

A CONSTRUÇÃO DO DELÍRIO: DA PSIQUIATRIA À PSICANÁLISE LA CONSTRUCCIÓN DEL DELIRIO: DE LA PSIQUIATRÍA A LA PSICOANÁLISIS

Lívia Marina de Oliveira Vale*
Elisiene Chaves Fagundes**
Gladston dos Santos Silva***

RESUMO

A concepção de delírio nunca foi unânime entre os proponentes da psiquiatria clássica e sequer o é na psicopatologia contemporânea. Ao ser tomado como objeto de estudo pela psiquiatria, o delírio reduziu-se a mero sintoma de doença mental a ser extirpado. Freud opera uma subversão dessa lógica ao apontar o delírio como um processo de tentativa de cura. Já Lacan indica a metáfora delirante como uma das soluções psicóticas capaz de fazer suplência ao Nome-do-Pai foracluído. A proposta deste artigo, realizada através de revisão bibliográfica, é analisar as alterações do conceito de delírio ao longo da história, perpassando pelas formulações de autores clássicos da psiquiatria acerca do tema; além de contrapor as proposições da psiquiatria clássica às da psicanálise, discutindo as concepções freudianas e lacanianas a respeito da questão delirante; bem como diferenciar as etapas evolutivas que constituem o desenvolvimento do delírio na lógica quaternária esboçada pelo psicanalista francês Jean-Claude Maleval para, finalmente, refletir como é possível acolher e manejar construções delirantes na prática clínica.

Palavras-chave: Delírio. Psiquiatria. Psicanálise. Metáfora delirante

RESUMEN

La definición del delirio nunca fue unánime entre los defensores de la psiquiatría clásica y ni siquiera lo es en la psicopatología contemporánea. Cuando la psiquiatría lo tomaba como objeto de estudio, el delirio se reducía a un mero síntoma de enfermedad mental a eliminar. Freud opera una subversión de esta lógica al señalar el delirio como un proceso de tentativa de curación. Lacan, por su parte, señala la metáfora delirante como una de las soluciones psicóticas capaces de alcanzar suplencia en el Nombre del Padre forcluido. El propósito de este artículo, realizado mediante una revisión bibliográfica, es analizar los cambios en el concepto de delirio a lo largo de la historia, abordando las formulaciones de los psiquiatras clásicos sobre el tema; además de contraponer las proposiciones de la psiquiatría clásica a las del psicoanálisis, discutir las concepciones freudianas y lacanianas sobre la cuestión delirante; así como diferenciar las etapas evolutivas que constituyen el desarrollo del delirio en la lógica cuaternaria esbozada por el psicoanalista francés Jean-Claude Maleval para finalmente reflexionar sobre cómo es posible que se acoja las construcciones delirantes en la práctica clínica.

Palabrasclave: Delirio. Psiquiatría. Psicoanálisis. Metáfora delirante.

* Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-graduanda em Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO-BH).

** Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), docente da Pós-graduação em Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO-BH).

*** Enfermeiro, Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), docente e coordenador da Pós-graduação em Psicopatologia e Clínica em Saúde Mental pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO-BH).

INTRODUÇÃO:

A concepção de delírio nunca foi unânime entre os proponentes da psiquiatria clássica e sequer o é na psicopatologia moderna. Apesar de não haver consenso quanto a esse conceito, pode-se destacar que, ao ser tomado como objeto de estudo pela psiquiatria, o fenômeno delirioso reduziu-se a mero sintoma de doença mental a ser extirpado. É Freud (1996/1911), em seu tratado mais importante sobre a psicose, quem opera uma subversão desse paradigma ao abordar um ponto revolucionário e nunca discutido até então pela clínica fenomenológica. Ao afirmar que “a formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1996/1911, p. 78), o fundador da psicanálise preconiza que o delírio não diz respeito a uma enfermidade psíquica a ser curada; pelo contrário, remete a um trabalho subjetivo que comporta uma tentativa de cura em si. Com isso, Freud inaugura uma revolucionária versão no tocante às construções delirantes, introduzindo princípios que até hoje orientam a investigação psicanalítica sobre o tema.

A partir das mobilizações do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, efetua-se uma lógica clínica e política de tratamento que prescinde dos manicômios, instituições totais que operavam o silenciamento e a exclusão dos portadores de sofrimento mental. Mesmo com o redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental para serviços abertos e comunitários, que prezam pelo tratamento em liberdade, práticas de exclusão de subjetividades ainda são exercidas, mesmo por aqueles profissionais mais dedicados a uma suposta promoção do bem-estar dos indivíduos. Isso porque o que se observa hoje, com o advento do discurso da ciência, são reedições de modos de silenciamento dos sujeitos, que agora ganham novo tom ao perpassarem pela medicalização da existência humana.

Exemplo que pode ser retomado a esse respeito é o fato de que o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), por se tratar de um postulado ateuístico dos transtornos mentais, desconsidera toda dinâmica subjetiva dos indivíduos e despreza as diversas abordagens teóricas do sofrimento mental e suas possíveis estratégias terapêuticas. O manual de classificação dos transtornos mentais, proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e que já se encontra em sua quinta revisão, pauta-se exclusivamente em descrições vagas de sintomas e comportamentos com o objetivo de agrupá-los em um sistema diagnóstico operacional e estatístico. O que se constata é um apelo a padrões de normatização que atendam aos interesses capitalistas de produção. Assim, qualquer sintoma que afete a produtividade dos indivíduos deve ser medicado e abolido a fim de que eles voltem a atender os anseios da lógica capitalista.

Os desdobramentos disso também são notáveis em práticas clínicas unicamente voltadas à supressão dos ditos fenômenos produtivos, como as alucinações e os delírios. A esse respeito, pode-se observar uma urgência de muitos técnicos da saúde mental em erradicar as atividades delirantes ao primeiro indício de suas manifestações. Na maioria das vezes, recorrendo exclusivamente ao tratamento medicamentoso. Aqui, vale ressaltar que este trabalho não pretende fazer um elogio desavisado à loucura e à construção delirante ou intentar uma aversão ao uso dos psicofármacos que, como se sabe, são de suma importância para o tratamento do sofrimento mental. O que se almeja é tomar a sério a tese freudiana de que o delírio é um processo de reconstrução da realidade, demonstrando-o como um trabalho subjetivo defensivo capaz de produzir ciframento de gozo (MILLER, 2009) e,

consequentemente, atenuação da angústia. Entende-se que, para haver uma efetiva superação da lógica manicomial, os profissionais devem estar atentos para acolher e acompanhar as estratégias criativas e inovadoras que os sujeitos constroem para lidar com o próprio sofrimento, dentre elas as construções delirantes.

Lacan (1988/1955-56), em seu seminário proferido a respeito das psicoses, retomou a tese freudiana de que a formação delirante é uma das possíveis vias de estabilização psicótica. Denominou *metáfora delirante* o trabalho de simbolização operado pelo delírio, apontando-o como correlativo à metáfora paterna e capaz de fazer suplência ao Nome-do-Pai foracluído. É também nesse seminário que Lacan recomenda aos analistas operarem como *secretários do alienado*, isto é, desempenhando o papel de destinatário daquilo que o paciente apresenta e seguindo as estratégias desenvolvidas pelo próprio sujeito para tratar o mal-estar: “não só nos passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta – o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada” (LACAN, 1988/1955-56, p.241).

Frente ao exposto, o que este trabalho pretende alcançar é uma formulação do estatuto do delírio e de seu valor na prática clínica pautada no singular do sujeito, a fim de extrair orientações pertinentes àqueles que se propõem exercer uma clínica das psicoses. Além disso, ao evidenciar os mecanismos constitutivos do delírio e suas funções atenuadoras de angústia, torna-se possível elucidar, como já assinalava Lacan (1988/1955-56), que não é de déficit que se trata a psicose. Menos ainda pode se falar da psicose como uma falha moral com propensões à violência, ideia que há muito vigora no imaginário social e que favorece as dificuldades dos psicóticos de circularem pelo tecido comunitário. Ademais, também será propício realizar uma contraposição à cínica fenomenológica clássica, que considera o delírio como um juízo falso de realidade, ancorada no mito da realidade comum, o que diverge da psicanálise que opera com a noção de realidade subjetiva.

Para que isso possa se realizar, recorreremos a um projeto metodologicamente embasado em pesquisa qualitativa, realizado através de revisão bibliográfica. Tal método refere-se a um meio necessário para a fundamentação teórica de um projeto e se dá mediante levantamento bibliográfico e análise criteriosa da literatura já publicada acerca do tema e do problema abordados pela pesquisa (SILVA & MENEZES, 2005). Assim, no primeiro capítulo nos deteremos a uma revisão da formalização do conceito de delírio desde os primórdios da psiquiatria clássica. No segundo capítulo, daremos destaque às concepções freudianas e lacanianas acerca do tema e, por fim, diferenciaremos as etapas evolutivas que constituem o desenvolvimento delirante através da lógica quaternária proposta pelo psicanalista francês Jean-Claude Maleval (1998). A partir disso, pretende-se alcançar um contraponto entre as noções da clínica psiquiátrica clássica e da psicanálise, demonstrando como o delírio encontra-se marcado pela inexistência de uma definição unificada e satisfatório campo do saber psiquiátrico. Finalmente, almeja-se extrair pontos necessários à orientação na direção do acolhimento e do manejo das construções delirantes na prática clínica.

EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DELÍRIO AO LONGO DA HISTÓRIA DA PSQUIATRIA:

No sentido etimológico, o termo delírio provém do latim *delirare* (*de-* sair de ou fora de; *lira-* sulco do arado), cujo significado se aproxima de algo semelhante a “sair do sulco”, fazendo alusão às ranhuras que se formam na terra ao ser arada. Trata-se, portanto, de uma definição que remete àquilo que escapa da direção traçada,

indicando um afastamento do que é tido como o caminho reto da razão (JAMES, 1746-48 apud FOUCAULT, 2019/1972). Historicamente, o conceito de delírio foi confundido e tomado como sinônimo de loucura até o século XIX. Mais precisamente, costumava designar a própria loucura (MALEVAL, 1998; TELLES-CORREIA, 2014).

Apesar de ter sido introduzido na língua francesa no século XVI, foi só a partir do século XIX, como consequência da formulação da psiquiatria como disciplina autônoma e método terapêutico, que o conceito passou a adquirir um sentido mais técnico e os alienistas da época passaram a empreender tentativas de delinear o termo. Ainda assim, as definições propostas eram extremamente vagas, não delimitavam o delírio como um sintoma específico e costumavam englobá-lo como uma síndrome que comportava diversas disfunções psicopatológicas, como alterações da sensopercepção, do pensamento, do afeto e até mesmo da motricidade.

Em alemão, utiliza-se o termo *Wahn*, que remete a confusão do juízo. Em inglês, adotou-se a palavra *delusion*, que significa falsa opinião ou crença fixa. A diferença de terminologia entre as línguas demonstra que as correntes alemã e inglesa, desde a gênese do termo, que remota aos séculos VIII e XV, respectivamente, já assinalavam crença ou juízo falso (TELLES-CORREIA, 2014). Tal compreensão aproxima-se mais da convenção atualmente admitida do delírio como uma alteração do pensamento, mais precisamente, como alteração do chamado juízo de realidade. Independente da expressão adotada em cada localidade, certo é que a concepção de delírio nunca foi unânime entre os proponentes da psiquiatria clássica e sequer o é na psicopatologia moderna, embora hoje seja mais demarcada.

O vocábulo francês *délire* costumava fazer referência não apenas ao delírio propriamente dito, mas também ao *delirium* e à loucura de modo geral. Durante o início do século XIX, delírio e *delirium* eram tomados de forma indistinta e se confundiam entre si, sobretudo na escola psiquiátrica francesa. Berrios (1996) aponta que foi apenas no século XIX que a psiquiatria de língua francesa passou a pensar o *delirium* orgânico como quadro confusional transitório acompanhado por febre e o delírio como correlato da loucura crônica, sem estado febril de fundo. À época, supunha-se que ambas as condições eram produzidas por uma afecção orgânica do cérebro e ainda não se reconhecia o delírio como sintoma isolado da enfermidade mental (BERRIOS, 1996). Cabe um parêntese para mencionar que, atualmente, denomina-se *delirium* os quadros confusionais agudos, flutuantes e transitórios, produzidos por causa orgânica capaz de alterar o nível de consciência do indivíduo.

Este capítulo pretende abordar a evolução conceitual do delírio no saber psiquiátrico ao longo da história, com o intuito de possibilitar uma visão mais abrangente do conceito e de fornecer bases para uma confrontação entre os pressupostos da psiquiatria clássica e da psicanálise, teoria em que se assenta este projeto. Para tanto, fez-se necessário as divisões entre as correntes da psiquiatria francesa e alemã, a fim de facilitar a leitura. A psiquiatria inglesa, por ter sido muito influenciada pela escola francesa, não recebeu destaque neste artigo.

É pertinente ressaltar que, em pesquisas a bases de dados, não foi possível localizar muitas bibliografias que tratassem especificamente da evolução histórico-conceitual do delírio no saber psiquiátrico, o que demonstra a relevância de se realizar esse resgate histórico. As principais obras utilizadas para a escrita deste capítulo são de autoria de Berrios (1996), Maleval (1998) e Telles-Correia (2014), que revisaram esse percurso historial de forma exemplar.

Antes de ingressarmos no transcurso proposto, porém, é necessário que façamos um breve recorte acerca do advento da psiquiatria e das instituições asilares. Para isso, cabe lembrar que, de seu surgimento até os movimentos de Reforma Psiquiátrica, a psiquiatria se fazia quase que exclusivamente nos espaços hospitalares destinados aos alienados e se caracterizava pelo esforço de observar, tipificar e agrupar entidades nosológicas por um viés descritivo-fenomenológico. Tratava-se de um esforço impiedoso para fazer da psiquiatria uma ciência médica, aplicando a ela os mesmos preceitos da medicina tradicional.

Já a prática do internamento teve início no século XIX, com o advento da psiquiatria e da conseqüente alteração na percepção social sobre a loucura, que passou a ser admitida como desvio da conduta regular e da razão. A função das instituições asilares era antes a de revelar a verdade da doença mental, afastando-a de tudo que pudesse mascará-la, do que a de acolher esses sujeitos em seu sofrimento. Também é importante fazer menção ao chamado “tratamento moral”, técnica amplamente utilizada durante longos períodos nesses espaços, cujo intuito era extirpar as formulações delirantes e reabilitar o alienado para o convívio social. Empregava-se a concepção de que as ideias delirantes deveriam ser corrigidas mediante o fornecimento de dados da realidade.

Fato é que, antes de ser tomada como objeto de estudo pela medicina, a loucura já era matéria de interesse da filosofia. Dentre os filósofos que traçaram discussões sobre a loucura, estão os ingleses Thomas Hobbes (1588-1679) e John Locke (1632-1704), cujas concepções influenciaram diversos proponentes da psiquiatria que, a princípio, se alheava profusamente a discussões filosóficas e religiosas.

O primeiro propôs que a loucura nem sempre era acompanhada por agitação da conduta, mas que era o delírio a marca característica da alienação. Nessa época, discutia-se se a insanidade era produto das paixões ou da possessão por espíritos, sendo que Hobbes apostava na primeira hipótese. Locke, por sua vez, atribuiu a formulação de delírios à junção de ideias incoerentes a impressões repentinas muito fortes ou a pensamentos fixados na imaginação, assinalando que os alienados não perdem a capacidade de raciocinar, apenas associam erroneamente algumas ideias, ou seja, elaboram falsas conclusões com bases em falsas premissas. Desenvolveu um dos primeiros modelos associacionistas acerca do delírio, formulação que teve relevância até meados do século XIX (BERRIOS, 1996).

Isto posto, passemos ao exame circunstanciado das correntes psiquiátricas francesa e alemã acerca da compreensão de delírio.

Psiquiatria francesa:

Philippe Pinel (1745-1826), conhecido como o pai da psiquiatria moderna, delimitou quatro categorias de transtorno mental: mania, melancolia, demência e idiotismo. Pinel reconhecia que havia estados maníacos sem a presença de delírios, cuja disfunção seria apenas do afeto. A respeito dos delírios, concordou com as afirmações de Locke de que a faculdade do juízo não se altera no alienado e que qualquer erro é proveniente do material em que se baseia a operação do juízo (BERRIOS, 1996; TELLES-CORREIA, 2014).

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) foi um dos primeiros psiquiatras a tentar precisar o termo. É a ele a quem se atribui a substituição do termo alienação por doença mental. Apresentou oscilações de pensamento em relação ao delírio, intercalando as noções de alucinação às de delírio. Segundo este autor, o delírio era capaz de

perturbar diversas funções mentais, como a percepção, a vontade e a inteligência. Assim,

Um homem padece de delírio quando suas sensações não concordam com objetos externos; suas ideias não concordam com suas sensações; quando seus juízos e decisões (determinações) não concordam com suas ideias, e quando suas ideias, juízos e decisões são independentes de sua vontade. (ESQUIROL, 1814 apud BERRIOS, 1996, p. 94, tradução nossa).

Ainda conforme Esquirol, o delírio poderia ocorrer em função das alucinações, mas transcorreria, sobretudo, devido a fatores como falta de atenção permanente, excessos de imaginação, debilidades da memória e mal controle da vontade (MALEVAL, 1998).

Jean Pierre Falret (1794-1870), ao lado de Pinel e Esquirol, pode ser considerado como um dos que fundou os alicerces para a edificação da medicina mental francesa. Afirmou que o delírio se desenvolvia segundo leis próprias e delimitou três períodos de constituição do delírio, a saber: incubação, sistematização e cronificação. O primeiro deles seria o momento em que o doente é tomado por um sentimento de angústia e um estado de prostração. Já na etapa de sistematização, há perturbações vagas no intelecto e no afeto e as ideias delirantes passam por uma estruturação contínua. Por fim, o que se percebe é que o delírio se torna estereotipado e o indivíduo já não agrega a ele nenhum detalhe novo. Desse ponto em diante, o alienado se revelaria incurável (MALEVAL, 1998). Sublinhou ainda que a ausência de consciência sobre seu estado mórbido, por parte do enfermo, constitui o caráter essencial para a definição de delírio. Apesar de inicialmente haver criticado as limitações semânticas do vocábulo *délire*, Falret também oscilou ao empregar esse termo para se referir tanto ao delírio propriamente dito, quanto ao *delirium* (BERRIOS, 1996).

Já Jacques-Joseph Moreau (1804-1884), mais conhecido como Moreau de Tours, baseado em observações de indivíduos intoxicados por haxixe, propôs que existiria uma continuidade entre normalidade e alienação. Até então, era amplamente admitido que o delírio não poderia ser observado em indivíduos mentalmente saudáveis. Retomando de modo crítico as concepções de Locke de que o alienado não perde a capacidade de raciocinar, apenas associa erroneamente algumas ideias e as tomam como verdade, Moreau indicou que todos nós realizamos associações erradas, apenas não permitimos que isso nos guie, ao contrário daqueles considerados alienados. Caracterizou o delírio como um fenômeno psíquico semelhante ao sonho, capaz de advir de uma excitação da imaginação e indicou que esta exacerbação imaginativa poderia ser experimentada por qualquer indivíduo (BERRIOS, 1996).

Ernest Charles Lasègue (1816-1883) autonomizou os delírios persecutórios, sublinhando que esses constituíam um transtorno específico. Segundo Lasègue, o conteúdo persecutório dos delírios diz respeito a elaborações posteriores a um momento inicial de mal-estar indefinido e inquietação, quando o alienado estaria buscando remontar a causa do sofrimento impreciso experimentado a princípio (MALEVAL, 1998). Ao contrário do que propunham alguns de seus colegas, não acreditava que as alucinações auditivas eram causa ou efeito dos delírios, que constituíam um fenômeno primário, de acordo com ele (BERRIOS, 1996). A título de curiosidade, Falret e Lasègue foram quem estruturaram a noção de *folie a deux*, espécie de transtorno delirante partilhado, geralmente entre duas pessoas com relações de proximidade.

Valentin Magnan (1835-1916), em conjunto com Paul Sérieux (1864-1947), retomou as concepções de Lasègue acerca dos delírios de perseguição, sistematizando-os sob a denominação de delírios de evolução sistemática. Assinalou que haveria um curso regular e metódico de tal condição, que poderia ser subdividida em quatro períodos. O período de incubação e inquietude seria a primeira etapa do processo delirante e se configura como um mal-estar generalizado. O sujeito passaria a interpretar certos acontecimentos, atribuindo-os um significado pessoal. Nesse momento, também surgiriam alucinações do ouvido (zumbidos, múrmuros e rumores). Na segunda etapa, de perseguição e sistematização, as alucinações se converteriam em verbais (monólogos ou diálogos), acompanhadas por ilusões visuais e ecos do pensamento. O delírio se estereotipa e o paciente adere a neologismos. No terceiro período, apareceriam ideias de grandeza por dedução lógica, inferidas da seguinte maneira: “se tanto querem me destruir, é porque sou uma pessoa importante”. Os discursos e ações do enfermo passam a se relacionar às ideias megalomaniacas. Por fim, o último estágio seria o de demência, com prejuízo significativo da memória e da inteligência. O enfermo se apresentaria indiferente e seu discurso se tornaria ininteligível (MALEVAL, 1998).

Apesar de diversos autores identificarem um processo de deterioração das faculdades mentais como destino inevitável de todo ser delirante, é importante colocar em xeque esta questão e apontar que esse dado era, na verdade, mais produto das condições insalubres e desumanas das instituições hospitalares da época do que consequência do transtorno mental.

Jules Cotard (1840-1889), neurologista francês que hoje é mais lembrado por levar o nome na síndrome de Cotard (ou transtorno delirante de negação dos órgãos), ousou atribuir os delírios a expressões cognitivas da função motora. De acordo com ele, nos estados em que a conduta motora estava acrescida, como na mania, os delírios eram grandiosos. Em contraposição, os delírios nihilistas seriam ocasionados pelo retardo motor presente nos quadros de rebaixamento severo do humor (BERRIOS, 1996).

Emmanuel Régis (1855-1918), assim como outros autores aqui já apresentados, também especificou uma lógica evolutiva para os delírios sistematizados. O primeiro desses períodos, descrito como estágio de concentração analítica ou análise subjetiva, foi comparado por ele aos períodos de incubação, observado por Falret, e de inquietação, descrito na obra de Magnan e Sérieux. Essa etapa consiste em um penoso estado de inquietude, em que as relações do sujeito com o mundo se modificam e o enfermo tende a analisar por indução os acontecimentos ao seu redor, remetendo-os a si num processo autorreferente. No segundo estágio, denominado por ele de explicação delirante, o indivíduo elabora uma interpretação para aquele sofrimento experimentado, formulando o corpo do delírio. A terceira etapa, descrita como transformação da personalidade, diz respeito ao surgimento de ideias megalomaniacas que se unem às persecutórias, transformando toda a personalidade do enfermo. Régis discordou de Magnan de que a demência seria o último dos períodos do curso natural do delírio, assinalando que a deterioração das faculdades mentais não era experimentada por todos os delirantes crônicos (MALEVAL, 1998).

Jules Séglas (1856-1939), que atuou como assistente de Jean-Martin Charcot, é reconhecido por ter dado importância aos distúrbios de linguagem e por ter asseverado a distinção entre os neologismos ativos, resultantes de um trabalho delirante; dos neologismos passivos, transitórios e momentâneos, relacionados a estados oníroides. Assinalou ainda a relevância da linguagem na relação

estabelecida entre médico e paciente, demonstrando que é apenas por meio de uma adequada prática interrogativa que o clínico pode ascender a um bom exame diagnóstico e prognóstico (PINCERATI, 2009). Diante do exposto, não é de se estranhar que este autor tenha servido de inspiração para Jacques Lacan.

Distinguiu ainda ideias delirantes, que seriam secundárias a interpretações de outros sintomas psíquicos, do delírio propriamente dito. Ancorou-se no entendimento de que os delírios preexistiriam em todos os cérebros, mas estariam inibidos nos indivíduos mentalmente saudáveis devido à normalidade das funções psíquicas. A enfermidade mental, de acordo com ele, provoca uma ruptura nas associações normais de ideias (BERRIOS, 1996). Segundo Telles-Correia (2014), Ségla elencou como característica essencial do delírio o fato do enfermo tomar essas ideias como verdadeiras, sem que haja verificação prévia e com absoluta falta de juízo crítico. Ponderou ainda que o delírio de inferência ou interpretação é formulado com base no raciocínio formal, perpassa todas as etapas lógicas do pensamento, mas é baseado em premissas falsas (TELLES-CORREIA, 2014).

Em 1909, Paul Sérieux (1864-1947) e Joseph Capgras (1873-1950) publicaram conjuntamente a obra intitulada *Les folies raisonnantes*. Nesse importante tratado, deram atenção ao que denominaram delírio de interpretação, que também foi dividido em etapas de evolução análogas àquelas descritas por Falret e Magnan, já mencionadas neste artigo. No período de incubação ou de elaboração, o enfermo acumularia o material das futuras interpretações delirantes. Uma gama de acontecimentos passaria a adquirir importância fundamental para o sujeito. Na etapa de sistematização, a interpretação delirante se instala e uma revelação se produz. O indivíduo adquire subitamente uma certeza inabalável e há cristalização de interpretações sucessivas em torno de uma concepção proeminente, sendo esta última, em geral, uma ideia de grandeza, de perseguição, mística, erótica ou de ciúmes (MALEVAL, 1998). Curiosamente, este segundo autor é mais lembrado por carregar o nome na síndrome de Capgras, que designa um raro transtorno delirante em que o indivíduo tem certeza de que uma ou mais pessoas com as quais mantém relações de proximidade foram substituídos por impostores idênticos.

Gaëtan Gatien de Clérambault (1872-1934), considerado o último proponente da psiquiatria clássica francesa e estimado por Jacques Lacan como seu único mestre em psiquiatria, é lembrado pela formulação da teoria do automatismo mental e pela categorização das psicoses passionais (erotomanias). Este autor intentou edificar diversos quadros, dentre eles o delírio, sob as bases do que denominou automatismo mental. De acordo com ele, o automatismo é um fenômeno primitivo e neutro, isto é, sem tonalidade afetiva especial, anideico e atemático. A princípio, o automatismo se revela em enunciação dos atos, impulsos verbais, vazios no pensamento do enfermo e seria consequência de um processo orgânico patológico (MALEVAL, 1998). Com isso, tem-se o que denominou fenômeno xenopático. Em outras palavras, “o sujeito tem a impressão de que seu pensamento está sendo objeto de alguma manobra e penetrado por ideias estranhas, que sua linguagem interior está sendo repetida e que suas palavras e seus atos são impostos e comentados” (BARRETO, 2012, p.4). O delírio surgiria posteriormente, demarcando uma construção intelectual secundária, como da ordem de uma superestrutura.

Henri Ey (1900-1977), psiquiatra adepto da teoria organodinâmica, considerava o delírio como tema central de toda psicopatologia. A respeito das psicoses delirantes crônicas, em seu Tratado de Psiquiatria (1978/1965), ponderou que o delírio crônico estaria incorporado à personalidade do indivíduo e poderia ser considerado uma das modalidades de enfermidade da personalidade. Segundo ele, os delirantes seriam

os verdadeiros “alienados”, no sentido mais estrito do termo, já que pensam e determinam suas ações em função das concepções delirantes e não em conformidade com a realidade comum. Os delírios crônicos poderiam se apresentar em classes distintas de enfermidades e, ao contrário das experiências delirantes agudas, não seriam vivências passivas e acidentais, pelo contrário, configuram-se ativamente nos processos que vinculam o indivíduo ao mundo (EY, BERNARD & BRISSET, 1978/1965).

Psiquiatria alemã:

Wilhelm Griesinger (1817-1868) assinalou que a insanidade não necessariamente vinha acompanhada de delírios, ao contrário do que muitos supunham na época. Este autor foi de suma relevância por ter considerado o delírio como sintoma, apontando-o como de origem secundária a outras manifestações mórbidas e diferenciando-o de outras associações errôneas de ideias. Sustentava a noção de que o delírio se distinguia de outras crenças erradas dos indivíduos normais por formar parte de um transtorno geral dos processos mentais, por ser contrário a opiniões antes defendidas pelo paciente e pelo fato dos indivíduos não poderem se livrar dele, ainda que a realidade forneça provas contrárias às ideias delirantes (BERRIOS, 1996).

Crítico da psiquiatria alemã praticada à época, sustentava que as doenças psiquiátricas eram decorrentes de enfermidades cerebrais e que deveriam se equiparar às enfermidades neurológicas e médicas. Esta posição, de acordo com Telles-Correia (2014), viria a ser adotada por diversos proponentes da psiquiatria alemã desse período, voltando a psiquiatria descritiva a reagrupar forças com as proposições de Karl Jaspers no início do século XX.

Karl Jaspers (1883-1969), célebre autor da psicopatologia fenomenológica clássica e que ainda hoje é muito aclamado, afirmou que os delírios eram fenômenos incompreensíveis e irrealis. Isto porque postulou uma descrição psicopatológica pautada em critérios de compreensibilidade e causalidade. De acordo com ele, os delírios eram juízos estruturalmente firmes, cujo conteúdo discrepava da realidade devido a sua origem patológica e poderiam ser caracterizados pela irreduzibilidade perante refutação lógica, convicção extraordinária e certeza subjetiva independente da experiência objetiva e inverossimilhança do conteúdo. Diferenciou as ideias delirantes primárias das deliroides ou secundárias, incluindo nestas últimas as ideias sobrevalorizadas, que seriam psicologicamente compreensíveis. Distinguiu ainda percepção, representação e cognição delirantes (TELLES-CORREIA, 2014).

Emil Kraepelin (1856-1926) atentou-se à evolução das enfermidades, propondo uma classificação baseada no desenvolvimento longitudinal, de maneira que seria o estado terminal que as definiria. Assim, distinguiu as seguintes classes no campo das psicoses: demência precoce, psicose maníaco-depressiva e paranoia, sendo que esta última se caracteriza pela apresentação de um sistema delirante durável, de causa endógena e início insidioso, sem deterioração da personalidade do enfermo e que não evoluiria até a demência (MALEVAL, 1998).

Em contrapartida, Klaus Conrad (1905-1961) interessou-se pela incipiência da esquizofrenia, ou seja, deu ênfase ao estado inicial de tal enfermidade. A esse respeito, Teixeira (2006) adverte que a psiquiatria clássica, ao considerar a fenomenologia da psicose a partir do conceito jasperiano de processo, deixou de lado o interesse pela inteligibilidade do desencadeamento esquizofrênico, supondo dizer respeito a uma causa orgânica cuja natureza seria desvelada com o avanço da

ciência. Nesse sentido, pode-se dizer que Conrad se opôs ao saber psiquiátrico praticado à sua época, que se baseava na fenomenologia compreensiva inaugurada por Jaspers e atribuía ao plano somático a causalidade dos ditos fenômenos psicologicamente incompreensíveis.

A partir da observação dos estágios iniciais da esquizofrenia, Conrad propôs que existiriam etapas sequenciais no desenvolvimento do delírio, sendo elas: trema, apofania, fase apocalíptica, consolidação e fase residual. Resumidamente, a propósito de cada uma dessas fases: trema faz alusão à sensação experimentada pelos atores de teatro antes de entrarem em cena. Nessa perspectiva, configura o estado de tensão psíquica e iminência de que algo vai ocorrer, apesar do enfermo ainda não se dar conta do que advirá. Trata-se do período de início dos sintomas, que Jaspers denominou esquizoforia (humor delirante) e que muitos outros autores também descreveram sob outros termos. Apofania, em grego *apophainen*, que significa “tornar manifesto”, diz respeito às percepções delirantes que remetem à uma revelação e resolvem aquele sentimento difuso experimentado durante o trema. A fase apocalíptica, em seu turno, refere-se à desorganização do indivíduo após a revelação apofântica. O período de consolidação, por sua vez, diz respeito à cristalização e elaboração intelectual do delírio. Por fim, na fase residual resta a perda de impulso e de afetividade do enfermo, que tende ao isolamento social (DALGALARRONDO, 2008; TEIXEIRA, 2006).

Por último, quem também tratou questões relativas ao dito humor delirante foi Kurt Scheneider (1887-1967), que assinalou que, na prática, percepção delirante e reação paranoica podem ser difíceis de se distinguir. Sugeriu que o delírio se tratava de um distúrbio do conteúdo do pensamento e o classificou em fases distintas de percepção delirante primária e de ocorrências delirantes (BERRIOS, 1996).

Relevância do resgate histórico-conceitual:

Atualmente, a conceituação de Jaspers acerca do delírio ainda é uma das mais amplamente admitidas, apesar da maioria dos clínicos refutarem a hipótese de que a impossibilidade ou inveracidade do conteúdo seja um marco específico para caracterizá-lo. Ora, sabe-se muito bem que há ideias delirantes que podem estar embasadas em materiais verdadeiros. Maleval (1998), por exemplo, elucida que o cônjuge de um ciumento patológico pode mesmo ser infiel ou que o perseguidor eleito pelo delirante pode ter lhe causado um dano real. Há diversos outros exemplos clínicos que podem ser retomados nesse sentido e, nem por isso, essas crenças deixam de ser delirantes. Outras questões que expõem a fragilidade do conceito, sobretudo naquelas concepções ancoradas em noções ingênuas de realidade partilhada, serão retomadas nos capítulos que se seguem.

Frente ao exposto neste capítulo, torna-se possível observar que as correntes psiquiátricas alemã e francesa resguardam importantes distinções no que tange à formulação do delírio. Se, por um lado, os adeptos da psiquiatria francesa focaram na tendência ao estudo evolutivo do delírio e à observação do desenvolvimento e sistematização do quadro; a escola alemã conservou um enfoque descritivo, sustentando pressupostos fisiológicos e atribuindo ao delírio uma causa orgânica. Efetivamente, o que se percebe atualmente é uma inclinação dos manuais psicopatológicos em conservar as concepções do legado alemão, deixando de lado o interesse pela evolução do quadro delirante.

Fato é que, apesar de haver divergências acerca da compreensão de delírio entre os proponentes da psiquiatria clássica e da vasta confusão desse conceito ao longo da

história, muitos autores, sobretudo os franceses, parecem concordar que há etapas sequenciais e evolutivas na sistematização de um delírio crônico. Esses períodos, em geral, parecem comportar um estado inicial de angústia indefinida, uma fase de interpretação e formulação de sentido para esse mal-estar experimentado inicialmente, um estágio de sistematização e, por fim, um ponto em que as formulações delirantes se cronificam. Além disso, também parecem admitir critérios como convicção extrema, mesmo frente a dados contrários da realidade, e ausência de juízo de morbidade. A evolução do delírio será retomada e defendida mais adiante, não mais ancorada em pressupostos lógicos e dedutivos, mas a partir da concepção de sistematização do delírio como tentativa de regulação de gozo (MALEVAL, 1998).

A pretensão deste capítulo foi alçar uma discussão ampliada sobre como se pode compreender a noção de delírio na psiquiatria, sua imprecisão característica e as transformações de seu caráter ao longo da história. Essa intenção decorre do fato de ainda se perceber atualmente uma ampla confusão desse termo, mesmo entre os trabalhadores da saúde mental. Talvez porque, assim como a loucura, é justamente quando mais se tenta apreendê-lo que ele mais nos escapa. Ademais, defende-se que a clínica em saúde mental só pode ser bem exercida por aqueles que se propõem estudar minuciosamente psicopatologia e história. Isso porque a sustentação de uma lógica antimanicomial, pautada na dignidade dos sujeitos e no direito à liberdade, sempre nos convoca à realização de um retorno histórico crítico e reflexivo sobre os saberes legitimados e sobre os efeitos das práticas instituídas no convívio social, dentre elas as práticas do campo psi.

O DELÍRIO PARA A PSICANÁLISE:

Se no capítulo anterior tratamos da evolução conceitual do delírio ao longo da história da psiquiatria, neste segundo capítulo debruçaremos sobre a noção de delírio para a psicanálise, teoria de base em que se assenta este trabalho. Para tanto, retornaremos aos ensinamentos de Sigmund Freud e Jacques Lacan a propósito dessa questão. Como já assinalado, o resgate histórico e contextual acerca da evolução conceitual do delírio, seus impasses e imprecisões são de extrema relevância para se compreender suas funções na clínica com sujeitos psicóticos.

Ora, é justamente por ter recebido olhar atento de diversos proponentes da psiquiatria que o delírio se demonstra um dos pilares para a compreensão e formulação da clínica das psicoses. Olhar muito diferenciado, no entanto, tem a psicanálise a respeito da questão delirante. Ao contrário da psiquiatria clássica, exposta no primeiro capítulo deste artigo, a psicanálise não opera por meio de uma clínica descritiva e fenomenológica, mas se pauta em pressupostos estruturalistas, em que o diagnóstico só pode ser estabelecido via transferência, eixo sob o qual se articula qualquer tratamento analítico (CALLIGARIS, 2013). Além disso, apesar de alguns autores da psicopatologia clássica já terem apontado o delírio como certa operação de construção de sentido, foi Freud (1996/1911) quem elevou esse postulado à sua radicalidade ao asseverar o delírio como uma tentativa do enfermo de reconstruir o mundo, de modo a torná-lo mais habitável. Cabe ainda mencionar que delírio adquire dupla atribuição na teoria psicanalítica: é tanto fenômeno elementar (LACAN, 1988/1955-56; MILLER, 2009), isto é, manifestação distintiva da psicose, quanto tentativa de cura (FREUD, 1996/1911).

Não é possível discorrer sobre delírio nas formulações freudianas sem fazer menção ao presidente Schreber, uma vez que foi a partir do estudo desse caso que Freud (1996/1911) inferiu o delírio como tentativa de cura. Trata-se de um caso

paradigmático e de grande relevância teórica para a psicanálise, que ainda hoje continua sendo amplamente discutido. Apesar de nunca o ter atendido ou mesmo o conhecido, Freud (1996/1911) se debruçou sobre a autobiografia escrita por Schreber para extrair importantes fundamentos acerca dos mecanismos concernentes à paranoia e, mais precisamente, acerca do delírio.

De modo sucinto, Daniel Paul Schreber (1842-1911) foi um célebre magistrado alemão, que desencadeou um quadro psicótico aos 42 anos de idade, logo após ter sido indicado para ocupar o cargo de presidente da Corte de Apelação. Em 1903, publicou um relato autobiográfico intitulado *Memórias de um Doente dos Nervos*, do qual Freud se serviu como material privilegiado de estudos. Importante ressaltar que essas *Memórias* foram redigidas por Schreber para serem apresentadas no decorrer do processo judicial em prol da suspensão de sua curatela e do reconhecimento de sua capacidade civil, o que lhe foi concedido em 1902. De ora em diante, tratemos das concepções freudianas e lacanianas a respeito do delírio.

Concepções freudianas

Os principais textos em que Freud se refere mais especificamente a questões relativas ao delírio são: *Neurose e Psicose* (1996/1924a), *A perda da realidade na neurose e psicose* (1996/1924b) e *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)* (1996/1911), sendo este último, talvez, a sua obra mais relevante acerca do que se pode depreender sobre o delírio para a psicanálise. Muito antes dessas obras elencadas, no entanto, Freud (1996/1907[1906]) chegou a empregar o termo delírio como correlativo aos devaneios e sonhos neuróticos na publicação intitulada *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*, em que analisa a obra literária do escritor alemão Wilhelm Jensen. É de fato apenas nas *Notas* sobre o presidente Schreber que ele apresentará o delírio tal como hoje o concebemos.

Surpreende destacar que, inicialmente, Freud contraindicou o tratamento psicanalítico a pacientes psicóticos. Isso porque, segundo ele, existiria uma dificuldade por parte dos psicóticos em estabelecerem o laço transferencial, essencial a qualquer tratamento analítico. Em linhas gerais, a partir de seus estudos sobre o narcisismo, Freud (1996/1914) postulou que a base das psicoses é a retirada do investimento libidinal dos objetos externos e a inversão da libido para o Eu. Isso o conduziu a assinalar que a estruturação psicótica, marcada pelo desinvestimento libidinal do mundo externo, dificultaria um direcionamento da libido à figura do analista, impossibilitando o estabelecimento do amor transferencial e, conseqüentemente, a aplicação do método analítico (GUERRA, 2007).

Em *Sobre a psicoterapia* (1996/1905[1904]), contudo, afirma que “as psicoses [...] são impróprias para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento” (FREUD, 1996/1905[1904], p.250, grifo nosso).

Em outras palavras, Freud alertava os psicanalistas quanto à dificuldade no manejo da psicose e quanto ao possível risco de erro diagnóstico, mas era sempre cauteloso ao abordar o assunto, ressaltando que era preciso uma categorização mais elucidada a respeito desta temática:

o desinteresse do parafrênico em relação ao mundo externo necessita uma caracterização mais precisa. Um paciente que sofre de histeria ou de neurose obsessiva, sublinho, na medida da extensão de sua doença,

também abandona sua relação com a realidade" (FREUD, 1996/1914, p. 82, grifo nosso).

Posteriormente, Freud retoma essa noção de abandono da relação com a realidade para demonstrar que a diferença entre neurose e psicose não se encontra presente na perda da realidade, ao contrário do que supunham os adeptos da psiquiatria clássica, mas no caminho traçado para restaurá-la. No artigo *Neurose e Psicose* (1996/1924a), faz referência ao delírio como “um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo” (p. 169) e acrescenta que, se não é possível observar os elementos conflitivos presentes na relação do psicótico com o mundo externo, é porque as manifestações do processo patológico são recobertas por tentativas de reconstrução do mundo.

Nesse mesmo ano, em *A perda da realidade na neurose e na psicose* (1996/1924b), retoma o debate sobre a frustração imposta pelo mundo externo e ressalta que uma perturbação da relação do indivíduo com a realidade é comum não só na psicose, mas também na neurose. Assim, ele assegura que uma tentativa de fuga do mundo e a construção de um correlato para a realidade rejeitada encontram-se presentes em ambas as estruturas psíquicas. O que também acarreta dizer que há um indispensável conflito entre esse correlato e o fragmento rejeitado da realidade, ou seja, o substituto é sempre malsucedido e a realidade não pode ser remodelada de forma satisfatória em nenhum dos casos.

Segundo ele, o que diferencia neurose e psicose, portanto, não é a existência de uma tentativa de fuga da vida real, fato que se apresenta em ambos os quadros, mas o modo com que, em um segundo tempo, buscam recompor a realidade. O neurótico não repudia a realidade, apenas a ignora, recalçando o conteúdo aflitivo e criando uma representação substitutiva e sintomática. Na neurose, o fragmento desagradável da realidade é recalçado e substituído por construções que estão mais de acordo com os desejos do sujeito, o que é possibilitado por intermédio da fantasia. O retorno do recalçado e a constituição da fantasia revelam o fracasso na aceitação da realidade.

Já na psicose, o Eu repudia a realidade, arrastando-se para longe dela. As tentativas de reparação das relações do psicótico com o mundo externo são decorrentes de um processo autocrático que implica a criação de uma nova realidade que não levanta mais as mesmas objeções que aquela que foi abandonada, o que em geral ocorre via trabalho delirante (FREUD, 1996/1924b). A partir de Lacan, isso significará pontuar que o delírio surge como uma construção que se insere ali onde se produziu um fosso intransponível na relação entre o sujeito e o mundo, o que ficará mais claro assim que abordarmos, logo adiante, a ideia de forclusão do Nome-do-Pai.

Assim, Freud opõe-se à clínica psiquiátrica clássica que baseia em concepções de realidade compartilhada. Primeiro porque o que interessa à prática psicanalítica é mais a realidade subjetiva, ou seja, a verdade que o sujeito constrói para si, do que a realidade factual. Em segundo lugar, porque demonstra que tentativas de fuga da realidade encontram-se presentes em todos os indivíduos, mesmo entre aqueles considerados mentalmente saudáveis pela psiquiatria.

Fato é que foi a partir de seus estudos sobre o presidente Schreber, em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)* (1996/1911), e graças à influência do discípulo Karl Abraham (1877-1925), grande estudioso das psicoses maníaco-depressivas, que Freud ampliou suas considerações a respeito da psicose e, como consequência, inaugurou uma nova versão no tocante à questão delirante, introduzindo pressupostos que até hoje

orientam a investigação sobre o tema. Novamente em oposição à clínica fenomenológica clássica, que compreende o delírio como mero sintoma de uma enfermidade psíquica, Freud (1996/1911) aponta que a construção delirante é, na verdade, uma tentativa de restabelecimento e um processo ativo de reconstrução do mundo.

E o paranoico constrói de novo o mundo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seu delírio. A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, *uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução*. (FREUD, 1996/1911, p. 78, grifo nosso).

Anos mais tarde, o criador da psicanálise manteve essa aposta e chegou ainda a comparar as formulações delirantes às construções realizadas em análise: "os delírios dos pacientes parecem-me ser os equivalentes das construções que erguemos no decurso de um tratamento analítico – tentativas de explicação e de cura [...]" (FREUD, 1996/1937, p.286). Assim, Freud defende uma correspondência entre a estruturação fantasística, presente nas neuroses, e as construções delirantes, presentes nas psicoses, apontando que o que se evidencia em ambas as estruturas é uma tentativa singular de explicação e de cura e ressaltando o valor de elemento de *verdade histórica* que o delírio pode produzir ao se inserir no lugar da experiência rejeitada (FREUD, 1996/1937).

Concepções lacanianas

“A psicose é aquilo frente a qual um analista não deve retroceder em nenhum caso” (LACAN, 1977, p. 9), declarou Lacan, pondo fim à questão da contra indicação do tratamento psicanalítico a psicóticos e convidando os analistas a não recuarem diante da psicose. Em um elogio às formulações de Freud acerca do delírio, Lacan (1988/1955-56) ressalta a liberdade do pai da psicanálise em introduzir a dimensão subjetiva e em não considerar a psicose em termos de déficit.

Apesar de estar sempre atravessado pela questão da psicose, visto que era psiquiatra por formação, são quatro os principais momentos que podemos ressaltar que Lacan se dedica mais detalhadamente ao tema, a saber: em sua tese de doutorado, datada de 1932 e intitulada *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*; no seminário inteiramente destinado às psicoses, ministrado entre os anos de 1955 e 1956; no texto que se segue a esse seminário - *De uma questão preliminar a todo tratamento possível napsicose* (1998/1957-58) e, finalmente, no seminário sobre o escritor irlandês James Joyce, proferido entre 1975 e 1976. Neste artigo, entretanto, nos deteremos ao seminário sobre as psicoses e ao escrito que o sucedeu.

Lacan (1988/1955-56) propôs um direcionamento possível para o tratamento das psicoses, sugerindo que, nestes casos, o analista deve ocupar a posição de secretário do alienado. Isto implica que o psicanalista deve ser destinatário daquilo que o paciente apresenta, tomando a palavra do sujeito – inclusive as formulações delirantes – ao pé da letra, abstendo-se de interpretá-las. Se a partir da aposta legada por Lacan propomos uma clínica possível para as psicoses, é imprescindível estarmos atentos à maneira com que as construções delirantes se apresentam e como evidenciam um esforço simbólico do sujeito para responder a uma invasão do real, ideia sobre a qual nos deteremos a seguir.

Na última lição do seminário sobre as psicoses, Lacan (1988/1955-56) sinalizou a forclusão do Nome-do-Pai como condição necessária à estruturação psicótica, mas foi apenas no texto que se seguiu a esse seminário em que ele formalizou este conceito. De acordo com ele, não existiria nas psicoses uma operação psíquica fundamental: a metaforização do Nome-do-Pai. Uma breve explicação a esse respeito será necessária para que possamos assimilar a concepção de delírio como operação metafórica. Resumidamente, o Nome-do-Pai pode ser compreendido como o significante primordial cuja inscrição ordena a cadeia significante, veiculando a lei simbólica para o sujeito. É o Nome-do-Pai que, ao ser inscrito durante o atravessamento do drama edipiano, interdita o Desejo da Mãe, barrando o gozo do Outro sobre o sujeito e fazendo advir efeitos da significação fálica, partilhada. Essa operação foi equalizada por Lacan no seguinte esquema:

Metáfora paterna

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo da Mãe}} \cdot \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado para o sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Fonte: LACAN (1998/1957-58, p. 563).

Esta esquematização que Lacan apresenta para o Édipo aponta que o Nome-do-Pai, em substituição ao Desejo da Mãe, produz uma nova significação que fornecerá sentido ao ser do sujeito: a significação fálica (GUERRA, 2007). Em vista disso, cabe mencionar que metáfora é uma figura linguística capaz de promover uma transferência de um vocábulo para um âmbito semântico que não é o do objeto que ela designa, advindo daí um novo sentido. Por isso, pode-se falar de metaforização paterna, ao passo que esse significante vem substituir e ocupar outro âmbito, o do Desejo da Mãe, produzindo efeitos de uma nova significação. Nas psicoses, essa operação de metaforização paterna não se realiza, portanto, não há instituição da lei simbólica, o que colocará em questão todo o sistema significante e imaginário do sujeito.

Consequentemente, inexistindo uma aparelhagem de significação fálica, é no real que retornará aquilo que não pode ser subjetivado pelo indivíduo. A esse respeito, Freud (1996/1911) já apontava que

aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (p.78) e Lacan (1988/1955-56) acrescenta que “tudo o que é recusado na ordem simbólica, no sentido da *Verwerfung* (rejeição) reaparece no real” (p. 22).

Diz-se, então, de forclusão do Nome-do-Pai. Estar forcluído significa que esse significante não pode ser convocado por nunca sequer ter sido inscrito. Lacan tomou o termo forclusão de empréstimo do vocabulário jurídico. No sentido jurídico, forclusão significa perda do direito legal de interpor uma ação nos autos devido a não interposição dentro do prazo prescrito. No Brasil, o correlato mais próximo para essa expressão é preclusão ou prescrição. Assim, o que esse termo vem significar nesse contexto é que a operação de metáfora paterna não foi operada em tempo hábil e, por isso, perdeu seus efeitos (GUERRA, 2007; QUINET, 2018).

De modo mais radical, isso também significa assinalar a psicose como uma estrutura psíquica específica, regida por mecanismos próprios, e não como um estado mental

a que qualquer um pode acessar. Nesse sentido, Lacan já havia escrito na sala de plantão do Hospital de Saint-Anne que “não é louco quem quer” (QUINET, 2018). Ainda nas palavras dele: “É num acidente desse registro e do que nele se realiza, a saber, na forclusão do Nome-do-Pai no lugar do Outro, e no fracasso da metáfora paterna, que apontamos a falha que confere à psicose sua condição essencial, com a estrutura que a separa da neurose” (LACAN, 1998/1957-58, p. 582). Por conseguinte, a inventividade lacaniana no tocante à questão delirante reside em elevar o delírio à dignidade de uma operação metafórica capaz de suprir, ainda que não de forma completamente bem-sucedida, a carência da operação de metaforização do Nome-do-Pai. A propósito do desencadeamento psicótico, Lacan fornece indícios a esse respeito ao evidenciar que:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-Pai, *verwoifen*, foracluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito. É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante. (LACAN. 1998/ 1957-58, p.584).

Nessa mesma linha de argumentação, pode-se afirmar que a construção delirante surgiria como um apelo de sentido, em uma tentativa de simbolização frente à ausência de uma aparelhagem simbólica capaz de subjetivar a experiência. Não havendo metáfora paterna instituída, a metáfora delirante pode vir a inscrever um significante nesse Outro invasivo, fazendo suplência à significação foracluída e produzindo efeitos de estabilização. Nesse sentido, é importante assinalar que nem toda construção delirante é bem-sucedida a ponto de atingir o alcance de uma metáfora delirante estabilizadora e que estabilização não significa cura da psicose, nem quer dizer que o sujeito não possa voltar a se desorganizar. Dessa forma, o que se pode apreender é que quanto mais o delírio se organiza, mais bem-sucedida essa tarefa pode tornar-se. Dito de outro modo,

em relação à cadeia do delírio, se assim se pode dizer, o sujeito nos parece ao mesmo tempo agente e paciente. O delírio é tanto mais sofrido por ele quanto mais ele não o organiza (LACAN, 1988/1955-56, p.253).

A metáfora delirante não equivale satisfatoriamente à metáfora paterna, uma vez que não é capaz de produzir a castração simbólica e de desalojar completamente o psicótico da posição de objeto do Outro. Apesar disso, deve ser reconhecida e valorizada por induzir efeitos de significação. Isso representa dizer que a metáfora delirante pode permitir ao psicótico o acesso à significação, ainda que não fálica, possibilitando efeitos de localização e amenização do gozo do Outro (QUINET, 2018). Nessa perspectiva, é possível indicar o delírio como um tratamento do real a partir do simbólico, uma vez que, através da elaboração de um saber, permite localizar e cifrar uma parcela do gozo invasivo da experiência psicótica.

Ao longo de seu ensino, Lacan indicou ao menos três tentativas psicóticas de circunscrever o furo que se abriu no simbólico graças à forclusão do Nome-do-Pai, sendo elas: metáfora delirante, obra e passagem ao ato (SOLER, 1991). Isto posto, é importante ponderar que, na direção do tratamento da psicose, o analista deve seguir um caminho que busque apaziguar o real que, a todo instante, invade o sujeito. Mais ainda, o analista deve suportar a construção de uma metáfora delirante para que o sujeito não precise recorrer ao risco da passagem ao ato como tentativa

de lidar com esse real invasivo. A esse propósito, cabe retomar a indicação lacaniana de que o analista opere como um secretário do psicótico, acolhendo as formulações subjetivas apresentadas pelo paciente para tratar o mal-estar.

LÓGICA DO DELÍRIO:

Como já assinalado nos capítulos anteriores, muitos dos autores da psiquiatria clássica que se detiveram ao estudo pormenorizado do delírio, sobretudo os da corrente francesa, parecem apontar a existência de uma lógica evolutiva. Em geral, as etapas subjacentes descritas por eles contêm um período inicial de perplexidade, um momento intermediário de inquieta elaboração e um estágio de sutura megalomaniaca. Para fins deste artigo, interessa-nos, no entanto, retomar a lógica proposta pelo psicanalista francês Jean-Claude Maleval (1998), que destacou quatro tempos distintos para se pensar a dinâmica evolutiva inerente ao processo delirante. Essas periodizações foram decantadas por Maleval de um estudo detalhado dos textos freudianos e lacanianos. O autor extrai do ensino lacaniano sobre o caso Schreber a indicação de quatro tempos distintos, apesar de Lacan nunca ter levado a cabo essa espécie de formalização. Para justificar a sinalização de Lacan a esse respeito, Maleval (1998) faz citação da seguinte passagem, que tomou como inspiração para sua formalização quaternária:

Objeto de horror para o sujeito, inicialmente, depois aceita como um compromisso razoável e, desde então, decisão irreversível e motivo futuro de uma redenção concernente ao universo (LACAN, 1998/1957-58, p. 570).

Maleval (1998) destaca que o que está em questão em toda lógica evolutiva do delírio não é uma operação lógica e dedutiva, conforme assinalavam os psiquiatras clássicos, mas a relação do sujeito com o gozo. De acordo com ele, a sistematização de uma metáfora delirante agencia a tentativa do sujeito psicótico de significantizar o gozo que se encontra deslocalizado frente à ausência de aparelhagem fálica capaz de cifrá-lo, isto é, empenha remediar, de modo mais ou menos precário, a função paterna foracluída. Mais precisamente, Maleval (1998) assinala que as construções delirantes buscam responder a uma mesma problemática insistente, quer seja:

como tornar aceitável a posição fundamental do sujeito psicótico que, por falta de inscrição de seu ser no campo simbólico, está consagrado a se apreender como um objeto de gozo para o desejo do Outro? (p.127-128, tradução nossa).

Os quatro períodos sistematizados pelo autor, aos quais nos deteremos mais detalhadamente adiante, são: deslocalização do gozo e perplexidade angustiada, tentativa de significantização do gozo do Outro, identificação do gozo do Outro e, finalmente, consentimento regulado ao gozo do Outro. Advertindo que essas nomeações se demonstram demasiadamente restritivas, opta por designar as letras P₀, P₁, P₂ e P₃ a cada uma das fases, tomando de empréstimo a formalização P₀ que Lacan utiliza no esquema I para se referir à forclusão do Nome-do-Pai. Destaca ainda que é possível fazer uma comparação de cada etapa com diferentes quadros clínicos: se P₀ remete inicialmente à carência paterna, P₁ evoca a postura paranoide, P₂ remete à paranoia e P₃ à parafrenia; mas ressalta que ainda que esses quadros estejam fortemente associados a cada uma dessas fases, não necessariamente correspondem a elas.

Antes de passarmos à avaliação de cada um desses tempos, cabe fazer algumas ponderações. A primeira e talvez a mais imprescindível delas é assinalar que a passagem por esses períodos não é estanque ou irreversível. Há possibilidade de passagens retrógradas, há quadros delirantes em que o sujeito sequer chega a elaborar uma defesa paranoide e outros em que o sujeito não supera uma tentativa desordenada de formular uma defesa desse tipo. Além disso, Maleval (1998) ainda destaca que são infrequentes exemplos de casos em que o sujeito atinge o último estágio (P_3), que comporta um apaziguamento parafrênico. O autor também adverte que a lógica quaternária, esboçada por ele para os delírios crônicos, não se aplica aos delírios melancólicos, que comportam uma lógica evolutiva própria nas quais as capacidades auto terapêuticas se revelam menos eficientes. Feitas essas observações, passemos ao estudo pormenorizado de cada uma dessas fases.

Deslocalização do gozo e perplexidade angustiada (P_0):

Logo de saída, para ilustrar o que se passa neste primeiro tempo, Maleval (1998) recorre a uma citação de Lacan, que aponta que o que ocorre de mais substancial nas psicoses se trata “de um beco sem saída, de uma perplexidade concernente ao significante” (LACAN, 1981/1955-56, p. 219 apud MALEVAL, 1998, p. 133, tradução nossa). Essa passagem serve para exemplificar que o que se passa em P_0 são sentimentos difusos de angústia e de perplexidade que retêm toda a atenção do sujeito e não concedem repouso. Mais precisamente, pode-se falar desse momento como uma reação ao desencadeamento do significante da cadeia e à deslocalização do gozo. Tal período, segundo o autor, pode ser decomposto em dois momentos, a saber: uma perplexidade inicial sem objeto e o surgimento de um enigma.

A perplexidade inicial pode ser traduzida como uma “experiência vivida pelo sujeito fora de toda possibilidade de comunicá-la” (GRIVOIS, 1990, p. 848 apud MALEVAL, 1998, p. 134, tradução nossa). Durante esse estado, o sujeito tem certeza de que tudo ao seu redor adquiriu um novo significado, apesar de ainda não conseguir apreendê-lo. Trata-se do que Lacan designou como *significação da significação* que, dito de outro modo, não tem outra significação que não aquela de portar em si mesma uma significação. O sujeito constata uma perturbação na ordem do mundo e é invadido por um sentimento de angústia que se desdobra em inquietação, tensão, desconfiança ou atos hipocondríacos e numa certeza autorreferente de que tudo é dirigido a ele, mas cujo sentido ainda lhe é enigmático e inapreensível. É como se o significante adquirisse autonomia, o que foi elaborado por Clérambault como *automatismo mental*. Já a formulação de um enigma é o que se desdobra dessa primeira experiência de perplexidade e pode ser caracterizada como um esforço do sujeito em responder à invasão de signos que se sucedeu no primeiro instante.

Maleval (1994) sinaliza que não é por um acaso que denominou esse estágio como P_0 . Trata-se do símbolo que Lacan também utilizou para assinalar a forclusão do Nome-do-Pai no esquema I, apresentado no texto *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* (1998/1957-58). Mais precisamente, isso equivale dizer que o que está em evidência neste momento são justamente os efeitos que a forclusão e a conseqüente ausência de aparelhagem fálica acarretam. Frente ao rompimento da cadeia significante e não havendo significação fálica capaz de recobrir e subjetivar essa experiência, o sujeito é lançado a uma confrontação com uma pergunta sobre seu ser, a qual não pode responder. Assim, os afetos correlativos à cadeia significante rompida também se esvanecem, restando a sensação de perplexidade. Para exemplificar esse estágio, é possível fazer menção

ao período hipocondríaco vivenciado pelo presidente Schreber, manifestado em sua primeira crise.

Também é possível remeter este período ao que Lacan (1988/1955-56) alcunhou como *momento fecundo* que, mais precisamente, pode ser caracterizado como esse estágio em que o sujeito se apresenta inquieto, embaraçado por um advento enigmático e tomado pela convicção de que algo sobrevirá (MILLER, 2009). Trata-se, como aponta Miller (2009), de um período de *empuxos-ao-delírio*. Jaspers, por sua vez, reconheceu esse estágio sob a nomenclatura *experiência delirante primária* (MALEVAL, 1998).

Importante assinalar que há sujeitos que sequer chegam a sair desse primeiro estágio. Nesses casos, quando não há operação de mobilização do significante, o sujeito se apresenta quase sempre com aspectos concernentes a uma esquizofrenia catatônica ou hebefrênica. Na síndrome catatônica, o que se apresenta é um desinvestimento da linguagem e do pensamento, o que suprime qualquer possibilidade do advento da perplexidade. Já na hebefrenia, ocorre um rechaço a toda interrogação (MALEVAL, 1998). A elaboração delirante constitui uma das saídas possíveis de P_0 , o que não quer dizer, adverte Maleval (1998), que os analistas devam forçar os pacientes a construírem esse tipo de defesa para escaparem da angústia que os assola. Trata-se antes, porém, de que os analistas empreendam uma tentativa de descobrir em que condições o sujeito pode se situar de maneira diferente, auxiliando-o nesse transcurso.

Significação do gozo deslocado (P_1):

Nessa etapa, persiste o caráter enigmático presente em P_0 , mas um enorme aparato significativo passa a ser mobilizado pelo sujeito com o intuito de remediar o fosso aberto no simbólico e na tentativa de explicar os fenômenos que o invadem. Tais esforços, no entanto, ainda não conseguem resolver satisfatoriamente toda a questão enigmática que se impõe com o desordenamento da cadeia significativa.

A fim de elucidação, Maleval (1998) compara este período ao que se compreende como delírio paranoide que, segundo ele, não se trata de uma construção sistematizada e pode englobar diversas temáticas: desde transformação corporal com experiências místicas - como é o caso de Schreber - até ciúmes, hipocondria, influência, perseguição, dentre outras. O que se observa no delírio paranoide é que o psicótico tende a aderir a temas diversos, sem qualquer esforço de fusão entre eles, o que torna esse tipo de construção delirante polimórfico, com grande variabilidade ao decorrer do tempo e inconsistente a ponto de reunir afirmações que se contradizem entre si.

Exemplo que pode ser retomado para ilustrar esse período, conforme pondera Guerra (2007), é uma das primeiras tentativas de Schreber de explicar o que estava se sucedendo com ele. A primeira formulação que ele elabora é de que tudo não se passava de um complô armado por seu médico, Dr. Flechsig, para prejudicá-lo. Tal elaboração, contudo, não se mostrou capaz de apaziguá-lo; pelo contrário, deixou-o à mercê de um Outro onipotente.

Nesse sentido, Maleval (1998) retorna a Lacan para discutir o sacrifício da “morte do sujeito”, que se impõe nesta fase como um “compromisso razoável”, e que pode ser compreendido como uma separação entre o sujeito e o seu valor fálico. Isso equivale dizer que o sujeito consente com uma certa renúncia que pode se evidenciar na emergência de um novo nome próprio, na modificação radical dos ideais, na construção de uma nova filiação ou, no caso de Schreber, na transmutação de seu corpo para atender ao chamado de “mulher de Deus”.

Identificação do gozo do Outro (P₂):

Na raiz de toda psicose, está colocado um enfrentamento ao gozo, que se impõe a todo momento ao sujeito. Geralmente, nas primeiras etapas, esse gozo encontra-se disperso no corpo do sujeito, através das alucinações auditivas, do sentimento de perplexidade ou de vagas intuições delirantes. Em P₂, contudo, esse gozo é, como sinaliza Lacan (1966 apud MALEVAL, 1998), identificado no campo do Outro por meio da elaboração de uma sistematização paranoica. Como já assinalado, esse período pode ser comparado ao quadro paranoico, em que o delírio se mostra mais sistematizado e organizado em torno de uma montagem rígida (MALEVAL, 1998).

De acordo com Maleval (1998), para que essa identificação de gozo ocorra, é necessário situar no campo do Outro um significante que permita nomear esse gozo ilegal que perturba a ordem do mundo, o que também instaura uma certeza que determina a existência do sujeito. O gozo deslocalizado se adere ao significante e o sentimento de estranheza angustiante das passagens anteriores dá espaço à uma penosa familiaridade do paranoico com as figuras perseguidoras. No caso de Schreber, esse período pode ser identificado no assentamento do significante “mulher de Deus”, que possibilitou a ele a condensação e a localização do gozo do Outro na figura de Deus (GUERRA, 2007).

Correlativamente à sutura da cadeia delirante, mediante a sistematização do delírio e a localização do gozo, também se desdobra no registro imaginário um processo de atenuação da angústia. O paranoico se identifica com uma imagem ideal de si mesmo e, em geral, o perseguidor eleito pelo paranoico é uma duplicação dessa imagem ideal. Nesse sentido, Maleval (1998) aponta os riscos de passagens ao ato que isso pode implicar, uma vez que, em nome das suas certezas, o sujeito pode vir a colocar em risco a própria vida ou se converter em um perseguidor da figura perseguidora; como ocorreu com Aimée, caso apresentado por Lacan em sua tese de doutoramento.

Além disso, outra possibilidade que merece atenção é que o paranoico se converte em um ser capaz de identificar e denunciar o gozo do mundo. Nessa perspectiva, não é incomum encontrarmos na clínica paranoicos que denunciam incansavelmente as desordens do mundo, fazendo disso uma missão. A esse propósito, é possível retomar as ideias de Soler (2007) acerca do postulado da inocência paranoica. Essa autora nos afirma que o paranoico identifica o gozo sempre no lugar do Outro, denunciando-o como injustificado e mau, mas nunca em si mesmo. Nos dizeres dela: “Se colocarmos o sujeito e o Outro cara a cara, a divisão fica claríssima: no delírio, o Outro acusa o sujeito supostamente inocente. A posição real deste último, portanto, é a de acusador do Outro, supostamente mau” (SOLER, 2007, p. 58). Ainda de acordo com ela, essa estratégia é perceptível em Schreber, que denuncia o gozo de Deus e insiste que o gozo entre numa ordem distinta do ordenamento corrupto do mundo.

Consentimento regulado ao gozo do Outro (P₃):

Por sua vez, P₃ consiste em uma finalização do processo auto terapêutico do delírio, processo que se evidencia mais nitidamente nessa fase mediante o alcance de certa atenuação dos fenômenos que se sucederam nos estágios anteriores, a estabilização do quadro e o conseqüente apaziguamento do sujeito. Produz-se uma localização tranquilizadora do gozo invasivo. As mensagens do Outro gozador deixam de ser percebidas como intrusivas e o sujeito passa a consentir com o gozo identificado no Outro, transformando-se em consonância com as significações que lhe são transmitidas pelo Outro.

Segundo Maleval (1998), raros são os psicóticos que atingem esse nível de ordenação delirante, que pode ser comparada com o quadro antes conhecido como parafrenia. Tal quadro foi descrito por Kraepelin no início do século XX e se caracteriza por produções delirantes fantasiosas ou extravagantes, geralmente com conteúdos megalomaniacos, mas que conserva boa adaptação à vida social (MALEVAL, 1998). Essa entidade clínica foi abandonada pela psiquiatria contemporânea e pelos atuais manuais diagnósticos, tendo alguns de seus critérios elencados entre a esquizofrenia e a paranoia. Maleval (1998) adverte que a distinção crucial entre paranoicos e parafrênicos reside no fato de que os primeiros se rebelam contra o Outro gozador, enquanto os segundos se acomodam a ele. Ainda em conformidade com esse autor, para que o sujeito possa consentir com o gozo do Outro, torna-se necessário que o Outro gozador seja desencarnado de um personagem real e concreto, o que explica a propensão ao fantástico e ao místico das formulações parafrênicas.

Admitindo-se a parafrenia como entidade nosológica, Schreber pode ser considerado não um paranoico, mas um parafrênico, pois consente sem reservas ao gozo do Outro quando admite sua feminilização como meio de redenção concernente ao universo (MALEVAL, 1998). As ideias persecutórias cedem espaço para construções fantásticas e de tom megalomaniaco, que se sistematizam em formulações delirantes tal qual a de que seria fecundado por raios divinos com o objetivo de gerar uma nova raça de homens.

Maleval (1998) ainda ressalta que não é incomum que sujeitos psicóticos que atingiram esse nível de sistematização delirante ocupem postos socialmente relevantes e raramente careçam de hospitalização psiquiátrica, o que nos pode conduzir a pensar que o ideal seria que todos os sujeitos alcançassem P₃. No entanto, o autor esclarece que, por mais pacificador que esse estágio seja para o sujeito, ele não deixa de comportar uma renúncia radical. Isso porque, para consentir ao gozo do Outro, o sujeito renuncia ao próprio desejo, o que “resulta uma existência amputada, voluntariamente centrada em um gozo solitário do delírio” (MALEVAL, 1998, p. 251, tradução nossa). Diante disso, lança a questão: “está no poder do clínico incitar o sujeito a uma escolha mais compatível com a ética da psicanálise?” (Ibidem, p. 251, tradução nossa).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A propósito da concepção de delírio na psiquiatria, vimos que não há definição unívoca e satisfatória, apesar da maioria dos manuais psicodiagnósticos contemporâneos apontá-lo como um “juízo errôneo incorrigível”. Nesse sentido, defende-se que critérios de verdade e erro não são os mais adequados para distinguir o delírio, afinal, ao tomarmos a noção psicanalítica de realidade subjetiva, pode-se dizer que “um delírio é sempre verdadeiro, na medida em que ele está se referindo à realidade psíquica de quem o enuncia” (CARVALHO; BARROS, 2017, p.125).

Em contraposição a propostas clínicas pautadas na subjetividade, há correntes psiquiátricas que argumentam que o adoecimento mental é, via de regra, consequência de uma disfunção bioquímica do cérebro, que poderá ser mapeada e eliminada com o avanço científico e tecnológico. Isso nos conduz à uma crítica sobre a exigência contemporânea de se patologizar e medicalizar qualquer sofrimento mental sem se considerar as dinâmicas sociais e subjetivas envolvidas nos processos de adoecimento psíquico. Ainda a esse propósito, também é possível observar que o crescente apelo à medicalização do delírio escamoteia tentativas de

remissão desse sintoma, desconsiderando seu valor de construção defensiva capaz de regular o gozo. Nesse sentido, a abordagem freudiana foi fundamental para se apreender o delírio como trabalho subjetivo de tentativa de cura e de reconstrução do mundo. Já o enfoque lacaniano contribuiu para se pensar a metáfora delirante como uma das soluções psicóticas capaz de fazer suplência ao Nome-do-Pai foracluído e, finalmente, as perspectivas de Maleval (1998) atestam a evolução do delírio em termos de atenuação da angústia e pacificação do gozo.

O que nos propomos ao recorreremos à psicanálise, que inclui a dimensão da falta e do mal-estar estruturais, contribuindo para pensar a conjuntura humana por outro viés, é não atendermos a esse tipo de exigência do discurso da ciência. Para a psicanálise, a condição humana está, necessariamente, relacionada à incompletude e à angústia e não pode, portanto, ser reduzida a qualquer manual diagnóstico patologizante. Além disso, como sinaliza Maleval(1998), a ética da psicanálise não implica ideais normativos, os quais “por querer demasiadamente o bem do sujeito, conduzem facilmente ao pior” (p. 260, tradução nossa).

Assim, ao considerar o saber do sujeito na construção de sua clínica, a psicanálise resguarda ao discurso delirante o papel de material clínico privilegiado a ser manejado na condução do tratamento e, com isso, faz oposição à clínica da doença mental que, investida em discursos biologicistas e morais, busca silenciar os fenômenos elementares da psicose. A esse respeito, Maleval (1998) assegura que as tentativas de remissão do delírio conduzem o sujeito à depressão, à reticência ou mesmo à passagem ao ato. A partir desta crítica, é possível pensar que qualquer tratamento consistente das psicoses deve considerar os delírios como material clínico relevante, sem deixar, é claro, de recorrer à medicação quando necessário e de ter ciência que as construções delirantes podem vir a fazer obstáculo ao enlaçamento social do sujeito (MALEVAL, 1998).

Secretariar o alienado, como sugere Lacan (1988/1955-1956), inclui esvaziar e retificar o Outro que, a todo instante, impõe seu desejo ao psicótico. É preciso auxiliar o sujeito a se desalojar minimamente desse lugar de subordinação ao Outro e isso só se torna possível quando o profissional acolhe a fala do sujeito, permitindo que, ao endereçar o discurso delirante a alguém verdadeiramente disposto a acolhê-lo, ele encontre espaço para se representar. Assim, deve-se acompanhar o psicótico na criação de meios de barrar o Outro, seguindo as estratégias desenvolvidas pelo próprio sujeito e descobrindo com ele seu saber-fazer frente ao mal-estar.

Desse modo, qualquer um que se proponha a verdadeiramente acolher usuários da saúde mental deve se deixar guiar pelo sujeito e permitir que o psicótico se sirva dele como ferramenta para conter o gozo que o invade. Os técnicos em saúde mental devem, portanto, servir como auxílio contra a consistência do Outro. O psicótico espera que a equipe contribua para limitar a angústia que o assola e, para tanto, os técnicos devem operar como instrumentos flexíveis, capazes de suportar e acolher as construções de novas saídas por parte do usuário, dentre elas as saídas delirantes. Isto também implica dizer que os profissionais não devem, de forma alguma, localizar o paciente como objeto de um projeto de reeducação moral e muito menos que devam confrontar as construções delirantes por meio da exposição de “dados da realidade”, prática muito empregada no passado. Pelo contrário, devem se precaver de ocupar esse lugar de Outro consistente.

A direção do tratamento envolverá a singularidade de cada caso, contudo, procurou-se elencar nestas considerações algumas estratégias possíveis no manejo da psicose e, mais precisamente, no manejo das formulações delirantes apresentadas pelos pacientes, a fim de orientar essa clínica que ainda é tão desafiadora. O

essencial para permitir que essa clínica aconteça é tomar os sujeitos como verdadeiros operadores. Assim, como nos indica Maleval (1998), a pretensão do clínico frente às construções delirantes não deve ser querer fazer com que o sujeito regresse à realidade, mas auxiliá-lo na regulação do gozo invasivo do Outro, deixando a ele a possibilidade de elaborar uma solução original, solução esta que pode ou não estar ancorada no trabalho delirante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BARRETO, Francisco Paes. *S ou a Síndrome do Automatismo Mental*, de Clérambault. Opção Lacaniana online, ano 3, nº 9, p. 01-05, novembro de 2012. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero9/texto2.html>>. Acesso em: 07 de julho de 2020.

BERRIOS, Germán Elias. *The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century*. New York: Cambridge University Press, 1996.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses* – 2ª edição – São Paulo: Zagodoni, 2013.

CARVALHO, Frederico Feu de; BARROS, Romildo do Rêgo. *Semiologia do pensamento e da linguagem: do juízo de realidade ao delírio universal*. In: TEIXEIRA, Antônio; CALDAS, Heloisa (org.). *Psicopatologia lacaniana I: semiologia*. – 1ª edição – Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

EY, Henri; BERNARD, Paul & BRISSET, Charles. *Tratado de psiquiatria*. [1965] Tradução Carlos Luiz Ogara, adaptação Aurelio López Zea. 8ª edição da 5ª edição francesa, revisada e atualizada. Barcelona: Toray-Masson, 1978.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na Idade Clássica*. [1972]. Tradução José Teixeira Coelho Netto; revisão da tradução Newton Cunha. – 12ª edição – São Paulo: Perspectiva, 2019.

FREUD, Sigmund. *A perda da realidade na neurose e na psicose*, [1924b]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Construções em análise* [1937]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XXIII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*, [1907[1906]]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. IX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Neurose e psicose*, [1924a]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides)*, [1911]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Sobre a Psicoterapia*, [1905[1904]]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. VII, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. *Sobre o narcisismo: uma introdução* [1914]. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIV, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUERRA, Andréa Maris Campos. *A estabilização psicótica na perspectiva borromeana: criação e suplência*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, IP/UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2007.

LACAN, Jacques. *Abertura da sessão clínica*. *Ornicar?*, nº 9, p. 7-14, 1977. Disponível em: <<http://www.traco-freudiano.org/tra-lacan/abertura-secao-clinica/abertura-clinica.pdf>> Acesso em: 27 de julho de 2020.

LACAN, Jacques. *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose* [1957-1958]. In: *Escritos*, tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 537-590, 1998.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 3: as psicoses*, [1955-1956]. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller [versão brasileira de Aluisio Menezes]. 2.ed.revista. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

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

MILLER, Jacques-Alain. *A invenção do delírio*. Opção Lacaniana Online nº 5. Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/antigos/textob.asp>>. Acesso em: 01 de junho de 2020.

PINCERATI, Walker Douglas. *Os neologismos ativos e passivos em Jules Séglas (1892)*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 564-570, setembro 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000300011>. Acesso em: 07 de julho de 2020.

QUINET, Antônio. *Teoria e clínica da psicose* – 5. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2018.

SILVA, Edna Lúcia da & MENEZES, Estera Muszkat. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. – 4. ed. rev. atual. – Florianópolis: UFSC, 2005.

SOLER, Colette. *Estudios sobre lapsicosis*. Buenos Aires, Ediciones Manantial, 1991.

SOLER, Colette. *O inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

TEIXEIRA, Antônio Márcio Ribeiro. *Entre signo e significante: a esquizofrenia incipiente segundo Conrad*. *Revista do Departamento de Psicologia da UFF* [online], Niterói, v. 18, n.1, p. 107-116, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-80232006000100009&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 07 de julho de 2020.

TELLES-CORREIA, Diogo. *A evolução conceptual do delírio desde a sua origem até à modernidade*. *Psilogos*, vol. 12, nº 2, págs. 40-51, dezembro de 2014. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/6991>>. Acesso em: 07 de julho de 2020.