

# O diagnóstico diferencial entre neurose e psicose: questões sobre continuidade estrutural<sup>1</sup>

DOI: 10.5935/1984-9044.20210020

*Deborah Klajnman – Universidade de São Paulo (USP)*

**Resumo:** Este artigo possui como eixo central o exame da questão da continuidade estrutural, a partir da aceção de que a neurose e a psicose possuem mais proximidades do que diferenças absolutamente estanques. Essa suposição pode ser um tanto paradoxal, se a analisarmos do ponto de vista de uma clínica estruturalista, por outro lado, pode ir ao encontro da clínica borromeana de Lacan, que viabiliza uma clínica de vários tons. Para refletir sobre tais questões, esta investigação se iniciará com um exame das diferenças entre as abordagens diagnósticas na psicanálise e na psiquiatria; analisará os conceitos de fenômeno e de estrutura e, em seguida, examinará algumas especificidades da psicopatologia psicanalítica, para além das estruturas lacanianas clássicas “neurose e psicose”, como as noções de “personalidade como se”, os casos fronteiros e inclassificáveis, as psicoses ordinárias e as loucuras histéricas. Por fim, após esse mapeamento diagnóstico, discorreremos sobre a concepção de uma clínica continuísta como recurso para auxiliar os problemas diagnósticos em psicanálise.

**PALAVRAS-CHAVE:** psicanálise; psiquiatria; diagnóstico

## Differential diagnosis between neurosis and psychosis: questions about structural continuity

**Abstract:** The central axis of this article is to examine the question of structural continuity, from the point of view that neurosis and psychosis have more proximities than absolute differences. This assumption may be somewhat paradoxical if we analyze it from a structuralist clinic, on the other hand, it may meet Lacan's Borromean clinic, which enables a clinic of various shades. To reflect on such questions, this research will begin with an examination of the differences between diagnostic approaches in psychoanalysis and psychiatry; to later analyze the concepts of phenomenon and structure; to then examine some specificities of psychoanalytic psychopathology, beyond the classic Lacanian neurosis and psychosis structures, such as the notions of "personality

---

<sup>1</sup> Artigo derivado da dissertação de mestrado, subvencionada pela Capes, com o seguinte título: “Continuidade ou descontinuidade estrutural: considerações clínicas sobre a noção de realidade psíquica em psicanálise” e defendida em 2014, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ

as if", the borderline and unclassifiable cases, the ordinary psychoses and the hysterical mad-nesses. Finally, after this diagnostic mapping, we will discuss the meaning of a continuum clinic as a resource to help diagnostic problems in psychoanalysis.

**KEY WORDS:** psychoanalysis; psychiatry; diagnosis

## Introdução

*“Teoria é bom, mas não impede que as coisas existam”  
(Charcot apud Freud, 1893-1895/1996, p. 22-23)*

A clínica psicanalítica traz muitas questões a respeito da teoria do diagnóstico diferencial em psicanálise. Dessa forma, buscamos investigar suas nuances bem como suas origens. Se, por um lado, Sigmund Freud, como médico neurologista, construiu o método psicanalítico a partir de uma base positivista, por outro, ele rompe com esse campo. Isto é, ao mesmo tempo em que a psicanálise, como herdeira da medicina, se apropria e utiliza diversos de seus conceitos e ferramentas<sup>2</sup>, ela também

subverte algumas noções rígidas como a de saúde, doença e cura. Isso pode ser inferido em diferentes recortes da história da psicanálise, dentre eles a construção da nosografia psicanalítica estabelecida durante toda a obra freudiana e continuada no ensino de Jacques Lacan.

Este texto tem como eixo investigar a questão da continuidade estrutural, isto é, a ideia de que a neurose e a psicose possuem mais proximidades do que diferenças inconciliáveis. Tal suposição pode ser um tanto paradoxal, se a ana-

---

<sup>2</sup> Como por exemplo os termos da psicopatologia diagnóstica, tal como neurose,

---

psicose, esquizofrenia, melancolia, entre outros.

lisarmos a partir de uma clínica estruturalista, por outro lado, pode ir ao encontro da clínica borromeana de Lacan, que viabiliza uma clínica de várias gradações. Este trabalho constitui uma revisão de literatura que teve como princípio valer-se prioritariamente da obra de Freud e do ensino de Lacan. Para refletir sobre tais questões, se iniciará com um exame das diferenças entre as abordagens diagnósticas na psicanálise e na psiquiatria,

investigando os conceitos de fenômeno e de estrutura. Em seguida, serão brevemente estudadas algumas especificidades da psicopatologia psicanalítica, para além das estruturas lacanianas clássicas “neurose” e “psicose”, como as noções de “personalidade como se”, as psicoses ordinárias, as loucuras histéricas e os casos fronteiros e inclassificáveis. Enfim, discutiremos sobre a possibilidade de pensar uma clínica continuísta.

## O diagnóstico psiquiátrico e o diagnóstico psicanalítico: alguns apontamentos iniciais

O discurso médico sustenta-se por sua cientificidade e objetividade. Conforme Alberti (2000), a psicanálise, por mais que nasça do seio da medicina, tendo como origem a prática médica, logo rompe com esse discurso pelas elaborações de Freud que, em 1926, dedicou um longo ensaio ao

tema da análise leiga, selando de forma consistente essa separação. Na relação estabelecida entre esses dois campos de saberes, há elementos como demanda de cura, transferência e diagnóstico que permeiam ambas, no entanto, ocupam diferentes lugares em cada uma delas. Ao se analisar a

maneira como a medicina – e sua derivação que nos interessa diretamente, a psiquiatria – compreende o diagnóstico, em relação à psicanálise, de saída, pode-se dizer que, na primeira, o diagnóstico é formulado com base no método fenomenológico e, na segunda, é estrutural (Clavreul, 1983; Figueiredo & Tenório, 2002; Alberti, S., 2000).

O diagnóstico psiquiátrico de onde se origina o diagnóstico em psicanálise é fundamentado em duas principais classificações: o diagnósticoindrômico e o nosológico. O primeiro descreve o conjunto de sinais e sintomas, sem determinar a doença de base, e propõe uma intervenção rápida através da remissão dos sintomas. Já o segundo identifica a doença e não apenas os sintomas, trabalhando com uma intervenção longa e com alcance menos superficial. O diagnósticoindrômico, além de ter a função de combater os sintomas de maneira

mais direta e imediata, possui também a função de orientar o diagnóstico nosológico. Eles são claramente diferentes entre si e, além disso, “deve-se notar que essa distinção entre síndrome e nosologia, entre sintomas e doença, não equivale à distinção psicanalítica entre fenômenos e estrutura, porque mesmo o diagnóstico nosológico é fenomenológico” (Figueiredo & Tenório, 2002, p.33).

Para a psiquiatria, o estudo da doença mental inicia-se a partir da observação das suas manifestações, ou seja, o diagnóstico psiquiátrico é realizado com base na soma dos sintomas passíveis de observação, relacionados a algumas definições pré-estabelecidas. É necessário, portanto, além de observar, definir classificações para que se interpretem as observações baseadas em uma determinada lógica. Dessa forma, a clínica psiquiátrica utiliza mais a observação do que a

escuta, o que conseqüentemente gera, ao se diagnosticar por essa lógica, a redução do sujeito a um diagnóstico descrito nos manuais médicos. Atualmente, o sistema de classificação europeu CID X (Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde) e o americano DSM V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da American Psychiatric Association) são as ferramentas utilizadas para diagnosticar e que destituem o paciente de qualquer referência que diga respeito a seu modo singular de se colocar enquanto sujeito, com uma história infantil e familiar.

Já para a psicanálise, uma importante questão se coloca: qual é função do diagnóstico? De início, pode-se dizer que a maneira como o diagnóstico se dá em psicanálise e também a sua função são diferentes do diagnóstico psiquiátrico. Primeiramente, o diagnóstico psicanalítico está além

dos sintomas e fenômenos, pois é elaborado partindo da fala, ou seja, da escuta analítica. Não é apenas do que é observável que será possível identificar a posição discursiva do sujeito. No entanto, é importante sublinhar que realizar uma aposta diagnóstica ao longo das entrevistas preliminares e até mesmo no decorrer do tratamento de um caso clínico é uma tarefa delicada e até mesmo paradoxal, já que, se por um lado a psicanálise considera o que há de mais singular no sujeito, por outro, essa aposta implica uma classificação, uma vez que, ao determinar uma estrutura, enquadrando o sujeito em um grupo, retira-se algo de singular, justamente aquilo com o que a psicanálise trabalha. Apesar disso, o diagnóstico é necessário tanto para a transmissão da psicanálise quanto para a intervenção do analista no próprio tratamento, pois sabe-se que, ao se diagnosticar uma estrutura, a direção do tratamento também

começa a se delinear de forma diferente. Mesmo assim, apesar de indicado, ele não é indispensável para o início do tratamento analítico, isto é, num caso de difícil diagnóstico pode-se, por exemplo, suspendê-lo, de tal forma que a escuta ocorra, o que mostra que o imprescindível para a psicanálise não é o diagnóstico, mas a escuta.

Recorrendo-se à história da psicanálise, compreende-se o lugar do diagnóstico na clínica psicanalítica, recuperando o momento do seu nascimento como um novo campo de estudo. Como se sabe, a psicanálise é derivada da ciência moderna apesar de não se reduzir a ela. Freud, enquanto médico, procurando o alívio do sofrimento de seus pacientes neuróticos, descobre novos fatores que o fazem avançar para outro campo, o do inconsciente, instaurando, assim, uma nova proposta discursiva, não equivalente à medicina. Dado esse contexto, perce-

be-se que, para estudar o diagnóstico em psicanálise, torna-se indispensável investigar a lógica do diagnóstico médico, mais especificamente o da psiquiatria, para que também se compreenda em que lugar e em que meio a psicanálise nasceu.

Para a psiquiatria do século XIX, era fundamental discernir acerca da existência ou não de uma lesão anatômica relacionada a determinados sintomas. A partir dessa ideia, formavam-se dois diferentes tipos de doenças: as com sintomatologia regular, e que podiam ser observadas pela anatomia patológica devido às lesões orgânicas, e as neuroses, que eram identificadas pela ausência dessas lesões e quando a sintomatologia não era apresentada de forma regular. Nesses casos, a histeria era diagnosticada e, em seguida, muitas vezes deixada de lado, após ser considerada uma simulação. Diferentemente, Charcot e Freud compreendiam a

histeria não como uma dissimulação, mas com autenticidade. Dessa forma, em um primeiro momento, a psicanálise nascia como uma terapêutica auxiliar, visto que se tratava de uma doença que muitos profissionais não tinham interesse em estudar (Freud, 1886).

Desde o princípio da história da psicanálise, percebe-se uma ambiguidade em relação à classificação diagnóstica: como realizar um diagnóstico para que se decida o caminho do tratamento, uma vez que o diagnóstico só pode ser confirmado pelo próprio avanço do tratamento? O psicanalista só possui uma técnica para investigar: a escuta do discurso produzido em um dispositivo específico, que é o da associação livre. É por ela que ele identificará o dizer e o dito, porque é no dizer que se mostra a estrutura do sujeito.

Assim, no período chamado pré-psicanalítico, quando Freud ainda

estudava e trabalhava com Charcot utilizando o método hipnótico, o diagnóstico já era uma questão. Como neurologista, Freud dedicava-se a diferenciar a doença orgânica da histeria, utilizando a hipnose apenas em casos já identificados como neurose histérica, casos de dependência química ou em outros em que não era clara a etiologia orgânica (Freud, 1891). Percebe-se que nesse período ainda havia a predominância da lógica diagnóstica médica, isto é, para que o tratamento hipnótico fosse realizado, era necessária uma avaliação diagnóstica prévia que apontasse para uma ausência de lesão orgânica ou, no máximo, uma dúvida a respeito da origem orgânica. O que cabe destacar, a partir desse início da obra freudiana, é que já nesse período começa a ser delineada uma distinção entre a psicanálise e a psiquiatria pelo prisma do diagnóstico. Para a psiquiatria, o diagnóstico deve ser estabelecido a

priori enquanto para a psicanálise ele é realizado, de certa forma, já com a escuta em curso, ou seja, a posteriori, o que se compreende como uma especificidade e uma vantagem da precisão diagnóstica psicanalítica.

Em Sobre o início do tratamento, de 1913, esse assunto fica ainda mais claro. Ao fornecer novas recomendações àqueles que exercem a psicanálise, Freud alerta os analistas acerca de uma das funções das entrevistas preliminares: aproveitá-las para que, nesse tempo prévio à análise, seja realizado um diagnóstico, por mais que esse momento preliminar não garanta a certeza diagnóstica. Freud ressalta também que o psicanalista que comete um erro ao diagnosticar um paciente comete um erro prático, diferente do psiquiatra que realizaria, no caso de um equívoco, um erro teórico, de importância apenas acadêmica, já que, para ele, a psicanálise não poderia prometer

uma cura para os casos de psicose. Como se pode perceber, já em 1913 há uma mudança no que diz respeito ao diagnóstico diferencial em psicanálise. Nesse momento, Freud já se dedicava a estabelecer uma diferença entre neurose e psicose<sup>3</sup> e não mais entre uma doença orgânica e uma possível histeria.

A função do diagnóstico em psicanálise é, portanto, dar direção ao tratamento e ele só pode ser realizado pela escuta do analista. É através da fala do sujeito, isto é, do registro simbólico, que é possível fazer um diagnóstico diferencial. No entanto, há uma condição indispensável para a realização desse diagnóstico: ele só deve ser feito pela transferência, por meio da relação do sujeito com o Outro e da forma singular de como ele está inscrito na lin-

---

<sup>3</sup> Na época o conceito de psicose ainda não era empregado como observamos atualmente, portanto, nos referimos a denominação corresponde àquele momento: “esquizofrenia” por Bleuler, “demência precoce” por Kraepelin e “parafrenia” por Freud.

guagem. Como ressalta Lacan em uma de suas conferências proferidas nos EUA, a estrutura é o modo pelo qual o sujeito entra na linguagem. “O que cria a estrutura é a maneira pela qual a linguagem emerge no início num ser humano” (Lacan, 1976, p.13). Realizando uma ponte entre a investigação freudiana de 1913 e a clínica de Lacan da década de 1950, que adentraremos posteriormente, será possível observar que este não promete e nem mesmo acredita em uma cura; no entanto, diferente de Freud, La-

can acolhe em tratamento os casos de psicoses. Foi esse autor, e não Freud, quem fez referência ao diagnóstico enquanto estrutural, de forma diversa ao da psiquiatria clássica, fundada por Philippe Pinel, e principalmente ao da corrente alemã, que pode ser localizada a partir de Wilhem Griesinger a Emil Kraepelin. Nesse campo de saber psiquiátrico, é privilegiada a classificação fenomenológica e, dessa forma, torna-se fundamental definir os conceitos de estrutura e de fenômeno, como se fará a seguir.

## Fenômeno e estrutura

O termo fenômeno designa tudo o que é percebido, que pode ser apreendido pelos sentidos e pela consciência, e a fenomenologia pode ser definida como o estudo descritivo do fenômeno tal como ele se produz na experiência, uma tentativa de descrição direta do que é experimentado e de como isso se apresenta. O método fe-

nomenológico, portanto, comporta uma descrição e não a explicação ou análise daquilo que é observado.

Por outro lado, o estruturalismo, uma importante corrente de pensamento do século XX, surge em oposição à epistemologia positivista, de onde se originam as ci-



ências médicas. Segundo elaborações de distintos estruturalistas, diferente do fenômeno, pode-se definir uma estrutura como uma conjunção de elementos que leva em consideração as suas relações mútuas, assim como a disposição de cada um no interior do conjunto. Sendo assim, o estruturalismo possui como método a determinação e a análise de estruturas. Renomeado por Durkheim em *Les règles de la méthode sociologique* (1895), no mesmo ano em que Freud escrevia o seu Projeto para uma psicologia, o vocábulo “estrutura” foi utilizado por Saussure no Curso de linguística geral, ministrado entre 1907 e 1911, e disseminado por Jakobson no I Congresso Internacional de Linguística, ocorrido em Haia, em 1928.

Apesar de Lacan (1958) ressaltar que Freud anteviu o conceito de estrutura, ele não o discute propriamente. É somente o psicanalista francês, ao utilizar as elabo-

rações de Lévi-Strauss e Saussure, quem realiza um desenvolvimento dessa noção na psicanálise. Ao empregar a noção de estrutura no campo do inconsciente, juntamente com a leitura nosógrafa da obra freudiana, Lacan formula as estruturas clínicas, valorizando a dimensão estrutural da constituição subjetiva. Para o autor, prevalece em seu ensino, localizado principalmente na década de 1950 e 60, a determinação das estruturas neuróticas e psicóticas a partir da inscrição ou não inscrição do significante nomeado por ele de Nome-do-Pai. Assim como Lévi-Strauss, Lacan insiste no simbólico como função organizadora. No que diz respeito à linguística, no entanto, há uma subversão realizada por Lacan ao propor a primazia do significante em relação ao significado. Dessa forma, observamos que Lacan se apropria de concepções básicas do pensamento estruturalista para, então, subvertê-lo, sublinhando um concei-

to que não é destacado no estruturalismo, o conceito de sujeito.

Entende-se, portanto, que Lacan aborda o pensamento do linguista Sausurre sobre as leis estruturais da linguagem, levando em conta a enunciação e não os enunciados. Quando se faz alusão, portanto, a tal estrutura, confere-se primazia ao significante e à estrutura do aparelho psíquico organizada como um dialeto em que cada estrutura possui a sua linguagem própria. As três estruturas propostas por Lacan são formas de o sujeito responder à castração. Portanto, o diagnóstico na clínica lacaniana, estabelecido principalmente na década de 1950, é um diagnóstico diferencial estrutural, e não absoluto, uma vez que se refere às demais estruturas. Ele é concernente às três respostas possíveis, através de três diferentes destinos para o significante do Nome-do-Pai: o recalque, o desmentido e a forclusão que desig-

nam a neurose, a perversão<sup>4</sup> e a psicose, respectivamente. É entre essas três principais classificações, entre o universal do diagnóstico e o singular do sujeito, que o diagnóstico em psicanálise pode ser apreendido, tratando-se de uma realidade do discurso.

---

<sup>4</sup> Estrutura da qual não trataremos neste trabalho.

# Diagnósticos diferenciais mapeados ao longo da psicanálise

Tanto autores contemporâneos a Freud e a Lacan quanto os atuais consideram tipos clínicos para além da clássica distinção entre neurose e psicose. Enumeramos a seguir alguns diagnósticos diferenciais no sentido de averiguar como o problema da continuidade e descontinuidade entre neurose e psicose foi mapeado ao longo da história da psicanálise.

## ***As personalidades “como se” e a “pré-psicose”***

Hélène Deutsch, psiquiatra e psicanalista discípula de Freud, usa a concepção denominada por ela de personalidade “como se” a partir do estudo de vários relatos de casos de pacientes que possuíam relações emocionais empobrecidas tanto com seu eu quanto com o mundo externo. Ela aponta algumas características dessa personalidade: a intelectualidade

preservada dos pacientes; a impressão que passam de “normalidade”, a compreensão que eles possuem em relação às questões emocionais e intelectuais, a falta de autenticidade, uma forma de se relacionar sem algum tipo de “traço de calor”, e a facilidade com que qualquer objeto pode servir como ponte para identificação. (Deutsch, 1942).

Para Deutsch, a personalidade “como se” pode ser estabelecida da seguinte forma:

“[...] estados que comportam uma relação estreita com a despersonalização, mas que diferem da despersonalização, na medida em que eles não são percebidos como perturbação pelos próprios pacientes. (...) esse nome não tem nada a ver com o sistema de ‘ficção’ de Vaihinger e a filosofia ‘como se’. Minha única razão para empregar este rótulo tão pouco original para

o tipo de seres que eu quero representar é que cada tentativa para compreender a maneira de sentir, de viver desse tipo impõe ao observador a irresistível impressão de que toda a relação do indivíduo com a vida tem qualquer coisa em si em que falta autenticidade e é, portanto, concebida exteriormente ‘como se’ fosse completo” (Deutsch, 1986, p.224-225).

Essa concepção da personalidade “como se” é caracterizada por pessoas que mostram certa falta de autenticidade e apresentam uma “normalidade” aparente. São pacientes que, segundo Deutsch, não apresentam em suas relações de objeto sentimentos próprios e mostram certa precariedade no desenvolvimento dos afetos. O efeito disso é um empobrecimento da personalidade, distintamente do que se observa na estrutura histórica, em que há uma identificação com objetos libidinalmente poderosos para o sujeito. Sendo assim, a noção de “como se” é descrita por Deutsch

como um período que pode ser prévio à esquizofrenia e anterior à construção de um delírio. Lacan utiliza essa noção para se referir à concepção de pré-psicose, quando, em seu seminário *As Psicoses* (1955/56), afirma: “Hélène Deutsch valorizou um certo ‘como se’ que parece marcar as primeiras etapas do desenvolvimento daqueles que, num momento qualquer, sucumbirão na psicose. Eles não entram jamais no jogo dos significantes, a não ser por uma espécie de imitação exterior.” (Lacan, 1955/1956, p.293).

Esses sujeitos “como se” frequentemente utilizam o recurso da imitação como forma de estabilização numa espécie de “compensação imaginária” (Lacan, 1955/56), que pode ser observada como forma de estabilização anterior ao desencadeamento psicótico. Sendo assim, quando essa pessoa – que funcionava como uma bengala imaginária (Lacan, 1955/56) que o paciente imitava –

se afasta do seu convívio, tal arranjo pode ser desfeito ocasionando uma desestabilização. Se, por um lado, a personalidade “como se” é, portanto, considerada como um período prévio à esquizofrenia, há a ressalva de que alguns pacientes poderão nunca desencadeá-la, permanecendo o resto das suas vidas “como se” fossem neuróticos.

### ***Psicose Ordinária***

Entre os anos de 1996 e 1999, o Campo Freudiano<sup>5</sup> realizou, em três tempos, uma espécie de debate analítico convocado por analistas que traziam questões sobre casos clínicos atendidos em várias partes do mundo. Denominados O Conciliábulo de Angers, A Conversação de Arcachon e a Convenção de Antibes, os dois últimos se destacaram. A Conversação de

Arcachon discutiu principalmente sobre os casos inclassificáveis, aqueles em que não havia um diagnóstico definido e que não se enquadravam em nenhuma classificação pré-estabelecida. Dando continuidade ao assunto, na Convenção de Antibes foi estabelecido o termo “Psicose Ordinária”, proposto por Jacques-Alain Miller ao dar seguimento ao ensino de Lacan da década de 1970, configurando uma nova elaboração clínica e teórica. De uma forma geral, nesses debates foi constatado que os casos que aparentemente não eram comuns apareciam na verdade com muita frequência na clínica.

Entende-se o diagnóstico de psicose ordinária como uma forma de psicose de estrutura subjetiva precária simbolicamente, apresentado em casos nos quais não se observam delírios ou alucinações, fenômenos classicamente observados no diagnóstico das psicoses extraordinárias, tal co-

---

<sup>5</sup> Lacan concebeu em 1979 a Fundação do Campo Freudiano. A partir de então, esse Campo antecede, no âmbito das Instituições Psicanalíticas, diferentemente do domínio universitário, oito Escolas que concernem presentemente à Associação Mundial de Psicanálise.

mo é apresentado, por exemplo, em Schreber. A psicose ordinária, então, pode ser designada como uma psicose sem desencadeamento evidente, diferente do que é observado em tais psicoses clássicas, em que, pelo surto, o desencadeamento se apresenta de maneira ruidosa. Logo, se não há desencadeamento como indício para diagnosticar, uma questão se faz presente: de que forma avaliar um paciente com determinado diagnóstico, uma vez que ele não apresenta tais fenômenos, ou seja, não teve um desencadeamento psicótico? Para tentar responder a essa pergunta, Miller (2010) afirma que deve ser feita uma busca de pequenos indícios do que Lacan denomina como “uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito” (Lacan, 1957-58, p.565).

Miller aponta esses sinais a partir de três características que, segundo ele, são encontradas na

psicose ordinária. Elucida-os com o termo “tripla externalidade” (Miller, 2010, p.15) e, com base em que Lacan afirma ser uma “desordem”, Miller explicita os três tipos de externalidade: social, corporal e subjetiva. O primeiro diz respeito à relação da psicose ordinária com a realidade, em que não há uma identificação do sujeito com uma função social, havendo uma desconexão social. O segundo é referente à relação do sujeito com seu corpo, em que se observa uma forma artificial criada pelo sujeito para lidar com o corpo que possui. E o terceiro é situado em um desligamento do Outro, quando se observa certa experiência de vazio subjetivo (Miller, 2010, p.15).

Miller posiciona a questão do diagnóstico da psicose ordinária da seguinte forma:

“Era uma maneira de dizer, por exemplo, que se vocês têm, durante anos, razões para duvidar da neurose do sujeito, podem apostar

que é mais um psicótico ordinário. Quando é neurose, vocês devem saber! A contribuição desse conceito era dizer que a neurose não é um fundo de tela (wallpaper). A neurose é uma estrutura muito precisa. Se vocês não reconhecem a estrutura muito precisa da neurose do paciente, podem apostar ou devem tentar apostar que se trata de uma psicose dissimulada, de uma psicose velada” (Miller, 2010, p.6).

Desse modo, inferimos que o diagnóstico diferencial de neurose se dá de forma clara por meio das repetições e de certa estabilidade do sujeito e, quando não há essa clareza sobre os componentes próprios dessa estrutura, certamente é de uma psicose que se trata... de uma psicose ordinária.

### ***Loucura Histórica***

Mapeando historicamente o diagnóstico de loucura histórica, identifica-se que, em sua ligação sempre próxima com a histeria, ele existe há mais de dois mil

anos na história do estudo da psiquê. Desde o Egito Antigo, o útero era considerado a fonte de algumas perturbações nas mulheres, o que justifica a origem da palavra histeria ser proveniente do grego *hystera*, que significa matriz, útero (Roudinesco, Plon, 1998). Essa ideia é levada adiante por Hipócrates, que considerava a histeria uma doença orgânica de origem uterina, relacionada à abstinência sexual, fator que geraria uma circulação involuntária do útero pelo corpo. Nessa suposição, o deslocamento do útero era o fator responsável pelos sintomas.

Ao longo da história, a noção de histeria foi comparada à epilepsia e à hipocondria. Já para o pensamento grego, tal diagnóstico deveria ser diferenciado tanto da epilepsia, que seria decorrente da circulação da “*pneuma*”<sup>6</sup>, como de enfermidades espirituais, re-

---

<sup>6</sup> Tipo de elemento que se deslocaria pelo corpo e garantiria, além da vida, equilíbrio aos humores.

presentada, por exemplo, pela melancolia. Tais crenças impossibilitaram que por muito tempo fosse concedido um lugar para o diagnóstico de loucura histérica, apesar de ele ser de certa forma cogitado, já que se admitia que a influência uterina poderia ser deslocada até a cabeça. A teoria uterina pareceu se estender até a idade média, momento em que aqueles que eram a favor dela acreditavam que a histeria era um tipo de afecção mental (Maleval, 1996).

Com o decorrer do tempo, a relação entre a histeria e o útero foi perdendo força, o que permitiu o diagnóstico de a histeria também ser considerada em homens. Já a noção de loucura histérica, apesar de ter certa relação direta com a histeria, foi por muito tempo um diagnóstico confuso. Na primeira metade do século XIX, os autores mais importantes da época, como Pinel, Esquirol e Georget, consideraram a presença de delírios na

histeria, apesar de não se referirem claramente ao sintagma “loucura histérica”. Nesse sentido, Georget rompe com a teoria uterina, afirmando que a histeria teria sua localização no cérebro, no entanto, não a considerava uma afecção mental.

Em meados do século XIX, começa-se a dissociar o delírio histérico das convulsões, permitindo alguns avanços na psicopatologia da histeria, mais precisamente a partir de 1845, quando alguns trabalhos sobre esse delírio específico começam a surgir na Alemanha, ora reconhecidos como uma espécie de loucura histérica, ora apenas como fenômenos concernentes à histeria. Foi, portanto, somente na França, em 1865, que Moreau de Tours publica um trabalho com o título de loucura histérica<sup>7</sup> (Maleval, 1996), assim como o psiquiatra espanhol José

---

<sup>7</sup> “*De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l’hystérie convulsive, à l’hystéro-épilepsie et à l’épilepsie*”.

María Esquerdo, alguns anos depois, em 1889<sup>8</sup>. Destaque-se que a expressão “loucura histérica” não é observada na obra freudiana e nem no ensino lacaniano. O que pode, no entanto, ser notado no início da obra de Freud, na sua empreitada de ampliar o estudo do campo das neuroses, é o uso do termo “psicose histérica”<sup>9</sup> de forma imprecisa, assim como no caso Anna O., (1893-1895/1996, p. 278) quando ele se referia a uma histeria aguda. Dessa forma, dentre a psicanálise freudo-lacaniana, o uso do termo “psicose histérica” parece ser o que mais se aproximou da concepção de loucura histérica.

No fim do século XIX, a noção de loucura histérica se tornou sólida na corrente psiquiátrica alemã e, apesar de certa forma se aproximar da psicose, diferenciando-se da neurose histérica de Freud e

Breuer, tanto aquela noção quanto esta eram classificadas como neuroses. Já pela psiquiatria francesa, o delírio histérico se aproximava do “delírio onírico”, conceito que surge após o de loucura histérica e é relacionado à psicose.

Próximo à mesma época, Eugen Bleuler, psiquiatra suíço, inicia o estudo da demência precoce, utilizando como uma das bases teóricas e metodológicas a psicanálise freudiana e junguiana. Ele localiza a especificidade dessa psicopatologia na fixação do sujeito em seu próprio mundo psíquico, ao afastar-se dos laços afetivos, da realidade factual e da vida social. Em 1911, Bleuler publica um trabalho que funda a categoria “esquizofrenia” e realça os fenômenos principais desses estados mentais. Eles eram caracterizados pela cisão do eu, o que, em função do rompimento dos vínculos associativos, asseguraria uma desfragmentação do

<sup>8</sup> “De la locura histérica”

<sup>9</sup> Além de outros autores, como o alemão Möbius, que considerava a histeria como uma psicose.

funcionamento de unidade da personalidade. Convém pontuar: na época em que o termo bleuleriano “esquizofrenia” surge, a noção de “loucura histérica” já era utilizada, no entanto, a partir desse momento, se inicia uma tendência a incluir a maior parte das manifestações delirantes e alucinatórias da histeria na categoria de esquizofrenia.

Enquanto o discurso psiquiátrico gerava incerteza sobre o quadro de loucura histérica, confundida com os demais tipos de patologia mental, Freud dedica-se ao diagnóstico diferencial em psicanálise, retirando a histeria do quadro nosológico da loucura. Nesse processo, ao delimitar a noção de psicose, abdica o diagnóstico de demência precoce de Kraepelin e de esquizofrenia de Bleuler, afastando-se, assim, da psiquiatria, e utilizando em seu lugar o termo “parafrenia”, que não vai muito adiante. É interessante observar que a construção teórica da noção

de psicose a que Freud se dedica parece ter desfavorecido o uso da ideia de loucura histérica.

Seguindo essa conjuntura, intensificada após a primeira guerra mundial, o conceito de loucura histérica foi cada vez mais deixado de lado. A partir desse período, surgem novas etiologias ligadas ao trauma, como as neuroses de guerra, estabelecendo uma demarcação psicanalítica ainda mais nítida entre neurose e psicose.

O psicanalista francês Jean-Claude Maleval, por sua vez, em seu livro *Loucuras histéricas e psicoses dissociativas*, procura resgatar a categoria de loucura histérica pouco empregada nas nosografias ao longo do século XX, principalmente no próprio âmbito psicanalítico. Dessa forma, o conceito de loucura histérica, que teve seus fundamentos esquecidos e depois desapareceu,

começa a reaparecer de forma tímida novamente.

Como se percebe, tal diagnóstico não é óbvio em um primeiro momento. Sabe-se que a histeria é um tipo clínico da neurose. Mas, abordando uma “loucura” histérica, se trataria de um caso de neurose ou de psicose? Na clínica existem pontos de divergências entre histeria, psicose e loucura histérica que muitas vezes podem ser sutis, gerando uma dificuldade diagnóstica. A neurose histérica pode ser caracterizada por uma defesa contra uma representação sexual incompatível, isto é, inaceitável pelo eu. Essa representação, no caso da neurose, permanece registrada de forma inconsciente, retornando como um sintoma codificado. Ou seja, nessa operação, há a desvinculação entre a representação e o afeto e, no caso específico da histeria, esse afeto recalçado retorna como sintoma no corpo. Compreende-se a loucura histérica como

uma variante menos investigada da estrutura histérica, que foi de certa forma, como vimos, examinada por Freud, apesar de não ser trabalhada com o mesmo nome. Já a psicose, segundo uma clínica estruturalista, possui um mecanismo de defesa mais radical e diferente do recalque, cujo retorno se dá de forma não simbolizada, no real.

Uma vez localizadas, tanto a nomenclatura “psicose histérica” quanto a “loucura histérica” no âmbito da neurose, por que haveria tal confusão diagnóstica? Mesmo não se tratando de psicose propriamente, elas se manifestam através de fenômenos psicóticos como alucinações e delírios, sendo um dos motivos que reforça o fato de que os fenômenos não são determinantes para o diagnóstico. Mas, então, como pode ser realizada essa classificação diagnóstica, principalmente entre histeria, loucura histérica e psicose?

Maleval (1996) fornece material para diferenciar o diagnóstico entre uma histeria grave, que ele articula com a noção de loucura histérica, e uma psicose. Ele utiliza a ideia de que a loucura não está apenas no lado da psicose. O delírio histérico seria uma formação do inconsciente, tal como o sintoma é o que retorna do recalçado. Isso marca uma diferença entre o delírio histérico e o delírio na psicose que, já baseado na formulação lacaniana, é efeito da forclusão do Nome-do-Pai. Outra característica distingue os dois: no delírio da psicose paranoica, há uma certeza sempre presente, e no delírio histérico, não, pois a crença dubitável, efeito do recalque, prepondera. Assim sendo, formado pela projeção na realidade de elementos recalçados, o delírio histérico é um mecanismo específico que, de um lado, causa a manifestação de materiais recalçados e, de outro, mantém afastado da consciência o fato traumático presente. A

função da projeção delirante na loucura histérica possui a defesa menos eficaz que o recalque, permitindo que os desejos proibidos transpareçam com menos barreiras.

Sobre as alucinações, Maleval afirma que:

“A presença de alucinações visuais [...] raramente ocorre em histerias sem o aparecimento de uma certa quantidade de outras perturbações: fantasias de fragmentação corporal, capacidades de desidentificação e de projeções de identificação frequentemente correlativas, aptidão para a regressão às exigências infantis, por vezes uma forte ligação a um objeto fálico” (Maleval, 1996, p.20-21, tradução nossa).<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> “La presencia de alucinaciones visuales [...] pocas veces tiene lugar en los histéricos sin que aparezcan una cierta cantidad de otras perturbaciones: fantasmas de fragmentación del cuerpo, capacidades para la desidentificación y para proyecciones identificatorias con frecuencia correlativas, aptitud para la regresión a demandas infantiles a veces un vivo apego a un objeto fálico”.

Mas, o que então seria o fator desencadeante dessas alucinações? O autor pontua que o encontro com o objeto sexual seria o responsável por tal desencadeamento. As suas investigações parecem ir ao encontro da proposta freudiana, considerando, portanto, a loucura histérica como uma histeria, uma histeria grave que é tão desorganizadora que os fenômenos respingam no campo de uma psicose, no entanto, na clínica o paciente responde a uma direção de tratamento similar ao da estrutura neurótica.

### ***Casos fronteiros e inclassificáveis***

Frequentemente verificam-se na clínica casos de difícil classificação diagnóstica. São pacientes que não podem ser considerados psicóticos nem neuróticos e que por isso acabam não sendo diagnosticados ou então são mal diagnosticados. Laplanche e Pontalis (2002), em seu Vocabulário de psicanálise, nomeiam tais ca-

sos como “Caso-Limite”<sup>11</sup>, apontando as incertezas sobre os limites entre a neurose e a psico-se, “particularmente esquizofrenias latentes que apresentam uma sintomatologia de feição neurótica” (Laplanche & Pontalis, 2002, p.60).

Para debater o tema no campo freudiano, A Conversação de Arcachon, convocada em 1997, também visou refletir acerca desses casos considerados raros e inclassificáveis<sup>12</sup>. Casos em que não havia um diagnóstico, ou melhor, em que havia o diagnóstico de uma falta de diagnóstico. No entanto, apesar do inclassificável não ser uma classificação propriamente, é de se observar que, ao se enquadrar tais casos como inclassificáveis ou fronteiros, eles já são determinados em certa lógica de classifi-

---

<sup>11</sup> Terminologia não utilizada pela psicanálise de orientação laciana.

<sup>12</sup> Cabe pontuar que a versão da língua portuguesa e espanhola do volume francês *La Conversation d’Arcachon*, foi inclusive traduzido como “Os inclassificáveis”.

ção. Isso teve serventia no sentido de nomear esses casos que fugiam do enquadre noso-lógico da psicanálise.

“Estes sujeitos, frequentemente, trazem uma queixa, um sofrimento que eles dirigem ao analista para que este os alivie. Seu discurso pode, durante tempo bem longo, passar por um discurso de neurótico. Ficar pendurado no outro é suficiente para lhes permitir identificações aos modelos sociais que dependem do funcionamento edipiano. Isto, porém, não basta para justificar uma neurose, e por isso é útil prender-se aos ínfimos detalhes clínicos que podem chamar a atenção para o lado da psicose” (Deffieux, 1997, p.14).

### ***Lacan e a questão do diagnóstico em psicanálise: dois momentos***

Para fins didáticos, pode-se dividir o ensino lacaniano em dois diferentes momentos: o primeiro localizado na década de 1950, baseado na inscrição ou não do Nome-do-Pai, e outro, a partir dos anos 1970, que propõe uma

forma de enodamento ou não enodamento dos três registros da realidade psíquica, o Imaginário, Simbólico e Real, podendo ser tal nó realizado de forma borromeana ou não.

A primeira clínica, que pode ser denominada “estruturalista”, compreende um sujeito organizado pela inscrição ou não inscrição do significante do Nome-do-Pai. Perante essa ideia, Lacan especifica que, pela noção freudiana de mecanismo de defesa, existiriam três opções: recalcar, desmentir ou foracluir a realidade da castração. O efeito dessas ações seria, respectivamente, a estruturação do aparelho psíquico como uma neurose, uma perversão ou uma psicose, respectivamente.

A neurose, estrutura definida por Lacan como inscrição do significante do Nome-do-Pai, diz de um sujeito que foi incidido simbolicamente pela lei paterna, isto é, que em sua constituição foi mar-

cado por um terceiro elemento na relação direta do infans àquela que cuida, posição ocupada geralmente, mas não exclusivamente, pela mãe. Infans que, a partir dessa inscrição, poderá ser constituído como unidade egoica e sujeito barrado, dividido pelo significante. O mecanismo próprio da neurose, o recalque, funciona de tal forma que se esquece que esqueceu daquilo que se tem horror. No entanto, isso, que é da ordem da castração, permanece em seu inconsciente como uma marca, indicando a sua existência. Nessa conjuntura, comparada à psicose, a neurose teria uma certa vantagem: o recurso da fantasia funcionando como uma tela de proteção e mediação ao horror da castração. Intermediando a linguagem e o ser falante, essa interposição pode ser compreendida como uma crença neurótica no Nome-do-Pai, uma forma de delírio que concede sentido à vida do neurótico. Nessa condição, o sujeito não ficaria

refém do puro gozo do Outro, uma vez que o mecanismo do recalque, que organiza essa estrutura, possibilita um furo no Outro, por meio do qual um trabalho de análise aos moldes freudianos se faz possível.

Já a psicose possui como axioma que a define a forclusão do significante do Nome-do-Pai, significante que, uma vez forcluído do simbólico, retorna no real. Não havendo a ferramenta da fantasia como interposição no canal entre a linguagem e o falante, o que na neurose pode ser interposto, na psicose ocorre de forma direta, sem mediação realizada pelo significante do Nome-do-Pai, o que possibilita que a linguagem ganhe muitas vezes uma proporção de não sentido insuportável. Sendo assim, na psicose, a forclusão do significante do Nome-do-Pai não permite o estabelecimento de um furo frente ao gozo do Outro. Não há uma proteção ao gozo pela fantasia, dificultando uma lógica

dubitável, que por vezes é suplementada por uma rigidez do registro imaginário. A direção do tratamento, nesses casos, pode ser pensada a partir de tudo o que não é possível nas neuroses, uma vez que é através do real retornando como alucinação, em um primeiro momento, que se possibilitará, pelo segundo tempo do delírio, um sentido à invasão do não sentido caótico do real.

Posteriormente, a partir da década de 1970, no que podemos localizar como um segundo momento da clínica lacaniana, efetivamente no Seminário RSI (Lacan, 1974-1975), Lacan introduz a topologia dos nós, investigação que não substitui a ideia de clínica estruturalista, mas a complementa. Esse novo ensino já não possui mais o Nome-do-Pai como referência principal, pois o que está em voga nesta clínica é certa universalidade da forclusão, já que ela implica a pluralização do Nome-do-Pai e o enlace entre os

três registros: Real, Simbólico e Imaginário. É pela invenção de um estilo, por vezes de um neologismo, que esse enlace é possível. Topologicamente, o nó borromeano é uma amarração em que o desenlace de um desses registros desorganizaria o nó como um todo. A possibilidade de se criar e de se manter no laço social estaria então articulada à presença de uma invenção singular que amarrasse os três registros. Essa invenção, demonominada por Lacan como “sinthoma”, diz da construção de um novo lugar para aquilo que serviu de entrada ao tratamento, o sintoma.

Entre o Seminário RSI (Lacan, 1974-1975), e o seguinte, O sinthoma (Lacan, 1975-1976/2007), surge para Lacan a questão sobre se o sujeito pode se sustentar pelo enlaçamento de três ou quatro elos, quando ele acaba se decidindo pela segunda opção.

A partir desse exame, pode-se perceber que no ensino lacaniano dos anos de 1950 há uma limitação para classificar casos de difíceis diagnósticos. Para isso, utilizou-se as suas elaborações, a partir da década de 70, que podem ser encaradas como uma tentativa de aumentar as ferramentas de trabalho em sutis nuances observadas na clínica. Acreditamos que a hipótese de uma clínica continuísta pode ser verificada nesse segmento do ensino de Lacan. Mas, afinal, do que se trata essa clínica que nesse trabalho é chamada continuísta? Seriam gradações da inscrição do Nome-do-Pai? Se, num primeiro momento, para pensar o diagnóstico em psicanálise, Lacan considera que o Nome-do-Pai opera na neurose, diferentemente do que ocorre na psicose, num segundo momento, ele pluraliza o Nome-do-Pai de tal forma que a psicose não é mais encarada como déficit de uma não inscrição. Nessa ideia de pluralização do Nome-do-pai,

ele muda, portanto, a sua perspectiva teórica.

Nesse sentido, vislumbra-se a possibilidade de uma ampliação da clínica, na medida em que o foco da questão não é mais exclusivamente incluir os sujeitos em classificações diagnósticas, mas considerar que, para além da estrutura e do tipo clínico, há um tipo de gozo particular de cada sujeito. A clínica borromeana surge, então, como paradigmática da clínica psicanalítica, para a qual a singularidade é mais fundamental do que o típico clínico no qual ele está inserido. Segundo Miller (2005): “Fala-se de modos, quando se fez desaparecer a descontinuidade das classes. Já não se distinguem classes, mas modos que são variações. Se o Outro existe, pode-se resolver pelo sim e pelo não, existem critérios repartidores. Mas quando o Outro não existe, não se está simplesmente no sim ou no não, mas antes no mais ou menos”.



Esta clínica borromeana, diferente da clínica estrutural, nos abre brecha para pensar numa continuidade entre a neurose e a psicose e não em uma definição que, apesar de diferencial, é absoluta e

estranque, visto que cada sujeito tem uma saída distinta para a mesma dificuldade de existir, a partir das diferentes formas de gozo.

## Considerações finais

Verificamos neste artigo que, apesar de a teoria ser construída a partir da clínica, nem sempre a primeira acompanha a segunda. Nesse mapeamento diagnóstico realizado ao longo da história da psicanálise, os problemas teóricos trazidos, que são, ao mesmo tempo, intrinsecamente clínicos, nos permitem pensar que há um tipo de proximidade entre a neurose e a psicose, e que esta pode ser observada no que diz respeito à realidade psíquica. Ao encontro dessa ideia, com que corrobora também o pensamento de continuidade estrutural, Antonio Qui-

net, afirma: “esse parentesco entre neurose e psicose com respeito à realidade que permitiu a Lacan a afirmação: todo mundo delira, já que todo mundo tem uma suplência para sustentar uma realidade. É dentro dessa perspectiva que Miller avançou a teoria da forclusão generalizada” (Quinet, 2003, p.57). Com tal investigação teórica, embora algumas questões permaneçam, como o exame sobre a noção de realidade psíquica, a ser realizado num próximo trabalho, muito também foi destrinchado.



Percebe-se de um modo geral que as questões levantadas nesta investigação são justamente as que questionam os critérios da clínica estrutural, do ensino de Lacan da década de 1950, na medida em que estão ao redor de um parâmetro: o significante fálico, o Nome-do-Pai. O que a clínica da década de 1970 possibilita é mostrar como cada sujeito, neurótico ou psicótico, amarra os registros, conforme um critério outro, singular, que possibilita lidar com o Outro de forma mais ou menos consistente. Tal ideia vai ao encontro da noção de foraclusão generalizada, elucidada por Miller (2006), a partir da ideia de que todos são loucos, brevemente apontada por Lacan (1978). Esse viés teórico-clínico possibilita a compreensão de que, na medida em que há um furo no Outro, na linguagem, cada um irá se colocar diante disso, seja com uma fantasia seja com um delírio. Assim, o delírio é também generalizado e,

em alguma medida, a fantasia e delírio se equivaleriam.

Se, em diversos momentos, Freud aponta para a ideia de que há delírio na neurose, utilizando expressões tais como delírio neurótico, “delírio histérico” ou ainda “psicose histérica”, dentre outras formas, por outro lado, por uma convenção que surgiu principalmente de Lacan, podemos observar que atualmente a relação entre delírio e psicose é muito estreita, e a relação entre delírio e neurose não é nem um pouco óbvia. O delírio estruturado poderia operar mais ou menos da mesma forma que a fantasia neurótica, o que corrobora a ideia freudiana de que o delírio seria uma tentativa de cura e de reconstrução do laço social. O delírio se explica de forma que, ao criá-lo, há uma produção de sentido. No entanto, sabendo que esse fenômeno não é classica-

mente exclusivo da psicose, pode-se pensar neles como uma certa especificidade em cada estrutura: na neurose, o delírio representa uma desestruturação e, na psicose, uma tentativa de cura.

Por fim, neste recorte realizado sobre a questão diagnóstica em psicanálise, não tivemos como objetivo chegar a conclusões fechadas. Ao contrário, quisemos apontar, mediante a complexidade da questão, as aberturas possíveis para se pensar o tema. Nesse

sentido, é interessante pontuar o paradoxo observado na investigação do tema. A clínica continuísta, que defendemos aparecer desde Freud, implica a noção de estrutura clínica que, mesmo trilhada por Freud, a rigor só é formulada como conceito em Lacan. Com base na teoria freudiana, a releitura lacaniana é sempre ancorada na clínica, para elaborar e tornar consistente a teoria. Pontuar esse paradoxo nos parece válido principalmente para pensar casos que apresentam dificuldades diagnósticas.

# Referências

- Alberti, S.** (2000). A psicanálise: última flor da medicina. In: Alberti, S. & Elia, L. (Orgs) *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. p. 37-56.
- Bleuler, E.** (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias. *Monograph series on schizophrenia*. Vol 1. New York: International University Press.
- Breuer, J.; Freud, S.** (1969). Estudos sobre a histeria. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud v.II* (pp 1893-1895). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Clavreul, J.** (1983). *A Ordem Médica*. São Paulo, Brasiliense.
- Deffieux, J. P.** (1998). Um caso nem tão raro. In: Miller, J.-A., et al, *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica: a conversação de Arcachon*, Biblioteca Freudiana Brasileira.
- Deutsch, H.** (1968). Algunas formas de transtorno emocional y su relación con La esquizofrenia. *Revista de Psicoanálisis*, 25(2), 1942.
- Durkheim, E.** (1960) *Les règles de la méthode sociologique* (1895) Paris, Editora Puf.
- Figueiredo, A. C.; Tenório, F.** (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 29-43.
- Freud, S.** (1956[1886]). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v.I, p.37-39.
- Freud, S.** (1969). Hipnose. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol 1* (pp. 145-154). Rio de Janeiro: Imago,
- Freud, S.** (1993). Esboços para a “Comunicação preliminar”. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud V1* (pp.189-193). Rio de Janeiro: Imago, 1969.
- Freud, S.** (1993). Prefácio à introdução das conferências sobre as doenças do sistema nervoso, de Charcot. In: *Edição standard brasileira das obras psi-*

*cológicas completas de Sigmund Freud V1* (pp. 53-55). Rio de Janeiro: Imago, 1969. 1886

**Freud, S.** (1993). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud V. 1* (pp 37-39). Rio de Janeiro: Imago. 1886.

**Freud, S.** (1993). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud , V12* (pp.137-158). Rio de Janeiro: Imago.

**Lacan, J.** (1998). Jean Hyppolyte. In: Lacan, J. *Escritos* (pp. 325-364). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1954).

**Lacan, J.** (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Lacan, J. *Escritos* (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1957-58).

**Lacan, J.** (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: Lacan, J. *Escritos* (pp. 496-533). Rio de Janeiro: Zahar, (Trabalho original publicado em 1957).

**Lacan, J.** (1998) *Significação do falo*. In: Lacan, J. *Escritos* (pp. 692-703). Rio de Janeiro: Zahar, (Trabalho original publicado em 1958).

**Lacan, J.** (1998). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: Lacan, J. *Escritos* Rio de Janeiro: Zahar, (Trabalho original publicado em 1958).

**Lacan, J.** (1955-1956). *O Seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

**Lacan, J.** (1974-1975). *Le seminaire, livre XXII: RSI* (Seminário inédito, transcrição em francês disponível na internet na página do psicanalista Patrick Valas). Recuperado de <http://www.valas.fr/Jacques-Lacan-RSI-1974-1975>, 288. Acesso em: 20 de abril de 2021.

*Recebido em: 27/04/2021*

*Aprovado em: 21/11/2021*

