

Esquizofrenia, os limites de um conceito

Marta D'Agord

Apresentação

O termo esquizofrenia não tem mais de noventa anos, e nesse período, o termo, que fora criado para definir a fragmentação ou dissolução dos processos psíquicos própria de uma forma de psicose, generalizou-se para denominar todos os processos de divisão e fragmentação, seja na esfera da família, da comunicação, ou da sociedade. E, paralelamente, entre os pesquisadores em psicopatologia, o próprio termo começou a ser questionado como termo adequado para definir a doença mental para o qual foi criado. E como resultado, a própria entidade nosológica, esquizofrenia, teve seus contornos de definição revisados. O que revela a dinamicidade da psicopatologia e, ao mesmo tempo, desperta a necessidade de se ter sempre presente a história da psicopatologia.

Neste trabalho apresentaremos uma panorâmica da história da esquizofrenia. Partindo da história dessa entidade nosológica, desde a sua descoberta e primeira conceptualização, até a atualidade. História na qual a teoria psicanalítica desempenhou um papel decisivo quando do estabelecimento da noção de psicogênese das psicoses.

Histórico do conceito de esquizofrenia

O conceito de Esquizofrenia foi elaborado por Eugen Bleuler (1857-1939), e aparece no título da sua obra *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* publicada em 1911. Bleuler criou este neologismo para marcar a ruptura de sua concepção com aquela até então aceita, a concepção da demência precoce de Émil Kraepelin (1856-1926). O que o nome demência precoce indicava era o surgimento de sintomas de deterioração mental em jovens recém entrando na idade adulta. O nome é de autoria de B. A. Morel (1809-1873), que em 1851 faz a primeira descrição de jovens que sofriam de estados sucessivos de decadência cerebral até chegar a uma fase terminal de dissolução psíquica.

Em 1896, Kraepelin englobou, sob o termo de Morel, os diversos estados mórbidos caracterizados por distúrbios da vida afetiva e da vontade e com uma evolução progressiva em direção de uma desagregação completa da personalidade. Kraepelin também estabeleceu que o critério discriminativo essencial da demência precoce era um critério evolutivo, a evolução terminal até um estado de enfraquecimento psíquico. Ele descreveu a demência precoce como uma doença única que poderia apresentar três formas clínicas: a hebefrênica, a catatônica e a paranóide..

A forma hebefrênica foi descrita como uma psicose pós-pubertária caracterizada por fenômenos que hoje chamaríamos de regressivos: infantilidade, passividade e desagregação da personalidade. Essa forma já havia sido descrita por Ewald Hecker (1843-1909) em 1871. Ele descreveu como paraphrenia hebética uma doença mental que eclodia na puberdade e que tendia a evoluir para um estado de fraqueza psíquica. Para Hecker tratava-se de uma doença de juventude, por isso a escolha do neologismo que provém de Hébe, a deusa da juventude na mitologia grega. Hecker observou que o enfraquecimento intelectual para o qual tende a evolução desta doença era anunciado por sinais precursores desde o início da eclosão da doença. Esses sinais consistiriam em: anomalias da construção sintática que mudaria diversas vezes durante a elaboração de frases longas sem que por isso fosse perdido o fio condutor do pensamento; impossibilidade de formular um pensamento de forma concisa; e enfim, em uma propensão acentuada a desviar o modo normal de falar e escrever, a alterar a linguagem e falar e escrever um jargão estranho. O mérito de Hecker foi de ter compreendido que estes distúrbios formais da linguagem traduziam diretamente o drama do desmoronamento do eu.

A forma catatônica, que já havia sido descrita por Kahlbaum, compreendia os estados depressivos, seguidos de uma fase de excitação e que ao final evoluíam para um estupor catatônico que conduziria à fase confusional que precedia à demência terminal.

A forma paranóide ou delirante foi caracterizada como uma forma grave com grande atividade alucinatoria, delírios incoerentes acompanhados de alucinações cinestésicas e psíquicas incluindo os fenômenos de transmissão de pensamento. A forma paranóide de demência precoce não deve ser confundida com a paranóia. Essa última, por não se caracterizar por deterioração psíquica, foi excluída das formas de Demência Precoce.

As três formas da demência precoce de Kraepelin são aceitas por Bleuler, mas sob o nome de grupo das esquizofrenias. Ele inclui uma quarta forma que chama de esquizofrenia simples. Bleuler, no entanto, supera a Kraepelin em outro aspecto, o do critério diagnóstico.

Ele coloca em jogo o critério de deterioração psíquica que fora instituído por Kraepelin. Para Bleuler este critério se torna questionável na medida em que se registram casos de catatonia que desde o ponto de vista dos sintomas deveriam ser incluídos na demência precoce, mas que não chegam a uma deterioração completa. Assim a palavra Demencia não se aplicaria a todos os casos. Outro questionamento que levou a mudança do nome da doença foi a descoberta de casos em que a deterioração não aparecia precocemente, mas mais tarde. É assim que se tornou necessário rever o próprio nome da doença. Com o neologismo *esquizo-frenia* composto pelo verbo grego *schizo*, que significa fender, separar, clivar; e pelo substantivo grego *phrén*, que significa espírito, inteligência, Bleuler quer mostrar que o sintoma fundamental desta doença é a dissociação do psiquismo, e não uma crescente deterioração psíquica. A idéia de dissociação ou clivagem (*Spaltung*) traz em si uma concepção dinâmica da psicose e com isso traduz a influência da teoria psicanalítica sobre Bleuler.

Bleuler define a esquizofrenia como um grupo de psicoses cujo curso pode ser crônico ou intermitente, podendo deter-se ou retroceder em qualquer etapa, mas que não permite uma completa *restitutio ad integrum*. A doença se caracteriza por um tipo específico de alteração do pensamento, dos sentimentos e da relação com o mundo exterior. Em todos os casos encontra-se uma clivagem (*Spaltung*) mais ou menos nítida das funções psíquicas. Essa clivagem atinge a personalidade, o processo associativo e os afetos.¹

Para explicar o processo de ruptura das associações dos pacientes esquizofrênicos Bleuler deixa em aberto duas diferentes interpretações: 1. A ruptura das associações pode ser a decorrência de um processo orgânico e o complexo ideo-afetivo assim isolado do resto da personalidade funciona como um corpo estranho e torna-se patogênico ou; 2. A carga afetiva contida no complexo ideo-afetivo é tal que provoca a ruptura das associações.

Processo e complexo, os dois termos empregados por Bleuler, testemunham que, além da mudança de nome de uma doença mental, o que estava se operando em 1911 era também uma mudança nos critérios de definição em psicopatologia. Com o termo processo Bleuler afirma que não há uma gradação do normal ao patológico, mas que ambos são processos diferentes. (Se nós saltarmos quatro décadas, vamos encontrar Jacques Lacan (1901-1981) introduzindo o termo estrutura para dar conta do mesmo processo.) Com o termo complexo ideo-afetivo Bleuler não só passa a valorizar a história pregressa do paciente, como também faz sua contribuição à teoria psicanalítica. Contribuição aceita por Freud (1856-1939) em 1909: *Aceitando a proposta da Escola de Zurique (Bleuler, Jung e outros), convém dar o nome de complexo a um grupo de elementos ideacionais interdependentes, catexizados de energia afetiva*.²

Bleuler inovou também na distinção entre sintomas fundamentais, que dão unidade ao grupo de psicoses esquizofrênicas, e sintomas secundários (ou acessórios). Os sintomas fundamentais vão além dos fenômenos observáveis e constituem já uma interpretação psicopatológica a ser dada ao que é observado.

Os sintomas fundamentais são:

Os transtornos da associação (extravagantes; em demasia ou em obstrução);

Os transtornos da afetividade (indiferença);

A predileção pela fantasia;

A ambivalência (da vontade, do afeto e ambivalência intelectual);

A inclinação a distanciar-se da realidade (autismo).³

¹ Bleuler, E. *Demencia Precoz, el grupo de las esquizofrenias*, p. 15.

² Freud, S. *Cinco lições de psicanálise*, Edição Standard, Volume XI, p. 31.

³ Cf. Bleuler, E. *Op. cit.*, p. 21.

A descontinuidade das associações seria uma das alterações no processo de pensamento. Enquanto no processo normal de pensamento as inúmeras imagens presentes e latentes se combinam para determinar cada associação; na esquizofrenia, imagens isoladas ou combinações inteiras podem tornar-se ineficazes. No lugar dessas imagens ou combinações, o pensamento opera com idéias e conceitos que não têm relação, ou tem uma relação insuficiente, com a idéia principal. Como resultado, o pensamento torna-se confuso, extravagante, incorreto e fragmentado. Frequentemente se observa que duas idéias que não têm entre si nenhuma relação intrínseca, e que preocupam ao paciente, são simplesmente associadas. Assim também pode ocorrer a condensação, ou seja, a contração de muitas idéias em uma, mas as relações que permitem essa condensação são acidentais.⁴

Bleuler observa também que, em contraste com as psicoses orgânicas, na esquizofrenia é possível encontrar intactas a sensação, a memória, a consciência e a motilidade. Mas devido à alteração das funções simples de associação e afeto, o esquizofrênico acaba alterando sua relação com o mundo e a sua vida interior assume uma preponderância patológica.⁵ Bleuler denomina autismo este desapego à realidade.

Bleuler reconhece que a psiquiatria, em 1911 ainda não sabe o que é realmente o processo esquizofrênico. Mas com base na distinção entre sintomas primários e secundários ele consegue estabelecer uma primeira conceptualização desta enfermidade:

*Postulamos a presença de um processo que produz diretamente os sintomas primários; os sintomas secundários são em parte funções psíquicas que operam em condições alteradas, e em parte os resultados das tentativas de adaptação, mais ou menos exitosas, às perturbações primárias.*⁶

As idéias delirantes seriam exemplos de sintomas secundários. E, segundo Bleuler, o conteúdo dessas idéias estaria constituído por desejos e temores que, devido a transtornos afetivos, estariam deformados. Ou seja, não fosse a dissociação (*Spaltung*) que bloqueia os complexos mais carregados de afeto, seria possível compreender esses desejos e temores expressos no delírio. O delírio é incompreensível porque nele estão condensadas ou deslocadas uma cadeia de associações.

Bleuler aplicou ao discurso de seus pacientes o que tinha aprendido sobre o processo primário que caracteriza as formações do inconsciente. O que foi teorizado na *Interpretação dos Sonhos* sobre o processo primário na formação dos sonhos e nos sintomas neuróticos, é então aplicado por Bleuler para explicar o delírio esquizofrênico.

Ao redor de 1911, Bleuler, C. G. Jung (1875-1961) e Freud se encontravam em intensa interlocução teórica, e as contribuições de cada um eram, quando aceitas pelos outros, absorvidas em suas próprias teorizações. E, quando não aceitas, se procedia a uma detalhada defesa ou contra-argumentação, conforme a posição na qual cada um se encontrava: de crítico das idéias dos outros ou de defensor de suas próprias idéias.

E é nesse clima de interlocução que, em 1911, Freud publica as *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschreibenden Fall von Paranoia (Dementia Paranoides)*. Uma análise psicanalítica das memórias do presidente do senado de Dresden, Daniel Paul Schreber. Trata-se da primeira de uma série de contribuições de Freud para a pesquisa sobre a psicose, obra na qual ele apresenta uma análise e interpretação do sentido do delírio paranóico e ao final (e que nos interessa no momento), ele compara a paranóia à esquizofrenia.

É nesta obra que Freud revoluciona a concepção que se tinha até então dos delírios como meros sintomas: *A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução.*⁷ Freud aplica essa nova concepção do delírio também em outros casos de psicose, como a esquizofrenia:

⁴ Cf. Bleuler, E. *Op. cit.*, pp. 29-34.

⁵ Cf. Bleuler, E. *Op. cit.*, p. 71.

⁶ Bleuler, E. *Op. cit.*, p. 475.

⁷ Freud, S. *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia*, 1911c, Edição Standard brasileira, Volume XII, p. 95. *Studiensausgabe*, p. 193.

Abraham muito convincentemente demonstrou que o afastamento da libido do mundo externo é uma característica particular e claramente marcada da demência precoce. Desta característica inferimos que a repressão é efetuada por meio do desligamento da libido (. . .) Jung, com extraordinário acume analítico, percebeu que os delírios (delíria) e estereótipos motores que ocorrem nessa perturbação são os resíduos de antigas catexias objetais, que se apegam com grande persistência. Essa tentativa de restabelecimento, que os observadores equivocadamente tomam pela própria doença, não faz uso da projeção, como na paranóia, mas emprega um mecanismo alucinatório (histérico). Este é um dos principais aspectos em que a demência precoce difere da paranóia e esta diferença pode ser geneticamente explicada a partir de outro ângulo (a fixação disposicional primitiva).⁸

Ao incluir a esquizofrenia na hipótese da teoria da libido, teoria que foi elaborada a partir da clínica das neuroses, Freud foi obrigado a repensar o seu conceito de narcisismo. É assim que no texto *Zur Einführung der Narzissmus*, Freud propõe que na esquizofrenia (ou parafrenia, como ele prefere denominá-la) há um afastamento do mundo externo sem que as relações objetais que uma vez existiram sejam retidas na fantasia, como ocorre na neurose. O parafrênico, diz Freud, parece ter realmente retirado sua libido de pessoas e coisas do mundo externo, sem substituí-las por outras na fantasia. Quando realmente as substitui, o processo parece ser secundário e constituir parte de uma tentativa de recuperação, destinada a conduzir a libido de volta a objetos.⁹ É assim que deveria ser compreendido o delírio de fim de mundo Schreber: este acredita que o mundo chegou ao fim e que o mundo que ele vê diante de si é um outro mundo. O fim do mundo é a projeção de uma catástrofe interna. O seu mundo subjetivo chegou ao fim desde o momento em que Schreber retirou sua libido (amor) do mundo.¹⁰

Lendo essas duas obras, a de 1911 e a de 1914, vemos como Freud transita da esquizofrenia para a paranóia, encontrando muitos aspectos em comum entre essas duas formas de psicose. Observa-se também que Freud alterna as expressões parafrenia, demência precoce e esquizofrenia para descrever uma mesma entidade, na qual, às vezes, inclui a paranóia. Assim, antes de avançarmos nas considerações freudianas sobre a esquizofrenia apresentadas nos escritos metapsicológicos de 1915, é importante efetuarmos uma parada para analisar o uso do termo parafrenia por Freud.

Em 1911, Freud propõe o termo parafrenia em substituição ao termo demência precoce de Kraepelin e apresenta, também, suas objeções ao termo esquizofrenia de Bleuler. Em primeiro lugar, Freud observa que o nome esquizofrenia não é adequado na medida em que se baseia em uma característica da doença postulada teoricamente; em segundo lugar, essa característica, a *Spaltung* das associações, não pertence exclusivamente à esquizofrenia.¹¹ Com essas objeções o que Freud quer, na verdade, é demarcar um lugar próprio para a paranóia, independente do grupo das esquizofrenias:

O que me parece essencial é que a paranóia deve ser mantida como um tipo clínico independente, por mais freqüentemente que o quadro que ofereça possa ser complicado pela presença de características esquizofrênicas. Do ponto de vista da teoria da libido, embora se assemelhe à demência precoce na medida em que a repressão propriamente dita em ambas as moléstias teria o mesmo aspecto principal, desligamento da libido, juntamente com sua regressão para o ego, ela [a paranóia] se distinguiria da demência precoce por ter sua fixação disposicional diferentemente localizada e por possuir um mecanismo diverso para o retorno do reprimido (isto é, para a formação de sintomas). Parecer-me-ia plano mais conveniente dar à demência precoce o nome de parafrenia. Esse termo não possui conotação especial e serviria para indicar um relacionamento com a

⁸ Freud, S. *Op. cit.* Edição Standard brasileira, p. 102-103. *Studiensausgabe*, p. 198.

⁹ Freud, S. *Sobre o narcisismo: uma introdução*, 1914c, Volume XIV, Edição Standard brasileira, p. 91.

¹⁰ Cf. Freud, S. 1911c, Edição Standard brasileira, pp. 93-94.

¹¹ Freud, S. *Op. cit.*, 1911c, Edição Standard brasileira, p. 100. *Studiensausgabe*, p. 197.

*paranóia (nome que não pode ser modificado) e, além disso, lembraria a hebefrenia, entidade que hoje se acha fundida com a demência precoce.*¹²

Já em 1914, no seu artigo sobre o narcisismo, Freud emprega o termo parafrenia em um sentido mais amplo, abrangendo tanto a paranóia como a esquizofrenia. Conforme Strachey, essa ampliação do termo é abandonada por volta de 1917 e, por fim, Freud parece ter abandonado até mesmo a tentativa de introduzir o termo.¹³

O problema terminológico já parece superado em 1915, no artigo *Das Unbewusste*, onde Freud retorna à questão da retirada das catexias das relações objetais na esquizofrenia. Essa retomada da descrição do processo esquizofrênico é feita no contexto da elucidação do conceito de *Vorstellung* (apresentação) do objeto.

Freud subdivide a apresentação de objeto em apresentação de coisa e apresentação de palavra. A apresentação de coisa consiste na catexia das imagens diretas da memória da coisa, ou pelo menos de traços mais remotos derivados delas. Enquanto que a apresentação de palavra tem a ver com o que em lingüística estrutural Saussure convencionou chamar de significante.

*A apresentação consciente abrange a apresentação da coisa mais a apresentação da palavra que pertence a ela, ao passo que a apresentação inconsciente é a apresentação da coisa apenas. O sistema Ics. contém as catexias da coisa dos objetos, as primeiras e verdadeiras catexias objetais; o sistema Pcs. ocorre quando apresentação da coisa é hipercatexizada através da ligação com as apresentações da palavra que lhe correspondem.*¹⁴

As hipercatexias fazem com que surja uma organização psíquica mais elevada no pré-consciente, possibilitando que o processo primário seja sucedido pelo processo secundário. Do contrário as intensidades catexiais ficariam livres e pelo processo de deslocamento uma idéia cederia a outra sua quota de energia, assim como, pelo processo de condensação, uma idéia poderia apropriar-se de toda a catexia de várias outras idéias. Esses dois processos são a marca distintiva do processo primário.

Na esquizofrenia, diz Freud, as palavras estão sujeitas ao processo primário, processo igual ao dos sonhos. As palavras passam por uma condensação, e por meio do deslocamento transferem integralmente suas catexias de umas para as outras. O processo pode ir tão longe, que uma única palavra, se for especialmente adequada a suas numerosas conexões, assume a representação de todo um encadeamento de pensamento. Nos sintomas de esquizofrenia haveria, portanto, uma dominância do que tem a ver com as palavras sobre o que tem a ver com as coisas.

Ora, é por essa via aberta por Freud que, na década de 50, Jacques Lacan (1901-1981) direciona sua pesquisa das psicoses. Entre 1955 e 1956, Lacan ministra o seminário sobre as psicoses, onde faz uma releitura da obra de Freud sobre a paranóia, a análise das memórias do presidente Schreber. Lacan analisa as psicoses tomando como modelo a paranóia, pois a sua preocupação maior é a de encontrar o núcleo comum das psicoses, que estaria presente tanto na esquizofrenia como na paranóia. E é nesse seminário que Lacan apresenta os dois conceitos que permitirão uma compreensão estrutural do fenômeno psicótico: o conceito de ponto de basta (*point de capiton*) e o conceito de forclusão (*Verwerfung*).

Freud havia percebido que, no delírio, o que ocorria era uma predominância da apresentação (*Vorstellung*) de palavra sobre a apresentação de coisa. Lacan, a partir da divisão da lingüística estrutural entre significante e significado, propõe que, na experiência psicótica, o significante e significado apresentam-se de forma dividida. A ausência de um ponto de amarragem entre significante e significado, o ponto de basta, explicaria, portanto, o que Freud chamara de domínio da apresentação de palavra sobre a apresentação de coisa.

O ponto de basta¹⁵ é um ponto de costura próprio ao trabalho do estofador (por isso também é conhecido como ponto de estofa). Se não há uma amarragem entre as diversas redes de linhas em um determinado ponto, todo o trabalho de costura pode ser perdido, basta puxar uma linha da rede. Esse ponto de basta serve como modelo para a estrutura neurótica, onde há um

¹² Freud, S. *Op. cit.*, 1911c, Edição *Standard* brasileira, pp. 100-101. *Studiensausgabe*, p. 197-198.

¹³ Cf. nota de rodapé n. 1, 1911c, Edição *Standard* brasileira, p. 101.

¹⁴ Freud, S. *O inconsciente*, 1915e, Volume XIV, Edição *Standard* brasileira, p. 230.

¹⁵ point de capiton.

núcleo organizado da subjetividade em torno de uma falta, a castração e o correspondente saber suposto à função paterna. A partir dessa amarragem o sujeito está referido a um mundo organizado ao redor de um pólo central do qual partem todas as significações. Na estrutura psicótica a amarragem central de significante e significado foi foracluída. Lacan denomina de foraraclusão a rejeição de um significante primordial, o significante que simbolizaria a falta no sujeito. E o desencadeamento da psicose ocorre quando esse significante que foi rejeitado retorna, mas como não foi simbolizado pelo sujeito, ele só pode retornar no real. O modelo de comparação mais uma vez é o da estrutura neurótica. A idéia de retorno no real do que foi foracluído anteriormente não deixa de ter como modelo o conceito de retorno do recalçado, empregado por Freud para explicar a gênese do sintoma neurótico.

Na verdade, o próprio Freud inaugurou essa interpretação dos fenômenos psicóticos que sempre tem como modelo comparativo a estrutura neurótica. É o que Lacan mostra no trecho do seminário sobre as psicoses quando cita uma frase de Freud de onde ele depreende o conceito de *Verwerfung*: *A respeito da Verwerfung, Freud diz que o sujeito não queria nada saber da castração, mesmo no sentido do recalque (. . .) isso supõe um outro mecanismo.*¹⁶

Assim ficava estabelecido que o mecanismo de recalçamento (*Verdrängung*) é próprio da estrutura neurótica, e que o de foraclusão (*Verwerfung*) é próprio das psicoses. Lacan sistematiza então o que já vinha se gestando desde Bleuler e Freud, a concepção estrutural das psicoses.

A partir de então a escuta do discurso do paciente, mais do que a tradicional observação de seus sintomas, ganha relevância para um diagnóstico de psicose. Pois através do discurso delirante o sujeito está tentando articular essa amarragem central de significação que foi foracluída. Assim surgia uma clínica das psicoses baseada não na supressão do delírio (através inclusive de medicamentos) mas uma clínica que reconhecia, na formação delirante, a tentativa de cura do paciente.

A valorização da tentativa de cura não significa, porém, que o paciente através da sua construção delirante poderia sair da estrutura psicótica. O que se quer dizer é que ele poderá sair da crise e viver como um psicótico fora de crise. Esse é o sentido de uma concepção estrutural: o neurótico não pode se tornar psicótico, nem o psicótico se tornar neurótico.

Nesse resumo histórico foi possível observar como, em pouco mais de quarenta anos, de 1911 a 1956, ocorreu uma revolução no campo da psicopatologia mudando completamente o modo como se via a psicose. A psicose, inclusive a esquizofrênica, que era até 1911 vista como uma doença degenerativa, ganhou o estatuto de estrutura e com isso pôde ser colocada junto à neurose em termos comparativos.

Como apenas meio século anos nos separam da elaboração mais acabada da concepção estrutural das psicoses por Lacan, ainda há muito a ser pesquisado, principalmente no que tange à contribuição da noção de estrutura das psicoses para a compreensão da esquizofrenia.

BIBLIOGRAFIA SOBRE ESQUIZOFRENIA

BEAUCHESNE, Hervé. *Histoire de la psychopathologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1986.

BLEULER, Eugen. *Demencia Precoz, el grupo de las esquizofrenias*. Trad. Daniel Wagner. Buenos Aires: Ediciones Hormé, 1960.

CALLIGARIS, Contardo. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FREUD, Sigmund. *Studiensausgabe*. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag, 1973.

¹⁶ Lacan, J. *Seminário 3*, p. 173.

_____. Edição *Standard* brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Coord. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago: 1987.

GARRABÉ, Jean. *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Seghers, 1992.

JUNG, Carl Gustav. *Psicogênese das doenças mentais*. 2. ed. Tradução de Marcia Cavalcanti. Petrópolis (RJ): Vozes, 1990.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 3: as psicoses, 1955-1956*. Tradução de A. P. Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

_____. *Escritos*. México: Siglo XXI, 1971

NICOLAÏDIS, Nicos. *A representação: ensaio psicanalítico*. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo: Escuta, 1989.

NOVAES, Mariluci. *Os dizeres nas esquizofrenias: uma cartola sem fundo*. São Paulo: Escuta, 1996.

POSTEL, Jacques e QUETEL, Claude (Orgs.) *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Toulouse: Éditions Privat, 1983.

STERIAN, Alexandra. *Esquizofrenia*. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ROUDINESCO, Elisabeth. *História da psicanálise na França* (I). Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. *História da psicanálise na França* (II) Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988

TOBIN, Catherine. *La schizophrénie au quotidien*. Paris: Éditions Odile Jacob, 1990.

Casos clínicos

CORDIÉ, Anny. *Um niño psicótico*. Buenos aires: Nueva visión, 1994. (originalmente publicado em 1987).

GREEN, Hannah. *Nunca lhe prometi um jardim de rosas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Originalmente publicado em 1964).

O'BRIEN, Barbara. *A vida íntima de uma esquizofrênica: operadores e coisas*. Rio de Janeiro: Imago, 1982.(The inner life of a schizophrenic, London, 1960)

SECHEHAYE, M. A. *La realización simbólica y diario de una esquizofrênica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988. (originalmente publicado em 1947/1950).