

A psicose ordinária e seus índices: uma investigação à luz da clínica borromeana

The ordinary psychosis and its evidences: a investigation in the light of the borromean clinic

<http://dx.doi.org/10.5007/2178-4582.2016v50n2p416>

Marconi Martins da Costa Guedes

Márcia Maria Rosa Vieira Luchina

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil

Este artigo tem como objetivo investigar a noção de psicose ordinária e suas manifestações na clínica psicanalítica atual. Abordaremos os seus desdobramentos teórico-clínicos, interrogando, sobretudo, quais são os seus índices e fundamentos conceituais, buscando realizar sua leitura a partir das formulações da clínica borromeana de Jacques Lacan. Problematizaremos em que medida as elaborações de Jacques-Alain Miller em torno das chamadas psicoses ordinárias têm nos possibilitado realizar uma leitura de algumas psicoses cujos quadros são marcados por manifestações de certo desligamento social, corporal e subjetivo, evidenciando a presença do que Miller caracterizou como neodesencadeamentos, neoconversões e neotransferências na clínica contemporânea.

Palavras-chave: Psicose ordinária; Clínica borromeana; Neodesencadeamentos; Neoconversões; Neotransferências.

This article aims to investigate the notion of ordinary psychosis and its manifestations in the current psychoanalytic clinic. The discussion is about the theoretical and clinical developments, questioning, especially, what are the indexes and conceptual foundations, seeking to do your reading from the Borromean clinical formulations of Jacques Lacan. We question the extent to which elaborations of Jacques-Alain Miller about the ordinary psychoses have enabled us to perform a reading of these psychoses and its modes of presentation, whose clinical presentations are marked by manifestations of certain social disconnection, body and subjective, showing the presence of what Miller characterized as a neotriggerings, neoconversions and neotransfers in contemporary clinical.

Keywords: Ordinary psychosis; Borromean clinic; Neotriggerings; Neoconversions; Neotransfers.

Introdução

As manifestações do adoecimento psíquico têm sofrido alterações na contemporaneidade. A clínica psicanalítica atual tem revelado um número cada vez maior de sujeitos psicóticos que não se apresentam na forma usual da psicose desencadeada. Segundo Miller (2010), tratam-se nesse contexto de pacientes que, diante da psicose, nos surpreendem pelo fato de não manifestarem os fenômenos elementares esperados, tais como automatismos mentais, as alucinações, os delírios, os distúrbios de linguagem, as certezas absolutas, mas sim, uma nova ordem de fenômenos. Segundo o autor, há nesses casos relatos de certa estranheza corporal, mal-estar subjetivo, não existência de contatos sociais ou, ao contrário, certa hiperidentificação a uma pessoa ou instituição. Embora não seja evidente a presença do desencadeamento da psicose, de acordo

com Miller (2010), o sujeito se apresenta a partir de sucessivos ‘desligamentos’ do laço social, do próprio corpo e da própria subjetividade, sendo esses os índices observados nos casos do que o autor caracteriza como psicose ordinária.

Considerando a perspectiva aberta pela clínica borromeana de Lacan, a noção de psicose ordinária, embora não seja uma nova estrutura clínica e tampouco uma categoria lacaniana, pode ser tomada como uma construção amparada em seu último ensino e como uma referência nocional que pretende dar conta de certas manifestações da psicose na atualidade. Dentro desses pressupostos, uma psicose pode não necessariamente ter um desencadeamento tão evidente, abrindo-se a perspectiva clínica, o que obriga a um rigor maior no momento de se fazer o diagnóstico diferencial, sobretudo, frente às sutilezas dos índices e novos modos de apresentação. Dentre as referências teórico-conceituais que permitem uma abertura da clínica da psicose, as elaborações de Jacques-Alain Miller sobre as psicoses ordinárias têm possibilitado uma maior apreensão da psicose para além de sua acepção tradicional, permitindo a sua leitura entre os “loucos normais que constituem nosso ambiente” (LACAN, 1993, p. 30).

O objetivo deste artigo é investigar a noção de psicose ordinária e suas manifestações na clínica psicanalítica atual. Abordaremos os seus desdobramentos teórico-clínicos, interrogando, sobretudo, quais são os seus índices e fundamentos conceituais, buscando realizar sua leitura a partir das formulações da clínica borromeana de Jacques Lacan. Problematizaremos em que medida as elaborações de Jacques-Alain Miller em torno das chamadas psicoses ordinárias têm nos possibilitado realizar uma leitura de algumas psicoses cujos quadros são marcados por manifestações de certo ‘desligamento’ social, corporal e subjetivo, evidenciando a presença do que Miller caracterizou como neodesencadeamentos, neoconversões e neotransferências na clínica contemporânea.

Em uma perspectiva borromeana, examinaremos em que medida a psicose ordinária requer um diagnóstico bífido para ser identificada, tratando-se, por um lado, de delimitar os signos do desfalecimento do nó borromeano da estrutura e, por outro lado, de discernir por que meio este defeito tem sido imperfeitamente compensado pelo sujeito. Nesse sentido, nossa hipótese é que na psicose ordinária cada um deve inventar sua própria solução *sinthomática*, contando assim com um aparelho suplementar que deve ser construído como um modo de fazer sustentar juntos os registros **Real, Simbólico e Imaginário**.

A psicose ordinária como noção operadora na clínica da psicose

O que caracteriza as chamadas psicoses ordinárias? Quais são seus fundamentos e pressupostos? O termo psicose ordinária (“ordinária” se origina do

termo *ordinaire*, na língua francesa, e que significa *comum*) foi introduzido no campo psicanalítico por Jacques-Alain Miller em 1998, a partir de uma série de encontros anuais das chamadas Seções Clínicas francófonas, que fazem parte do Instituto do Campo Freudiano. Tais encontros tiveram como objetivo criar um programa de investigação a fim de rever os pressupostos teóricos da clínica das psicoses postulados por Lacan em sua clínica estruturalista, tomando a psicose sob um novo ângulo.

A investigação da noção de psicose ordinária se inseriu em um programa de pesquisa iniciado dois anos antes de sua idealização, cujo título do primeiro encontro foi “Efeitos de surpresa nas psicoses”, no chamado ‘Conciliábulo de Angers’, em 1996 (MILLER et al., 1996/1997). Nesse encontro, os analistas se propuseram a discutir as surpresas com as quais estavam se deparando cotidianamente na clínica das psicoses. Problematizaram alguns casos que traziam novidades em seu modo de apresentação, apontando para certa atipicidade da psicose e, conseqüentemente, indicando certa insuficiência dos modos de leitura desses quadros a partir da teoria clássica da psicose, conforme pressupostos apresentados anteriormente.

O segundo encontro, um ano mais tarde, em 1997, foi nomeado “Casos raros e inclassificáveis da clínica psicanalítica”, na denominada ‘Conversação de Arcachon’ (MILLER et al., 1997/1998). Nesse encontro, foram questionadas as normas clássicas da clínica lacaniana das psicoses, tal como foram definidas por Lacan (1985a) em sua clínica estrutural, em “O seminário, livro 3: as psicoses” de 1955-1956 e no texto “De uma questão preliminar...”, de 1957-1958. Um dos principais apontamentos extraído desse encontro foi que os ditos “casos raros” não eram assim tão raros, mas muito frequentes na clínica contemporânea da psicose, e que a marca “inclassificável” apontava para certa insuficiência das concepções teóricas com as quais esses casos estavam sendo tratados, advindas das normas clássicas da clínica lacaniana das psicoses dos anos 50. Foram justamente esses apontamentos que permitiram novas elaborações clínicas e teóricas em torno da psicose.

Foi no curso do terceiro tempo desse programa de pesquisa, cujo encontro foi denominado “A psicose ordinária: a convenção de Antibes”, realizado em 1998, que Jacques-Alain Miller propôs o termo “psicose ordinária”, abrindo perspectivas para novas elaborações teórico-clínicas em torno da psicose:

Hoje, nos reencontramos, na Convenção, no tempo três. Lendo a coletânea, tive o sentimento de que aquilo que tínhamos abordado sob a perspectiva dos casos raros, abordávamos, agora, sob a perspectiva de casos frequentes. Demo-nos conta de que o que designávamos como casos raros, em relação à nossa norma de referência, à nossa medida de base, ou seja, a “Questão Preli-

minar...”, eram – sabíamos muito bem disso, por meio da nossa prática cotidiana – casos frequentes. Nesse volume da convenção, assumimos o estatuto dos casos frequentes. Foi deste modo que, a posteriori, imaginei nosso caminho. Passamos da surpresa à raridade e da raridade à frequência. Estava, ontem a noite, me perguntando: “Como chamaremos o livro que poderá resultar desta jornada”? Não será *neodesencadeamento*, *neoconversão*, *neotransferência*. Será neopsicose? Não me agrada nem um pouco a neopsicose. E me dizia: “no fim das contas, falamos de psicose ordinária” (MILLER, 2011, p. 241).

O objetivo desse encontro foi estabelecer um novo modo de apreensão e entendimento da psicose, recuperando e reformulando alguns conceitos clássicos da clínica lacaniana. Buscou-se, sobretudo, apresentar um diagnóstico epistêmico, de transição, que não visasse instituir uma nova categoria clínica e cujo quadro devesse ser localizado na nosologia psiquiátrica clássica, colaborando com a realização do diagnóstico diferencial naqueles casos da clínica atual em que os índices da neurose e psicose não estivessem claros.

Assim, a noção de psicose ordinária nasceu justamente da dificuldade clínica de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre a neurose e a psicose, nos casos em que as manifestações psicóticas não estavam evidentes, e tampouco os índices da neurose. Segundo Miller (2010), é diante da não constatação de elementos bem definidos e bem recortados da neurose, e quando não há nítidos fenômenos da psicose extraordinária, que devemos pensar que se trata então de uma psicose, embora ela não seja manifesta e se apresente de forma dissimulada. Ainda de acordo com Miller (2010), é preciso que sigamos uma direção que nos conduza a uma afinação da noção de neurose, e que tratemos como caso de psicose situações em que os índices da neurose não estejam bem definidos, bem recortados. É somente após a exclusão da hipótese do diagnóstico de neurose que devemos pensar em uma psicose.

Vocês precisam de certos critérios para dizer ‘é uma neurose’: uma relação com o Nome-do-Pai, não *um* Nome-do-Pai; devem encontrar algumas provas da existência do *menos-phi*, da relação com a castração, com a impotência e a impossibilidade. Deve haver – para utilizar os termos Freudianos da segunda tópica – uma diferenciação nítida entre Eu e Isso, entre os significantes e as pulsões; um supereu claramente traçado. Se não existe tudo isso e ainda outros sinais, não é uma neurose, trata-se de outra coisa (MILLER, 2010, p. 20).

Com a elaboração da noção de psicose ordinária, o diagnóstico de psicose passa por uma ampliação e nova compreensão. A partir dessa noção,

um caso de psicose pode ser identificado a partir de manifestações sutis, não relacionadas ao seu tradicional desencadeamento, que se apresenta a partir de fenômenos como alucinações, delírios e fenômenos de linguagem. A psicose ordinária é considerada uma psicose, entretanto, só poderá ser reconhecida enquanto tal a partir de outros índices.

É nesse contexto que Miller (2010) propõe que consideremos a psicose ordinária estabelecendo uma necessária distinção entre esta e as psicoses extraordinárias, nas quais há um desencadeamento evidente, ao modo da psicose schreberiana, estrondosa e com fenômenos evidentes. A divisão estabelecida entre psicose ordinária e extraordinária permite assim ampliar o campo das psicoses, “pois se contrapõe uma psicose débil, flexível e que permite ligamentos, religamentos e desligamentos, em oposição a uma psicose forte como um carvalho” (NAPARSTEK, 2005, p. 13, tradução nossa¹).

A psicose ordinária tem, a princípio, uma conotação simples, fundada no fenômeno clínico: ordinária é o contrário de extraordinária. Não se veem alucinações, fenômenos elementares significativos, nem um delírio articulado [...]. Estamos, ao contrário, em presença do que, intensamente, confunde-se com o que não é psicose [...] Um desequilíbrio consequente de uma contingência aparentemente banal revela-se precisamente uma psicose (MAZZOTTI, 2009, p. 83).

Podemos observar aqui que as manifestações da psicose ordinária não são precedidas de um desencadeamento franco da psicose. De acordo com Dafunchio (2008), quando consideramos o paradigma Schreber, cada vez que se desencadeia uma psicose há uma irrupção de Um-pai no real, assim como há uma catástrofe no Imaginário, e isso tem que ser algo muito franco, algo muito evidente. Entretanto, não é isso que ocorre nos casos de psicose ordinária, o que levava muitos analistas a considerarem alguns casos de psicose como neurose, já que não era possível detectar esse desencadeamento franco, tal como descrito em “De uma questão preliminar...”, com a presença do encontro com Um-pai no real e a existência da catástrofe no Imaginário.

Desse modo, se o desencadeamento na clínica clássica da psicose é marcado por um antes e um depois, na psicose ordinária não há o desencadeamento entendido como um momento de ruptura que separa esses dois tempos. Nesse contexto, a psicose ordinária também não deve ser confundida

1 “Se contraponen así, una psicosis débil, aunque flexible y que permite *enganches, reenganches y desenganches*, en oposición a una psicosis fuerte como un roble” (NAPARSTEK, 2005, p. 13).

com a denominada *pré-psicose*² ou com os casos limítrofes ou *borderline*³. Sem a evidência do desencadeamento, as marcas do ordinário se expressam por pequenos índices que revelam *ligamentos, desligamentos e religamentos* do sujeito em relação ao próprio corpo, ao laço social e à sua subjetividade. Segundo Miller (2010, p. 13), é preciso que pesquisemos todos os pequenos indícios, pois se trata de uma clínica muito delicada. “Frequentemente é uma questão de intensidade, uma questão de mais ou menos.”

Os índices da psicose ordinária: a tripla externalidade

Em seu texto “Efeito do retorno à psicose ordinária”, Miller (2010) afirma que devemos buscar em um caso – ao percebermos que não estão presentes ali os índices da neurose e tampouco os nítidos fenômenos da psicose extraordinária –, pelos índices discretos da psicose ordinária, embora ela não seja manifesta, mas ao contrário, dissimulada.

Segundo o autor, ao se pensar na psicose ordinária, seria preciso considerar que se trata de uma clínica muito delicada. “Isso nos orienta para o que Lacan chamou de ‘uma desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito’” (MILLER, 2010, p. 13). Assim, de acordo com o autor, devemos buscar na psicose ordinária por fenômenos que expressam tal desordem, que se situa na maneira como o sujeito experimenta o mundo que o cerca, na maneira como experimenta seu corpo e no modo como se relaciona

2 A noção de pré-psicose é pontual no ensino de Lacan. Dentro do paradigma Schreber, ao se pensar nas psicoses não desencadeadas, o uso da noção de pré-psicose se fez presente em seu ensino. Segundo Dafunchio (2008), na altura do paradigma Schreber a psicose não desencadeada é a chamada pré-psicose, que é uma compensação imaginária do Édipo ausente. Para Brodsky (2011, p. 26), “o conceito de pré-psicose implica a existência, na estrutura psicótica, de um mecanismo atuante dentro da própria estrutura psicótica que tenderia à psicose declarada. Uma vez que se fala de pré-psicose, o próprio termo coloca primeiramente a psicose declarada e, retroativamente, busca o que houve antes.” Entretanto, de acordo com Maleval (2003), a abordagem da psicose ordinária não deve ser confundida com a chamada pré-psicose, pois a psicose clínica não está em germe na estrutura e é somente uma possibilidade que se atualizará eventualmente por ocasião de maus encontros. “A identificação da estrutura psicótica fora do desencadeamento não é redutível ao discernimento dos fatos mórbidos iniciais” (MALEVAL, 2003, p. 06). Por isso, segundo Maleval (2003, p. 5), “é notável que os conceitos de pré-psicose e fenômeno elementar, presentes em ‘O seminário, livro 3’, desapareçam em ‘De uma Questão preliminar...’, para não voltarem a reaparecerem nunca mais no ensino de Lacan.” De acordo com Brodsky (2011, p. 22-23), “quando Lacan abandona um conceito, devemos considerar que este não lhe servia mais, tornou-se insuficiente para dar conta do que pretendia abordar, e devemos procurar o que o substituiu.” Ainda segundo a autora, “o termo pré-psicose não esclarece em nada a questão da psicose ordinária” (BRODSKY, 2011, p. 33).

3 Segundo Roudinesco e Plon (1998), “a noção de *borderline* faz parte do vocabulário clínico norte-americano e anglo-saxão próprio da corrente da *Self-Psychology* e, sob certos aspectos, do pós-kleinismo da década de 1960.” Perpassa igualmente o neoFreudismo e o culturalismo, e acabou se integrando à terminologia psicanalítica francesa, sob o nome de *états-limites* (no plural). O termo *borderline* (fronteira) designa distúrbios da personalidade e da identidade que se encontram na fronteira entre a neurose e a psicose. Fala-se também em casos fronteiriços [ou limítrofes], personalidades fronteiriças ou patologias fronteiriças. Otto Fenichel foi um dos primeiros, em 1945, a sublinhar a existência desse tipo de patologia: “Existem personalidades neuróticas que, sem desenvolver uma psicose completa, possuem inclinações psicóticas, ou manifestam uma propensão a se servir de mecanismos esquizofrênicos em caso de frustração.” Essa noção foi consideravelmente desenvolvida, mais tarde, nos trabalhos de Heinz Kohut e Otto Kernberg, que propôs o termo “organização fronteiriça” para demonstrar com clareza que o estado *borderline* era estável e duradouro” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 83).

com suas ideias. Miller (2010) organiza desse modo o que chamou de **tripla externalidade**, identificando essa desordem no sentimento da vida em relação a uma **externalidade social**, uma **externalidade corporal** e uma **externalidade subjetiva**, situando os indícios em relação aos três registros psíquicos.

De acordo com Miller (2010), a **externalidade social** se estabelece na relação negativa do sujeito com sua identificação social. Neste contexto, o sujeito é incapaz de assumir sua função social, podendo se **desligar** sucessivamente, ficando solto, errante, separado do Outro, ou às vezes demasiado identificado a uma posição ou ao Outro, se tornando hipersocial, revelando certa positividade demasiada em relação a uma identificação social. “Observem o que chamo de ‘desligamento’, uma **desconexão**. Vocês veem então às vezes sujeitos indo de uma desconexão social a outra – desligando-se do mundo dos negócios, desligando-se da família, etc.” (MILLER, 2010, p. 16, grifo nosso). Nessas formas de apresentações da psicose é importante que notemos os modos como o sujeito se arranja para se **ligar, desligar e religar** sucessivamente ao laço social.

Quanto à **externalidade corporal**, por sua vez, se apresenta na falha da relação do sujeito com seu corpo. De acordo com Brodsky (2011), Miller indica aqui o que verificava Lacan ao afirmar que o corpo é o outro. “O corpo é outro. Trata-se do desenganche do corpo como outro. Para todo sujeito o corpo é Outro e é preciso inventar uma maneira de se dar bem com esse corpo” (BRODSKY, 2011, p. 46). Diante disso, na psicose ordinária os sujeitos fazem diferentes usos do próprio corpo, apresentando-se muitas vezes com corpos tatuados, “bombados”, “plastificados”, recortados por cirurgias ou por diferentes modos, criando assim, sua demarcação corporal e, conseqüentemente, certa demarcação do gozo. Segundo Miller (2010), na psicose ordinária, a desordem mais íntima em relação ao corpo é essa brecha na qual o corpo se desfaz e onde o sujeito é levado a inventar para si laços artificiais para apropriar-se de seu corpo, para prender seu corpo a si mesmo. “Para dizê-lo num termo de mecânica, ele tem necessidade de um grampo para se sustentar com seu corpo” (MILLER, 2010, p. 17).

Finalmente, a **externalidade subjetiva**, segundo Miller (2010), é observada na experiência do vazio, de vacuidade, do vago no psicótico ordinário e na relação perturbadora que alguns sujeitos estabelecem com suas ideias. Segundo o autor, é comum encontrarmos essa situação em diversos casos de neurose, “mas na psicose ordinária se busca um índice do vazio e do vago de natureza não dialética” (MILLER, 2010, p. 18), havendo uma fixidez especial deste índice nesses casos. Esse vazio está ligado à identificação maciça, no plano do real, com o objeto *a* como dejetivo. Há assim uma identificação real do sujeito com o objeto dejetivo, assumindo uma posição de rebotalho, negligenciando a si próprio ao ponto mais extremo. “Digo que é uma identificação

real, pois o sujeito vai na direção de realizar o dejetivo sobre a sua pessoa” (MILLER, 2010, p.18).

Todos esses fatores acima assinalam a psicose ordinária de acordo com Miller (2010), e são passíveis de se conectar em torno de uma desordem central que atinge o sujeito. Segundo o autor, as psicoses ordinárias “são psicoses que apresentam uma desordem no ponto de junção mais íntimo dos sujeitos que evoluem sem barulho, sem explosão, mas com um furo, um desvio ou uma desconexão que se perpetua” (MILLER, 2010, p. 26).

Tais índices acima, relacionados à externalidade social, corporal e subjetiva, dizem respeito ao que Miller (2010) descreveu em seu texto “Efeito do retorno à psicose ordinária” como o que há de novo nas psicoses. As reformulações pelas quais passaram alguns conceitos descritos por Miller (2011) no seu livro “A psicose Ordinária: a Convenção de Antibes”, permitiram repensar a clínica da psicose, propiciando uma leitura de diversos casos para além dos fenômenos extraordinários, revelando algo sobre o que há de *neo* nas psicoses: os chamados **neodesencadeamentos**, **neoconversões** e **neotransferências**.

O neodesencadeamento, a neoconversão e a neotransferência na clínica psicanalítica

A partir das discussões empreendidas por Miller (2011) no seu livro “A psicose Ordinária: a Convenção de Antibes”, diferentes analistas se propuseram a debater as novas formas de desencadeamento, conversão e transferência percebidas na clínica psicanalítica atual, propondo atualizações necessárias para esses conceitos, para além da forma como são anunciados em seu modelo clássico na teoria Freudiana e lacaniana. Foi a partir de tais debates que surgiram as noções de **neodesencadeamento**, **neoconversão** e **neotransferência**.

A noção de desencadeamento, tal como formulada por Lacan (1985a) em seu texto “De uma questão preliminar...” e em “O seminário, livro 3: as psicoses”, passou por reformulações importantes, considerando a experiência analítica acumulada desde então e as próprias construções teóricas lacanianas posteriores a esses textos, sobretudo relacionadas ao aparelhamento do gozo e à questão do real.

Sob o termo **neodesencadeamento** agrupou-se uma série de formas clínicas que se distinguem da forma típica do desencadeamento, cujo paradigma é, na psicose Schreberiana, o encontro com Um-pai. Segundo Castanet e Georges (2011, p. 43, tradução nossa⁴), “esses ‘neodesencadeamentos’ corres-

4 “Esos neo desencadenamientos se corresponde con la abrazadera de liberación, sea lo que sea, en ausencia de eso que era antes el punto de capitón para el sujeto” (CASTANET; GEORGES, 2011, p. 43).

pondem à soltura do grampo, seja ele qual for, na ausência do que fazia antes ponto de basta para o sujeito”. Nesse sentido, os autores convidam a privilegiar, dentro da perspectiva da clínica dos nós, a localização clínica da relação com o real e com o gozo, assim como estudar a função de cada um dos três registros – Real, Simbólico e Imaginário – para o sujeito, e a parte que cada um toma no enodamento *sinthomático*.

Aqui é preciso estar atento à forma singular e muitas vezes sutil como cada sujeito trata, de maneira inédita, o impasse do seu gozo. Nesse contexto, as formulações da clínica borromeana de Lacan, contemporâneas de “O seminário, livro 22: RSI” (LACAN, 1974-1975) e “O seminário, livro 23: o *sinthoma*” (1975-1976) (LACAN, 2007), ganham destaque, formulações que se diferenciam da clínica estrutural quanto à distinção que esta faz entre neurose e psicose em função da presença ou ausência do operador Nome-do-Pai.

De acordo com Castanet e Georges (2011, p. 18, tradução nossa⁵),

Parece-nos mais fácil, graças a essas ferramentas, dar conta de numerosos casos clínicos e de suas possibilidades de tratamento, perguntando-nos o que faz se manterem juntos os três registros R, S e I [...], ou o que poderia fazê-los ficarem juntos, em vez de nos orientarmos somente pela questão da foracclusão.

Assim, para tais autores, a orientação da clínica na direção do tratamento consiste em identificar o que, em um dado momento, para um determinado sujeito, proporciona o ‘desligamento’ em relação ao Outro. Tal identificação esclarece retrospectivamente o elemento que fazia o “ligamento” para esse sujeito e permite dirigir o tratamento no sentido de criar um eventual “religamento”.

Desse modo, o **neodesencadeamento** é caracterizado pelos desenlaces do Outro, assim como por perdas de referências identificatórias e pela presença de algumas vivências impossíveis de serem significantizadas pelo sujeito. Muitas vezes os sujeitos alegam um empobrecimento de suas trocas e dos laços afetivos e sociais, atingindo rupturas progressivas e repetitivas com tais laços, testemunhando um desligamento progressivo do Outro. Com a noção de **neodesencadeamento**, somos levados a observar que cada vez mais há na clínica um grande número de sujeitos nos quais o desencadeamento é muito discreto, algumas vezes imperceptível, e nos quais os fenômenos elementares estão completamente ausentes. É nesse contexto que o ‘desligamento’, expressão maior do **neodesencadeamento**, se faz presente e opõe-se ao desencadeamento clássico.

5 “Parece-nos más fácil, gracias a estas herramientas, dar cuenta de muchos casos clínicos y de sus posibilidades de tratamiento, preguntando-nos o que faz se mantengan juntos los tres registros R, S e I [...], o o que Podía estar juntos, en vez de los orientar, sólo por la cuestión de la foracclusão” (CASTANET; GEORGES, 2011, p. 18).

Quanto às elaborações em torno das chamadas **neoconversões**, o termo surge de uma necessidade da clínica, haja vista o crescente número de pacientes que procuram atendimento a partir de variadas apresentações de fenômenos de corpo, muitas vezes relacionados aos denominados novos sintomas: anorexias, bulimias, toxicomanias, dentre outros.

É notório que tais manifestações dos fenômenos de corpo nesses quadros não se apresentam como uma conversão histérica clássica. Nessa conjuntura, o que se exhibe não é um sintoma passível de deciframento. O que é característico nesses novos sintomas é que o sujeito se entrega a um gozo sem sentido, a partir de uma atividade que não remete a nada, que não se liga a nada. Nesse contexto, entende-se pelo termo **neoconversão** os fenômenos de corpo que traduzem as manifestações do real no somático, sem comportar um sentido a ser interpretado ao modo Freudiano.

Em se tratando da conversão, esta aparece na clínica Freudiana como indicativo da histeria. Em Freud, o termo foi usado pela primeira vez em 1894 em seu texto “As neuropsicoses de defesa”. Segundo ele, “na histeria, a representação incompatível é tornada inócua pela transformação de sua soma de excitação em alguma coisa somática. Para isso eu gostaria de propor o nome de conversão” (FREUD, 1980a, p. 61). Nesse sentido, o termo conversão é utilizado para designar, na histeria, a transformação da excitação psíquica em sintomas somáticos crônicos, haja vista que, a partir de um conflito sexual, a representação insuportável é recalçada e o afeto que dela se resulta é convertido em manifestação corporal.

Na Convenção de Antibes, os autores Sagna e Deffieux (2012) ressaltam que a conversão é um sintoma que se inscreve no nível do corpo, como decifrável pelo saber inconsciente, e que toma o corpo como suporte aos significantes recalçados do sujeito. Entretanto, os autores discutem que as manifestações da conversão são cada vez mais raras na clínica das neuroses, e que os fenômenos de corpo têm se multiplicado na atualidade, trazendo em si não a conversão, mas a dimensão do fora-do-discurso, denunciando as manifestações do real no somático.

Os autores relembram o curso de Orientação Lacaniana, coordenado por Miller (1998), “Os signos do gozo”, o qual abriu um interesse renovado tanto pelas psicoses clássicas como pelas psicoses não desencadeadas⁶. Eles ressaltam que o questionamento radical de Lacan, a partir dos anos 70, deu mais ênfase sobre o real incluído na manifestação sintomática do que sobre o sentido do sintoma. A partir daí, passam a ser perceptível, em alguns casos,

6 Miller (1998) desenvolve nesse curso a ideia de que existem, a partir do significante S1, duas vias. Uma é a via simbólica propriamente dita (palavra, discurso, saber, inconsciente). A outra é a via do real, que é também a da letra, fundamentalmente não interpretável, fora do efeito de significação, da elaboração de saber, fora do discurso.

situações em que há o uso do corpo que aponta para a inscrição de um gozo que não se pode decifrar. Em tais casos, estudam-se os laços do uso do corpo com o sintoma, a letra e a função da escrita. “Se é necessário um corpo para apresentar um sintoma de conversão, vê-se aqui que uma neoconversão pode permitir a um sujeito se fazer um corpo a partir de seu sintoma” (SAGNA; DEFFIEUX, 2012, p. 100).

Assim, a **neoconversão** é anunciada na ‘Convenção de Antibes’ com os fenômenos de corpo não interpretáveis à maneira Freudiana e não pertencentes à estrutura histórica, embora os seus fenômenos estejam ligados ao efeito do significante sobre o corpo. É possível observarmos, por exemplo, situações em que a **neoconversão** revela modos de enodamentos psicóticos apoiando-se em fenômenos localizados no corpo. Desse modo, podemos concluir que as neoconversões são bem diferentes das conversões encontradas nos quadros históricos. Na histeria, a conversão se passa no registro do gozo fálico, englobando o corpo e seus objetos; nesse contexto os fenômenos de corpo cedem à interpretação significante. Já nas **neoconversões**, a regulação dos fenômenos escapa à norma fálica. Devido ao fato de a significação fálica não se sustentar pela função paterna, origina-se um caráter não dialético entre significante e significado, comprometendo a relação entre metáfora e metonímia. Por consequência, os fenômenos de corpo na **neoconversão** não são interpretáveis pela palavra, não cedendo às intervenções significantes. Diante dos abismos de significação que se abrem, o sujeito convoca o seu corpo em diferentes situações, como tentativas de respostas.

Segundo Sauvagnat (2012), discutir a questão das neoconversões, não redutíveis pela interpretação Freudiana clássica, implica em discutir os modos de formação sintomáticos como tentativas de solução à inexistência do Outro por parte de sujeitos psicóticos, assim como discutir os sintomas que colocam em jogo o corpo na clínica contemporânea.

Quanto à **neotransferência**, as discussões empreendidas por Miller (2011) no seu livro “A psicose Ordinária: a Convenção de Antibes” partem da hipótese da emergência de um novo modo de operar com a transferência na clínica das neopsicoses. Questiona-se o que há de “neo” nas psicoses e em que medida essa clínica criou uma “neoposição” do analista em se tratando da transferência. Assim, a manobra da denominada **neotransferência** nas psicoses é o foco de tais discussões, que surgem ao questionar se a clínica das neopsicoses criou uma “neoposição” do analista ou se foi a “neoposição” do analista que criou uma **neotransferência** nas psicoses.

Desde Freud, a transferência foi considerada o motor de todo tratamento das neuroses. Já nas psicoses, Freud era pessimista quanto ao método: “des-

cobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos [...], até que tenhamos encontrado outro plano que se lhes adapte melhor” (FREUD, 1980b, p. 200). Por outro lado, Lacan (1985b) demonstrou em “O seminário, livro 20: Mais, ainda” que a relação Sujeito suposto Saber–transferência funcionaria de modo peculiar na psicose, já que o ‘Sujeito suposto Saber’ não pode ser, como na neurose, o que motiva a transferência, uma vez que o saber está do lado do psicótico.

As discussões empreendidas na seção Clínica de Angers (MILLER et al., 1996/1997), das quais Fabienne Henry foi relatora, partem do princípio de que, no campo da transferência, a oferta gera a demanda, e que a oferta do psicanalista ao psicótico, nova ou não, a partir do desejo do analista, pode instituir uma nova forma de demanda por parte do psicótico, e, portanto, uma **neotransferência**. Tais discussões partem da hipótese de que o estabelecimento da **neotransferência** se dá a partir da criação e uso de uma “*lalíngua* de transferência”:

Propomos, então, examinar o par *lalíngua-transferência*, enunciando, à maneira de Lacan que, se é a *lalíngua* que motiva a neo-transferência, [isso] seria apenas a aplicação particular, especificada, da prática com as psicoses, onde *lalíngua* da transferência aparece como novo artefato para tecer o laço social (HENRY, 2012, p. 156).

Com o termo *lalíngua*, Lacan (1985b) propõe um aparelho nocional que coloca em questão a noção de linguagem, a qual passa a ser secundária, e, portanto, derivada de *lalíngua*, que antecede à linguagem. Se a linguagem se estrutura como comunicação endereçada ao Outro, a característica central de *lalíngua* é que se constitui como fala separada da comunicação, disjunta da estrutura de linguagem, operando enquanto gozo. Se o gozo era secundário em relação à estrutura e ao significante, tidos como dados primários, com *lalíngua*, ele ganha um estatuto primário de junção com a mesma.

A linguagem, sem dúvida, é feita de *lalíngua*. É uma elucubração de saber sobre *lalíngua*. Mas o inconsciente é um saber, um saber-fazer com *lalíngua*. E o que se sabe fazer com *lalíngua* ultrapassa em muito o de que podemos dar conta a título de linguagem (LACAN, 1985b, p. 190).

Assim, considerada como um novo modo de se estabelecer a transferência na psicose, a *neotransferência* pode ser instituída a partir da criação e uso da *lalíngua de transferência*, sendo esta constituída como um artefato para tecer o laço social. Mas se *lalíngua* não é um instrumento de comunicação, como o

analista trabalha com a hipótese da *lalíngua* de transferência? A partir dos casos clínicos trabalhados por Miller (2011) no seu livro “A psicose Ordinária: a Convenção de Antibes”, pôde-se ver que o analista se coloca na posição de aprender a *lalíngua* do paciente, forjando desse modo o laço social.

Em todos esses casos clínicos, vê-se bem que o que motiva a neotransferência não é o Sujeito suposto Saber, mas *lalíngua* como o que permite a um significante poder fazer signo. É fazer signo de que? – fazer signo de algo que está fora do sentido: onomatopeia, algarismos, traço (HENRY, 2012, p. 157).

A noção de *lalíngua* capta o fenômeno linguístico no nível onde ninguém compreende a ninguém. Ninguém dá a uma palavra o mesmo sentido, cada um tem sua língua, na medida em que o investimento libidinal da língua é próprio de cada um. Não há em *lalíngua* dois ditos que sejam parecidos. Entretanto, ao mesmo tempo, há uma objetividade do significante, pois encontramos o significante no mundo. Há a linguagem, a gramática, o dicionário, as normas, o que faz com que nos entendamos.

É pelo significante enquanto o que pode fazer signo, e não pelo sentido, que se estabelece a **neotransferência** como vetor do tratamento. No campo da linguagem, a articulação significativa S1→S2 desencadeia os efeitos de sentido, possibilitando a significação. Já no campo de *lalíngua*, antes de ordenar os significantes, tem-se uma cadeia significativa sem efeito de sentido. O sujeito se encontra separado da cadeia significativa, fora da cadeia. Há um saber-fazer com *lalíngua*, mas não um saber sobre *lalíngua* (HENRY, 2012).

Considerando a relação entre *lalíngua* e pulsão, é pela via da repetição que um gozo é produzido pela cadeia significativa. Temos aí um esboço de *lalíngua* de transferência: uma cadeia significativa de *lalíngua*, fora de sentido, que aparelha o gozo, desenhando um percurso que vai do simbólico ao real (HENRY, 2012).

Segundo Lacan (1985b, p. 190),

Lalíngua nos afeta, primeiro, por tudo o que ela comporta como efeitos que são afetos. Se se pode dizer que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, é no que os efeitos de *lalíngua*, que já estão lá como saber, vão bem além de tudo que o ser que fala é suscetível de enunciar.

Assim, os efeitos de *lalíngua* vão bem além de tudo o que o ser que fala é suscetível de enunciar, sendo o afeto um dos seus primeiros efeitos. Segundo Henry (2012), o significante, uma vez desprovido de significado, funciona sozinho, voltando-se sobre si mesmo em círculos, mas como significante *Um*,

envolopando toda a cadeia significativa e fazendo apelo ao efeito de sentido apenas de forma alusiva, sem intenção de significação. Mas desse modo, como o psicótico funda, a partir da relação com *lalíngua*, uma experiência de saber? Para Henry (2012, p. 169), isso ocorre

[...] porque o analista supõe ao psicótico um saber-fazer com a língua, prestando à sua aprendizagem, e que, graças ao desejo do analista, esse saber já-posto no psicótico poderia se elaborar, então, como elucubração de saber sobre *lalíngua*.

Borie, Rabanel e Viret (2011) consideram que o psicótico é aquele que se recusa a trocar o gozo pela significação. Sendo assim, ao promovermos, na transferência, a relação do sujeito psicótico com *lalíngua*, com o significativo asemântico, e não com a articulação significativa, podemos tratar com mais eficiência os fenômenos psicóticos contemporâneos, muitas vezes fragmentados, dispersos, pluralizados, já que estão menos referidos à figura unificadora do mestre. É necessário reinventar a clínica da psicose, promovendo uma nova forma de manejo, de tratamento e, principalmente, de transferência. É um trabalho baseado em tais pressupostos que compreende a neotransferência na clínica atual.

Sob quais elementos teórico-conceituais se fundamenta a noção de psicose ordinária?

A abordagem da psicose ordinária tem ganhado grande repercussão entre os que se dispõem a operar com a clínica psicanalítica, sobretudo a partir de debates e produções teóricas envolvendo o tema. Diferentes perspectivas podem ser tomadas para abordar o tema da psicose ordinária. A sua apresentação feita por Miller não como um conceito, mas como uma noção, permitiu a formulação de orientações conceituais diversas para a mesma, destacando-a como uma noção suficientemente democrática, que permite que cada um diga como a entende. Nesse sentido, a noção de psicose ordinária tem se prestado bem a um trabalho de pesquisa, a um programa de investigação.

Dessa forma, em um contexto de busca por uma melhor precisão e embasamento conceitual, questionamos quais elementos podemos extrair da teoria lacaniana para fundamentar a noção de psicose ordinária. Poderíamos afirmar que essa noção se fundamenta teoricamente a partir de conceitos tanto da clínica estrutural quanto da clínica borromeana de Lacan, ou haveria prevalência de uma clínica em detrimento da outra? Precisamos dos pressupostos da clínica borromeana, da clínica dos nós, para fundamentarmos teoricamente a psicose ordinária?

Ao nos apropriarmos das ideias de Miller et al. (2011) sobre a psicose ordinária, avaliando as formulações presentes na ‘Convenção de Antibes’, bem como o seu texto “Efeito do retorno à psicose ordinária” (MILLER, 2010), observamos que, para o autor, a fundamentação conceitual da psicose ordinária não está estritamente amarrada à clínica borromeana. Acreditamos, inclusive, que Miller se ampara muito mais nos elementos conceituais da clínica estruturalista de Lacan do que naqueles da clínica borromeana para dizer sobre a psicose ordinária. Tanto é assim que o autor aponta a necessidade de, uma vez dado o diagnóstico de psicose ordinária, realizarmos o diagnóstico a partir da nosologia clássica e estrutural: “não digam simplesmente que é uma psicose ordinária; devem ir mais longe e reencontrar a clínica psiquiátrica e psicanalítica clássica. [...] Ao falarmos de psicose ordinária, de qual psicose falamos?” (MILLER, 2010, p. 15). Nessa perspectiva, segundo o autor, é recorrendo aos elementos teóricos da clínica clássica que podemos dizer se o caso vai se instalar dentro de uma estrutura neurótica ou psicótica, apontando, inclusive, para os tipos clínicos presentes em cada estrutura.

Há outros elementos presentes nas elaborações de Miller (2010) que nos permitem dizer que esse autor recorreu sobremaneira aos conceitos da clínica estruturalista para fundamentar sua hipótese sobre a psicose ordinária: 1) Miller (2010) elenca alguns critérios para diagnosticarmos a psicose a partir da exclusão dos índices da neurose, descrevendo tais índices a partir de formulações extraídas da primeira clínica; 2) Há na ‘Convenção de Antibes’ a discussão dos índices P_0 e Φ_0 para caracterizar diversos casos trabalhados de psicose ordinária, reportando-se mais uma vez às noções da clínica estruturalista para pensar o diagnóstico da psicose (P_0 como ausência de inscrição paterna e Φ_0 como ausência de inscrição fálica, em diferentes combinações); 3) Miller recorre a uma frase de Lacan, presente no seu texto de 1957-1958, “De uma questão preliminar...”, para afirmar que a psicose ordinária aponta para algo de novo na clínica das psicoses, revelando-se a partir de uma “desordem provocada na junção mais íntima do sentimento de vida no sujeito” (LACAN, 1998, p. 565). Aqui, mais uma vez, o autor utiliza elementos conceituais da clínica estruturalista de Lacan para se referir à psicose ordinária e aos seus índices discretos, que apontam para certa falha na relação do sujeito consigo mesmo, com o próprio corpo e com o Outro.

Já ao considerarmos a perspectiva aberta pela clínica borromeana, ao debater o caso Joyce em “O seminário, livro 23: O *sinthoma*”, Lacan (2007) deixa à margem o debate da clínica estrutural. As ferramentas teóricas presentes na primeira clínica foram insuficientes para entender a psicose de Joyce. Dessa forma, Lacan não operou conceitualmente sobre Joyce a partir de uma nosologia psicanalítica clássica, mas, sim, a partir de uma clínica borromeana

que se utiliza de outras bases conceituais e de outros recursos para a formalização, tal como a topologia e a clínica dos nós, se valendo, sobretudo, da noção de *sinthoma*. “O paradigma de Joyce não é o da metáfora paterna, é o dos enodamentos” (BRODSKY, 2011, p. 59).

Assim, com a perspectiva borromeana abrem-se as possibilidades de uso de outros recursos diante da psicose, recursos esses mais eficazes diante de algumas manifestações das psicoses que não se enquadram no paradigma Schreber, tais como psicoses desencadeadas ou estabilizadas por uma compensação imaginária. Diante do paradigma da clínica borromeana, há a possibilidade de apreensão de outras manifestações e soluções possíveis para a psicose e, assim, podemos contar com certa diversidade de estratégias diante da condução do tratamento possível desses quadros. Se na perspectiva borromeana uma psicose pode não necessariamente ter um desencadeamento tão evidente, amplia-se a perspectiva clínica, o que obriga a um maior rigor na hora de fazer o diagnóstico diferencial, já que muitos casos que aparentemente são casos de neurose, desde o paradigma Schreber, no paradigma borromeano se verificam como psicoses.

Dentro da perspectiva borromeana, o nó foi o elemento que forneceu a chave para se pensar a psicose em Joyce. De acordo com Brodsky (2011), temos em James Joyce o paradigma da psicose ordinária, pois nesse caso há uma psicose que opera por uma amarração através de um *sinthoma* e que, por isso, apresenta-se a partir de manifestações não clássicas, sem a evidência do desencadeamento. Tais elaborações nos permitem levantar a hipótese que o modelo da clínica borromeana, a clínica dos nós, se constitui como um paradigma que nos fornece importantes ferramentas conceituais para a discussão da noção de psicose ordinária.

O que chamamos psicose ordinária é uma psicose que consegue uma amarração tão estável como a da neurose, mas sem o Nome-do-Pai, como esse homem extraordinário que foi Joyce – para mim, o paradigma da psicose ordinária. [...] A teoria dos nós, que Lacan construiu como pôde, fornece duas perspectivas da psicose ordinária, que depende da função do *sinthoma* e do Nome-do-Pai (BRODSKY, 2011, p. 48).

Segundo Brodsky (2011, p. 47), a psicose ordinária tem um modo de enodamento que não implica o desencadeamento. “É uma psicose que não desencadeou nem vai desencadear”, pois o *sinthoma* permite uma amarração eficiente. Ao afirmar que a psicose ordinária tem um modo de enodamento eficiente, que permite não se desencadear, Brodsky (2011) destaca a função do *sinthoma* e seu lugar de amarração entre os registros Real, Simbólico e Imaginário.

Assim, as formulações da clínica borromeana de Lacan nos permitem alargar as concepções do desencadeamento e estabilização nas psicoses, considerando que, nessa clínica, temos apenas manifestações e soluções *sinthomáticas* singulares, que renegam as soluções estruturais generalizáveis. Cada sujeito apresenta um modo singular que lhe permite manter unidos os registros Real, Simbólico e Imaginário (RSI), sustentando sua realidade psíquica. O Nome-do-Pai se constitui apenas como uma forma de *sinthoma*, um modo de fazer sustentar junto os registros. A hegemonia do Nome-do-Pai perde o seu vigor, e sua potência simbólica ordenadora cede lugar à pluralidade de soluções às quais o sujeito pode recorrer, lançando mão de diferentes artifícios. Segundo Skriabine (2009, p. 04), “se o Nome-do-Pai falha sempre, os Nomes-do-Pai são numerosos para suprir a falha”.

São essas formulações conceituais presentes na clínica borromeana de Lacan que nos permitem pensar a psicose ordinária orientada por tais fundamentos. Miller (2011), ao referir-se à psicose ordinária, faz menção à “*psicose sinthomatizada*”. Segundo Miller (2011, p. 201, tradução nossa⁷):

Temos aqui psicóticos mais modestos, que nos reservam surpresas, mas que podem, como veremos, se fundir num tipo de média: a psicose compensada, a psicose suplementada, a psicose não desencadeada, a psicose medicada, a psicose em terapia, a psicose em análise, a psicose que evolui, a psicose *sinthomatizada*, por assim dizer.

Ao associá-la com a “*psicose sinthomatizada*”, podemos pensar que a psicose ordinária é uma psicose que faz uso de certo aparelho do *sinthoma* como o que permite amarrar, mesmo que precariamente, os registros Real, Simbólico e Imaginário. Desse modo, na psicose ordinária encontraríamos o que chamamos de soluções psicóticas singulares, ou seja, um modo que o sujeito encontrou para amarrar os registros real, simbólico e imaginário.

De acordo com Maleval (2003), numa perspectiva borromeana, a psicose ordinária requer um duplo diagnóstico para ser identificada: por um lado, trata-se de buscar por sinais da falha no nó borromeano na estrutura psíquica do sujeito, e, por outro lado, discernir por que meio esse defeito foi compensado pelo sujeito. Dessa forma, poderíamos considerar que a clínica da psicose ordinária pode ser entendida como uma clínica das suplências referidas ao nó borromeano.

7 “Aqui tenemos psicóticos más modestos, que reservan sorpresas, mas que puedes fundar en una especie de media: Una psicose compensada, una psicose suplementada, una psicose no desencadeada, una psicose medicada, una psicose em terapia, una psicose em análise, una psicose que evolui, una psicose sinthomatizada, por assim decir” (MILLER, 2011, p. 201).

A partir de tais elementos, podemos destacar que a psicose ordinária testemunha muitas vezes uma falha subjetiva, deixando evidentes os sinais de tal falha na estrutura do nó borromeano. Por outro lado, a própria psicose explicita por que via o sujeito inventa um modo de amarração entre os registros Real, Simbólico e Imaginário que o mantém estável, conservando-o fora do desencadeamento.

Laurent (2007, [2006]) trabalha com a ideia de que o programa de investigação convocado a abordar a clínica das psicoses ordinárias deve procurar estabelecer certa pragmática, caso a caso, de como um sujeito constitui os registros Real, Simbólico e Imaginário. Assim, ao nos colocarmos diante de um caso de psicose, é preciso que indagemos sobre as reparações *sinthomáticas* ou suplências referidas ao nó que o sujeito elege, e que permite promover as amarrações necessárias entre os registros Real, Simbólico e Imaginário.

Conclusão

As elaborações realizadas em torno da psicose ordinária, que se constituiu desde Miller como um programa de investigação, tem possibilitado certa orientação da prática do analista diante de alguns impasses vividos frente à clínica da psicose na atualidade. Concluímos a partir deste trabalho que, tomando os pressupostos teórico-clínicos da clínica borromeana de Lacan, é possível fundamentar a noção de psicose ordinária a partir de uma leitura que a conceba como uma psicose que faz usos de suplências, permitindo a amarração dos registros Real, Simbólico e Imaginário.

Podemos atestar que a psicose ordinária testemunha muitas vezes uma falha subjetiva, deixando evidentes os sinais de tal falha na estrutura do nó borromeano. Por outro lado, a própria psicose explicita por que via o sujeito tem inventado um modo de amarração entre os registros Real, Simbólico e Imaginário que o mantém estável, a fim de manter-se fora do desencadeamento.

Assim, é possível constatar a pertinência de se conceber a clínica da psicose ordinária como uma clínica das suplências referidas ao nó borromeano, requerendo um duplo diagnóstico para ser identificada: por um lado, tratando-se de buscar por sinais da falha no nó borromeano na estrutura psíquica, e, por outro, discernir por que meio esse defeito tem sido compensado pelo sujeito.

Vimos que Laurent (2007, [2006]) trabalha com a ideia de que o programa de investigação convocado a abordar a clínica das psicoses ordinárias deve procurar estabelecer certa pragmática, caso a caso, de como em um sujeito se constituem as consistências do real, simbólico e imaginário. Nesta perspectiva, o sujeito deve contar com um aparelho suplementar, uma invenção

de sua própria solução para compensar a falha na amarração entre os nós, construindo assim, como suplência, um modo de fazer sustentar juntos o real, o simbólico e o imaginário.

Concluimos que dentre as múltiplas formulações existentes no programa de investigação sobre as psicoses ordinárias, considerando que “a psicose é um vasto continente, um continente imenso” (MILLER, 2010, p. 23), a definição da clínica da psicose ordinária como uma clínica das suplências referidas ao nó pode ser tomada como uma formulação importante na clínica da psicose. Sabemos que a noção de psicose ordinária está em pleno processo de estudos e elaborações teóricas. Assim, o nosso trabalho se justifica na medida em que buscamos contribuir com o que ainda se constitui um programa de investigação.

Referências

BORIE, Jacques; RABANEL, Jean-Robert; VIRET, Claude. Clínica da suspensão. In: MILLER, Jacques-Alain et al. **La psicosis ordinaria**: la convención de Antibes. Buenos Aires: Paidós, 2011.

BRODSKY, Graciela. **Loucuras discretas**: um seminário sobre as chamadas psicoses ordinárias. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011.

CASTANET, H.; GEORGES, P. Ligamentos, desligamentos e religamentos. In: MILLER, Jacques-Alain et al. **La psicosis ordinaria**: la convención de Antibes. Buenos Aires: Paidós, 2011.

DAFUNCHIO, Nieves Soria. **Confines de las psicosis**. 1a ed. Buenos Aires: Del Bucle, 2008.

FREUD, Sigmund. **As neuropsicoses de defesa**. Rio de Janeiro: Imago, 1980a. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 3).

_____. Documento “O Caso de Mademoiselle B”: relato de uma apresentação de paciente. **Esboço de psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1980b. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 23).

HENRY, Fabienne. **Lalíngua da transferência nas psicoses**. In: BATISTA, M. C. D.; LAIA, S. (Orgs). **A psicose ordinária**: a Convenção de Antibes. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. Documento “O Caso de Mademoiselle B”: relato de uma apresentação de paciente feita por J. Lacan (entrevista realizada em 1976). **Psicose - Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 4, n. 9, p. 3, 1993.

_____. Documento “O Caso de Mademoiselle B”: relato de uma apresentação de paciente. **O seminário, livro 3**: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985a.

_____. Documento “O Caso de Mademoiselle B”: relato de uma apresentação de paciente. **O seminário, livro 20:** mais, ainda. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985b.

_____. Documento “O Caso de Mademoiselle B”: relato de uma apresentação de paciente. **O seminário, livro 22:** RSI. (1974-1975).

_____. Documento “O Caso de Mademoiselle B”: relato de uma apresentação de paciente. **O seminário, livro 23:** o sintoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LAURENT, Éric. **La psicosis ordinária.** In ¿Cómo se enseña la clínica? Buenos Aires: Instituto Clínico de Buenos Aires, 2007, [2006].

MALEVAL, Jean-Claude. Elements pour une apprehension clinique de la psychose ordinaire. In: SÉMINAIRE DE LA DÉCOUVERTE FREUDIENNE. 18-19 janvier 2003. Disponível em: <http://w3.erc.univ-tlse2.fr/pdf/elements_psychose_ordinaire.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2014.

MAZZOTTI, Maurizio. A psicose de Louis Althusser. **Entrevários: Revista de Psicanálise,** São Paulo: Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade, 2009, p. 83.

MILLER, Jacques-Alain et al. **Le Conciliabule d’Angers:** effets de surprise dans les psychoses. Paris: Seuil, 1996/1997.

MILLER, Jacques-Alain. et al. **Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica:** a Conversação de Arcachon. São Paulo: Biblioteca Freudiana Brasileira, 1997/1998.

MILLER, Jacques-Alain et al. **La psicosis ordinaria:** la convención de Antibes. Buenos Aires: Paidós, 2011.

_____. **Los signos del goce.** Buenos Aires: Paidós, 1998.

_____. Efeito do retorno à psicose ordinária. **Opção Lacaniana online,** ano 1, n. 3, nov. 2010. Disponível em: <http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_3/efeito_do_retorno_psicose_ordinaria.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2014.

NAPARSTEK, Fabián. Toxicomanía y el diagnóstico actual. **Pharmakon.** Publicación de grupos e instituciones de toxicomanía y alcoholismo del Campo Freudiano. Belo Horizonte: TyA y IPSMMG, ago. 2005.

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

SAGNA, Carole Dewambrechies-La; DEFFIEUX, Jean-Pierre. Uso do corpo e sintomas. In: BATISTA, M. C. D.; LAIA, S. (Orgs.). **A psicose ordinária:** a convenção de Antibes. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

SAUVAGNAT, François. Fenômenos corporais psicóticos: as tradições psiquiátricas e suas problematizações por Lacan. In: BATISTA, M. C. D.; LAIA, S. (Orgs.). **A psicose ordinária:** a convenção de Antibes. Belo Horizonte: Scriptum, 2012.

SKRIABINE, Pierre. A psicose ordinária do ponto de vista borromeano. **Revista Latusa digital,** ano 6, n. 38, set. 2009. Disponível em: <http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_38_a2.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2014.

Agradecimento

Agradeço à FHEMIG e à FAPEMIG pelo apoio concedido durante a pesquisa através da bolsa de estudos oferecida dentro do PCRH – Programa de Capacitação de Recursos Humanos.

Submissão em: 10/12/2014

Revisão em: 29/05/2016

Aceite em: 05/08/2016

Marconi Martins da Costa Guedes é Psicólogo graduado pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Atualmente atua no Instituto Raul Soares, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais/FHEMIG. É especialista em Psicologia Clínica pela PUC-MG e mestre em Estudos Psicanalíticos pela UFMG. Este artigo foi produto da pesquisa de mestrado intitulada “A psicose ordinária e seus índices: uma investigação à luz da clínica borromeana” concluída em 2014 pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

E-mail: marconi_martins@hotmail.com

Márcia Maria Rosa Vieira Luchina é Professora do Departamento de Psicologia / UFMG. Doutora em Letras pela UFMG e Pós-doutorado em Psicanálise pela UFRJ e UFMG.

E-mail: marcia.rosa@globo.com