

# O fenômeno psicótico essencial

Sergio Costa de Almeida<sup>1</sup>

---

**RESUMO** O trabalho propõe uma discussão sobre a existência ou não do Inconsciente nas psicoses, sobretudo nos pródromos da esquizofrenia. Recapitula as primeiras concepções freudianas sobre a psicose paranoia e a demência precoce, até chegar aos textos metapsicológicos, nos quais Freud teoriza o desinvestimento libidinal das representações inconscientes. Examina a possibilidade terapêutica nesses casos e compara os enunciados dos principais teóricos da escola inglesa e lacaniana sobre o tema. São desenvolvidas noções sobre a pulsão de morte, agressividade e energia livre paralelas à desorganização do eu nestas patologias e conclui ao apresentar um possível diálogo entre a psicanálise e a psiquiatria fenomenológica contemporânea a partir de algumas ideias de psicopatólogos espanhóis, alemães e dinamarqueses da contemporaneidade.

**PALAVRAS-CHAVE** inconsciente; esquizofrenia; psicopatologia fenomenológica; psicanálise

*In a scientific view, however, theory needs to go beyond the individual with generalizable propositions which can be tested. Further, useful theory is not only characterized by testability but by interdisciplinary coherence.*

*(Robert Emden, Development terminable and interminable).*

---

1. Psiquiatra e psicanalista.- Membro efetivo da SBPRJ; Médico psiquiatra e supervisor no Centro de Medicina Psicossomática – S. Casa de Misericórdia, RJ (serviço do professor Abram Eksterman).

## Prólogo

A psicose ao longo de sua história tem lançado inúmeros desafios tanto à psiquiatria como à psicanálise. Costuma-se argumentar em psiquiatria que a sintomatologia psicótica remeteria a deficiências neurocognitivas e volitivas dos mais diferentes matizes, e derivadas de um célebre debate se tais enfermidades implicam uma teoria da degeneração ou do desenvolvimento. Por outro lado, algumas escolas de psicanálise afirmam as psicoses como em nada qualitativamente diverso das estruturas neuróticas, a ponto de alguns autores defenderem o emprego da técnica clássica no tratamento de tais enfermos. Estudiosos de outros enfoques psicanalíticos têm opiniões diferentes e procuram demonstrar que esses pacientes não apenas demandariam abordagens terapêuticas distintas, como também teriam expandido abordagens teóricas que levaram ao comprometimento do Inconsciente nessas patologias, à desorganização do eu e à própria atuação da pulsão de morte.

Ao mencionar psicose, caímos numa generalização que, ao invés de esclarecer, cria novos problemas, e conceitos como Inconsciente e mundo interno, por exemplo, perdem sua pujança teórica ao examiná-los baseados nos fenômenos neuróticos. Minha linha de argumentação nasce com a eclosão do quadro psicótico, momento este tão enigmático e devastador para o psiquismo atingido; denominei-o de o fenômeno psicótico essencial. Este evento prístino e essencial produz tamanha hecatombe pulsional que o aparelho psíquico se fragmenta de tal maneira que explode a arquitetura psíquica e, conseqüentemente, faz desaparecer o mundo interno ao engendrar no paciente angústias insopitáveis e irrepresentáveis.

O psiquismo momentaneamente se esfacela, desestrutura-se, até que o surgimento da sintomatologia produtiva dá início a um tipo particular de recuperação psíquica. O objetivo do que se segue é tentar encontrar subsídios na teoria psicanalítica que confirmam uma inteligibilidade plausível aos meus enunciados e, subseqüentemente, correlacioná-los com alguns conceitos da psicopatologia contemporânea norte-europeia que, no meu entender, dialogariam fecundamente com uma visão psicanalítica das psicoses nos seus pródromos.

## Os pródromos

A psicanálise surgiu no final do século XIX como uma terapêutica para certas enfermidades mentais, espalhando-se por inúmeros campos do conhecimento

humano, como Antropologia, Literatura, Política etc. Contudo, terapeuticamente eficiente para as neuroses, não legou a mesma efetividade conceitual e clínica em relação às psicoses: Freud e seus seguidores imediatos não produziram um corpo teórico consistente e coerente como aquele dirigido às neuroses. À célebre *neurótica* freudiana não correspondeu uma *psicótica* freudiana, embora ao longo de toda a sua obra nosso mestre tenha deixado contribuições inestimáveis e oportunas para fazer-nos refletir sobre as origens e a evolução das paranoias, esquizofrenias, dos quadros psicóticos do humor ou aqueles de nítido desencadeamento psicogênico.

Desde o início Freud debruçou-se sobre a clínica psicótica, todavia como clínico de gabinete não encontraremos nos seus escritos a preocupação com a precisão diagnóstica típica dos colegas que clinicavam em asilos, como Kraepelin, que publica pela primeira vez em 1883 seu célebre tratado. Ao longo de diversas edições que duraram até 1921, o catedrático de Heidelberg, Dorpat e Munique revolucionou a diagnose psiquiátrica e na 3ª edição, em 1896, separa a *paranoia* dos demais tipos da demência precoce sob o título de *demência paranoide*. A ela Freud dedicará alguns *rascunhos* e permanecerá sendo uma prolífica fonte de investigação durante toda a sua primeira tópica. A ela destinará um famoso texto sobre o juiz Schreber, paciente de Flechsig, acometido de severa *demência paranoide*, e marco fundamental no pensamento freudiano sobre a etiopatogenia da paranoia. Apenas na sua 8ª edição, Kraepelin (1913) substituirá a paranoia (*Verrücktheit*) pelo nome de *parafrenia* com suas diferentes formas.

São importantes os rascunhos freudianos escritos entre 1895 e 1899: o *G*, que trata da melancolia; no *H*, que tem por título e objeto a paranoia, menciona-se a *confusão alucinatória* e as *psicoses histéricas*, ali aparecendo pela primeira vez a palavra *projeção* e onde se afirma a característica narcísica das ideias delirantes, o que permite que as “pessoas amem seus delírios como amam a si mesmas” (p. 289); no rascunho *K*, na parte que trata novamente da paranoia, Freud declara que “o elemento básico da paranoia é o mecanismo da projeção” e que nessa afecção o ego encontra-se inicialmente modificado (*os delírios assimilativos*) e, posteriormente, remodelado (“os delírios protetores – megalomania”) (p. 309); finalmente, na *carta 105*, este autor assume que não apenas os sonhos, mas todos os eventos neuróticos e a *psicose confusional aguda* são *realizações de desejos* (p. 375).

O tema da realização de desejos na gênese das psicoses atravessa toda a primeira tópica freudiana. Desde um de seus primeiros textos considerados

psicanalíticos, *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa* (1896), passando pelo supracitado caso Schreber (1911), até o início da publicação dos artigos metapsicológicos (1915), Freud deixa patente como sua psicopatologia estará marcada pela consumação ou não de desejos inconscientes. Em um artigo de 1991 examinei tal enunciado; cumpre, no momento, destacar que o conjunto de textos freudianos conhecidos como Metapsicologia, e publicados entre 1915 e 1917, introduzirão um novo aporte à concepção do autor sobre o fenômeno psicótico.

A Metapsicologia freudiana tem sido objeto dos mais diversos debates, congregando desde fervorosos defensores até os mais ferrenhos opositores. Incluo-me entre aqueles que compartilham as ideias aí contidas e por constatar a riqueza teórica de seu criador constituída por parcialidades e jamais totalidades. Explico. O Freud dos três primeiros lustros do século XX alicerçava sua ideia de etiopatogenia nos conflitos inerentes à realização ou não dos desejos inconscientes. O conceito de pulsão, no texto *Pulsão e suas vicissitudes* (1915), criou um campo de imanência conceitual contido nas noções de *objeto*, *objetivo*, *fonte* e *pressão*. A apresentação de um fenômeno mental no triplo registro – topográfico, dinâmico e energético – a Metapsicologia – reconfigurará o aparelho psíquico e concepções como libido, representação-coisa, representação-palavra e investimento permitirão novos entendimentos da psicopatologia psicótica.

Nas páginas finais de sua obra, *O Inconsciente* (1915), ver-se-á que a repressão tal como opera nas neuroses é diferente na esquizofrenia. A fuga do ego que sucede tanto nas psiconeuroses como na demência precoce (antigo nome da esquizofrenia) nesta afecção ganhará particularidades: uma retirada do investimento pulsional da *apresentação inconsciente do objeto*. Mas como anteriormente postulara, no Inconsciente encontram-se representações-coisa do objeto, o que nos permite deduzir nesses casos o afastamento libidinal desta representação. Porém, numa tentativa *de recuperação ou cura*, a energia (libidinal) retornará através de um reinvestimento na representação-palavra como ensaio para recuperar o objeto perdido por meio de sua parte verbal.

Aproximadamente onze dias após a redação deste último artigo, Freud completa duas obras fundamentais – *Adição metapsicológica à teoria do sonho e Luto e Melancolia*. Publicados somente em 1917, a primeira delas traz contribuições essenciais à sua teoria sobre a psicose esquizofrênica, e mais particularmente sobre as alucinações. Ao trabalhar com a retirada dos investimentos (libidinais) dos três sistemas psíquicos – Inconsciente, Pré-Cons-

ciente e Consciente – propõe que nos quadros psicóticos o desinvestimento energético segue padrões distintos. Na *confusão alucinatoria aguda (Amênia de Meynert)*, a remoção da energia pulsional acontece no sistema Consciente e as alucinações e delírios desta enfermidade correspondem a “[...] fantasias carregadas de desejos claramente reconhecíveis e ordenadas como um perfeito devaneio” (p. 261).

Quanto à esquizofrenia, as ideias freudianas tomam outro rumo. Surge um desinvestimento pulsional radical do sistema Inconsciente que atingirá também o Pré-Consciente/Consciente. Embora Freud não precise como, tal situação acarretará total desintegração do ego, e o teste de realidade, uma das instituições desta instância psíquica, encontrar-se-á inoperante e incapaz de discriminar o que é sensopercepção real de uma vivência alucinatorio-delirante. Ainda assim, admite que tais sintomas psicopatológicos correspondem “[...] a uma nova tentativa de restituição, destinada a restaurar um investimento libidinal às ideias de objetos” (p. 262).

Espero ter demonstrado como estes dois artigos se complementam e, coerentemente, capacitam-nos a desenvolver uma visão da fenomenologia psicótica como desinvestimento libidinal maciço – retirada dos investimentos da representação-coisa inconsciente – tal como enunciado na obra de 1917.

Este enunciado sobre a esquizofrenia foi posteriormente comprovado pela descoberta de Ilse Gubrich-Simitis ao pesquisar, em Londres, uma mala com velhos papéis na qual encontrou algumas folhas que haviam pertencido a Michael Balint e lhe haviam sido oferecidas por seu amigo e professor Sándor Ferenczi. A jornalista se deparou com uma carta de Freud endereçada ao colega e ex-paciente, datada de 28 de julho de 1915, na qual lhe envia este ensaio XII. Nesta correspondência, o missivista refere-se ao confrade que pretendia, após uma pausa, dedicar-se à elaboração dos trabalhos sobre o Consciente e a Angústia. Este ensaio veio a ser publicado em inglês em 1985, e em tradução portuguesa do alemão por Abram Eksterman, em 1987. Neste artigo, ao comparar a história e as vicissitudes do desenvolvimento da libido com a filogênese e os avatares da espécie humana, Freud supõe audaciosamente:

[...] Podemos certamente imaginar o efeito da castração naquele tempo primitivo como uma extinção de libido e uma parada no desenvolvimento libidinal. A demência precoce parece repetir esse estado de coisas e, principalmente na forma hebefrênica, leva à desistência de qualquer objeto de amor, involução de todas as sublimações e volta ao autoerotismo (p. 78).

Resta agora, colocar o que no meu modo de pensar se deriva dessas proposições freudianas. Será com o aparecimento da teoria sobre a pulsão de morte em 1920 que as hipóteses formuladas cinco anos antes ganharão consistência e aplicabilidade clínica. No texto *O Ego e o Id* (1923), Freud conferirá uma releitura das diferentes psiconeuroses a partir da ideia de fusão e des fusão pulsional. Ao mencionar a melancolia, define-a como uma “cultura pura da pulsão de morte” (p. 69), não obstante ser no artigo “O problema econômico do masoquismo” (1924) que localizaremos subsídios para nosso raciocínio. Nesta obra, estabelece-se que a libido “[...] tem a missão de tornar inócua a pulsão destruidora desviando em grande parte para fora com o auxílio do aparelho muscular no sentido de objetos do mundo externo” (p. 204). Não obstante, outra porção permanece dentro do organismo, apesar de o autor desconhecer como tal *amansamento* (*Bändigung*) da pulsão de morte pela libido se *comprende fisiologicamente* (p. 205).

Ora, se a libido tem esse papel de amansamento da pulsão tanática, o que deveríamos esperar quando, no Inconsciente, as representações-coisa, isto é, os conteúdos inconscientes ficam despossuídos libidinalmente? Admito que o aparelho mental seja então tomado avassaladoramente por cotas únicas de pulsão de morte e isto se expressa, psicopatologicamente, pelas angústias inomináveis de esvaziamento, desrealização e aniquilamento maciços que soem ocorrer no início dos processos psicóticos, principalmente os esquizofrênicos. Nesses momentos inaugurais o mundo interno se esfacela, o ego desintegra-se e os surtos ou as fases iniciais do período de estado grassam no interior de um psiquismo estéril e calcinado. Pensar em pulsão de morte é ratificar a tese de André Green do irrepresentável, daquilo que não tem um porquê. Pois esta falta de representação – a desobjetalização fundamental – é o que caracteriza a *função desobjetalizante* da pulsão de morte para o psicanalista francês. A despeito de tudo, a vida insiste, persiste, e os delírios e as alucinações desses pacientes são possíveis experimentos de cura canhestros e inúteis, o que demonstra, infelizmente, a gravidade e a morbidade desses processos.

## **O período de estado: considerações terapêuticas**

Considerando a não existência do Inconsciente estritamente nas psicoses, não seria possível sua interpretação nestas afecções (Fink, 2015). A partir daí, admitir-se-ia um tratamento exclusivamente psicanalítico para as psicoses? Imagino que uma terapêutica possível dirigir-se-á para aqueles *ensaios de cura* já modi-

ficados nas suas *quantidades* pela psicofarmacoterapia; um tratamento apenas pela fala seria inviável e eticamente não recomendável.

Freud sempre foi muito reticente quanto ao emprego da psicanálise para os enfermos psicóticos, e em dois textos fundamentais declara a inviabilidade dessa prática: *Construções em análise* (1937); *Esboço de Psicanálise* (1938). Contudo, com o desenvolvimento da psicanálise após sua morte, outros seguidores deram novas contribuições à terapia dos quadros psicóticos. Herbert Rosenfeld e Bion, fundamentados em conceitos introduzidos por Melanie Klein, como as posições esquizo-paranoide e depressiva, identificação projetiva e uma leitura peculiar que esta autora fez da pulsão de morte freudiana, propuseram uma terapêutica psicanalítica das psicoses. Resumindo concisamente, e talvez sendo injusto com o pensamento destes autores, afirmaria que suas abordagens baseiam-se, indefectivelmente, na ideia de que o Inconsciente nas psicoses estrutura-se de igual maneira que nos quadros não psicóticos.

A recomendação do analista alemão radicado em Londres nos anos 1930 quanto à manutenção da técnica analítica clássica de maneira a produzir a *psicose de transferência* (1977) ilustra o que quero dizer. Bion (1994), no seu extraordinário artigo “Desenvolvimento do pensamento esquizofrênico”, ao estudar os *distúrbios esquizofrênicos*, atribui a gênese destes quadros a uma interação entre ambiente e personalidade, mas imediatamente informa que só tratará no texto de questões ligadas à *personalidade esquizofrênica* (p. 56). As quatro condições que menciona, e que são típicas nesses pacientes – predomínio de fortíssimos impulsos destrutivos que invadem os amorosos convertendo-os em sadismo; ódio à realidade externa e interna; medo contínuo do aniquilamento iminente; e finalmente, a existência de relações objetais, em especial a transferência, frágeis e tenazes – partem do princípio de que são os mesmos fenômenos existentes no Inconsciente não psicótico, porém em menor grau. Poder-se-ia então afirmar que a psicose derivaria de um uso excessivo de determinadas defesas para dar conta de forte destrutividade como a identificação projetiva maciça substituindo a repressão? Ou ainda, da preponderância da posição esquizo-paranoide sobre a posição depressiva, ou dos imensos ataques ao aparelho mental e ao vínculo? Como bem declara o autor inglês,

[...] um problema psicótico que, ao contrário do não psicótico, está relacionado precisamente com a destruição de todo aparelho mental que traz consciência dos estímulos da realidade e, por conseguinte, não se pode discernir a natureza nem a existência de tais estímulos (p. 84).

No meu entender, as postulações bionianas são preciosas. Os artigos escritos entre 1950-1959 permitem entender a coerência clínica do autor, embora confundindo-me se Bion estaria se referindo a esquizofrênicos propriamente ditos, a personalidades esquizofrênicas, ou a partes psicóticas de uma personalidade neurótica, imprecisões estas citadas por autores como Willick, Kernberg, Aguayo e outros (Almeida, 1991, 1995, 2014a, 2014b). Atenho-me, assim, à ideia de que a teorização bioniana contemplaria fundamentalmente os *ensaios de cura* supracitados, pois o fenômeno psicótico essencial e inicial abrangeria algo mais letal e destrutivo: um território mental calcinado e despossuído libidinalmente, ausente de representações e desejos no qual, posteriormente, e à custa de severas distorções imagéticas e sensoriais, as pulsões de vida ressurgissem. As possibilidades terapêuticas daí adviriam, mas como bem nos alerta o próprio Bion: “[...] o esquizofrênico poderá alcançar sua própria forma de ajuste à realidade que poderá levar o título de uma ‘cura’ ainda que não seja do mesmo tipo do que o logrado por pacientes menos perturbados” (p. 53).

Cumprir destacar que certas condições necessitariam ser preenchidas. Reitero o emprego de psicofármacos simultaneamente à psicoterapia e a ocorrência de uma aliança de trabalho com o terapeuta, que demandará a presença de um ego razoavelmente capaz de tolerar os escorchantes sofrimentos psicóticos. A propósito de um dos pacientes relatados em seu artigo “Notas sobre a teoria da esquizofrenia” (1954), Bion (1994) refere que “[...] após seis anos em análise obteve ajuda por ter sido capaz de relativo grau de identificação com o analista” (p. 47). Eis aí um problema: como conciliar as violentas desorganizações egoicas com a capacidade de adesão ao tratamento analítico? Aliás, o próprio Rosenfeld (1965) advertia que, embora a eficácia da análise na esquizofrenia e demais psicoses fosse precária, pelo menos quanto à pesquisa e desenvolvimento da teoria justificava-se tal tratamento.

Muitas respostas aparecem, desde as que justificam o uso da psicofarmacoterapia como facilitador de uma reorganização do ego àquelas que preconizam critérios positivos das personalidades dos pacientes psicóticos para a psicoterapia intensiva com pacientes psicóticos – capacidade de relacionar-se, estrutura de caráter livre de qualquer característica antissocial, capacidade de pensar psicologicamente e nível de inteligência de médio a acima da média – como especificados por Michael Stone (1983), segundo Kernberg (1992). Outra linha de pensamento propõe alterações na dita técnica clássica psicanalítica, na qual me incluo; entretanto, para dar continuidade a este argumento precisaria,

a seguir, examinar sumariamente alguns enunciados da teoria lacaniana sobre a etiopatogênese da psicose.

Lacan indiscutivelmente revolucionou as concepções psicanalíticas das psicoses. Note-se que emprego o termo no plural, pois alguns lacanianos preocupam-se com a precisão diagnóstica seguindo as recomendações do mestre. Fink (2015) é um dos que não recomendam o mesmo procedimento técnico para as diferentes formas de psicose ao afirmar que a casuística que apresenta em seu livro refere-se a pacientes paranoicos e não a outros tipos diagnósticos como, por exemplo, a esquizofrenia. Aliás, este autor informa que o próprio Lacan nunca foi otimista a respeito do tratamento analítico para psicóticos, embora ressaltasse que nos paranoicos poderia haver algum prognóstico positivo, contrário ao que admitia em relação aos esquizofrênicos.

Interessa-nos entender o porquê das opiniões acima. As contribuições lacanianas sobre a gênese da fenomenologia psicótica são inestimáveis. O conceito da forclusão do nome-do-pai que sustenta a distinção entre neurose e psicose permite, nas psicoses, a substituição da metáfora paterna pela metáfora delirante. O não estabelecimento da metáfora paterna inviabiliza a castração simbólica e, conseqüentemente, impossibilidades simbolizatórias. O Inconsciente, estritamente falando, não existe, isto é, está lá, mas não funciona; significante e significado estão soldados, fundidos, não havendo lacunas entre os dois.

A partir dos anos 70 a teoria lacaniana passa por novas formulações com a releitura do seu triplo registro mental: o imaginário, o simbólico e o real. A teorização estabelecida do desejo levantará novos conceitos, como o objeto *a* e a fixação neste objeto nas neuroses, fato este nunca presente nas psicoses; aqui tampouco se estabelecerá qualquer ponto de capitonê (*point de capiton*) e, portanto, nenhuma edipização será possível devido à metáfora paterna jamais instaurada. No psicótico não há o Outro suposto saber, o Outro do conhecimento, inteligente; observa-se, por exemplo, o analista apenas como outrem interpessoal – o outro prestativo.

Esses sucintos e apressados comentários sobre a escola lacaniana no que concerne às psicoses facultariam, contudo, um esteio à minha posição inicial quanto à inexistência de um mundo interno na psicose, pois estariam alicerçados na enunciação freudiana quanto ao desinvestimento energético no momento da eclosão psicótica. O que me interessa disto são os desdobramentos para a clínica com tais pacientes, porquanto espero ao tratá-los já estarmos a lidar com tentativas de cura como sublinhado atrás. Neste aspecto ganha sentido a frase lacaniana que o eu não é só o núcleo, mas a causa da psicose (Lacan, 1956). De

fato, toda a arquitetura psíquica definida por esta escola para as psicoses capacitará concluir o estado de desorganização do eu nesses fenômenos e a inviabilidade daí decorrente de uma prática fundamentada na e pela interpretação. Como podemos observar, os vocábulos que tentam descrever a *coisa* psicótica aludem à *inexistência* (do Inconsciente), à *ausência* (da metáfora paterna ou do ponto de capitonê) ou ao *esfacelamento* do eu. São significantes que traduzem uma falha, uma lacuna, aquilo “[...] que foi vagamente constituído pela Verwerfung inaugural”, segundo célebre expressão de Lacan em 1966 (Fink, 2015, p. 329).

Seguindo essas concepções, caberia uma suplementação da lacuna faltante e ao analista o papel de supri-la, pois de acordo com a ideia do ensaio de cura tocaria à metáfora delirante tal suplementação. Por exemplo, o terapeuta tentaria *dissipar* as projeções do paciente e, no lugar de interpretá-las, propor-lhe uma nova maneira de encarar as coisas – tornar-se o outro prestativo (Fink, 2015, p. 307-308). Obviamente, tal conduta não deve ser unívoca, adaptando-a conforme o caso, já que haverá situações cujo processo necessitará ser outro. Kernberg (1992), por outro viés, desaconselha “[...] uma abordagem interpretativa na ativação de identificação projetiva” (p. 207), o que parece infirmar as prescrições dos autores ingleses que mais se realizaram na clínica das psicoses, como Bion (1950-1959) e Rosenfeld (1988), não obstante este último ter alertado para o “[...] perigo das interpretações edipianas na transferência” (p. 42). Cumpre mencionar, entretanto, que estas ponderações implicam a terapia com pacientes esquizofrênicos no seu mais amplo espectro ou paranoicos seriamente atingidos. Habitualmente, com tais enfermos nos comprometemos ao longo da vida, e nada tão representativo e eloquente do que ouvir de um dos meus pacientes, com um possível defeito esquizofrênico, que ele precisava de *um analista para o seu dia a dia!*

## **Desdobramentos: período de estado**

Desconheço algum autor em psicanálise que desconsidere o grave comprometimento do eu nas psicoses. Da psicopatologia fenomenológica clássica à leitura de uma possível *psicótica* psicanalítica descobrimos serem unânimes referências a graves alterações, descompensações e desorganizações egoicas na vigência de uma psicose. Não pretendo desenvolver esta questão, mas propor e, se possível, articular um triplo encadeamento: como se correlacionariam entre si o desinvestimento energético inconsciente, a atuação da pulsão de morte, o esfacelamento do eu e a clínica nos quadros agudos psicóticos.

Há duas citações que sempre me intrigaram e nelas alcancei instrumentos para minhas formulações. A primeira, de Freud, encontrei-a em *Análise terminável e interminável* (1937); e a segunda, de Lacan, na leitura do seu *Seminário* (livro 3) sobre as psicoses (1956). Transcrevo-as na íntegra almejando com alguma coerência e plausibilidade transmitir ao leitor minhas hipóteses:

- a) [...] Somos forçados à conclusão de que a tendência a um conflito é algo especial; algo adicionado à situação sem considerar a quantidade de libido. Uma tendência ao conflito desse tipo, a emergir independentemente, dificilmente pode ser atribuída a algo que não seja a intervenção de um elemento de agressividade livre (p. 278).
- b) [...] A psicose não é mais interpretada a partir da economia complexa de uma dinâmica das pulsões, mas a partir dos procedimentos empregados pelo eu para se defender contra as pulsões. O eu torna-se não só o centro, mas a causa do distúrbio (p. 125).

Admitindo-se com Freud o desinvestimento energético da representação-coisa inconsciente nos casos de esquizofrenia, e ao considerar, como exposto anteriormente, que tal fenômeno impediria o amansamento das cotas de pulsão de morte, seria razoável crer que nesses momentos o Inconsciente se encontraria inundado por cotas livres desta pulsão. Nesses instantes, o Inconsciente colapsaria, a simbolização tacanha e previamente instalada se esfacelaria e nada restaria a este registro psíquico senão ver-se tomado e inundado pela *agressividade livre*. Constata-se frequentemente na erupção de surtos psicóticos a impossibilidade de o paciente expressar minimamente o que lhe ocorre, a angústia que o aprisiona é inefável e insuportável; uma significação autorreferida sem significados e absolutamente opressora o envolve e uma extrema agitação psicomotora se impõe soberana: é a ditadura radical do não simbolizável.

Verificam-se nos inícios das graves psicoses ocorrências cujas exigências simbólicas são de grande monta: início da adolescência, matrimônio, puerpério, profissionalização, lutos não elaborados, imigrações e desenraizamento; enfim, circunstâncias nas quais a realização do desejo não possui seus itinerários na ordem simbólica para sua concretização efetiva, ou seja, não existem estrutura ou condições de eu suficientes para adequar a representação-coisa inconsciente ao seu equivalente representação-palavra de modo que o desejo se transforme em ato apropriado sólido e coerente com a trama existencial daquela pessoa. Para isso se carece de um eu satisfatoriamente

consistente e capacitado para fazer face aos abalos e conflitos relativos à dinâmica pulsional concernente ao anseio buscado.

Reconheço um ponto nevrálgico nessas ideias: a conexão entre o esvaziamento energético e a descompensação do eu; tentarei esclarecer melhor. A já mencionada fuga libidinal e a subsequente *cultura de pulsão de morte* (O ego e o id, p. 69) que se instala então necessitariam de alguma espécie de anteparo para que o paciente não submergisse nesse tsunami tanático. Se não existiu antes o amansamento libidinal previsto – o que poderia implicar um narcisismo primário bem estabelecido e potencialmente apto a agir – o salva-vidas libidinizante adviria de um simulacro de eu que engendraria o discurso alucinatório-delirante. Ou, então, o impacto mortífero seria de tal magnitude que o eu, atingido mortalmente pela evasão libidinal supracitada e empregando recursos preexistentes, ainda que neurobiologicamente desfavoráveis, conseguisse reerguer-se através dos sintomas positivos supramencionados. Dito de outro modo, este eu antes comprometido não será capaz de exercer a função de ligar esta energia/agressividade livre transformando-a em energia ligada representacionalmente. A energia livre, portanto, encontra-se fora do psíquico – desligada da representação-coisa inconsciente (Freud, 1915) ou desaparecida do sistema Inconsciente (Freud, 1917). Mais tarde, a ligação sobrevirá pela eclosão da sintomatologia produtiva.

Desde o início dos meus estudos em psiquiatria chamava a atenção que a sintomatologia mais grave nas psicoses não dizia respeito às alucinações e aos delírios. À medida que minhas leituras e experiência clínica se fortaleciam, percebia que tais manifestações eram observadas em outras afecções psíquicas, como as psicoses histéricas e psicogênicas, e que de forma alguma seriam patognomônicas das psicoses processuais.

Os tratados de psiquiatria e os atuais manuais de diagnóstico fornecem inúmeros exemplos de como emoções severamente comprometidas podem desencadear sintomas alucinatório-delirantes, fato este já detectado pelos pioneiros da psiquiatria quando afirmavam que os delírios surgem em função das paixões desabridas (Pinel) ou de sentimentos e paixões especiais (Friedrich Hagen, 1870). Pretendi destacar neste texto que aquilo que habitualmente consideramos sintomas psicóticos não faz justiça às alterações tão desestruturantes e devastadoras dos fenômenos essenciais nas psicoses, e em particular, nas esquizofrenias. Acredito que devamos ir além, isto é, ao tomar como paradigma o que torna uma determinada célula uma célula cancerosa – suas mitoses e meioses atípicas em razão de mutações aberrantes do desenvolvimento celular – é legítimo afirmar que o terreno mutacional antinatural da psicose encon-

trar-se-ia nas profundas e distorcidas alterações que atingem o eu no início dos processos esquizofrênicos.

De fato, desde as primeiras décadas do século XX, diversos autores procuraram captar essa fenomenologia prístina e essencial. Eugen Bleuler, Karl Jaspers, Kurt Schneider representam esta estirpe de psicopatólogos que se debruçaram sobre os primórdios da esquizofrenia. Não é a ocasião nem haveria espaço para apresentar as ideias destes autores, porém suas noções parecem-me fazer alusão a um psiquismo cognitivamente mais coeso, embora delirante; refiro-me aos conceitos de percepção delirante (Jaspers) ou ocorrências delirantes (Schneider) por eles postulados em suas obras. As noções freudianas sobre os momentos iniciais da demência precoce discutidas atrás e o enunciado lacaniano do eu não ser só o centro, mas a causa do distúrbio psicótico, conduziram-me à ideia de que é nesta instância do psiquismo que situaremos o fenômeno psicótico essencial. E tal constatação acabou por levar a uma feliz convergência: uma possibilidade de diálogo entre a fenomenologia psicanalítica e psiquiátrica nas psicoses.

Estudiosos da psicanálise e da psiquiatria são unânimes neste ponto: o núcleo psicopatológico por excelência nos processos psicóticos radica-se na decomposição e na desestruturação do eu, todavia sendo possível afirmar que o eu para a psicanálise nada tem a ver com o conceito do eu para os psicopatólogos inspirados na fenomenologia husserliana. Discordo. Quando me deparo com a sintomatologia descrita por estes, observo os mesmos fenômenos clínicos descritos por aqueles: indiferenciação eu/não eu, severos distúrbios de identidade, incapacidade de funcionamento da prova ou teste de realidade; enfim, um cortejo clínico que nada fica a dever àqueles mencionados por psicopatólogos contemporâneos europeus. Vejamos.

Autores de diferentes origens e latitudes são convergentes nos seus enunciados. Exponente da psiquiatria francesa da segunda metade do século XX, Henry Ey propõe ser a perda da consciência da atividade do eu que definirá o fenômeno psicótico fundamental, o que, aliás, será uma das preocupações basilares da psicopatologia norte-europeia desde Conrad (1958) até os atuais dinamarqueses, como Sass e Parnas (2003). Este eu assim atingido acarretará no ser esquizofrênico a perda da liberdade de determinação e execução, de acordo com Cabaleiro Goas (1966), gerando-lhe (no eu) uma profunda e inefável angústia autorreferencial coincidente com uma mutação do humor – esquizoforia – segundo expressão de Lopez Ibor em 1958 (Alonso-Fernandes, 1972, p. 257). Ao longo desses processos psicóticos ocorrerá um profundo decréscimo naquilo

que Rojas Ballesteros define como “[...] la energia concienzial necesaria” para um excelente funcionamento psíquico e que produzirá “[...] la dificultad de captar el sentido”, como bem explicita Goas em obra supracitada (p. 975). Esta impossibilidade de significar será ilustrada por um paciente que precisava pensar constantemente, pois não conseguia compreender jamais (Sass; Parnas, 2003, p. 434). Não se assemelha ao enunciado psicanalítico que os psicóticos não simbolizam, imersos que estão em um mundo suposta e totalmente concreto?

Foi em Klaus Conrad (1905-1961), neurologista e psiquiatra alemão e infelizmente pouco discutido entre nós, que encontrei a melhor inteligibilidade dos fenômenos esquizofrênicos precoces. Contrariamente aos clássicos da psicopatologia fenomenológica, o médico filiado ao partido nazista em 1940, e por isso tendo à sua disposição número incontável de pacientes e militares egressos do front, publica, em 1958, *A esquizofrenia incipiente*, no qual apresenta as diferentes fases ou etapas dos processos esquizofrênicos. Apesar do emprego de termos pouco comuns ao léxico psiquiátrico de seus pares, conseguiu, no meu entender, encadear intelegivelmente o percurso de tão graves patologias. São em número de seis:

I. Trema. Palavra derivada do grego que habitualmente descreve o medo dos atores prestes a entrar em cena. É uma sensação indefinida no início que, depois, se propaga em uma inefável e insuportável angústia, terminando por abranger todo o campo sensoperceptivo do paciente. Surge um humor que conterá sentimentos dos mais variados matizes – culpa, excitação, pavor, alienação, suspeita, depressão, ou uma mistura de tudo isso – que se conclui de forma abrupta em ações completamente desprovidas de sentido. A antiga psiquiatria germânica definia tal sintoma como humor delirante difuso (*Wahnstimmung*), mencionado por F. W. Hagen, em 1870, de acordo com Berrios e Porter (2012); não é análogo ao clássico sentimento de perplexidade (*Ratlösigkeit*) descrito por Störring ou a já citada *esquizoforia* de L. Ibor?

II. Apofania. Esta palavra justificava as críticas dos colegas de Conrad. Deriva do prefixo grego *apo-*, que significa vindo de algum lugar, e *phaenein*, que implica mostrar, revelar; alude a uma vivência delirante incipiente caracterizada por uma consciência anormal de significação que gera no paciente, por exemplo, uma impossibilidade radical de ter dúvidas. Há uma sensação disseminada de algo indefinido, obscuro e impreciso e que a exterioridade em sua completude e complexidade refere-se ao seu próprio eu, embora o enfermo o afirme de modo espalhado, indistinto e atrozmente confuso.

III. Anastrophé. Do grego, *ana-*, para trás, e *strephein*, voltar. Com a evolução mórbida, surge a certeza inabalável (delirante) no paciente de que tudo

gira ao seu redor; o eu encontra-se assim aprisionado numa realidade que só a ele diz respeito, sem haver possibilidade de transcendência. Na terminologia lacaniana não há outros, apenas subsiste o encarceramento no Outro. Como se o sujeito fosse atirado em um mundo que o enclausura e nele se transveste igualmente em algoz e carcereiro.

IV. Apocalíptico-catatônica. Compreende os quadros mais graves que envolvem os aspectos motores (estereotípias, flexibilidade cérea, estupores ou incontrolláveis agitações etc.), ou as desagregações formais do pensamento (suspensão, bloqueios, descarrilamentos, neologismos, salada de palavras).

V. Consolidação (ou remissão parcial). Frequente antes da moderna psicofarmacologia.

VI. Estado residual ou defeito. Atualmente observa-se de maneira menos exuberante como no passado, mas um olhar ou uma escuta atenta capta evidentes cicatrizes psíquicas que comprometem as funções sociais, pessoais e/ou afetivas dos pacientes acometidos.

Estendi-me nestas concepções, sobretudo nas três primeiras, pois julgo permitirem um fértil diálogo entre psicopatólogos modernos e autores psicanalíticos que defendem as alterações maciças do eu na gênese primária das psicoses funcionais, como, por exemplo, Lacan. Em importante trabalho, Sass e Parnas (2003) demonstram com seus conceitos de *hiperreflexivity* e *diminished self-affection* que o comprometimento do eu (self) é essencialmente o fator básico da esquizofrenia e patogeneticamente primário em relação às manifestações psicopatológicas (p. 437). Importa destacar que nestas duas formulações os teóricos dinamarqueses recuperam as noções de Conrad no que concerne àquela preocupação mórbida e infável com a qual, no período do *trema*, os pacientes posicionam-se diante do mundo; é através da excessiva auto e heteroatenção (*excessive self-awareness*, p. 435) que o mundo é apreendido naqueles *pródromos*. Assim captada, a realidade não é mais passível de simbolização e o eu e o não eu tornam-se, simultaneamente, cativo e guardião. Suponho ser este o equivalente fenomenológico para aquelas declarações freudianas encontradas nos artigos metapsicológicos quando se afirmava o desinvestimento libidinal da representação-coisa inconsciente e, conseqüentemente, deste próprio sistema, como procurei demonstrar neste texto. Não há circulação da representação pulsional nem vias de facilitação para que ocorram deslizamentos representacionais; não há associações, suposições, apenas certezas irremovíveis.

A exterioridade e seus objetos já não são mais espontâneos ou evidentes ao eu; não há mais espontaneidade e sim completa e absoluta autorreferência.

Nada é naturalmente evidente, pois desaparecem o senso comum e o sentimento de obviedade que em geral orientam alguém, prática e socialmente, diante do mundo – *the loss of natural self-evidence*, descrita por W. Blankenburg, em 1971 (Sass; Parnas, p. 434-435). É a perda da liberdade de determinação e de ação previamente citada (Goas, p. 382). Não há distância fenomenológica entre percepção e ação; polivalência e não ambivalência. Apofania e Anastrophé conradianas se sobrepõem e se complementam no entrecruzamento de teóricos de diferentes origens e escolas.<sup>2</sup>

### ***The essential psychotic phenomenon***

**ABSTRACT** *The paper argues the existence or not of the unconscious during the psychosis namely the psychotic states and its prodromes. It reviews the first Freud's conceptions about paranoia and precocious dementia and the metapsychological texts about the libidinal decathexis from the unconscious representations. It also examines the therapeutic possibility in these cases considering some aspects of the British and Lacanian School of psychoanalysis and discusses some ideas about death drives, aggressiveness and free energy linked to ego disorganizations. Finally, it proposes a possible dialogue between psychoanalysis and contemporary Spanish, Germany and Danish phenomenological psychopathologists.*

**KEYWORDS** *unconscious; schizophrenia; phenomenological psychopathology; psychoanalysis*

### ***El fenómeno psicótico esencial***

**RESUMEN** *El trabajo propone una discusión sobre la existencia o inexistencia del inconsciente en las psicosis, sobretudo en los pródromos de la enfermedad esquizofrénica. Empieza recapitulando las primeras concepciones freudianas sobre la psicosis (paranoia y demencia precoz), hasta llegar a los textos metapsicológicos donde Freud declara la huida de la investidura pulsional (libido) de los lugares que representan a la representación-objeto inconsciente. Examina la posibilidad terapéutica en estos casos comparando las enunciaciões de los principales teóricos de las escuelas inglesa y lacaniana sobre el tema. Se desarrollan nociones sobre la pulsión de muerte, agresividad y energía libre junto a la desorganización del yo en estas patologías y termina por presentar un posible diálogo entre el psicoanálisis y la psiquiatría fenomenológica contemporánea a partir de las ideas de psicopatólogos españoles, alemanes y dinamarqueses de la contemporaneidad.*

**PALABRAS CLAVE** *inconsciente; esquizofrenia; psicopatología fenomenológica; psicoanálisis*

---

2. Agradecimentos aos colegas Maria Inês Escoteguy e Nelson Goldstein pelo estímulo e sugestões.

## Referências

- Almeida, S. (1991). Freud: a questão psicótica. *Revista de Psicanálise do Rio de Janeiro*, 1, 35-42.
- Almeida, S. (1995). A Verwerfung freudiana e a forclusão lacaniana: um possível entendimento. *Trieb*, 4, 19-32.
- Almeida, S. (2014a). Considerações sobre o tratamento das psicoses: a interface possível entre psiquiatria e psicanálise. Apresentação em mesa-redonda, Buenos Aires, Congresso da Fepal, setembro, 2014.
- Almeida, S. (2014b). Crônica de uma psicose anunciada. *Trieb*, 13 (2), 163-183.
- Alonso-Fernandez, F. (1972). *Fundamentos de la psiquiatria atual*. 2ª ed. Madri: Paz Montalvo.
- Berrios, G.; Porter, R. (2012). *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Escuta.
- Bion, W. (1977). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Horme.
- Bion, W. (1994). *Estudos psicanalíticos revisados*. Trad. Wellington M. de Melo Dantas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Imago.
- Cabaleiro Goas, M. (1966). *Temas psiquiátricos: algunas cuestiones psicopatológicas generales*. Madrid: Paz Montalvo.
- Conrad, K. (1997). *La Esquizofrenia Incipiente*. Madrid: Editorial Triacastela. (Trabalho original publicado em 1958).
- Emde, R. (1987). Development terminable and interminable. Presentation on 35<sup>th</sup> IPA Congress, Montreal, Canada.
- Fink, B. (2015). *Fundamentos da técnica psicanalítica*. Londres: Karnac Books.
- Freud, S. (1977). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado 1892-1899).
- Freud, S. (1980). Notas psicanalíticas de um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Demencia paranoides). In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1974). O inconsciente. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1974). Suplemento metapsicológico à teoria do sonho. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1976). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

- Freud, S. (1976). Problema econômico do masoquismo. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1924).
- Freud, S. (1976). *Análise terminável e interminável*. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1976). Construções em análise. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).
- Freud, S. (1987). *Neuroses de transferência: uma síntese (manuscrito recém-descoberto)*, Rio de Janeiro: Imago.
- Kernberg, O. (1995). *Agressão nos transtornos de personalidade e nas perversões*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Lacan, J. (1955-1956). *Seminário, livro 3: As Psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- Rosenfeld, H. (1968). *Os Estados Psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rosenfeld, H. (1988). *Impasse e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Sass, L.; Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29 (3), 427-444.

Recebido: 04/01/19

Aceito: 29/01/19

---

Sergio Costa de Almeida  
Rua Jardim Botânico, 700/605 – Jardim Botânico  
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 22461-000  
(21) 2512-3154 – 99808-0988  
sergioalmeida@netbotanic.com.br