

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE NEUROSE E PSICOSE

Hellen Cristina dos Santos¹

Juliana de Oliveira Scantamburlo²

Tamara Havana dos Reis Pasqualatto³

¹Acadêmica do 4º ano de Psicologia na Universidade Paranaense-UNIPAR. Contato:hellen.santos@edu.unipar.br

²Acadêmica do 4º ano de Psicologia na Universidade Paranaense-UNIPAR. Contato:juliana.scantamburlo@edu.unipar.br

³Mestre em Filosofia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Especialista em Psicanálise Clínica-de Freud à Lacan, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e graduação em Filosofia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Atua como Psicóloga Clínica. Atualmente é docente e orientadora de estágios específicos do curso de Psicologia da Universidade Paranaense, campus Cascavel e Umuarama - PR. Contato:tamarah@prof.unipar.br

Resumo

O presente artigo propõe uma discussão a respeito do estabelecimento do diagnóstico diferencial entre psicose e neurose, este que é de grande importância para o fazer do psicanalista, o diagnóstico tem função durante o caminho da análise. Também se trata de um estudo acerca da conceituação de neurose e psicose e suas tipificações clínicas bem como seus mecanismos de defesa. Além disso, suas estruturas serão brevemente discutidas no decorrer do artigo, ademais veremos como ambas se manifestam nos sujeitos em suas particularidades. O respectivo estudo visa discorrer a partir de uma apresentação dos termos na psicanálise a fim de uma análise introdutória destes e seu diagnóstico nos sujeitos. A metodologia adotada no respectivo estudo se constitui a partir do emprego de uma revisão bibliográfica psicanalítica em Freud e Lacan.

Palavras-chave: neurose, psicose, psicanálise, recalque, forclusão

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS: PSYCHOANALYTICAL CONSIDERATIONS ABOUT NEUROSIS AND PSYCHOSIS

Abstract

This article proposes a discussion about the establishment of the differential diagnosis between psychosis and neurosis, which is of great importance for the psychoanalyst's work, the diagnosis has a role during the path of analysis. It is also a study on the conceptualization of neurosis and psychosis and their clinical typifications as well as their defense mechanisms. In addition, their structures will be briefly discussed throughout the article, in addition we will see how both are manifested in the subjects in their particularities. The respective study aims to discuss from a presentation of terms in psychoanalysis in order to an introductory analysis of these and their diagnosis in the subjects. The methodology adopted in the respective study is constituted from the use of a psychoanalytic bibliographic review in Freud and Lacan.

Keywords: neurosis, psychosis, psychoanalysis, repression, foreclosure

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: CONSIDERACIONES PSICOANALÍTICAS SOBRE NEUROSIS Y PSICOSIS

Resumen:

Este artículo propone una discusión sobre el establecimiento del diagnóstico diferencial entre psicosis y neurosis, lo cual es de gran importancia para el trabajo del psicoanalista, el diagnóstico tiene un papel en el camino del análisis. También es un estudio sobre la conceptualización de neurosis y psicosis y sus tipificaciones clínicas así como sus mecanismos de

defensa. Además, sus estructuras serán comentadas brevemente a lo largo del artículo, además veremos cómo ambas se manifiestan en los sujetos en sus particularidades. El estudio respectivo tiene como objetivo discutir desde una presentación de términos en psicoanálisis con el fin de un análisis introductorio de estos y su diagnóstico en los sujetos. La metodología adoptada en el estudio respectivo se basa en el uso de una revisión bibliográfica psicoanalítica en Freud y Lacan.

Palabras clave: neurosis, psicosis, psicoanálisis, represión, ejecución hipotecaria

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS SOBRE NEUROSE E
PSICOSE

Introdução

Na psicanálise três são as principais estruturas clínicas discutidas, estas que são: neurose, psicose e perversão. Porém no presente estudo teórico somente nos remetemos as duas primeiras que historicamente passaram por muitas discussões e reformulações e por diversas vezes foram motivos de alterações e divergências dentro da psicanálise, tanto no esclarecimento dos termos quanto nas formas de prosseguir com uma análise de um paciente. O diagnóstico diferencial é um ponto extremamente importante na análise, pois com ele podemos dar seguimento ao processo analítico, importante citar que um diagnóstico equivocado é prejudicial tanto para o analisando como para o analista. Freud em seu texto “Sobre o início do tratamento” de 1913/2017 relata:

Sei que há psiquiatras que oscilam mais raramente ao estabelecerem o diagnóstico diferencial, mas eu me convenci de que eles também se equivocam com a mesma frequência. Ocorre que o erro é mais carregado de consequências para o psicanalista do que para o chamado psiquiatra clínico. (FREUD, 1913/2017, p. 86)

Nas discussões a seguir serão apresentadas as conceituações e mecanismos envolvidos nas respectivas estruturas clínicas, e como cada uma se aplica com suas especificidades e divergências, estas que até nos dias atuais são motivo de discussões a respeito de sua causalidade dentro do campo analítico. Portanto, apontaremos adiante suas particularidades separadamente para uma melhor compreensão dos termos, ao final discorreremos brevemente a respeito de suas diferenciações. O diagnóstico diferencial apresenta sua função na psicanálise como direção indicando os caminhos para percorrer com a análise se apresentando como uma espécie de condução. (QUINET, 2009)

As duas estruturas citadas, estas neurose e psicose, apresentam distinções bem estabelecidas se tratando de seu diagnóstico, se faz relevante mencioná-las. Algumas destas distinções foram apontadas nos livros “Neurose e psicose” (1924a/2011) e “A perda da realidade na neurose e psicose” (1924b/2011). Em 1924, Freud aponta essa alteridade a partir de sua segunda tópica, onde há uma investida para suprir as demandas do id e do superego. “Para ele, tanto na neurose como na psicose, há conflitos na relação do sujeito com o mundo externo, mas os mecanismos e as consequências serão diferentes nos dois casos”. (SILVA & CASTRO, 2018, p.149). Devemos levar em consideração que na neurose o conflito se refere à relação entre o id e o ego. Na neurose o ego usa os mecanismos repressivos para interromper os impulsos do id, levando a um distanciamento da realidade pulsional, os conflitos se referem ao ego e o id. Ao contrário da neurose, a psicose é uma rejeição completa da realidade social devido a fuga do ego em relação ao mundo externo/social. (SILVA & CASTRO,2018), nos textos freudianos podemos claramente ver esta afirmação. Por isso,

Freud (1924 b/2011, p. 196) enfatiza que “a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la”.

Neurose

O Termo neurose foi originado em 1769 pelo médico William Cullen que definiu doenças neurológicas que causam transtornos de personalidade. O termo ganhou notoriedade na França por Philippe Pinel em 1785 e o conceito foi reassumido por Sigmund Freud, precursor da Psicanálise, em 1893, que foi constatado como uma doença de cunho neurológico de origem infantil, cujos sintomas são de conflitos recalcados. A partir da dissecação de cadáveres feita por William Cullen, este que procurava a explicação para doenças por meio da observação direta dos órgãos, houve a necessidade de explicar as doenças que não eram diretamente observadas, a ideia surgiu a partir do objetivo de criar uma palavra para dar significado ao conjunto de problemas que não apresentavam danos ocasionados diretamente a qualquer órgão específico. A partir deste conflito Roudinesco (1998, p. 535), diz que:

Assim nasceu a definição moderna da neurose, que permitiu construir uma nosografia pela negativa, incluindo em seu campo o domínio das doenças para as quais a nova medicina anatomopatológica não encontrava nenhuma explicação orgânica.

Segundo Roudinesco (1998), Freud começou a trabalhar a sua definição do conceito de neurose juntamente com o de histeria a partir do que dizia Janet, este que foi um psiquiatra, psicólogo e neurologista cujos estudos foram de grande contribuição para o entendimento atual dos transtornos de ordem psicológica. Pierre Janet que fazia uma correlação entre histeria e presunção uterina.

Para Freud a histeria, que é umas das principais neuroses citadas pelo mesmo, estaria relacionada a “uma etiologia sexual e um enraizamento no inconsciente”. (ROUDINESCO, 1998, p.535). Segundo Freud (1896/1972) as representações sexuais só são recalcadas através de uma cena sexual que tenha sido traumatizante atingindo assim o inconsciente, ocasionando o recalçamento. Com isso Freud pode concluir que a neurose depende de conteúdos sexuais ocasionados na infância mais precisamente na sedução que Freud reconhece como um caráter inconstante da sedução real e mantém a ideia de que a neurose tem sua origem na primeira infância, ou seja, o recalçamento dos traumas sexuais da origem a uma neurose considerada infantil. Mais tarde, Roudinesco (1998) pontua que Freud abandona essa dita teoria da sedução, em 1897, e se debruça sobre a ideia de que a neurose se tornou uma alteração patológica diretamente ligada a um conflito do campo psíquico inconsciente.

Para entender com mais precisão a estrutura da neurose, Chaves (2018) elucida que devemos elaborar de uma forma sintética o que Freud (1896/1972) no texto “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” tal escrito em 1886, nos ensina sobre o que acontece no período da infância, levando em consideração a constituição do inconsciente na neurose. Cada estrutura clínica na psicanálise se faz como o resultado de vivências complexas na vida de cada criança com seu par parental (mãe e pai). Isso se institui a partir da inscrição do Nome-do-pai (ou da falta), sendo assim podemos relacionar diretamente estes acontecimentos na infância com o complexo de Édipo, enfatizado como “complexo nuclear da neurose”. (RIBEIRO, 2011, p.12). O Édipo é conceituado a partir do verbete de Laplanche e Pontalis (2001, p.77) como sendo:

Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se com o na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo. Segundo Freud, o apogeu do complexo de Édipo é vivido entre os três e os cinco anos, durante a fase fálica; o seu declínio marca a entrada no período de latência. É revivido na puberdade e é superado com maior ou menor êxito num tipo especial de escolha de objeto.

Clinicamente, para realizarmos o diagnóstico diferencial dentre as estruturas, quais são psicose, perversão e neurose, Quinet (2009, p.20) nos expõe que “na neurose, o complexo de Édipo, diz-nos Freud, é vítima de um naufrágio, que equivale à amnésia histórica. O neurótico não se recorda do que aconteceu em sua infância — amnésia infantil, mas a estrutura edípica se presentifica no sintoma”. Partindo deste pensamento, devemos ter em mente de que o sintoma desencadeado através do recalque, fornece um acesso a organização simbólica que representa o sujeito, um exemplo disso seria, o caso apresentado no texto de Freud “Duas Histórias Clínicas (O “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”)” de 1909/1996 que retrata o caso da ideia obsessiva do Homem dos Ratos, que em seu caso clínico, continuava retomando a ideia de que “se eu vejo uma mulher nua, meu pai deve morrer”. Segundo Quinet (2009) com isso se nota sua estrutura edípica que seria a proibição que se conecta ao pai, de ver uma mulher nua, o recalque do desejo da morte do pai representada, retorna para o sujeito de uma forma simbólica. A neurose em sua estrutura se vincula ao recalque, como também o deslocamento dessa vivência de castração simbólica no inconsciente, como consequência a transformação do afeto em fobias como também somatizações,

ideias compulsivas, remorso, medo e até agressividade. Podendo desenvolver também mecanismos ritualísticos, isso se dá na formação dos sintomas.

O recalque ou recalçamento é um importante mecanismo para que possamos compreender a neurose, pois ele está diretamente ligado a ela. Ao continuarmos refletindo junto a Laplanche e Pontalis (2001) o mecanismo de defesa da neurose segundo a psicanálise freudiana é o recalque. Partindo deste sentido entende-se que o recalque é a operação da qual o sujeito mantém os conteúdos como pensamentos, recordações e imagens conectadas a uma pulsão, como uma forma defensiva mantendo os conteúdos no inconsciente. Ele se faz presente a partir do momento em que a satisfação de uma pulsão que se faz capaz de proporcionar satisfação por conta própria ameaça desencadear um determinado desprazer.

Juntamente ao descrito anteriormente, Chemama (1995, p. 185) descreve o recalque como um “processo de afastamento das pulsões às quais é rejeitado o acesso à consciência.” Portanto podemos concluir que esta forma de conter essa pulsão no inconsciente é derivada do processo de castração que ocorre na infância, que seria o que “Sigmund Freud denominou complexo de castração, o sentimento inconsciente de ameaça experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos.” (ROUDINESCO, 1998, p.105). Vale ressaltar que a castração teria a sua iniciação relacionada à figura do pai, e fica evidente, portanto que cabe a função paterna enfatizar para o sujeito que ele deve se desfazer desse objeto imaginário que a criança pretende deter, por meio do desejo materno. Em virtude disso esse conteúdo é transposto para o inconsciente. Sabemos que estes conteúdos ficam recalçados no inconsciente pois a vinda destes a consciência pode acarretar sofrimentos e angústias ao sujeito. Freud (1915) considera o recalque como sendo o principal destino das pulsões colocando em pauta que sua função é de gerar desprazer no lugar que era provocado por uma satisfação, portanto para que o recalque se instale se faz necessário que a potencialidade do desprazer seja mais intensa do que no prazer.

Roudinesco (1998) nos explica que após novos estudos e discussões de Freud juntamente com outros médicos foi capaz de definir que “na neurose, há um conflito entre o eu e o isso e a coabitação de uma atitude que contraria a exigência pulsional com outra que leva em conta a realidade” (ROUDINESCO, 1998, p.536). Também podemos ressaltar que em seus estudos sobre a segunda tópica Freud expõe um pouco mais a respeito do citado anteriormente.

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), as fisionomias clínicas das neuroses são caracterizadas por sintomas neuróticos que são considerados comportamentos perturbados de ideias e sentimentos que se manifestam como uma defesa contra a angústia, constituindo um conflito interno na posição neurótica da qual o sujeito tira um certo proveito de sua situação, este proveito

que pode ser chamado de benefício secundário da neurose. “Nas neuroses, goza-se dos sintomas e das fantasias ancoradas, fixadas, cristalizadas, enlaçadas aos sintomas.” (CHAVES, 2018, p.60). Ainda a partir de Laplanche e Pontalis (2001), também é nos dito dos sintomas neuróticos do ego, este que não se encontra em boas relações com outros, não atendendo a um equilíbrio satisfatório.

A partir da diferenciação proposta pela psicanálise sobre a divisão das psicoses, neuroses e perversões, podemos inferir que todos os sujeitos que não são perversos ou psicóticos são neuróticos, pois segundo a psicanálise a neurose está nos sujeitos ditos “normais”, porém não devemos levar isso como uma verdade absoluta. Contudo, se faz necessário ressaltar que as estruturas clínicas em psicanálise não são de origem patologizantes, por tanto enquanto analista os profissionais devem estar atentos ao refletir sobre as estruturas, levando em consideração que estes se fazem em contato com pessoas, que trazem para a análise suas angústias e diversos conflitos psíquicos, não as “rotulando” em padrões que não devem ser impostos.

Tipos clínicos

Podem ser descritos três modelos clássicos de Neurose bem como suas peculiaridades e manifestações, sendo elas: neurose histérica, neurose obsessiva e também a neurose fóbica. Iniciaremos nossas reflexões a partir da Histeria. Segundo Laplanche e Pontalis (2001) tem seus estudos iniciados a muito tempo tendo em vista que remonta a Hipócrates e acompanhou os avanços da medicina. No século XIX mais especificamente sobre a influência de Charcot, os impasses do pensamento da medicina e a metodologia clínica colocados sobre a histeria estavam em grande relevância nesta época, causando um grande impacto nos estudos onde a solução era buscada em duas direções, que seriam: ou possivelmente na ausência de lesões orgânicas e referir os sintomas a sugestões e/ou na auto sugestão decorrente do paciente, ou reconhecer a histeria como sendo uma doença como as outras, com sintomas definidos e precisos.

O caminho percorrido por Breuer e Freud foi de considerar a Histeria como sendo uma doença psíquica definida que exige especificidade tratando de sua etiologia. Kaufmann (1996) aponta que a causa da histeria a partir dos estudos de Freud se dá na percepção do inconsciente, e em decorrência disso entra em destaque a sexualidade infantil. Ademais, Kaufmann (1996) denota que Freud foi além do que foi estudado com Breuer, onde foi capaz de dizer que o trauma psíquico, que seria o causador da histeria, é experiência sexual vivenciada de forma antecipada que atordoou o sujeito.

Depois de considerarmos a neurose histérica, passamos agora a algumas considerações sobre a neurose obsessiva. Baseado no que diz Maria Ribeiro (2011) devemos a criação do termo neurose

obsessiva a Freud que em 1896 declarou que em suas pesquisas sobre o inconsciente se fez necessário situar a histeria e a neurose de obsessões. Sendo assim, podemos dizer que a neurose obsessiva se torna a segunda principal divisão das neuroses.

Freud descreve os sintomas na neurose obsessiva como sendo produto de um compromisso, sendo este o encontro com o sexo sempre traumático e é acompanhado por um excesso de gozo juntamente a um sentimento de culpa, como discutimos anteriormente o recalque incide na representação do trauma e o afeto se desloca substituindo por uma ideia, desta forma o sujeito obsessivo é acarretado por uma auto recriminação. “Os sintomas obsessivos são puramente mentais, contudo, continuam sendo, para nós, os mais obscuros” (CHEMAMA, 1995, p.144).

Outro ponto relevante colocado em pauta por Maria Ribeiro (2011) seria o fato de que Freud nos fala sobre o obsessivo crer na representação recalçada, o obsessivo crê na auto recriminação e isso o permite duvidar, portanto a dúvida também seria uma defesa contra a angústia, com isso o afeto se desloca dentre as representações.

O fazer clínico da neurose obsessiva se distingue da clínica histérica por principalmente dois componentes: “a afinidade eletiva, mas não exclusiva, pelo sexo masculino; a reticência do paciente em reconhecer e dar a conhecer sua doença; com frequência, o que o leva a consultar é a intervenção de um terceiro.” (CHEMAMA, 1995, p.144). A predominância desse tipo de neurose nos homens se deve a parte decisória do complexo edípico, pois é ele que constitui o sexo psíquico. Vale ressaltar novamente que na neurose obsessiva “a principal sintomatologia são as ideias obsessivas com ações compulsivas e a defesa desenvolvida contra elas” (CHEMAMA, 1995, p.144). As ideias obsessivas se caracterizam por comportamentos e circunstâncias ocasionados por pensamentos considerados pelo sujeito como obscenos, e impróprios, catastróficos ou até mesmo criminosos como também dirigir-se a uma pessoa como por exemplo um familiar, pensamentos estes que o aterrorizam reconhecidos muitas vezes pelo sujeito como parte de seu desejo e de sua própria vontade. Em consequente com esta afirmação Chemama (1995, p.145) ressalta que:

Um sintoma desse tipo só é mantido porque conjuga ato e dúvida; o obsessivo não tem medo apenas de cometer algum ato grave (assassinato, suicídio, infanticídio, violação, etc.), imposto a ele por suas idéias, mas também de tê-lo feito de modo inadvertido.

Agora iremos discorrer sobre a terceira grande neurose proposta por Freud, neurose fóbica. Um termo inserido por Freud para diferenciar a neurose cujo principal sintoma é a fobia, contudo, vale lembrar de que não podemos considerar neurose fóbica e histeria de angústia como sendo sinônimos, mas sim entendermos suas semelhanças e diferenciações pois, “encontram-se sintomas fóbicos em diversas afecções neuróticas e psicóticas. São observados na neurose obsessiva e na

esquizofrenia; mesmo na neurose de angústia" (LAPLANCHE E PONTALIS, 2001, p. 212), devemos ressaltar que Freud após estudos chegou à conclusão de que não se poderia considerar a fobia como sendo um processo patológico independente. Entretanto, ao falarmos de neurose fóbica se faz evidente que a fobia se constitui como sintoma central. Nas observações levantadas por Laplanche e Pontalis (2001) podemos notar que Freud não isolou a fobia de imediato, mas sim, a interligou a neurose obsessiva da qual citamos anteriormente.

A partir de Nasio (1991), entendemos que no caso da neurose fóbica o sujeito se encontra em um sofrimento em relação ao externo, o gozo é projetado para fora e se faz no ambiente externo do qual passa a ser ameaçador. Todavia, podemos dizer que este sofrimento externo pode ser remanejado por cima da angústia dos sujeitos, se transformando em outros sintomas externos, sendo assim podemos caracterizar isto como um deslocamento, “esse deslocamento do sintoma o que passamos a chamar de fobia.” (SABBÁ, 2013/2014, p.111). As fobias são mais comuns em crianças, onde o analista só tem notícias delas na vida adulta do paciente (SABBÁ, 2013/2014). Consequente a isso, para uma melhor compreensão citamos o caso de Freud, “Pequeno Hans”, que está inserido no livro “Duas Histórias Clínicas (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”)” de 1909/1996. Freud nos mostra que na estruturação do sujeito perverso polimorfo aparecem medos infantis, porém, com Hans este medo é caracterizado como sintoma, sendo que sofria de neurose fóbica, ao substituir o medo que tinha por seu pai o deslocando para medo de cavalos, é este processo de deslocamento do sintoma que chamamos de fobia. Na teoria freudiana, se faz como uma espécie de transformação acarretada pela angústia do indivíduo, está angústia que é entendida como uma energia sexual, que não pode ser elaborada, mas sim, recusada. Ademais, se faz necessário ressaltar que para entender a fobia a partir dos conceitos psicanalíticos se faz importante adentrar mais a fundo a partir das teorias e técnicas.

Psicose

O termo psicose se originou em 1845 por Ernst von Feuchtersleben, que foi um médico da Áustria, originou este termo “para substituir o vocábulo loucura e definir os doentes da alma numa perspectiva psiquiátrica” (ROUDINESCO, 1998, p.621). Relatou que as psicoses vieram para se oporem às neuroses, estas que eram consideradas de responsabilidade da medicina, da neurologia e somente mais tarde da psicoterapia. Inicialmente a psicose instituiu o conjunto das doenças mentais, tanto orgânicas quanto especificamente mentais. (ROUDINESCO, 1998).

Os estudos iniciais sobre psicose em psicanálise começaram por volta de 1893-1895 com o precursor desta, Freud, a partir de seu texto “Estudos sobre a histeria”, onde neste Freud faz

reflexões sobre as diferenciações das estruturas por ele estudadas, dentre estas a psicose. Importante ressaltar que Freud fundamentou grande parte de suas conclusões a respeito da psicose a partir do caso de Schreber, este que está no texto “O caso Schreber, e outros textos” (1911-1913/2010)” e que retrata o caso de um homem sofrendo de episódios de paranoia relacionada a situações vivenciadas por ele, como podemos concluir com as considerações de Freud. Por meio do estudo do caso de Schreber, Freud pode apontar que no sujeito psicótico a libido está voltada para o próprio corpo, isto é grandemente visto no indivíduo esquizofrênico, esta que é uma das psicoses mais comentadas. Durante seus estudos Freud levantou uma série de hipóteses que poderiam explicar a psicose, mas foi depois de elaborar a sua segunda tópica que ele foi capaz de “delimitar o campo da psicose, como sendo um conflito entre o eu e o mundo exterior”. (CHEMAMA, 1995, P.174). No psicótico, este que tem sua fonte de libido focalizada nele mesmo, encontra conflitos com aquilo que vem do mundo exterior a si mesmo, aquilo que foi expulso de dentro do sujeito volta por meio do mundo de fora, Freud (1911-1913/2010, p.3) ainda expressa “a paranóia acarreta o retorno a um auto-erotismo primitivo”. A partir deste conflito Chemama (1995, p.174), diz que:

[...] Freud julga que o recalçamento consistiria em uma retirada dos investimentos libidinais feitos sobre pessoas ou objetos antes amados e que a produção mórbida delirante seria uma tentativa de reconstrução desses mesmos investimentos, espécie de tentativa de cura; fez então essa observação extremamente importante, de que aquilo que havia sido abolido do dentro (Venerfung), retorna de fora; porém, ao acrescentar que o desapego da libido deve ser o mecanismo essencial e regular de todo recalçamento, deixa em suspenso o próprio problema do desapego da libido.

Freud (1924a) iria pretender que o espaço que se ocupa a psicose, é um conflito entre o mundo exterior e o próprio eu do sujeito. devemos enfatizar que o psicótico possui uma visão do mundo exterior muito exclusiva e particular de seu próprio eu, fazendo com que estes assumam uma posição de narcisismo, um abuso do mecanismo da projeção para fins de defesa, uma vez que o conteúdo e a ideia são conservados e projetados para o mundo externo. Devemos ter em mente que a partir do pensamento Freudiano para entender o fenômeno da psicose, se faz necessário ressaltar que o sujeito projeta no outro seus conteúdos, desta forma o outro é tido como culpado/perseguidor ocasionando as telas do delírio (Silva & Castro, 2018). Para Freud (1896/1996, p.179), “as alucinações se configuraram para a paciente como partes do conteúdo de suas experiências infantis recalçadas, ou seja, sintomas do retorno do recalçado” sendo assim ao estudar psicose nos primórdios de suas pesquisas notou que não haveria nada que distinguisse psicose das demais estruturas, entretanto segundo Santos & Oliveira (2012, p. 75):

[...]Todas seriam derivações de lembranças aflitivas recalçadas. Freud observa que a única peculiaridade exclusiva da paranoia consistiria no fato de que os pensamentos inconscientes são ouvidos ou alucinados pela paciente. Tais representações delirantes teriam sido construídas graças a um mecanismo de projeção que rejeita as autocensuras, as quais retornam como um sintoma defensivo alucinatório.

Ao falarmos de psicanálise se faz impossível não citarmos as contribuições de Lacan. Em sua perspectiva a definição de psicose, esta que é uma continuidade dos estudos de Freud, está intimamente ligada à concepção de imagem do sujeito, o que é grandemente discutido na fase do espelho, proposta por Lacan, onde o indivíduo começa a ter a noção do outro, este que também tem o seu desejo. Portanto em consequência, Chemama (1995, P. 175) diz que para Lacan: “Se fracassar o recalçamento originário, existirá a forclusão, a rejeição do simbólico, que irá então surgir no real, no momento em que o sujeito for confrontado com o desejo do Outro, em uma relação simbólica.” Então a partir disso vemos que na psicose há a perda da relação simbólica que seriam importantes para a constituição da pessoa, sua estruturação psíquica. Em seus estudos Freud (1915/1996) apresenta a psicose como sendo um mecanismo radical de defesa do inconsciente, ele acredita que os dispositivos psicológicos são enriquecidos por emoções e investidos em representações, as representações dos objetos são aquelas registradas no sistema inconsciente, a partir do investimento no poder expressivo das coisas obtido no dispositivo psicológico, aliado ao investimento na expressão das palavras, a forma de colocação do objeto é constituída e utilizada pelo pensamento e pela linguagem lógicos tanto conscientes como racionais este irá levar esta fala ao pé da letra, o significante geralmente desliza solto, o paciente não consegue obter representações que possam promover o fluxo de energia ou conectar o excesso de energia com pensamentos e representações, essas palavras se tornam reais, esta é a diferenciação determinante da psicose comparada às demais doenças mentais. Inicialmente dentro da psicanálise a psicose é definida segundo Chemama (1995) como sendo um processo que resultará de uma simbolização não efetuada e/ou substituída por uma ação mórbida. A partir desta definição temos a percepção de que durante a constituição do sujeito ainda na infância ocorre um processo no psíquico do indivíduo em desenvolvimento que não vai pelo caminho esperado, que resultaria na constituição de uma pessoa neurótica, e se encaminhando para a constituição do sujeito psicótico. A psicanálise procura explicar a psicose desvencilhando-a da neurose, tanto que em muitos estudos como este sempre veremos um comparativo das duas, mostrando as suas diversas diferenças em mecanismos psíquicos e até mesmo comportamentos dos sujeitos. Os sintomas psicóticos, especialmente na paranóia, são caracterizados por apontar “exatamente aquelas coisas que outros neuróticos mantêm escondidas como um segredo” (Freud,

1911/1996, p. 21). Algo notório quando se fala do sintoma do sujeito psicótico é o fato de que os sujeitos experimentam simples fatos cotidianos de uma forma que se sentem angustiados como se tudo ao seu redor fosse ataca-lo. Lacan irá se sustentar no conceito de automatismo mental para auxiliar no diagnóstico psicanalítico da psicose, que fundamenta-se na razão do significante. (QUINET, 2009). Ainda a respeito do sintoma, Laplanche e Pontalis (2001) ressaltam que os sintomas manifestados nas psicoses, seriam uma tentativa de restauração de seu laço objetual, esta que seria uma tentativa secundária.

A forma de negação, ou mecanismo de defesa na psicose é a forclusão. “A forclusão (*Verwerfung*) do psicótico é um modo de negação que não deixa traço ou vestígio algum: ela não conserva, arrasa”. (QUINET, 2009, p.19). Como já citamos anteriormente, o que é negado no plano simbólico retorna no plano real, a forma mais comum é a aparição da alucinação, ainda Quinet (2009, p.19) acrescenta:

Como o retorno é no real, ou seja, fora do simbólico, emprega-se o neologismo "forclusão" como versão do termo francês *forclusion*, utilizado no âmbito jurídico para se referir a um processo prescrito, ou seja, aquele de que não se pode mais falar porque legalmente não mais existe. O termo de forclusão como forma de negação indica por si mesmo esse local de retorno, a “inclusão” fora do simbólico.

A partir do pensamento freudiano, Lacan (1955-1956/1985) introduz a forclusão como um mecanismo relacionado a castração que denominou significante do nome - do - pai, que ocorre uma espécie de rejeição do afeto, desta forma o sujeito se emerge em um processo de recusa da realidade, alucinações bem como os delírios surgem como uma forma de restabelecer a ordem do sentido psíquico, contudo ocasiona regressões pois a doença uma vez estabelecida faz com que o sujeito se encontre imerso em seus próprios conteúdos se distanciando cada vez mais da realidade, realidade esta que para o psicótico nada mais é que a verdade, tanto que Andréa M. C. Guerra (2010) nos elucida a advertência que Lacan nos dá para essa questão, que sempre devemos levar ao pé da letra o discurso do psicótico.

Tipos clínicos

As categorias descritas como tipos clínicos da psicose são inicialmente “repartida em dois grandes tipos, esquizofrenia e paranóia” (QUINET, 2006, p.11), porém podemos relacionar ainda “um terceiro tipo clínico que é a melancolia” (IDEM, 2006, p.11).

Freud no texto “O inconsciente” no ano de 1915/1984 fala sobre as características específicas da fala a partir da teoria da libido que consistem em afirmar que os mecanismos de recuperação e adoecimento se estabelecem a partir da libido. Segundo Quinet (2006, p. 62) “a esquizofrenia nasce no entrecruzamento da psiquiatria com a psicanálise, uma vez que a concepção de seus mecanismos é tributária das leis que regem o inconsciente e da teoria da libido de Freud”. Segundo Freud (1911-1913/2010), a esquizofrenia é uma psicose que se distingue das outras que se situa em uma fase precoce da libido, o chamado autoerotismo. Em seus estudos formula a ideia de que existe uma formulação narcisista que se institui no abandono por completo do amor objetual, retomando uma satisfação auto erótica, ou seja, ele aponta que os delírios acontecem como consequência do desinvestimento do mundo externo ocasionando o retorno da libido para o eu, assim o objeto se confunde com o eu do sujeito esquizofrênico. “Parece realmente ter retirado sua libido de pessoas e coisas do mundo externo, sem substituí-las por outras na fantasia. Quando realmente as substitui, o processo parece ser secundário e constitui parte de uma tentativa de recuperação, destinada a conduzir a libido de volta a objetos.” (FREUD, 1914/1969, p.82). Ademais Laplanche & Pontalis (2001, p.158) descrevem a esquizofrenia da seguinte forma:

Clinicamente, a esquizofrenia diversifica-se em formas aparentemente muito dessemelhantes, em que se distinguem habitualmente as seguintes características: a incoerência do pensamento, da ação e da afetividade (designada pelos termos clássicos discordância, dissociação, desagregação), o afastamento da realidade com um dobrar-se sobre si mesmo e predominância de uma vida interior entregue às produções fantasísticas (autismo), uma atividade delirante mais ou menos acentuada e sempre mal sistematizada. Finalmente, o caráter crônico da doença, que evolui segundo os mais diversos ritmos no sentido de uma “deterioração” intelectual e afetiva, e resulta muitas vezes em estados de feição demencial, é para a maioria dos psiquiatras um traço fundamental, sem o qual não se pode diagnosticar esquizofrenia.

A partir do ano de 1945, o enfoque deixou de ser na esquizofrenia em si, e começou a ser direcionado ao esquizofrênico, ocupando-se do meio familiar do indivíduo e de seu avanço psíquico inconsciente, em simultâneo também se inventava técnicas terapêuticas apropriadas (ROUDINESCO, 1998, p.190).

Discorreremos agora sobre a paranóia, “na paranóia o sujeito não está à deriva da dispersão, e sim retido por um significante” (QUINET, 2006, p.91), Freud sustentou que o grupo dos delírios sistematizados era separado do conjunto das demências precoces, aqui citado como esquizofrenia, classificando estas como paranóia (LAPLANCHE & PONTALIS, 2001). Importante citar que a

paranóia é caracterizada como sendo um delírio sistematizado, tendo a interpretação de forma dominante. Na paranóia não há deterioração do intelecto. “Nela se incluem o delírio de perseguição, a erotomania, o delírio de grandeza e o delírio de ciúme” (ROUDINESCO, 1998, p.572). Quinet (2002, p.7) aborda que:

Os paranoicos estão entre nós. A paranóia, apesar de ausente dos manuais de diagnóstico da psiquiatria atual, não deixou de existir. Para a psicanálise, trata-se de homens e mulheres que têm um tipo de psicose frequentemente encontrada não só nos hospitais psiquiátricos e nos consultórios de analistas, como também na vida cotidiana. Há, aliás, uma razão paranoica. O paranoico é fundamentalmente um intérprete, que em tudo vê sinais que se referem a sua pessoa. O acaso que ele contesta, conspira contra ele. Nada acontece por acaso, tudo adquire sentido, e esse sentido se refere a ele.

Outro fator importante citado por Quinet (2002) seria que "a imagem vela a falta e é, por definição, total, pois não pode haver imagem daquilo que falta." (QUINET, 2002, p. 20) Desta forma entendemos que o sujeito paranóico não se percebe dividido, pois este não consegue distinguir imagem do corpo. Os Sintomas da paranoia podem advir de explicações delirantes, isto é, autorreferência mórbida, esta é uma característica de toda paranoia. A autorreferência é constituída pela forclusão no real, por meio disso podemos entender que o objeto paranoico converte o sinal recebido de fora e projeta seus conteúdos para o externo, segundo Lacan (1974-1975, p.75) “a paranoia é um visco do imaginário. É uma voz que sonoriza o olhar que aí é prevalente. É um congelamento do desejo”, ou seja, a autorreferência é portanto, uma espécie de retenção que opera no significante o sujeito sempre vê tudo como algo suspeito e digno de dúvida, auto-referenciado.

Devemos levar em consideração que quando o doente se encontra com o pensamento fixo, começa a demonstrar com hesitação, pois ele mesmo, sente dúvida, procura por uma explicação “É preciso que alguma coisa do exterior, independentemente de mim mesmo, intervenha; ora , eu sofro, sou infeliz; os inimigos podem ter interesse em me causar mal; devo então, suspeitar de intenções hostis em relação as essas impressões prejudiciais” (QUINET, 2002, p.31) e desta forma encontra outro conteúdo como forma de dar conta das provas que precisa, o sujeito se encontra na situação de provar a si mesmo que seus delírios não fazem sentido ou como também que fazem e desta forma se encontra em um labirinto de informações delirantes dos quais ele não consegue se desvincular.

O terceiro tipo clínico que falaremos agora é a Melancolia, tendo em vista de que é uma categoria clínica da psicose se faz importante que ao iniciarmos as discussões a partir do termo, descrevendo como “um fenômeno que funciona a partir das leis da instância inconsciente.”

(ALVES, p.63, 2018), a partir deste pensamento devemos ressaltar que a melancolia se define como a perda de um objeto idealizado, e que desta forma se encontra na situação de estar perdido em seus próprios conteúdos, sem saber quanto tempo irá durar seu investimento psíquico no delírio, segundo Quinet (2006), o sujeito não sabe qual a perda que teve, de algo que ele não sabia que tinha, e o esvaziamento da libido mostra um buraco deixado pela falta. Freud (1915/2011. p 55) nos retrata que:

O melancólico não se comporta exatamente como alguém que faz contrição de remorso e autorrecriação em condições normais. Falta a ele, ou pelo menos não aparece nele de modo notável, a vergonha perante os outros, que seria sobretudo característica dessas condições. No melancólico, quase se poderia destacar o traço oposto, o de uma premente tendência a se comunicar, que encontra satisfação no autodesnudamento.

O sujeito melancólico apresenta uma enorme baixa autoestima, ocasionada tanto pela perda do objeto desejado tanto quanto a identificação do mesmo, para Freud (1915/2011) isso pode ser ocasionado pela perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como liberdade, pátria ou ideal, ao perder a posição que o fazia amável aos olhos do outro o indivíduo também pode se sentir como indesejado, rejeitado, se coloca como vítima do outro, ele analisa tanto o lugar que ele representa no outro tanto quanto o lugar que o outro representa para ele, isto portanto se faz essencial para entender as complexidades da melancolia. a partir desta colocação:

Pode-se afirmar que o melancólico vai em direção à construção de delírio de pequenez, pois o eu ataca sua própria imagem, fazendo-o rebotalho do Outro, e o paranoico inventa delírio de grandeza, em sua posição de objeto mais-de-gozo do Outro, já que é um perseguido do Outro. Ambos, entretanto, situados como objetos do outro. (PENA, 2012, p.57)

Desta forma se conclui que os melancólicos sofrem de uma tristeza profunda altamente dolorosa, o paciente se torna seu próprio mal a partir do ponto em que se lança em uma situação de dependência emocional no outro projetando seus conteúdos como também internalizando aquilo que interpreta a partir do externo.

Considerações finais

Pela observação dos aspectos analisados, podemos concluir que ambos os conceitos apresentados foram de grande importância para a constituição e compreensão da psicanálise, e como vimos anteriormente várias são as suas particularidades e manifestações nos indivíduos.

Ademais, a complexidade de seus variados tipos clínicos são pontos extremamente relevantes para nosso estudo.

Dessa forma, ao finalizarmos nossas discussões a respeito dos termos apresentados, se faz evidente que ao falarmos de psicose e neurose devemos ter em mente de que na neurose o indivíduo não se encontra afetado pelo lado racional, ou seja, este não se encontra imerso em conteúdos delirantes. Já na psicose o sujeito se encontra em sua própria realidade e não possui controle sobre seus comportamentos, existe uma perda da noção de realidade e fantasia pois estas se fundem. Portanto, ambas as estruturas são grandemente importantes para os estudos daqueles que visam conhecer a teoria psicanalítica, ou até mesmo colocar em prática o fazer clínico da mesma. Nos estudos acompanhados durante o presente trabalho podemos acompanhar diversas opiniões a respeito da importância do diagnóstico diferencial, com tudo, é nosso dever nos atentarmos para a atualidade, não devemos levar os discursos como uma verdade absoluta e sim refletir os conteúdos e opiniões apresentadas pelos estudiosos da área a fim de fazer uma ciência transformadora e não petrificada no tempo, podemos discorrer a partir de (FREUD, 1913/2017), que relata em uma de suas obras que devemos ter em mente a importância do diagnóstico diferencial e como o erro apresenta mais consequências para o psicanalista do que para os psiquiatras clínicos, pois irá causar um enorme dano no processo de cura do paciente, já o segundo somente irá cometer um erro teórico com intuito acadêmico, isto dito por Freud, porém sabemos que no contexto atual ambos, psiquiatra e psicanalista estariam cometendo um grande erro prejudicando assim o percurso do tratamento. Desta forma se faz evidente que o analista deve estar sempre atento e tomar a análise como um processo de descoberta, deixar que o diagnóstico apareça livremente através da escuta, se faz necessário uma prática voltada para o desvendar de algo novo, sem se prender em regras e padronizações estabelecidas prematuramente. Importante citar também que o tratamento não possui um tempo determinado, podendo durar vários meses ou até anos, ou até mesmo poucas sessões.

Referências bibliográficas

ALVES, W. S. Melancolia: o objeto perdido que me assombra. **Reverso**: Belo Horizonte, n.76, p.63-68, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-73952018000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 de set. 2021.

CHAVES, M. E. Estruturas clínicas em psicanálise: um recorte. **Reverso**, Belo Horizonte, n.76, p.55-62, dez. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v40n76/v40n76a07.pdf>. Acesso em: 18 de set. 2021.

CHEMAMA, Roland. **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

FREUD, S. A perda da realidade na neurose e psicose. In: FREUD, S. **Obras completas**, volume 16, O ego e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925) (P. C. Coelho, Trad., vol. 16, p.193-199). São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Obra original publicada em 1924b).

FREUD, Sigmund. **Dois histórias clínicas (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos ratos”)** (1909). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. **Luto e melancolia (1915)**. São Paulo: Cosac Naify, 2011. (Original publicado em 1915).

FREUD, S. Neurose e psicose. In: FREUD, S. **Obras completas**, volume 16, O ego e o Id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925) (P. C. Coelho, Trad., vol.16, p.158-164). São Paulo: Companhia das Letras, 2011. (Obra original publicada em 1924a)

Freud, S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911). In: STRACHEY, J. **Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. (Trad. sob direção de J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 21-89 (Original publicado em 1911).

FREUD, S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa (1896). In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. (Trad. sob direção de Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1972. p.94-110.

FREUD, S. Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa (1896). In: STRACHEY, J. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. (Trad. sob direção de J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.163-183.

FREUD, Sigmund. **“O caso Schreber” e outros textos (1911-1913)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. O inconsciente (1915). In: STRACHEY, J. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. (Trad. sob direção de J. Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.171-209.

FREUD, S. Recalque (1915). In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. (Trad. Sob direção de Jayme Salomão). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p.85-94.

FREUD, S. Sobre o início do tratamento (1913). In: IANNINI, G.; TAVARES, P. H. (Orgs.). **Obras incompletas de Sigmund Freud: fundamentos da clínica psicanalítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2017, p.85-104.

FREUD, S. Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 75-108. (Original publicado em 1914).

GUERRA, Andréa Máris Campos. **A psicose**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

KAUFMANN, Pierre. **Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, Jacques. **O seminário, livros 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. (Original publicado em 1955-1956).

LACAN, J. **O seminário**. Livro 22: R.S.I, 1974-75. Inédito.

LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, Jean-Baptiste. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

NASIO, J. -D. **A histeria-** teoria e clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

PENA, B. F. Melancolia e modo de funcionamento dos melancólicos. **Revista Psicologia e Saúde**, Minas Gerais, n.1, p.53-58, jan.-jun. 2012. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/124>. Acesso em: 20 de set. 2021

QUINET, Antonio. **As 4+1 Condições da Análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2009

QUINET, Antonio. **Na Mira do Outro: a paranóia e seus fenômenos**. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2002

QUINET, Antonio. **Teoria e Clínica da Psicose**. 3º edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

RIBEIRO, Maria Anita Carneiro. **A Neurose Obsessiva**. 3º edição. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. **Dicionário da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SABBÁ, S. L. S. Psicanálise com crianças: neurose fóbica. **Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana**, Rio de Janeiro, n.17, p.110-114, nov. 2013 a abr. 2014. Disponível em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_17/revista_17/pdf/resenha.pdf Acesso em: 1 de out. 2021

SANTOS, T. C; OLIVEIRA, F. L. G. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. **Psicologia em Estudo**, Maringá, n.1, p.73-82, jan.- mar 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/zZ6T7Gsw3jYQbSry4CtZHmw/?lang=pt> Acesso em: 5 de out. 2021

SILVA, B. S.; CASTRO, J. E. A construção do conceito de psicose de Freud a Lacan e suas implicações na prática clínica. **Analytica**, São João del-Rei, n.13, p.145-160, jul.- dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972018000200002 Acesso em: 12 de out. 2021