

## Tradição clínica da psiquiatria, psicanálise e práticas atuais em saúde mental

Fernando Tenório<sup>a\*</sup>  
Fernanda Costa-Moura<sup>b</sup>  
Anna Carolina Lo Bianco<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

<sup>b</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Resumo:** Este artigo aborda a clínica da psicose no campo da saúde mental propondo uma retomada de categorias da psiquiatria clássica pela psicanálise, especialmente o automatismo mental. Seu objetivo é demonstrar a utilidade do que pode ser considerado um programa de trabalho para o campo de tratamento da psicose na saúde mental, polarizado hoje entre o reducionismo biológico e a atenção psicossocial. A riqueza clínica dessas descrições psiquiátricas clássicas, em sua releitura pelo viés da teorização lacaniana, possibilita reconhecer o funcionamento complexo da psicose e, em particular, o trabalho do sujeito para fazer face às dificuldades impostas por essa condição. Como conclusão, o automatismo mental de Clérambault é analisado visando a demonstrar a dependência estrutural de todo sujeito em relação à linguagem e ao significante, fato primeiro do qual deriva a subjetividade como efeito.

**Palavras-chave:** psicanálise, psicose, psiquiatria, automatismo mental.

### Introdução

O presente artigo trata da clínica da psicose pela via de uma proposta de diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da saúde mental, abordando a síndrome do automatismo mental estabelecida pelo psiquiatra G. G. de Clérambault no começo do século XX e indicando o interesse de uma abordagem posterior de outras descrições clínicas produzidas pela psiquiatria clássica. Ele foi produzido inicialmente com o trabalho realizado por Fernando Tenório na rede de saúde de Niterói (orientado especialmente pela Oficina de Psicanálise do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, conduzida por Eduardo de Carvalho Rocha e Francisco Leonel Fernandes) e posteriormente no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (com as outras duas autoras, Fernanda Costa-Moura e Anna Carolina Lo Bianco). Resulta ainda do trabalho sobre a psicose realizado no *Tempo Freudiano: Associação Psicanalítica*, que inclui a interlocução com a Escola Psicanalítica de Sainte-Anne, do tradicional Hospital Psiquiátrico de Sainte-Anne em Paris. Essa interlocução tem se dado através do estudo dos textos produzidos ali e se materializou em cinco encontros de trabalho no Rio de Janeiro e em Paris, entre 2003 e 2012.

O que nos move é a aposta de que, apesar da reforma psiquiátrica ser conduzida justificadamente pela dimensão política da cidadania e da inclusão social do louco, o tratamento dos transtornos mentais graves no campo da saúde mental não prescinde da tradição clínica da psiquiatria e da psicanálise. Esse é o sentido da contribuição que, juntando-nos a outros autores, pretendemos trazer ao debate sobre o tratamento clínico-institucional da psicose.

Diferentes iniciativas, referidas a escolas de pensamento clínico diversas, têm procurado sustentar a pertinência de estudos em psicopatologia no campo da saúde mental no Brasil: a chamada “psicopatologia fundamental” (Berlink, 2008); a proposta de uma “psicopatologia do senso comum” ou psicopatologia do “ser-no-mundo”, referida à fenomenologia de Husserl e à filosofia de Heidegger e que recupera os trabalhos de Jaspers, Minkowski e Binswanger (Leal, 2006; Serpa Jr., 2006); a tentativa de fazer da construção do caso clínico uma referência para o trabalho nos serviços de saúde mental, baseada nos conceitos de Lacan (Figueiredo, 2004); e, internamente ao saber psiquiátrico, os pesquisadores que propõem recuperar a tradição psicopatológica da psiquiatria, que foi abandonada pela lógica descritiva e estatística dos DSM (Aguiar, 2004; Banzato, 2004; Lima, 2012; Pereira, 1996).

Temos procurado trabalhar dentro de um recorte determinado: o da retomada, pela psicanálise, de descrições clínicas da psiquiatria clássica. Seguimos as indicações de Lacan (1954-1955/1995, p. 299; 1955-1956/1992a, p. 33; 1958/1998a, p. 69; 1960-1961/1992b, p. 106) e de um conjunto de trabalhos atuais que despertaram nosso interesse para esse programa de trabalho e têm nos conduzido nele (Czermak, 1991, 2009, 2012; Ferretto, 2009; Sciarra, 2005; Tyszler, 2011).

A hipótese que norteia esses estudos é a de que, nas ricas descrições nosológicas que caracterizaram a tradição clínica da psiquiatria francesa, muito valorizada por Lacan (1955-1956/1992a), tem-se uma referência clínica para localizar o que é da ordem do sujeito em cada psicose – da relação do sujeito com a linguagem que o constitui como sujeito, e do trabalho de sujeito que pode haver ali. Apesar dos pressupostos organicistas que caracterizavam essas abordagens, as descrições clínicas e a forma como

\* Endereço para correspondência: [fernandotenorio@terra.com.br](mailto:fernandotenorio@terra.com.br)

eram transmitidas nos textos podem representar hoje, à luz da abordagem estrutural lacaniana, uma referência clínica fecunda para localizarmos o funcionamento de um sujeito às voltas com os constrangimentos e dificuldades impostos pela psicose.

O campo prático e teórico deste estudo é triplamente determinado: pela teorização psicanalítica da psicose, pela tradição psiquiátrica e pelo estado atual da abordagem da psicose no meio social e no meio técnico-especializado – a psiquiatria que tende ao reducionismo biológico na explicação dos fenômenos psicopatológicos, de um lado, e as práticas comunitárias de atenção psicossocial, de outro. O debate sobre o tratamento da psicose está amplamente polarizado, hoje, entre o reducionismo biológico, com os efeitos de supressão do sujeito que ele acarreta, e a atenção psicossocial (que tem como visada a tentativa de promover a vida do psicótico em sociedade, aproximando a dimensão de sujeito da reabilitação social). Interrogamos se essa polarização não deixa de fora a consideração singular sobre o caminho de cada paciente em sua psicose, na medida em que ambas são terapêuticas apoiadas em objetivos universalmente estabelecidos no campo das funções: a remissão dos sintomas e a recuperação do funcionamento correto das funções mentais, no caso do reducionismo biológico em psiquiatria; e um melhor funcionamento e inserção na vida social, no caso da atenção psicossocial, com objetivos e parâmetros terapêuticos universais, tais como ter maior autonomia pessoal, não se internar, trabalhar ou auferir renda de algum modo etc.

Nesse sentido, essas duas vertentes, tão divergentes entre si, inadvertidamente convergem na abordagem do sujeito referida a certo funcionamento conforme a um melhor desempenho na ordem social.

Seguindo as indicações de Lacan e dos autores a que nos referimos, temos voltado às descrições psiquiátricas do final do século XIX e começo do XX interessados em identificar ali uma leitura estrutural da psicose. Buscamos realizar o que se pode chamar de uma retomada psicanalítica das entidades psiquiátricas – na aposta de que há aí uma possibilidade de fazer avançar a teorização e a clínica da psicose na psicanálise, na psiquiatria e na saúde mental.

## Psicanálise e psiquiatria: um programa de trabalho

As classificações psiquiátricas atuais (American Psychiatric Association, 2013; Organização Mundial de Saúde, 1993) aboliram as categorias de fundo tributárias da psicanálise – neurose e psicose – e as substituíram por uma proliferação de categorias descritivas e pretensamente atóricas, agrupadas por temas comuns ou semelhanças descritivas (transtornos de ansiedade, de humor, alimentares, de stress etc.). A consequência foi a medicalização das condições antes associadas à subjetividade (à neurose), que deixaram de ensinar, na cultura, a demanda por um processo psicoterapêutico de elaboração subjetiva, em favor de

uma demanda por resolução pragmática e medicamentosa dos sintomas (Russo & Venâncio, 2006). Quanto à psicose, restou o adjetivo “psicótico” para designar a ocorrência manifesta de alucinações e delírios, tomados como índices de perda do juízo de realidade (Organização Mundial de Saúde, 1993, p. 3). A única condição claramente reconhecida como psicótica passou a ser a esquizofrenia, abordada pelo déficit global nas funções – afeto, pragmatismo, coerência interna dos processos mentais, uso da inteligência etc. –, e por isso propensa a ser relacionada a um déficit biológico.

O abandono da noção de psicose como uma categoria de fundo aconteceu na terceira revisão do manual de diagnóstico norte-americano, o DSM-III (American Psychiatric Association, 1989), e foi seguido pela Classificação Internacional das Doenças (Organização Mundial de Saúde, 1993), permanecendo até os dias de hoje. Embora as classificações atuais permitam o diagnóstico de esquizofrenia apoiado em uma desorganização mais grosseira do funcionamento psíquico ou na presença de sintomas negativos acentuados e persistentes, o que observamos na prática concreta das instituições de saúde mental é a dificuldade cada vez maior de se reconhecer um funcionamento psicótico na ausência de alucinações e delírios. Um dos efeitos dessa dificuldade de reconhecimento da psicose é o aumento do diagnóstico de “transtorno de personalidade”. O próprio DSM-III sugeriu que certos quadros antes reconhecidos como psicóticos, mas que não apresentam delírios e alucinações, “possivelmente” deveriam ser diagnosticados como transtornos de personalidade (American Psychiatric Association, 1989, p. 199). Assim, foram ejetados para a rubrica dos transtornos de personalidade funcionamentos psicóticos que prescindem dos chamados sintomas produtivos. Quanto à antiga psicose maníaco-depressiva, reduziu a psicose à presença acessória de alucinações e delírios (os transtornos bipolares do humor só são reconhecidos como psicóticos na ocorrência desses sintomas). O diagnóstico de esquizofrenia passou a englobar todas as psicoses “atípicas”, tornando-se uma espécie de “psicose única” (Rancher, Rondepierre, Viallard, & Zimbra, 1993, p. 14). Pode-se dizer que, desde Bleuler (1911/1993), houve uma expansão englobante da esquizofrenia sobre outras condições psicóticas antes reconhecidas em sua especificidade. O resultado é a redução da própria noção de psicose a uma condição deficitária, caracterizada pelo prejuízo nas funções e pela evolução deteriorante. Perdeu-se de vista a psicose como modo específico de funcionamento de um sujeito (Rocha & Fernandes, 2004; Rocha & Tenório, 2004).

Tanto Freud (1911/1995) quanto Lacan (1955-1956/1992a) manifestaram reservas quanto à esquizofrenia e preferiram abordar a psicose pela paranoia: “Mais importante é conservar a paranoia como um tipo clínico independente, ainda que seu quadro frequentemente se complique com traços esquizofrênicos” (Freud, 1911/1995, p. 70). Segundo Sciara (2005), Freud abordou a psicose pela

paranoia porque o paranoico verbaliza os temas que articulam um sujeito – a relação com o outro e com o objeto, o sexual, a paixão, a razão – e porque nela os fenômenos transferenciais são mais evidentes. Em sintonia com as hipóteses de Freud, a paranoia revela o trabalho do sujeito no delírio. Lacan (1932/1987, 1955-1956/1992a) segue o mesmo caminho e observa que Freud “traça uma linha divisora de águas” entre a paranoia e as esquizofrenias. O que está em jogo é a distinção entre déficit e estrutura:

para Freud, o campo das psicoses se divide em dois. O que abrange o termo psicose no domínio psiquiátrico? Psicose não é demência. As psicoses são, se quiserem – não há razão para se dar ao luxo de recusar empregar este termo –, o que corresponde àquilo a que sempre se chamou, e a que legitimamente continua se chamando, as loucuras. É nesse domínio que Freud faz a partilha. (Lacan, 1955-1956/1992a, p. 12)

As psicoses são as loucuras e, acrescenta Lacan (1955-1956/1992a, p. 24), “não é louco quem quer”. A psicose e a neurose são estruturas que submetem o sujeito aos constrangimentos delas decorrentes e que funcionam segundo a lógica própria a cada uma.

Crítica-se na esquizofrenia a ênfase deficitária, em geral tomada na suposição de uma determinação biológica (Tyzler, 2011, p. 88), e o esquecimento a que ela relegou “referências semiológicas mais importantes” e “descrições mais finas das diversas formas clínicas de psicoses” (Sciara, 2005, p. 42). Isso não quer dizer que ela tenha sido ignorada por Freud, Lacan ou pelos psicanalistas lacanianos, como atestam, no Brasil, os textos compilados por Alberti (1999) e o trabalho de Quinet (2006). A pregnância desse diagnóstico no trabalho da saúde mental leva a que se aborde pela esquizofrenia quadros clínicos que teriam sua especificidade mais bem iluminada por outras referências da tradição psiquiátrica.

Se a tradição alemã, na qual se construiu a esquizofrenia, é a das grandes categorias, a tradição francesa é a da identificação dos elementos discretos, no sentido matemático do termo – referente a unidades distintas, descontínuas, que não formam um grande todo – e linguístico – referente ao elemento que se articula aos outros elementos de uma estrutura sem contudo perder a individualidade. Assim é que, na tradição francesa, produziram-se descrições de evoluções clínicas que não substituem o diagnóstico de esquizofrenia na classificação, mas iluminam e decompõem os elementos e as linhas de força que ali operam. Retomadas com Lacan, essas descrições contribuem para uma abordagem estrutural da esquizofrenia.

Assim, temos procurado, em nossa pesquisa, retomar os quadros clínicos que ficaram à sombra da esquizofrenia e que apenas certa psiquiatria francesa de inspiração lacanianiana insiste em sustentar. São eles:

O automatismo mental de Clérambault (1924/2009a), que abordaremos na parte seguinte do presente trabalho.

A *hipocondria* como “conceito maior no campo clínico das psicoses, já que nenhuma escapa dos fenômenos hipocondríacos” (Sciara & Brillaud, 2006). Os fenômenos no corpo são característicos da esquizofrenia, pela falência da linguagem em organizar simbolicamente a experiência do corpo próprio. “O chamado esquizofrênico”, diz Lacan (1973/2003, p. 475), se especifica justamente por “ser apanhado sem a ajuda de nenhum discurso estabelecido”.

A *síndrome de Cotard* ou delírio das negações, que consiste na convicção delirante de não ter os órgãos do corpo, de não estar vivo, portanto de estar condenado à imortalidade como um sofrimento sem fim (Cotard, 1880/2006). Delírio próprio à melancolia, seus traços fundamentais podem estar presentes em outras formas de psicose, demonstrando a unicidade de estrutura das diversas psicoses (Czermak, 1991) e indicando um momento de gravidade e risco na evolução.

A concepção clássica do *transexualismo* como doença mental, porém diferenciada das perversões (Castel, 2001), o que abriu caminho para que se viesse a localizar a dimensão de delírio que pode estar presente e se viesse a referi-lo à psicose (Czermak, 2012; Frignet, 2002). Como delírio, o transexualismo ilumina o empuxo de “feminização” que Lacan (1958/1998a) identificou como estrutural nas psicoses masculinas e cujo exemplo *princeps* é o do famoso caso Schreber de Freud (1911/1995).

As chamadas síndromes (ou distúrbios) do reconhecimento. Na síndrome de ilusão dos sócias ou síndrome de Capgras (Capgras & Reboul-Lachaux, 1923/2006), o paciente acredita que a pessoa que convive com ele é um sócia, colocado no lugar da verdadeira pessoa. Na síndrome de ilusão de Frégoli (Courbon & Fail, 1927/2006), as diferentes pessoas que o paciente encontra são sempre o mesmo (o perseguidor), disfarçado ou encarnado naquele que está diante do paciente. São fenômenos que encontramos na clínica atual da esquizofrenia e para os quais não dispomos de um vocabulário adequado à especificidade do que está em causa – a disjunção dos elementos de estrutura que, no neurótico, parecem ser naturalmente ligados: o nome, a imagem e o objeto (Thibierge, 2011).

Finalmente, a erotomania (Clérambault, 1920-1923/2002). Em sua forma pura, esse delírio de ser amado é considerado uma das formas da paranoia. No entanto, vemos acontecer na esquizofrenia ocorrências erotomaniacas menos organizadas, mas nem por isso menos graves, vividas como invasivas. O conhecimento dessa síndrome e de sua eventualidade provável em qualquer psicose é de grande utilidade para o clínico no manejo da vulnerabilidade do psicótico à transferência (Czermak, 2012), inclusive nas situações institucionais e comunitárias na saúde mental.

Nosso pressuposto é o de que esses quadros psiquiátricos são modos pelos quais um sujeito reage à incidência da linguagem, e que sua abordagem pela psicanálise permite localizar o trabalho feito pelo sujeito para concatenar sua experiência. A retomada psicanalítica – estrutural – dessas referências constitui para nós um programa de trabalho, que começamos a percorrer pelo automatismo mental

de Clérambault (1920/1998). Não poderemos abordar, no escopo deste artigo, as outras condições mencionadas, que deverão, no entanto, ser objeto de futuros trabalhos.

## O automatismo mental ilumina nossa dependência da linguagem

Nas primeiras décadas do século XX, o psiquiatra francês Gaëtan Gatian de Clérambault descreveu um fenômeno clínico até então não isolado pelos alienistas: nas psicoses delirantes e alucinatórias, Clérambault (1920/1998) afirmou ser possível reconhecer um momento inicial caracterizado unicamente pelo fato de a atividade mental ser experimentada pelo sujeito no registro da estranheza e da xenopatia. Ela se autonomiza do sujeito, torna-se estranha a ele. Uma paciente “percebe como sua, mas de inspiração exógena, a voz interior”; ela sofre de uma “ideação automática” (p. 458). Outros referem um pensamento ou uma fala automática que é integralmente estrangeira. A novidade é que não se trata de um fenômeno auditivo (alucinação). E frequentemente não é vivido como hostil ou persecutório, tendo uma tradução afetiva neutra. Clérambault diferencia esses fenômenos das alucinações, do delírio e de qualquer conteúdo afetivo determinado, articulando-os como uma síndrome elementar de toda psicose. Lacan (1955-1956/1992a, p. 285) reconhecerá nessa descrição o isolamento da relação do sujeito com a linguagem, da qual os diversos afetos que constituem o *páthos* do sujeito (neurótico ou psicótico) são uma consequência.

Trata-se da emancipação do pensamento e das funções que lhe são conexas, como a fala, o desenrolar das lembranças, os falsos reconhecimentos, a enunciação dos atos, impulsões verbais, tendência aos fenômenos psicomotores e outros. São fenômenos de teor neutro: “consistem somente na duplicação do pensamento”; têm um caráter não sensorial: “o pensamento que se torna estrangeiro o faz na forma ordinária do pensamento, ... e não numa forma sensorial definida”; e têm um papel inicial na psicose: são “os sinais primeiros da psicose” (Clérambault, 1924/2009a, p. 218). As alucinações são “tardias” em relação a eles. E “o delírio propriamente dito não é senão a reação obrigatória de um intelecto racional” a esse fenômeno (Clérambault, 1920/1998, p. 459), uma vez que a experiência de sentir seu pensamento como bloqueado, comentado, antecipado, ouvido em eco, tornado de outrem, tende a levar à convicção de estar sendo controlado, roubado, influenciado – enfim, ao delírio de influência e persecutório. Clérambault (1924/2009a) fez questão de enfatizar o caráter inicial e neutro do fenômeno: “Eu oponho esses fenômenos às alucinações auditivas, isto é, às vozes que são ao mesmo tempo objetivadas, individualizadas e temáticas” (p. 217); e “ele não comporta por si mesmo nenhum delírio” (p. 218).

O que depreendemos da precisão com que o psiquiatra restringe o fenômeno ao âmbito do “mental” e do funcionamento dos “abstratos” – não sendo um fenômeno da sensopercepção, da atividade intelectual desenvolvida e do afeto – é que o automatismo mental é um fenômeno

mais puro de emancipação da cadeia significante. Sem usar o termo, Clérambault isola o funcionamento do significante no sujeito. É neste ponto que, para Lacan (1955-1956/1992a), o automatismo mental tem o valor doutrinário de indicar a exterioridade da cadeia significante em relação ao sujeito.

Pouco nos importa a fraqueza da dedução etiológica ou patogênica [de Clérambault] perto do que ele valoriza, a saber, que é preciso ligar de novo o núcleo da psicose a uma relação do sujeito com o significante sob seu aspecto mais formal, sob o seu aspecto de significante puro, e que tudo o que se constrói ali em torno são apenas reações de afeto ao fenômeno primeiro, a relação com o significante. (pp. 284-285)

O alcance dessa observação não está restrito à psicose. Mesmo no neurótico, a linguagem também opera por si mesma, impondo-se em seu funcionamento. Não é outra coisa o mecanismo de antecipação-retroação que caracteriza cada ato de fala: quando uma frase se inicia, falante e ouvinte são compelidos a antecipar seu prosseguimento. A cada palavra dita, imagina-se a palavra seguinte, ou o final da frase. Inversamente, quando a frase é concluída, faz-se uma retroação sobre o que foi dito para decidir ou confirmar seu sentido. A retroação nunca produz uma identidade completa com o que foi antecipado, mas, no neurótico, essa decalagem não é vivida xenopaticamente, o sujeito não tem a experiência de que não foi ele que disse. Pode experimentar angústia, surpreender-se, mas assumirá no campo do sujeito esse funcionamento da linguagem que ocorreu nele.

Esse procedimento acontece automaticamente no neurótico sem nos darmos conta disso. A operação da linguagem, mesmo externa ao sujeito, produz um “efeito de sujeito”. No psicótico, essa exterioridade da linguagem é sentida por ele como provocando um efeito de exclusão do sujeito. Nele, as operações de linguagem que caracterizam o funcionamento mental não lhe dão um lugar, a não ser o de excluído, objetalizado por essas operações.

Tomemos os exemplos originais de Clérambault (1924/2009b, p. 228): “Mostram-me as minhas lembranças”, diz a paciente. Ora, quando, eventualmente, algum acontecimento faz evocar em nós uma lembrança, ela não é de alguma forma “mostrada” a nós? No entanto, nossa apreensão disso é “lembrei-me”. Produz-se um efeito de subjetividade: minhas lembranças, “mostradas” a mim pelo funcionamento espontâneo de minha “mente” (da linguagem), me confirmam como sujeito, localizado pela minha história, pelos afetos que se ligam àquela lembrança etc. O fato da linguagem é recebido em uma interioridade subjetiva. Já para a psicótica de Clérambault, o efeito é de exclusão. A operação do significante produz o sujeito como excluído. Outra fala: “Sou forçada a reconhecer as pessoas” (p. 225). Ora, ao vermos alguém conhecido, somos forçados a reconhecê-lo! Não temos a opção de não o reconhecer, não somos senhores da operação do reconhecimento e da identificação, que é uma operação do significante por

excelência. No entanto, isso normalmente realiza um efeito de sujeito que, no caso da paciente, não acontece. Ao contrário, isso permanece numa exterioridade xenopática em relação a ela, e sua experiência é de ser objeto de uma ação automática, imposta a ela. Ao invés de ser vivido no campo do sujeito, é vivido no campo do objeto.

O desdobramento habitual do automatismo mental é a síndrome de influência, já no caminho do delírio, e a vivência delirante do esquizofrênico paranoide é já uma “elaboração delirante secundária” (Ey, Bernard, & Brisset, n.d., pp. 582-583). Do mesmo modo, a pura “emancipação dos abstratos” (pensamento, lembranças etc.) tende a assumir depois o caráter sensorial da alucinação, em geral auditiva. Com isso, a alucinação, que tem como núcleo o automatismo mental, passa a ser vista ela mesma como um automatismo mental. Mas Clérambault (1924/2009a) fez questão de isolar e nomear o fenômeno puro, o automatismo como tal.

Para Lacan (1955-1956/1992a, p. 285), Clérambault produziu com isso uma descrição do fato primeiro de qualquer sujeito: sua dependência do significante. Por sua submissão ao fato clínico, mas talvez também por ter uma concepção isenta de qualquer psicologismo (Jesuino, 2009), Clérambault pôde descrever a condição estrutural de exterioridade da linguagem em relação ao sujeito e a posição estruturalmente objetual do sujeito em relação a ela.

Czermak (2012, p. 232) propõe que “o automatismo mental tem fundamentalmente uma estrutura de exposição”. “Exposição do sujeito ao Outro”, desdobra Ferretto (2009, p. 124), pois o sujeito declara que seus pensamentos e eventualmente seus atos são comentados, antecipados, comandados etc., mas também exposição da própria estrutura, com a decomposição dos elementos da estrutura aos quais o sujeito está submetido. Ele expõe a condição objetual do sujeito em relação ao significante. É uma espécie de assinatura da psicose que revela a condição estrutural do sujeito.

Para além da psicose, o automatismo mental ilumina os efeitos da linguagem no campo do sujeito como tal, ao demonstrar que a estrutura da linguagem, por sua inconsistência, exige que uma operação se faça para que, dessa estrutura, advenha um sujeito do desejo. A “bateria significante”, diz Lacan (1960/1998b), o sujeito a encontra no Outro em estado prévio, por assim dizer. Mas “o sujeito só se constitui ao se subtrair dela e ao descompletá-la essencialmente, por ter, ao mesmo tempo, que se contar ali e desempenhar uma função apenas de falta”. O sujeito se constitui por se extrair da linguagem, ao mesmo tempo em que tem que se contar ali. O Outro, “como sítio prévio do puro sujeito do significante”, é a sede do código da linguagem. Mas, para que do código se produza uma mensagem que possa ser assumida pelo sujeito como sua, é preciso o passo do próprio sujeito, a aceitação de que os significantes do Outro o representam. Já o psicótico, diz Lacan, é “aquele que se contenta com o Outro prévio” (Lacan, 1960/1998b, p. 820). Portanto, há aquele que não se contenta com o Outro prévio, acrescenta algo de seu aí, nem que seja a aceitação de que aqueles significantes o representam, a aceitação de que aquela mensagem que lhe retorna do Outro é a sua. E

há aquele que recusa tomar isso que vem do Outro como sua própria mensagem – ela permanece como ela é “previamente”, isto é, do Outro, daí permanecer exterior ao sujeito. A linguagem é, desde a origem, do Outro. Que um sujeito se constitua ao tomar como seus os significantes que são do Outro, esse é o preço e o passo exigidos de um sujeito. Essa exigência inaugural se recoloca a cada vez que o lugar de um sujeito é concernido.

Referindo-se a um paciente que padecia da ocorrência de palavras e frases que lhe eram impostas, Lacan (1975-1976/2007) pergunta: “Como é que todos nós não sentimos que as falas das quais dependemos são, de algum modo, impostas?”. A experiência desse psicótico, diz Lacan, testemunha que “o que chamamos de doente vai algumas vezes mais longe do que o que designamos como um homem saudável”. Lacan observa: “A questão é antes saber por que um homem dito normal não percebe que a fala é um parasita, que a fala é uma excrescência, que a fala é a forma de câncer pela qual o ser humano é afligido” (1975-1976/2007, p. 92).

A observação de Lacan sublinha nossa condição objetual em relação à linguagem. E enseja ao menos duas questões: se, como afirma Lacan, a estrutura de nossa determinação pela linguagem é essa, o que é preciso para que daí advenha um sujeito, e não uma condição objetalizada pela linguagem, seja na forma de um automatismo mental, da voz alucinada ou da significação congelada e impositiva do delírio? E, quanto à psicose, o que é tratar dessa condição em que isso está posto ao extremo, em que o sujeito aparece testemunhando sua impossibilidade ou ao menos a força que o impele para um colapso com o objeto?

## Considerações finais

Na abertura de seus *Escritos*, Lacan (1966/1998c) descreve o caminho que o levou à psicanálise. Surpreendentemente, é a Clérambault e a Kraepelin que ele se refere, colocando-os numa linha que o leva a Freud:

Fomos sensíveis ali ao toque de uma promessa ... Singularmente, mas necessariamente, cremos nós, fomos levados a Freud. Pois a fidelidade ao invólucro formal do sintoma, que é o verdadeiro traço clínico pelo qual tomávamos gosto, levou-nos ao limite em que ele se reverte em efeitos de criação. (pp. 69-70)

Ao menos quanto à psicose, Lacan não separava a psicanálise da psiquiatria. A fidelidade ao “invólucro formal do sintoma” – vale dizer, o rigor da descrição clínica que apreende as linhas de força do fenômeno – é o traço clínico que liga a psiquiatria à psicanálise.

A aposta que tem orientado nossos estudos é de que, em face do empobrecimento discursivo das classificações psiquiátricas atuais, essa retomada da psiquiatria clássica através da psicanálise amplia nossa possibilidade de acompanhar o trabalho do sujeito em cada arranjo clínico particular da psicose, o modo pelo qual ele organiza sua existência subjetiva.

Assim, essas descrições podem ser um apoio para perseguirmos o traço de invenção presente em cada paciente, para concatenar sua experiência e, ao mesmo tempo, localizarmos os

limites impostos pela estrutura na psicose. É neste sentido que temos procurado realizar esse diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da saúde mental.

### **Psychiatry's clinical tradition, psychoanalysis and current practices in mental health**

**Abstract:** The paper analyzes the clinic of psychosis in the mental health field by revisiting classical psychiatry categories through psychoanalysis, especially mental automatism. This paper aims to demonstrate the usefulness of what may be considered a working plan for the clinic of psychosis, which is today polarized into biological reductionism and psychosocial care. The accuracy of these classical psychiatric descriptions, revisited through Lacan's theory, enables the recognition of the complexity of psychosis and especially the subject's efforts to tackle the difficulties that result from this condition. In the conclusion, we analyze Clérambault's syndrome called "mental automatism" so as to demonstrate every subject's structural dependency on language and on the signifier, from which the subjectivity as an effect is derived.

**Keywords:** psychoanalysis, psychosis, psychiatry, mental automatism.

### **Tradition clinique de la psychiatrie, psychanalyse et pratiques actuelles en santé mentale**

**Résumé:** L'article discute la clinique de la psychose dans le domaine de la santé mentale proposant un repris par la psychanalyse des catégories de la psychiatrie classique tel que l'automatisme mental. Son objectif est de démontrer l'utilité de ce qu'on peut considérer un programme de travail pour le champ du traitement de la psychose dans la santé mentale, polarisé aujourd'hui entre le réductionnisme biologique et la réhabilitation psychosociale. La richesse clinique de ces descriptions psychiatriques classiques, repris par le biais de la théorie lacanienne, permet de reconnaître la complexité de la psychose et surtout le travail du sujet pour faire face aux difficultés imposées par cette condition. En conclusion, l'automatisme mentale de Clérambault est analysé pour démontrer la dépendance structurelle de tous les sujets par rapport au langage et au signifiant, fait premier duquel la subjectivité dérive comme un effet.

**Mots-clés:** psychanalyse, psychose, psychiatrie, automatisme mental.

### **Tradición clínica de la psiquiatría, psicoanálisis y prácticas actuales en salud mental**

**Resumen:** Este texto trata de la clínica de la psicosis y propone que se retomen, a través del psicoanálisis, las categorías de la psiquiatría clásica, principalmente el automatismo mental. El objetivo es demostrar la utilidad de este programa de trabajo para el tratamiento de la psicosis en los servicios de salud mental, hoy polarizado entre el reduccionismo biológico y la rehabilitación psicosocial. La riqueza clínica de tales descripciones clásicas, desde la teoría de Lacan, permite reconocer el funcionamiento complejo de la psicosis y el trabajo hecho por el sujeto para enfrentar las dificultades impuestas por esta condición. A modo de conclusión, se analiza el automatismo mental de Clérambault con el fin de demostrar la dependencia estructural de todo sujeto en cuanto al lenguaje y al significante, hecho que produce la subjetividad como efecto.

**Palabras clave:** psicoanálisis, psicosis, psiquiatría, automatismo mental.

## **Referências**

- Aguiar, A. (2004). *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará.
- Alberti, S. (Org.) (1999). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizofrenia*. Rio de Janeiro, RJ: Rios Ambiciosos.
- American Psychiatric Association. (1989). *Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais. Terceira Edição – Revista. DSN-III-R*. São Paulo, SP: Escuta.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition – DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Banzato, C. (2004). O que (não) esperar das classificações diagnósticas em psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 97-105.
- Berlinck, M. T. (2008). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.

- Bleuler, E. (1993). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris/Clichy: E.P.E.L./G.R.E.C. (Trabalho original publicado em 1911)
- Capgras, J. & Reboul-Lachaux, J. (2006). A ilusão dos sócias. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 7, 247-264. (Trabalho original publicado em 1923)
- Castel, P. H. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21(41), 77-111.
- Clérambault, G. G. (1998). Automatismes mentales et scission du moi. In G. G. Clérambault, *Oeuvres psychiatriques* (pp. 457-467). Paris: Frénésie. (Trabalho original publicado em 1920)
- Clérambault, G. G. (2002). *L'érotomanie*. Paris: Les Empêcheurs de Penser en rond. (Reunião de trabalhos originais publicados de 1920 a 1923)
- Clérambault, G. G. (2009a). Definição do automatismo mental. In M. Czermak & A. Jesuíno (Orgs.), *Fenômenos elementares e automatismo mental – a clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 1, pp. 217-220). Rio de Janeiro, RJ: Tempo Freudiano. (Trabalho original publicado em 1924)
- Clérambault, G. G. (2009b). Apresentação à Société Clinique. In M. Czermak & A. Jesuíno (Orgs.), *Fenômenos elementares e automatismo mental – A clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 1, pp. 223-231). Rio de Janeiro, RJ: Tempo Freudiano. (Trabalho original publicado em 1924)
- Cotard, J. (2006). Sobre o delírio hipocondríaco em uma forma grave de melancolia ansiosa. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 7, 205-211. (Trabalho original publicado em 1880)
- Courbon, P., & Fail. G. (2006). Síndrome de “ilusão de Frégoli” e esquizofrenia. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 7, 264-270. (Trabalho original publicado em 1927)
- Czermak, M. (1991). A significação psicanalítica da síndrome de Cotard. In M. Czermak, *Paixões do objeto: estudo psicanalítico das psicoses* (pp. 149-167). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Czermak, M. (2009). Pesquisas atuais sobre as psicoses. In M. Czermak & A. Jesuíno (Orgs.), *Fenômenos elementares e automatismo mental – a clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 1, pp. 55-85). Rio de Janeiro, RJ: Tempo Freudiano.
- Czermak, M. (2012). *Patronímias: questões da clínica lacaniana das psicoses*. Rio de Janeiro, RJ: Tempo Freudiano.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (n.d.). *Manual de psiquiatria* (5a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Masson/Atheneu.
- Ferretto, J. L. (2009). O automatismo mental. In M. Czermak & A. Jesuíno (Orgs.), *Fenômenos elementares e automatismo mental – a clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 1, pp. 111-131). Rio de Janeiro, RJ: Tempo Freudiano.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86.
- Freud, S. (1995). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. In S. Freud, *Obras completas* (J. L. Etcheverry, trad., Vol. 12, pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1911)
- Frignet, H. (2002). *O transexualismo*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Jesuino, A. (2009). Gaëtan Gatian de Clérambault. In M. Czermak & A. Jesuíno (Orgs.), *Fenômenos elementares e automatismo mental – a clínica da psicose: Lacan e a psiquiatria* (Vol. 1, pp. 209-215). Rio de Janeiro, RJ: Tempo Freudiano.
- Lacan, J. (1987). *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1932)
- Lacan, J. (1992a). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Originalmente proferido em 1955-1956)
- Lacan, J. (1992b). *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Originalmente proferido em 1960-1961)
- Lacan, J. (1995). *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Originalmente proferido em 1954-1955)
- Lacan, J. (1998a). 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 1958)
- Lacan, J. (1998b). Subversão do sujeito e dialética do desejo. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 807-842). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960)
- Lacan, J. (1998c). De nossos antecedentes. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 69-77). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (2003). O aturdo. In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 448-497). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1973)
- Lacan, J. (2007). *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Originalmente proferido em 1975-1976)
- Leal, E. (2006). Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In J. F. Silva Filho (Org.), *Psicopatologia hoje* (pp. 102-131). Rio de Janeiro, RJ: UFRJ/Centro de Ciências da Saúde.
- Lima, R. C. (2012). Três tópicos sobre a relação entre DSM e política. In F. Kyrillos Neto & R. Calazans (Orgs.), *Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* (pp. 95-111). Barbacena, MG: EdUEMG.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Pereira, M. E. C. (1996). Questões preliminares para um debate entre psicanálise e psiquiatria no campo da

- psicopatologia. In L. F. S. Couto (Org.), *Pesquisa em psicanálise* (pp. 43-53). Belo Horizonte, MG: SEGRAC.
- Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranoia e melancolia*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Rancher, B., Rondepierre, J.P., Viillard, A., & Zimbra, G. (1993). Bleuler, entre psychiatrie et psychanalyse? In E. Bleuler. *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* (pp. 9-35). Paris/Clichy: E.P.E.L./G.R.E.C.
- Rocha, E. C., & Fernandes, F. L. F. (2004). Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 40-61.
- Rocha, E. C. & Tenório, F. (2004). Considerações sobre a clínica da psicose no campo da saúde mental. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*.
- Russo, J., & Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483.
- Sciara, L. (2005). Por que Lacan entrou no campo das psicoses pela paranoia? *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 4, 41-54.
- Sciara, L., & Brillaud, D. (2006). Da hipocondria da língua à hipocondria do corpo. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 7, 77-93.
- Serpa Jr., O. D. (2006). Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. In J. F. Silva Filho (Org.), *Psicopatologia hoje* (pp. 25-101). Rio de Janeiro, RJ: UFRJ/Centro de Ciências da Saúde.
- Thibierge, S. (2011). *Le nom, l'image, l'objet: image du corps et reconnaissance*. Paris: PUF.
- Tyszler, J.-J. (2011). A melancolia: luto de um significante e objeto real da clínica. *Tempo Freudiano Associação Psicanalítica*, 9, 69-102.

Recebido: 19/08/2015

Revisado: 10/05/2016

Aprovado: 08/08/2016