.

Em 1948, por influência de um instrumento de categorizações, que no início do século XX, foi elaborado para aplicação nos ambulatórios que prestavam atendimento a ex-combatentes norte-americanos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), incluiu pela primeira vez uma sessão voltada aos Transtornos Mentais na sexta edição do Sistema de Classificação Internacional de Doenças (CID -6)

Mais tarde, em 1953 a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publica a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), sendo este, o primeiro manual de transtornos mentais focado em aplicação clínica. O DSM-I foi basicamente uma lista de diagnósticos categorizados, que descrevia clinicamente cada categoria diagnóstica, o que resultou em uma série de revisões sobre questões relacionadas às doenças mentais.

Tanto o DSM, quanto o CID descrevem e categorizam as enfermidades que compartilham sinais e sintomas e permitem a formulação de diagnósticos que auxiliam na identificação de uma determinada patologia, na previsão de sua evolução e no planejamento terapêutico. Entretanto, a psicose e suas variações, são normalmente nomeadas como transtorno, utilizando-se o termo “transtorno mental” no lugar de “doença mental” para dizer

delas. A razão disso é que quando se fala de doença, é preciso que se apresente o conhecimento exato dos mecanismos envolvidos e suas causas explícitas, e no caso dos transtornos mentais, são poucos os quadros clínicos que apresentam todas as características de uma doença no sentido tradicional do termo. Já o conceito de transtorno refere-se à um comportamento diferente, “anormal”, desviante.

...a perspectiva sociocultural visa estudar os transtornos mentais como comportamentos desviantes que surgem a partir de determinados fatores socioculturais, como a discriminação, a pobreza, a migração, o estresse ocupacional, a desmoralização sociofamiliar, etc. Os sintomas e síndromes devem ser estudados, segundo tal perspectiva, no seu contexto eminentemente sociocultural, simbólico, e histórico. É nesse contexto de normas, valores, e símbolos culturalmente construídos que os sintomas recebem seu significado e, portanto, poderiam ser precisamente estudados e tratados. Mais que isso, a cultura nessa perspectiva, é elemento fundamental na própria determinação do que é normal ou patológico na constituição dos transtornos e nos repertórios terapêuticos disponíveis em cada sociedade. (DALGALARRONDO, 2000, p.30)

Sendo assim, esses instrumentos servem como norteadores para que se possa identificar esses transtornos e tratá-los, ainda que desta maneira, os sintomas sejam reduzidos à dimensão comportamental, e convertidos em monossintomas (*apenas indícios*).

Entretanto, atualmente tem se verificado o aparecimento de novas demandas, mostrando claramente a necessidade de se pensar em uma clínica psicanalítica em acordo com a contemporaneidade e seus inevitáveis sintomas, pois, alguns destes sintomas são totalmente distintos dos conhecidos e catalogados nos tradicionais instrumentos de diagnósticos, e a psicose ordinária situa-se nesse contexto, trazendo mais um desafio para o profissional de Saúde Mental.

O artigo visa uma reflexão, ainda que longe de conclusiva, sobre essa manifestação da psicose, que se mostra tão complexa desde o seu diagnóstico, até seu tratamento, e que traz consigo muitas interrogações.

A “loucura” ao longo da história

Nos registros históricos da psicose encontramos diversas mudanças na maneira como a mesma era tratada e compreendida. A psicose, mais comumente chamada de loucura,

a priori foi tratada como um fenômeno, pra somente anos mais tarde, vir a ser considerada como doença, e receber um tratamento para tal.

Na antiguidade grega e romana, por exemplo, foi classificada como manifestações sobrenaturais causadas por deuses e demônios. Durante a inquisição, os tidos como loucos, foram duramente perseguidos por influência da Igreja, pois acreditava-se que os psicóticos eram servidores do mal, e bruxos, recebendo então, o mesmo tratamento destinado aos hereges.

Já no período da Idade Média, os loucos eram excluídos da sociedade assim como anteriormente se fazia com os leprosos. Sendo então depositados nos antigos leprosários. “Em Stuttgart, o relatório de um magistrado indica que em 1589 que há já 50 anos não há mais leprosos na casa que lhes é destinada. Em Lippliegen, o leprosário é logo povoado por incuráveis e loucos.” (FOUCAULT, 1989, p.5.)

No século XVI, a lepra foi inicialmente substituída pelas doenças venéreas, e por influência da forma de internamento que se estabeleceu no século XVII, esse mal é isolado, incluindo-se ao lado da loucura num espaço excludente.

Fato curioso a constatar: é sob a influência do medo de internamento, tal como ele se constitui no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão. De fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará para se apropriar. (FOUCAULT, 1989, p.8.)

No entanto, o olhar pra loucura sofre modificações, e no período Renascentista a mesma é encarada de várias formas até ser relacionada a Razão. O Louco, fica entendido como aquele que chegou próximo demais da Razão de Deus.

Agora o grande círculo fechou-se. Em relação à sabedoria, a razão do homem não passava de loucura; em relação à estreita sabedoria dos homens, a Razão de Deus é considerada no movimento essencial da loucura. Em grande escala, tudo não passa de loucura; em pequena escala, o próprio Todo é Loucura. Isto é, a loucura só existe com relação à razão, mas toda a verdade desta consiste em fazer aparecer por um instante a loucura que ela recusa, a fim de perder-se por sua vez numa loucura que a dissipa. Num certo sentido, a loucura não é nada: a loucura dos homens não é nada diante da razão suprema que é a única a deter o ser; e o abismo da loucura fundamental nada é, pois esta só é que é em virtude da frágil razão dos homens. (FOUCAULT, 1989, p.32,33.)

Mais tarde, no século XVII, o que até então era tido como marca divina, passa a ser um modo de exclusão. Os considerados “irracionais” passaram a ser presos e institucionalizados.

Essas casas de internamento tinham a finalidade de receber os loucos, no entanto, tornaram-se cárceres de aprisionamento de todo tipo de indivíduo, desde os próprios loucos, até aqueles que eram portadores de doenças, vagabundos, e todos aqueles que de alguma forma colocavam em risco a ordem social, e organização moral. “A loucura, cujas vozes a renascença acaba de libertar, cuja violência porém ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”. (FOUCAULT, 1989, p.45.)

Assim, a loucura passa a não ser mais vista como relativa à razão, e sim seu oposto. Entendia-se que já que estes muitas vezes assumiam comportamentos de animais, então deveriam ser tratados como tal.

Instaurava-se, em relação à loucura, uma ideia de animalidade. O louco era visto como um animal, desprovido de sua racionalidade, de sua fragilidade humana e de sensibilidade à dor física. Como a animalidade, a loucura era sinal de humilhação e sofrimento. Os loucos aparentemente mais furiosos eram expostos como animais ao público, para evidenciar a verdade e a virtude pela razão, eram também utilizados nas lavouras em substituição às bestas de carga. (MILLANI & VALENTE, 2008)

Na segunda metade do século XVII, os internos que não eram loucos começam a protestar, por não aceitarem serem maltratados e humilhados como loucos. O internamento também sofreu mudanças por ser desfavorável à economia, o que faz com que os internos pobres fossem devolvidos ao convívio social, mantendo em cárcere apenas aqueles que eram considerados um risco à sociedade.

Ao fim do século XVIII, mudanças significativas começam a surgir. A loucura passa a ser considerada ausência de liberdade, e o confinamento e a repressão é entendido como um fator que só aumentava e agravava o quadro da loucura. Sendo assim, a internação passa a visar a libertação, o que contribui com o fim do internamento, e a criação dos Asilos. Entretanto, esses asilos acabaram por se transformar em um violento espaço de exclusão, de negação e mortificação das subjetividades. Já no século XIX, a loucura passa a ser considerada doença e por isso deve ser tratada.

Segundo Amarante (1995), anos mais tarde, já em 1978, surge no Rio de Janeiro, o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), e que vem a se tornar o ator social

estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Buscando compreender qual a função social da psiquiatria e suas instituições, para além do papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM construiu um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar a possibilidade de uma inversão deste modelo à partir do conceito de desinstitucionalização. Daí por diante, o desejo por uma sociedade sem manicômios começa a ganhar força.

Em 1989, dois outros acontecimentos marcaram esta trajetória. O primeiro foi a intervenção, pela Prefeitura de Santos, na Casa de Saúde Anchieta, de um hospício privado que contava com mais de 500 internos. Possibilitada pelo processo de municipalização do sistema de saúde, a intervenção deu início ao fechamento do hospício e à substituição do modelo assistencial, com a criação de Centros de Atenção Psicossocial (que funcionam 24 horas, atendendo quaisquer situações de crise psiquiátrica e/ou social relacionada ao estado mental, inclusive com leitos de suporte para hospedagem em situações mais graves), de projetos culturais e artísticos – a exemplo do Projeto TAMTAM –, de Lares Abrigados para ex-internos ou para novos pacientes que não tenham casa ou condições de moradia, e de uma cooperativa de trabalho que oferece condições de trabalho para as populações carentes, com ou sem problema especificamente psiquiátrico. (AMARANTE, P. 1995)

Assim, a experiência de Santos leva a ocorrência de outro fato importante, que é a criação do projeto de lei Paulo Delgado, que tem como proposta a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, substituindo-o por outras modalidades de assistência e de tecnologias de cuidados. Todas essas iniciativas promoveram um movimento importante de transformações no campo da Saúde Mental no Brasil. Em 2001, o projeto Paulo Delgado (Lei Nº 10.216) é sancionado, impondo assim um novo ritmo para o processo de reforma psiquiátrica brasileira. A desinstitucionalização proposta pela reforma, tem como objetivo a desconstrução, ou seja, tem por intenção superar um modelo arcaico voltado para o conceito de doença como um erro. Desinstitucionalização visa tratar o sujeito em sua existência e condições de vida.

Psicose na contemporaneidade

A partir do que é chamado “O último ensino de Lacan”, Jacques-Alain Miller inventa o termo Psicose Ordinária para referir-se às psicoses que se apresentam de maneira diferenciada, e que em razão disto são também difíceis de diagnosticar. Ou seja, à partir da Clínica Lacaniana, o autor concebe o que segundo ele não é um novo conceito, mas uma

palavra, um significante, uma expressão à respeito de uma variação da psicose. Miller afirma que a psicose ordinária não possui definição rígida, e que trata-se de uma categoria mais epistêmica do que objetiva.

Em “Efeito do Retorno à Psicose Ordinária”, Miller (2010) reflete sobre o motivo que o levou a sentir necessidade de inventar o sintagma – Psicose ordinária, e explica que à época, sua necessidade e urgência era driblar a rigidez de uma clínica binária: neurose e psicose. Com um questionamento recorrente entre clínicos, analistas e psicoterapeutas à respeito do diagnóstico de seus pacientes, sem nunca conseguirem identificar se se tratavam de neuróticos, ou psicóticos, percebeu-se que certos casos davam a impressão de se situarem entre as duas estruturas.

Apesar da diferenciação supostamente absoluta entre a neurose e a psicose fundamentada na forclusão do Nome-do-Pai, verdadeiro credo Lacaniano – “Eu te batizo neurótico se há Nome-do-Pai, e eu te batizo o psicótico se ele não existe” – Certos casos davam a impressão de se situarem entre duas. Com o passar do tempo, essa fronteira tornou-se, na supervisão, e na prática, espessa. (MILLER, J.A. p.6)

No entanto, se é uma neurose, não pode então ser uma psicose, ou se é uma psicose, não pode então se tratar de uma neurose. E é aí que entra a psicose ordinária, pois se durante anos, se teve razões para duvidar da neurose do sujeito, podem apostar que é mais um psicótico ordinário. Se não há como reconhecer no paciente a estrutura de sua neurose muito precisamente, então deve-se apostar de que se trata de uma psicose velada, dissimulada. Difícil de ser reconhecida como tal, mas deduzida de pequenos indícios variados. (MILLER 2010).

Para chegarmos ao entendimento de como se estrutura a psicose ordinária, antes, é importante discutir quais são as características estruturais da psicose. Para Lacan, a vida psíquica começa com o imaginário, e a estrutura Lacaniana tem o simbólico (a linguagem, e a metáfora paterna) como potência que impõe a ordem, a hierarquia e etc. Funciona como um estabilizador do mundo imaginário instável. “Quando se introduz o elemento ordenador do Nome-do-Pai, obtém-se uma subtração no nível da libido, do gozo, e das pulsões” (MILLER 2010, p.9). Essa introdução do Nome-do-Pai será responsável pelo que, em termos Freudianos, nomeia-se castração, que nada mais é do que essa subtração do gozo. Lacan

constrói então a definição da estrutura psicótica como sendo a falta do Nome-do-Pai e do falo castrado.

Lacan, em dado momento de seus ensinamentos, define que toda ordem simbólica é um delírio, pois dar sentido às coisas já é delirante. Miller explica que na prática, devemos nos preocupar com a maneira particular com que o sujeito dá sentido às coisas, e a repetição em sua vida, e que seguindo a ideia da ordem simbólica delirante dita por Lacan, pode-se dizer que esse elemento particular chamado Nome-do-Pai, deixa de ser um “nome próprio”, tornando-se um predicado definido na lógica simbólica. Esse elemento funciona como o princípio que ordenará o mundo do sujeito psicótico, pois, embora isto não seja o Nome-do-Pai, terá a sua qualidade, e sua propriedade.

A questão incide então sobre o Nome-do-Pai como predicado. Isso significa dizer que ele é um substituto substituído. O Nome-do-Pai se substitui ao Desejo da Mãe, impõe sua ordem ao Desejo da Mãe. E o que chamamos de predicado do Nome-do-Pai é um elemento, uma espécie de make-believe do Nome-do-Pai, um compensatory make-believe (um fazer-criar compensatório) do Nome-do-Pai. (MILLER, J.A. 2010, p.12)

Como então identificar de que maneira a psicose ordinária irá se apresentar? Com muita delicadeza e cuidado, pois deve-se observar todos os pequenos indícios, pode-se dizer que quando a psicose não aparece de forma evidente, não havendo nítidos fenômenos da psicose extraordinária, bem como também não se apresentam elementos bem definidos da neurose, nem sua constância, estabilidade e repetição, então tenta-se definir esta psicose como dissimulada. “Frequentemente é uma questão de intensidade, uma questão de mais ou menos”, o que segundo Miller (2010, p.13), nos orienta para o que Lacan chamou de “uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida do sujeito”, que é o que se busca na psicose ordinária.

Para o psicótico ordinário, essa desordem no sentido da vida, segundo Miller, se dá em uma tripla externalidade sendo elas uma externalidade social, uma corporal e outra subjetiva, e os indícios deverão ser situados nos três registros.

A externalidade social diz respeito à relação com a realidade. Observa-se nas psicoses uma relação negativa desse sujeito com sua identificação social, apresentando uma impotência, um certo desespero inexplicável que torna o psicótico incapaz de assumir sua função social, desligando-se do trabalho, ou da família, por exemplo. Este não consegue se

ajustar, como se houvesse um impedimento. No entanto, na psicose ordinária, essas identificações podem se dar também de maneira positiva, ou seja, o sujeito possui uma forte identificação com sua posição social. Miller explica que quando esse sujeito investe muito no trabalho, e tem intensa identificação com o mesmo, a perda deste trabalho pode desencadear sua psicose, pois na maioria das vezes o trabalho vai ter um significado que está pra além de uma maneira de viver. Este trabalho pode fazer a vez de Nome-do-Pai para o sujeito, mantendo sua psicose não desencadeada, não manifestada.

Lacan diz que, em nossa época, o Nome-do-Pai é o fato de ser nomeado, de ser atribuído a uma função, de ser nomeado para. Atualmente, o Nome-do-Pai é aceder a uma posição social. Constatase efetivamente que ser membro de uma organização, de uma administração, de um clube pode ser o único princípio do mundo de um psicótico ordinário. Por exemplo, ter um trabalho tem hoje um valor simbólico extremo. (MILLER, J.A. 2010, p.16)

No estudo de caso apresentado por Cândido, Marra, Passos & Bessa (2012), os traços que caracterizam a psicose ordinária ficam evidentes no discurso da paciente. “L.F.L”, como é nomeada pelos autores, diz diversas vezes ao longo do tratamento sobre sua vontade de trabalhar que é frustrada por não conseguir passar nos testes psicológicos, nos leva ao conhecimento da relação negativa da paciente com sua identificação social. Em uma das sessões, L.F.L. diz: “No dia que fui à empresa C., a moça que estava com as minhas avaliações disse que eu não conseguiria o trabalho porque eu tinha problema e eu não ia conseguir fazer nada [...] iria me apegar aos funcionários porque sou boa demais”.

Em relação a externalidade corporal, o corpo é tido como um Outro para o sujeito. Nesta segunda externalidade, “o sujeito é levado a inventar para si laços artificiais para apropriar-se de seu corpo, para ‘prender’ seu corpo a ele mesmo” (MILLER 2010, p.17). Há sempre uma falha na relação do psicótico ordinário c/ seu próprio corpo. Entretanto, todos os meios artificiais que eram tidos como anormais, como os piercings e as tatuagens, são banalizados na atualidade, o que nos traz certa dificuldade na identificação desses elementos como sendo possíveis laços artificiais de um psicótico com seu corpo.

Tais elementos vão funcionar como o Nome-do-Pai nessa relação que um sujeito tem com seu corpo. Segundo Miller (2010), a moda é claramente inspirada na psicose ordinária, e determinados usos de tatuagens são identificados como um critério da psicose

ordinária quando é possível perceber que para o sujeito, esta é uma forma de prender o corpo a si mesmo.

O sintoma relacionado a externalidade corporal também pode ser evidenciado no corpo por manifestações patológicas, como é mostrado no caso clínico apresentado por Rosa (2009), onde um jovem universitário, após ser levado ao endocrinologista para ter sua magreza adolescente tratada com uma dieta para engordar, passa a apresentar uma compulsão por ser pesar várias vezes ao dia, para verificar se não perdeu peso, pois essa possibilidade lhe causava horror. À partir disso, o paciente em questão desenvolve também um quadro que Rosa (2009) nomeia de anorexia mental, onde os objetos “vão caindo sob o signo de nada: nada de namoradas! nada de amigos! nada de faculdade! nada...! nada!”, onde através desse movimento de recusa, o jovem produz “um jogo mórbido com a morte”, um “jogo marcado pelo gozo da privação”.

A mudança em sua forma corporal faz com que o sujeito não o reconheça, não o assimile e se aproprie dele, o que obviamente faz com que ele não se identifique em sua nova imagem, tendo assim, dificuldade para operar com seu corpo no registro da significação fálica. Segundo a autora, o jovem também apresenta fenômenos ligados ao corpo, utilizando de aparelhos como PC, vídeo games guitarra e etc, como uma tentativa de estabilização, uma adesividade ou fixação. Para esse sujeito, esses elementos serviam de laço artificial para fixá-lo a este corpo que lhe parecia “estranho”.

Na externalidade subjetiva, o sujeito experiencia um vazio, não sendo como o vazio encontrado em casos neuróticos. “Na psicose ordinária se busca um índice do vazio e do vago de natureza não dialética. Nesse caso, há uma fixidez especial desse índice.” (MILLER 2010, p.18)

Há também uma identificação com o objeto a como dejetos, ou seja, o sujeito pode se ver como resto, e negligenciar a si mesmo de maneira extremada.

No estudo de caso apresentado por Cândido, Marra, Passos & Bessa (2012), é possível observar essa identificação ao vazio, onde no discurso da paciente, aparecem relatos de uma vida problemática, com dificuldades para se fixar em um trabalho, e também para se adequar à sociedade na qual está inserida. L.F.L. sente-se incapacitada no contexto profissional, e mesmo tendo conseguido um trabalho, a paciente diz que não consegue atingir

as metas que são determinadas por sua supervisora, e que isso a deixa triste provocando “raiva e dor de cabeça”. Além disso, a paciente analisada também falou de um medo de se relacionar afetivamente, que se estendeu por algum tempo.

Psicose Extraordinária X Psicose Ordinária

Para discutir a problemática do diagnóstico diferencial, e tratamento de uma psicose ordinária, é necessário antes estabelecer uma análise comparativa entre as psicoses, verificando o que há de semelhanças e/ou diferenças entre elas no que diz respeito às características estruturais, e a maneira como se apresentam os sintomas destas.

Na manifestação de uma síndrome psicótica extraordinária (clássica), encontraremos sintomas típicos como alucinações e delírios, pensamento desorganizado e comportamento bizarro, risos imotivados, e a apresentação de fenômenos da língua, tais como, uma fala empobrecida simbolicamente, discurso desorganizado, “sopa de palavras”, embotamento afetivo que vai remontar numa linguagem menos expressiva, sendo a perda de contato com a realidade, o ponto central da psicose. Já a psicose ordinária, em geral, aparece de forma branda, menos intensa, e em razão disso, os fenômenos da psicose tradicional não aparecem de forma nítida. Segundo Miller (2010) “é uma clínica dos pequenos indícios de forclusão”. O mesmo autor afirma que “Nem todas as psicoses assumem a forma de uma psicose desencadeada, explodida. Existem psicóticos que vão viver toda a sua vida de psicótico tão calmamente quanto na psicose ordinária”. (MILLER, 2010, p.23)

Em relação à estrutura da psicose, para Freud a origem da psicose se dá por uma frustração, em uma não realização de um dos desejos de infância que nunca são vencidos e que estão enraizados em nossa organização freneticamente determinada. Quando no período de dissolução do complexo de Édipo, a criança se depara com a ameaça de castração, e esta, para ele gera uma frustração intolerável. Neste caso, o ego irá criar, autocriticamente, um novo mundo externo e interno, e esse novo mundo será construído de acordo com as pulsões desejosas, e do id. Ou seja, não há a introdução da autoridade paterna, chamado por Lacan de nome-do-pai, o que leva a uma estruturação psicótica.

Na estruturação da psicose ordinária, o processo se dá com uma sutil diferença. Nesta também não há o nome-do-pai, no entanto há algo, um tipo de aparelho suplementar, há alguma coisa que se ajusta mais ou menos, um tipo de “make-believe” (fazer-crer) que fará a vez de “nome-do-pai” pro sujeito.

Quanto ao desencadeamento, na psicose extraordinária o surto psicótico ocorre diante de uma vivência que não é possível significar à partir dos recursos representativos que o sujeito desenvolve com base em suas vivências anteriores, traços de memória, e ideias e juízos adquiridos até então. Essa vivência é como um confronto, e leva o psicótico a apresentar como resposta uma desorganização da representação da realidade. Na psicose ordinária, essa desorganização irá se dar à partir da perda do seu “make-believe”. Quando em algum momento, o “make-believe” cai, é cortado, o mundo do sujeito é destruído, e então, o desencadeamento é manifesto. No entanto, “depois o sujeito pode se organizar tão bem quanto antes, ou seja, com um déficit – da ordem de um ‘não suficientemente bom’ – que desconecta progressivamente o sujeito da realidade social” (MILLER, 2010, p.24)

Em seu trabalho “O seminário, livro 3”, Lacan afirma que “nada se parece tanto com uma sintomatologia neurótica quanto uma sintomatologia pré-psicótica”, o que nos faz compreender o porque de haver na clínica alguns enganos em diagnósticos diferenciais. É por ser uma clínica dos pequenos indícios, que o reconhecimento da psicose ordinária muitas vezes se torna tão complexo. A categoria desta psicose se origina da prática e de suas dificuldades, e são os pequenos indícios de forclusão que servem como indicadores, de que se trata mesmo de uma psicose. Isso pode ser bem exemplificado quando pensamos na questão da identificação social ao trabalho, que é perfeitamente normal, quando não percebida uma intensificação dessa identificação, pois “uma intensificação da identificação com o trabalho pode indicar outra direção” (MILLER, 2010, p.24).

Miller (2010) cita como um exemplo de caso de psicose ordinária o clássico “O homem dos Lobos” de Freud, que era psicótico, mas apresentava muitos traços de neurose, e que em razão disso, poderia ser tido como um psicótico ordinário. No caso “o homem dos lobos”, são indicativos de elementos sintomáticos de uma psicose ordinária “a invasão de um pedaço de real, a identificação ao vazio que o impossibilita de endereçar ao Outro uma mensagem, a ocorrência de acontecimentos de corpo na forma de terror paralisante e da perplexidade, e a identificação à versão dejetivo do objeto *a*” (LIMA, VALENTIM, ROCHA & RODRIGUES 2010, p.11).

Impasses nas classificações psicopatológicas, e a importância da Psicanálise no tratamento das psicoses.

Os sintomas contemporâneos, tais como, acontecimentos de corpo (anorexias, fenômenos hipocondríacos), identificação ao vazio, e as identificações sociais, onde o sujeito pode, por exemplo, identificar-se intensamente à sua posição social, servem como indicativos de uma psicose ordinária, contendo elementos importantes para a formação de hipóteses diagnósticas para os casos em que não haja a presença de um delírio explícito ou de alucinações regulares.

No entanto, a que se deve o surgimento dessa sintomatologia diferenciada da que tradicionalmente conhecemos? Segundo Lima, Valentim, Rocha & Rodrigues (2010), há uma suposição de que os modos de relação entre o sujeito e o Outro social, e a formação do sintoma tenham relação com o desenvolvimento do saber científico de uma época. Já que os sintomas contemporâneos mostram que a subjetividade acompanha a expansão do paradigma biológico. Os autores comparam que assim como a paralisia histérica foi estabelecido como sintoma ligado à expansão da neurologia, na atualidade, as depressões, a anorexia, as farmacodependências e as psicoses ordinárias, vão se apresentar como uma resposta sintomática ao “declínio dos ideais que compõem o Outro social, à ascensão do imperativo de consumo e da expansão da neurociência como discurso que fundamenta a produção dos fármacos” (LIMA, VALENTIM, ROCHA & RODRIGUES, 2010, p10). Ou seja, ao longo das mudanças sociais, e descobertas científicas, percebe-se também mudanças nas experiências subjetivas.

A problemática é que com isso surgem novas demandas, as quais juntamente com o conjunto de sintomas contemporâneos, exigem que haja uma maior atenção quanto à elaboração de uma hipótese diagnóstica na clínica. Como já foi dito anteriormente, encontra-se uma evidente dificuldade no diagnóstico da psicose ordinária, o que demonstra que o conjunto de sintomas contemporâneos recusa a orientação diagnóstica diferencial utilizada na clínica estrutural clássica.

O DSM segue em sua base principal a uma direção biopolítica, que estabelece e determina categorias identitárias, monossintomáticas, propondo colocar em circulação as novas formas de compreensão da experiência subjetiva e a diminuição das margens da adversidade às regras sociais (MILLER 2006, apud LIMA et al. 2010). Porém, a biopolítica conduz um movimento de recomposição da consistência do Outro, e o desafio é manter uma prática psicanalítica pautada no diagnóstico e na direção do tratamento sem fazer parte desse movimento. Os instrumentos de avaliação e diagnóstico da psiquiatria biológica reduz a psicopatologia à objetificação dos sintomas manifestos, e essa redução vai suprimir os elementos indissociáveis à disciplina do diagnóstico diferencial em psicanálise, bem como a conexão existente entre o diagnóstico e a direção de tratamento. Por exemplo, no caso clínico apresentado por Rosa (2009), e que foi apresentado anteriormente neste artigo, se avaliado por uma psiquiatria biológica, norteadada pelo DSM-V e sustentada pelas categorias identitárias dos monossintomas, certamente focaria nas características comportamentais do horror de engordar, os rituais compulsivos de pesagem do próprio corpo, e outros sintomas apresentados pelo paciente em questão, e o classificaria como Transtorno dismórfico corporal, ainda que as manifestações registradas no caso clínico apresentado por Rosa nos levem ao que tem sido designado como psicose ordinária (LIMA et al. 2010, ROSA 2009).

O estudo e os desdobramentos até aqui apresentados deixam evidentes a necessidade de direcionar aos sujeitos tidos como psicóticos um olhar além de uma classificação psicopatológica, pois não se trata apenas de um diagnóstico ou descrições de comportamento, mas de modos de existir do sujeito, e para descrever o sujeito em sua própria relação com sua constituição é necessário muito mais que características, e a Psicanálise serve como linha de apoio no manejo do tratamento da psicose, pois o diagnóstico em psicanálise não constitui um fim em si mesmo. A psicanálise funcionará no tratamento como um norteador, considerando o sujeito e suas experiências subjetivas para além de suas manifestações sintomáticas.

Considerações Finais

O presente trabalho teve como objetivo apresentar a configuração da psicose na contemporaneidade, e seus modos de apresentação diferenciada. Verificou-se que o termo “psicose ordinária” foi um significante criado por Jacques-Alain Miller para identificar as psicoses dissimuladas, deduzidas de pequenos indícios variados. O surgimento deste sintagma se deu após Miller se deparar com vários casos em que havia um questionamento recorrente de clínicos, analistas e psicoterapeutas sobre o diagnóstico de seus pacientes, por não conseguirem identificar se se tratavam de neuróticos, ou psicóticos, e que em alguns casos, tinha-se a impressão de que se situavam entre as duas estruturas. Entretanto, Miller vai nos dizer que se é uma neurose, não pode se tratar de uma psicose, ou se é uma psicose, não pode então ser uma neurose, e que se durante anos, houveram razões para duvidar da neurose do paciente, então se pode apostar que se trata de mais um caso de psicose ordinária.

A partir disso, verificou-se que a psicose ordinária geralmente se apresenta de forma menos intensa, e que por isso, os fenômenos da psicose tradicional não aparecerão de forma nítida. Miller também define que a estruturação da psicose ordinária se dá de forma semelhante à psicose tradicional, mas com uma pequena diferença, e aponta que embora a psicose ordinária também não possua o nome-do-pai, haverá algo, como um tipo de aparelho suplementar, que irá fazer a vez de “nome-do-pai” pro sujeito. Esta categoria da psicose tem como indicadores os pequenos indícios de forclusão, e é por isso que seu reconhecimento é muitas vezes tão complexo.

Observou-se também que para os psicóticos ordinários, a desordem no sentido da vida desses sujeitos, se dará em uma tripla externalidade (social, corporal, e subjetiva), e os sintomas relacionados a essas externalidades, se levados ao pé da letra, sem que haja uma consideração para além das classificações psicopatológicas, podem vir a interferir no diagnóstico da psicose ordinária. O sintoma relacionado a externalidade corporal, por exemplo, também pode ser evidenciado no corpo por manifestações patológicas, o que

poderia ocasionar em um diagnóstico equivocado se somente for levado em consideração as características contidas nos instrumentos de avaliação psicopatológica.

Segundo Miller, não há uma definição rígida para a psicose ordinária, e que portanto, esta trata-se de uma categoria mais epistemológica do que objetiva. Com isso, conclui-se que ainda se faz necessário o desenvolvimento de novas pesquisas relacionadas ao assunto, a fim de ampliar o conhecimento à cerca desta categoria da psicose.

Referências

- 1- AMARANTE, Paulo. **Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 491-494, set. 1995 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 23 de abril 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1995000300024>.
- 2- ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. **A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5**. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 abril 2017.
- 3- CÂNDIDO, E. R., MARRA, G. F., PASSOS, U.C.dos P., & BESSA, W.L.C. (2012). **As Psicoses Ordinárias: A Questão do Diagnóstico em Psicanálise**. Disponível em <<https://www.webartigos.com/artigos/as-psicoses-ordinarias-a-questao-do-diagnostico-em-psicanalise/83444> >. acessos em 28 abril 2017.
- 4- DALGALARRONDO, P *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas do Sul, 2000. p. 30 – 201.
- 5- FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

- 6- FREUD, S. (1924 [1923]) **Neurose e Psicose**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 7- FREUD, S. (1924a) **A dissolução do complexo de Édipo**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 8- FREUD, S. (1924c) **A perda da realidade na neurose e na psicose**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- 9- LIMA, Claudia Henschel de et al . **Diagnóstico diferencial e direção do tratamento na atualidade: do DSM-IV à psicanálise**. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 62, n. 1, p. 49-61, abr. 2010 . Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 abril 2017.
- 10- MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. **O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental**. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto , v. 4, n. 2, ago. 2008 . Disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 abril 2017.
- 11- MILLER, Jacques-Alain. (2010) **Efeito do Retorno à Psicose Ordinária**. *Opção Lacaniana On-line Nova Série*. v. ano 1, n. número 3, 2010. Disponível em:
<<http://www.opcaolacaniana.com.br/nranterior/numero3/texto1.html>>. Acesso em 28 abril 2017.
- 12- ROSA, Márcia. **A psicose ordinária e os fenômenos de corpo**. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 116-129, Mar. 2009 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 23 abril 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100008>.