

-DIAGNÓSTICOS DA PSICOSE DA VIDA COTIDIANA

*Rosane de Albuquerque Costa*¹

Universidade 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, SND - Supervisora Nacional de Disciplina
e-mail: rosa.ac@terra.com.br

Beatriz Guimarães Leal Almeida²

Universidade Estácio de Sá, Graduação em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá.
e-mail: beagla.psi@gmail.com

Resumo: Em razão do surgimento de novas manifestações sintomáticas em casos de psicose, e por serem estas muito particulares a cada indivíduo, viu-se a importância de se discutir a respeito da interminável catalogação dos sintomas, e a dificuldade que isso implica ao estabelecimento de um diagnóstico adequado na clínica atual, uma vez que esses manuais baseiam-se em sintomas superficiais, e não nos permitem estabelecer um diagnóstico mais próximo da verdade em casos onde a identificação do que é sintoma só pode ser feita através de uma análise minuciosa desses detalhes particulares em cada caso. Para tal, foi realizado uma revisão bibliográfica sobre o tema que nos possibilitou descrever a configuração das psicoses ordinárias, utilizando de casos clínicos para demonstrar a forma diferenciada dessas manifestações sintomáticas, permitindo também que fosse desenvolvida uma discussão à cerca do que foi modificado nos manuais em relação a psicose, e a ineficácia desses manuais em levar em consideração o que há de singular em cada sujeito. Como resultado, chegamos a conclusão de que as novas psicoses exigem que lhes seja direcionadas uma escuta diferenciada e pormenorizada que nos permita identificar se de fato estamos lidando com uma estrutura psicótica, e de que maneira o quadro psicótico deste, ou daquele sujeito está sendo deflagrada.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico; Psicose Contemporânea; Psicanálise.

DIAGNOSES OF DAILY LIFE PSYCHOSIS

Abstract: In reason to the appearance of new symptomatic manifestations in cases of psychosis, and because they are very particular to each individual, the importance of discussing the endless cataloging of symptoms has been seen, and the difficulty that this implies in the establishment of a diagnosis clinical manuals, since these manuals are based on superficial symptoms, and do not allow us to establish a diagnosis closer to the truth in cases where the identification of what is symptom can only be done through a thorough analysis of these particular details in each case. For this, a bibliographic review was carried out on the subject that allowed us to describe the configuration of the ordinary psychoses, using clinical cases to demonstrate the differentiated form of these symptomatic

manifestations, also allowing a discussion to be developed about what was modified in the manuals in relation to psychosis, and the inefficacy of these manuals in taking into account what is unique in each subject. As a result, we come to the conclusion that the new psychoses require that they be directed to a differentiated and detailed listening that allows us to identify if we are actually dealing with a psychotic structure, and how the psychotic picture of this or that subject is being triggered .

Keywords: Psychodiagnosis; Contemporary Psychotic; Psychoanalysis.

Introdução

O presente artigo traz como discussão os impasses nas classificações psicopatológicas, e a dificuldade que isso implica ao estabelecimento de um diagnóstico adequado na clínica atual.

Segundo Araújo & Neto (2014) as primeiras classificações norte-americanas de transtornos mentais, inicialmente tinham objetivos estatísticos, pois em 1840 e 1880, foram estabelecidas categorias somente para registrar nos censos a frequência de doenças mentais. Mais tarde, no início do século XX, foi desenvolvido pelo exército, em conjunto com a Associação de Veteranos, uma caracterização para aplicação em ambulatórios que atendiam ex-combatentes. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), inclui em sua sexta edição de seu sistema de Classificação Internacional de Doenças - CID-6, uma sessão para Transtornos Mentais.

Já em 1953, foi desenvolvida pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que vem a ser o primeiro manual de transtornos focado em aplicação clínica. O DSM-I era uma lista de diagnósticos categorizados, que continha a descrição clínica de cada categoria diagnóstica, e apesar de ser um manual com informações básicas, resultou em uma série de revisões sobre questões relativas às doenças mentais, e desde então, pesquisas e revisões bibliográficas, bem como pesquisas de campo, vem sendo desenvolvidas a fim de fornecer novos dados sobre as patologias e sua sintomática, com a intenção de contribuir cada vez mais para realização de diagnósticos e outras tantas pesquisas.

A problemática dessa moda atual da interminável catalogação dos sintomas, é que dificulta cada vez mais o estabelecimento de um diagnóstico adequado. Novas categorias diagnósticas aparecem a todo instante, baseadas em sintomas superficiais, mas que não

permitem que consigamos estabelecer um diagnóstico diferenciado mais próximo da verdade, ou o mais correto possível.

Duas pessoas podem apresentar, ao mesmo tempo, comportamentos superficiais como por exemplo, um quadro de timidez incapacitante em situações sociais, que podem ser tanto um sintoma da psicose, como de uma neurose com uma timidez mais profunda. Portanto, o mesmo sintoma superficial abarca estruturas psíquicas diferentes, uma neurótica, e uma psicótica, e estabelecer esse diagnóstico é fundamental para clínica, no entanto, ao mesmo tempo fica cada vez mais difícil em razão dessa multiplicidade de diagnósticos e catalogações possíveis que tem sido feitas à partir do surgimento dos códigos e manuais diagnósticos.

Atualmente, tem se verificado o surgimento de novas demandas, como por exemplo, em casos de Psicose Ordinária, que demonstram claramente a necessidade de se prestar uma maior atenção aos pormenores do sintomas apresentados, já que em alguns casos, os sintomas deflagrados na contemporaneidade são totalmente distintos dos conhecidos e catalogados nos tradicionais instrumentos de diagnósticos.

Método

As etapas desta pesquisa compreendem: revisão bibliográfica sobre o assunto e pesquisa exploratória, de caráter qualitativo. Com a revisão bibliográfica tivemos como objetivo aprofundar o conhecimento sobre as novas configurações das psicoses observadas na contemporaneidade, e que tem exigido dos profissionais de saúde uma atenção maior no tratamento destas. Além disso, foi desenvolvida uma discussão à cerca do que foi modificado nos manuais em relação a psicose, e a ineficácia desses manuais em levar em consideração o que há de singular em cada sujeito.

Já a pesquisa exploratória, pretendeu analisar os discursos de pacientes e o que de suas subjetividades apontavam para uma psicose, em casos onde a psicose aparece velada, dissimulada, e que em razão disso dificultam uma suposição diagnóstica, interferindo portanto no tratamento destes pacientes.

Amostra

Pesquisa realizada no Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro (CPRJ), no ano de 2018, com portadores de transtornos mentais esquizofrênicos e psicóticos. Participaram da pesquisa 27 sujeitos.

Instrumento

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas que tiveram por intenção ouvir o que do discurso desses pacientes apontavam para uma psicose ordinária.

Nº CAAE e Período de Pesquisa

Pesquisa autorizada pela Plataforma Brasil CAAE 55168216.8.00005284, e realizada no ano de 2018.

Análise dos Dados

Durante a pesquisa, observou-se que os entrevistados não apresentavam sintomas de uma psicose clássica, no entanto, foi possível identificar características que apontaram para a verdadeira estrutura psíquica desses pacientes. É difícil pensar em um diagnóstico à partir somente de uma fala, por exemplo, mas será essa fala, esse discurso do sujeito, que irá nos permitir compreender se o caso se trata mais de uma psicose do que de um caso de neurose. Ainda que não haja a presença dos fenômenos elementares, é possível perceber um funcionamento psicótico no indivíduo que antecede a deflagração de uma psicose, e portanto, será na clínica dos pequenos indícios, onde encontraremos os sintomas que nos possibilitarão estabelecer uma hipótese diagnóstica de psicose ordinária.

A Psicose Contemporânea

O Termo “Psicose ordinária” foi criado por Jacques-Alain Miller para referir-se às psicoses que se manifestam de maneira diferenciada, e que por isso, são também difíceis de diagnosticar. À partir da Clínica Lacaniana, o autor concebeu, o que segundo ele, não seria

Revista Conhecendo Online: Ciências da Saúde
Abril de 2020, v6, n1
ISSN: 2359-5256 (Online)

um novo conceito, mas um significante à respeito de uma variação da Psicose. Miller (2010) afirma que a psicose ordinária não possui definição rígida, e que trata-se de uma categoria mais epistêmica do que objetiva.

Por manifestar sintomas diferenciados dos tradicionalmente conhecidos, as novas psicoses muitas vezes são confundidas com outras patologias, e em se tratando de um diagnóstico diferencial na clínica, sua apresentação dissimulada pode levar-nos a acreditar que trata-se de um caso de neurose.

Miller (2010) explica que na prática, devemos nos atentar a forma particular com que o sujeito dará sentido às coisas, e a repetição em sua vida. Diz ainda, que seguindo a concepção da ordem simbólica delirante dita por Lacan, é possível dizer que esse elemento chamado Nome-do-Pai torna-se um predicado definido na lógica simbólica, funcionando como o princípio que ordenará o mundo do sujeito psicótico, pois ainda que isto não seja o Nome-do-Pai, terá a sua função.

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-creer compensatório) do Nome-do-Pai. (MILLER, J.A. 2010, p.12)

Em relação as manifestações sintomáticas, Miller (2010) afirma que “frequentemente é uma questão de intensidade, uma questão de mais ou menos”, o que segundo o autor nos orienta para o que Lacan denominou como “uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida do sujeito”, que é o que se procura identificar na psicose ordinária. De acordo com Miller (2010), essa desordem no sentido da vida, se dará em uma tripla externalidade sendo elas uma externalidade social, uma corporal e outra subjetiva, e os sintomas deverão ser localizados nos três registros.

A externalidade social está relacionada à relação que o sujeito tem com a realidade. Normalmente é observada nas psicoses uma relação negativa com sua identificação social, apresentando uma impotência, um certo desespero inexplicável que faz com que o psicótico não consiga assumir sua função social, levando-o a desligar-se da família, do trabalho, dentre

outros. Já na psicose ordinária, essas identificações poderão se dar de maneira positiva, o que leva o sujeito a possuir uma forte identificação com sua posição social. Se por exemplo, esse sujeito investe muito no trabalho, e possui intensa identificação com o mesmo, a perda deste trabalho pode servir como gatilho para desencadear sua psicose, pois neste caso, o trabalho terá um significado para além de uma forma de viver, podendo fazer a vez de Nome-do-Pai para o sujeito psicótico, o que até então estaria mantendo sua psicose não manifestada.

No que diz respeito a externalidade corporal, o corpo será considerado como um Outro para o sujeito, levando-o a inventar para si laços artificiais que o permitam apropriar-se de seu corpo para “prende-lo” a ele mesmo. (Miller, 2010, p.17). Haverá sempre uma falha na relação do psicótico ordinário com seu corpo. Miller (2010) aponta para o fato de que todos os meios artificiais que antes eram ditos como anormais, como piercings e as tatuagens, atualmente aparecem banalizados, o que provoca certa dificuldade na identificação desses elementos como possíveis laços artificiais de um psicótico com seu corpo. Tais elementos irão funcionar como o Nome-do-Pai na relação que o sujeito possui com seu corpo.

Já em relação a externalidade subjetiva, o sujeito vivencia um vazio, sendo diferenciado do vazio identificado em neuróticos. De acordo com Miller (2010), na psicose ordinária, procura-se um sinal do vazio, e do incerto de natureza não dialética. O autor afirma que também há uma identificação com o objeto a como dejetivo, que leva o sujeito a se ver como resto, e negligenciar-se de forma extremada.

Casos clínicos – Psicoses ordinárias e suas manifestações peculiares

Abaixo, apresentaremos alguns exemplos de casos clínicos sobre pacientes com indícios significativos de uma Psicose ordinária.

Caso 1 –

O paciente chega ao hospital pedindo pra ser incluído no INSS. Após ser informado que lá não era o INSS e que não poderiam fazer essa inclusão, o paciente começa a apresentar um comportamento muito agitado, e diz que não vai ficar ali, e que irá embora. Por estar

Revista Conhecendo Online: Ciências da Saúde
Abril de 2020, v6, n1
ISSN: 2359-5256 (Online)

visivelmente com fome, lhe é oferecido almoço, e em seguida, também é oferecida a oportunidade de tomar um banho. Depois os profissionais o convidam a conversar, e durante a conversa, o paciente conta que seus pensamentos “andam” por sua cabeça. Essa fala indica uma alteração da sensopercepção que em uma conversa normal, não representaria nada, inclusive ele não tem nenhum diagnóstico clássico claro, mas a apresentação dessa alteração, fala a favor de estarmos lidando com um caso psicótico.

Em outro momento durante a conversa, o paciente diz que consegue mandar bons pensamentos para os filhos que moram em uma cidade distante. Quando lhe questionam, ele responde: “ué, mas você não sabe?”. Essa fala nos mostra que o paciente acredita que pode comunicar-se com seus filhos, mesmo distante, e a certeza em sua fala é muito significativa, pois na psicose não há dúvidas. Leader (2013) afirma que a inexistência de dúvida é considerado um claro sinal da presença de uma psicose, pois o neurótico o tempo inteiro se coloca em dúvidas. Embora o sujeito neurótico possa apresentar uma convicção absoluta sobre algo, a tendência, é que este alimente dúvidas internas. Já as certezas do psicótico, são tão fluidas, que às vezes o neurótico cai em determinadas situações frente a um psicótico, pois a incerteza do neurótico, faz com que ele muitas vezes se impressione, e acredite em pessoas que pareçam seguros de suas convicções e crenças.

Caso 2 –

A paciente não tem diagnóstico de psicose, não relata delírios, nem alucinações, porém é muito beligerante, tendo se envolvido em confusões em várias situações distintas. Quando chega ao atendimento, ela vem, não com uma queixa qualquer, mas relatando que ninguém consegue entender que ela tem razão, e que as pessoas a tratam como se fosse louca, mas na verdade ela tem razão sobre quase todas as coisas das quais se queixa.

Suas queixas são muito claras, e possuem fundo de verdade, porém a insistência, e frequência, com a qual se queixa, serve como indicativo de um quadro psicótico.

Nesse caso, a certeza também aparece de forma nítida no discurso da paciente. Leader (2013) desenvolve a questão sobre a ideia delirante não ser necessariamente incorreta. O autor afirma que o delírio não é uma ideia falsa, e que o problema da questão não é exatamente a ideia que o sujeito expressa, mas sim sua convicção sobre ela. Será essa

certeza que fará com que consigamos minimamente perceber que o discurso do sujeito trata-se de um delírio. O autor comenta que alguns psiquiatras não costumam diagnosticar a psicose quando vão fazer avaliação pra mudança de sexo, pois estes, como todo bom neurótico, tem dúvidas sobre sua própria sexualidade e acabam sendo capturados pela certeza de uma pessoa que pareça segura de realmente ser homem ou mulher, e que apenas esta no corpo errado. Leader (2013) diz que talvez seja o choque entre a dúvida do médico, com a certeza do paciente psicótico que o leve ao diagnóstico equivocado. O neurótico acredita na ideia delirante, porque há no discurso uma certeza absoluta, é uma certeza convincente.

Em seu texto “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, Lacan diz que a certeza na psicose equivalerá a um sentimento inicial de perplexidade. Quando abre uma lacuna no mundo do sujeito que separa significante e significado, essa ausência de significação se transformará, a posteriore, em certeza de uma significação. Trata-se de algo que vai dizer respeito diretamente ao sujeito, por isso ele irá apresentar essa certeza muito subjetiva. Não é necessário que se acredite na existência de uma alucinação para que ela o seja, o que nos dará certeza disso, é se a pessoa acredita ou não que esta lhe diz respeito.

Caso 3 –

É sobre uma paciente de 30 anos, pesando 40 Kg, porém, não sofre de anorexia nervosa. Apresenta quadros bastante beligerantes, arrumando problemas na rua, e em várias outras situações. A paciente também possui o hábito de acumular coisas, guardando coisas inúteis, como itens velhos, e/ou restos de pratos. Apresenta eventualmente, um quadro conversivo onde por vezes para de andar, relata que ficou cega, dentre outros.

Neste caso, a produção de uma série de sintomas que costumam caracterizar outras patologias, se manifestam como indicativo da psicose. Há aí uma relação problemática, quase hipocondríaca, com esse corpo que aparece o tempo inteiro adoecido e de várias formas diferentes. Seu baixo peso, é característico em anorexias, e pode muito facilmente nos levar a diagnósticos equivocados. No entanto, essa é a maneira com que a paciente se relaciona com seu corpo, sendo um corpo que não cresce, infantilizado, quase assexuado. Como citado anteriormente, sempre haverá uma falha na relação do psicótico ordinário com seu corpo, o

que clareia nossa compreensão a cerca do surgimento de tantos sintomas patológicos ligados a saúde física da paciente.

Observa-se ainda, que a produção de sintomas neste caso não é somente de doenças físicas, sendo evidenciado também pelos hábitos de acumulação, que poderiam ser explicados dentro da lógica da externalidade subjetiva, que leva o sujeito a se ver como resto, e negligenciar-se, o que esclareceria essa necessidade de acumular objetos inúteis e viver no meio deles.

Em nenhum dos casos, foram apresentados sintomas de uma psicose clássica, no entanto, é possível identificar características que apontam para a verdadeira estrutura psíquica desses pacientes. É difícil pensar em um diagnóstico à partir somente de uma fala, por exemplo, mas é essa fala que irá nos permitir compreender que o caso se trata mais de uma psicose do que de um caso de neurose. Ainda que não haja a presença dos fenômenos elementares, é possível perceber um funcionamento psicótico no indivíduo que antecede ao desencadeamento de uma psicose, e é nessa clínica dos pequenos indícios onde encontraremos os sintomas que nos levarão a poder estabelecer uma hipótese diagnóstica de psicose ordinária.

Os manuais diagnósticos e suas recentes modificações

Em um comparativo entre os DSM-IV e DSM-V no que diz respeito a psicose, verifica-se que houveram modificações significativas, mas que ainda deixam a desejar.

Segundo o DSM-V (2012), por ser a esquizofrenia um transtorno com uma grande variação de sintomas que não podem ser diagnosticados em poucos padrões, ou seja, apresentam uma estabilidade diagnóstica limitada, viu-se a necessidade de retirar do manual as informações referentes aos subtipos da patologia. Para essa eliminação, também foram

Revista Conhecendo Online: Ciências da Saúde
Abril de 2020, v6, n1
ISSN: 2359-5256 (Online)

consideradas a baixa confiabilidade e validade dos resultados de pesquisas sobre essas variações. No entanto, no que diz respeito aos critérios para estabelecimento de um diagnóstico, embora tenham eliminado a atribuição especial a delírios bizarros e alucinações auditivas, ainda exige-se que haja a manifestação de delírios, alucinações, ou discurso desorganizado como pelo menos um dos sintomas do Critério A, o que continua a ignorar as manifestações diferenciadas em alguns casos de psicose, onde o sujeito além de apresentar comportamento muito semelhante ao de um neurótico, pode não manifestar os sintomas clássicos exigidos pelos critérios do DSM, sendo em seu lugar apresentados sintomas de outra ordem, como por exemplo, uma identificação positiva com sua posição social, em que se verifica uma forte ligação com o trabalho, ou em casos onde os indícios de psicose se dão por uma manifestação de sintomas que, se estruturado um diagnóstico baseando-se somente nas exigências dos manuais, podem facilmente ser interpretados como outras patologias.

Como exemplo desse impasse, podemos citar um caso clínico avaliado por Rosa (2009), onde o paciente em questão é um jovem universitário que após ser levado ao endocrinologista para tratar de sua magreza adolescente com uma dieta para engordar, passa a apresentar uma compulsão por se pesar várias vezes ao dia com intenção de verificar se não perdeu peso, pois tinha aversão a essa possibilidade. Se o caso apresentado por Rosa (2009) for avaliado pela psiquiatria biológica, orientada pelo DSM-V, certamente, somente serão levadas em consideração as características comportamentais do horror de engordar, os rituais compulsivos de pesagem do próprio corpo, dentre outros sintomas apresentados pelo paciente, e o caso seria classificado como Transtorno dismórfico corporal, ainda que as manifestações descritas no caso clínico nos levem ao que se tem sido intitulado como psicose ordinária.

Com relação as mudanças do CID 10 para o CID 11 em relação a categoria da Psicose, houveram poucas modificações, sendo elas, a exclusão do transtorno esquizotípico, e também da reação esquizofrênica, e as alterações em relação aos códigos de identificação das patologias, sendo agora o capítulo sobre “Esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos primários” identificado como bloco L1 – 6A2, e a Esquizofrenia catalogada com o código 6A20.

Tanto o DMS, quanto o CID, apresentaram mudanças, porém, nenhuma que abarcassem as manifestações sintomáticas que tem surgido na contemporaneidade. Com isso, seguimos

com manuais que apresentam uma infinidade de categorias diagnósticas, mas que podem nos levar ao equívoco em casos de psicose, por não considerar as características diferenciadas que aparecem em alguns casos.

Considerações Finais

O presente trabalho teve como objetivo discutir a respeito da interminável catalogação dos sintomas, que resultam em dificuldades no estabelecimento de um diagnóstico adequado na clínica, já que esses manuais baseiam-se em sintomas superficiais, que não nos permitem estabelecer um diagnóstico mais próximo da verdade em casos onde a identificação do que é sintoma só pode ser feita através de uma análise minuciosa desses detalhes particulares em cada caso.

Por se apresentar de forma menos intensa, os fenômenos da psicose tradicional não aparecerão de forma nítida. De acordo com Miller (2010), a estruturação da psicose ordinária se dará de forma similar à psicose tradicional, porém, como uma pequena diferença, e afirma que embora na psicose ordinária também não exista um nome-do-pai, haverá algo, como se fosse um tipo de aparelho suplementar que fará a vez de “nome-do-pai” na vida do sujeito. Por ter apenas pequenos indícios de forclusão como indicadores, essa variação da psicose acaba por não ser reconhecida na maioria dos casos, o que acarreta em acompanhamentos inadequados, que podem vir a contribuir para o desencadeamento de surtos.

Em uma análise das modificações realizadas nos manuais diagnósticos, em relação ao que diz respeito a psicose, verificou-se que nenhuma das mudanças apresentadas incluem as manifestações sintomáticas que tem surgido na atualidade, o que nos mantém diante do impasse enfrentado pela clínica quando surgem casos de psicose ordinária.

Concluiu-se que as novas psicoses exigem que lhes seja direcionadas uma escuta diferenciada e pormenorizada, a fim de identificar se de fato estamos lidando com uma estrutura psicótica, e de que maneira o quadro psicótico deste, ou daquele sujeito está sendo deflagrada.

Referências

1. ARAÚJO, Álvaro Cabral, & LOTUFO NETO, Francisco. (2014). **A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5**. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82. Recuperado em 23 de julho de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&tlng=pt.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Recuperado em 26 de Julho de 2018, de www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-11**. World Health Organization, 2018.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.
5. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
6. LACAN, J. (1998). **De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose**. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 537-590). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1959)
7. LEADER, D. **O que é loucura? Delírio e sanidade na vida cotidiana**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro. Zahar, 2013.

Revista Conhecendo Online: Ciências da Saúde
Abril de 2020, v6, n1
ISSN: 2359-5256 (Online)

8. MILLER, Jacques-Alain. (2010) **Efeito do Retorno à Psicose Ordinária**. *Opção Lacaniana On-line Nova Série*. v. ano 1, n. número 3, 2010. Recuperado em 24 de Junho de 2018 de <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero3/texto1.html>.

9. ROSA, Márcia. (2009). **A psicose ordinária e os fenômenos de corpo**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 116-129. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100008>.