

A dialética entre a primeira e a segunda clínicas de Lacan

Cristiana Pittella de Mattos

Resumo: Procura-se, neste texto, delimitar o campo de investigação das psicoses ordinárias na perspectiva dialética das primeira e segunda clínicas de Lacan.

Palavras-chave: primeira e segunda clínicas, psicose ordinária.

Summary: We sought to define the research field of ordinary psychosis in a dialectical perspective of the first and second clinic Lacan.

Keywords: first and second clinic, ordinary psychosis.

A dialética entre a primeira e a segunda clínicas de Lacan

Cristiana Pittella de Mattos

I- Introdução

Miller, ao iniciar seu seminário *Coisas de fineza em Psicanálise*, propõe um retorno a Lacan, pela convicção de que dele houve um afastamento. Ele ressalta que tal afastamento ocorreu porque o que é verdade para o mundo — que a psicanálise vale como terapêutica — não é verdade para a psicanálise. Um desenvolvimento reorientador à chamada psicanálise aplicada à terapêutica é dado para não deixar a psicanálise morrer pela sua complacência em relação ao discurso do mestre.

O discurso do mestre supõe uma identificação do sujeito ao significante mestre: S1/\$. O sujeito é assim reconhecido como pertencendo a uma categoria: deprimido, hiperativo, obeso, drogadito, crônico, bipolar etc. Isso não significa conhecer o sujeito e sim um exemplar da categoria, levando o psicanalista a indagar sua direção. É preciso escolher, convoca Miller: o sujeito ou a sociedade.

Escolher a sociedade é fazer uma pedagogia corretiva, colocando o sujeito, por meio da persuasão, nos trilhos do que a sociedade espera dele: trabalho, inserção no meio social, na família, e, no final, a reprodução. Essa concepção é aquela de uma psicoterapia autoritária que tenta padronizar o desejo e colocar o sujeito na esfera dos ideais comuns: *como todo mundo*.

A psicanálise, entretanto, está do lado do sujeito e vale como meio de emergência de um desejo inédito: *não como todo mundo*. A causa do desejo não é genérica, o gozo não é programado na espécie humana, é contingente.

Miller inicia seu retorno a Lacan alertando para não se sacrificar a razão de ser da psicanálise. Se a psicanálise tem efeitos terapêuticos — tampão, adaptação, alívio — é na medida em que reconhece a singularidade do desejo. Ela opera terapia, não quando reconduz à norma e sim quando autoriza o desejo no seu desvio constitucional — é o que se denomina satisfação subjetiva. *O direito de um* é promovido pela psicanálise, o direito à singularidade, em relação ao discurso do mestre que faz valer o direito de todos.

Diversos casos no NPPsicose contrariam o ideal institucional do direito *para todos* e da lógica de funcionamento instituída, colocando-nos o desafio de articular o *direito de um*. Viu-se a importância para um paciente de poder circular em serviços de urgência, não só quando estava em crise, pois era o único laço tecido por ele; para outro, as exigências e tentativas institucionais de inseri-lo no mercado de trabalho levava-o a uma desestabilização; para outro, ainda, era necessário manter

assintoticamente a reivindicação de seus direitos como cidadão; e também aquele que, para ser acolhido, passa ao ato, mutilando-se, pois havia exigência de que estivesse em urgência.

A partir da leitura desse seminário de Miller, escolheu-se o título do presente texto: *A dialética entre a primeira e a segunda clínicas de Lacan*, pois segundo Miller, fala-se muito atualmente de uma *nova clínica psicanalítica* que se desenvolveria a partir do último ensino de Lacan e que superaria a antiga. Seria, resalta Miller, o que dizem, às vezes, a clínica borromeana (segunda clínica), em oposição à clínica estrutural (primeira clínica), que distingue neurose, psicose e perversão. Essa oposição entre o antigo e o novo, alerta Miller, solicita alguma dialética, pois a primeira é conservada na segunda. Esta se acrescenta à primeira e supõe tudo que a precede: a clínica freudiana e a lacaniana clássica que reformula a freudiana em termos linguísticos. Portanto, é preciso ter precaução: a segunda clínica não anula as outras leituras da primeira clínica, e, para se pensar essa relação e suas consequências para a psicose, aqui serão abordadas cada uma, suas possibilidades, limites e impasses.

II- Primeira clínica, a estruturalista: Neurose e Psicose

A clínica classifica os fenômenos a partir de signos e de índices repertoriados, é um exercício de ordenamento e objetivação. Na psicanálise, encontra-se a tripartição de classes herdadas da psiquiatria: Psicose, Neurose e Perversão. O psicanalista se refere a elas, e isso faz parte de seus instrumentos.

Essas classes clínicas sofrem uma transformação conceitual na orientação lacaniana, figurando como estruturas. Para além de conjuntos de signos sintomáticos, para além dos fenômenos, acrescenta-se a causa. O conceito de estrutura acrescenta uma articulação de elementos diferenciados. Veja-se como esses elementos se articulam na neurose e na psicose:

Na neurose, o ser falante consente à afirmação primordial de um significante — S1 — o que Freud nomeou *Bejahung*. Ao consentir com o S1 vindo do campo do Outro, é negada a identidade do sujeito com o significante — S1# \$. Há, portanto, consentimento à falta-a-ser esse significante (recalque do falo) e à articulação significante S1__S2. Isso quer dizer que o sujeito figura no discurso através de um representante, "um sujeito é aquilo que um significante representa para outro significante":

$$\begin{array}{c} \underline{S1} \quad _ \quad S2. \\ \$ \end{array}$$

A contingência do S1 vindo do campo do Outro promove o sujeito ao articular-se ao S2. Produz-se um efeito de sentido articulado pelo sujeito que fala e

que é falado e um resto de gozo(a). O S1, ao mesmo tempo, cria o sujeito do significante e o apaga, barrando-o (\$) de todo o ser e todo o sentido (é a operação de alienação e separação, descritas por Lacan no *Seminário XI, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* ou, ainda, a estruturação do discurso do mestre, do inconsciente, base do laço social descritos no *Seminário XVII, O Avesso da Psicanálise*).

Pode-se ilustrar, a esse propósito, a histeria e seu desejo insatisfeito — sua insatisfação quanto à capacidade do significante de representar seu ser — assim como na obsessão a incerteza e a dúvida de ser aquele mesmo o significante que o representa. A estrutura de linguagem do saber inconsciente se define por essa conexão dos significantes — e o saber recalcado reaparece nas formações do inconsciente. Nesse sentido, o homem habita a linguagem que, para seu corpo, lhe faz órgão, é a linguagem que lhe vai servir para aparelhar seu gozo e lhe permitir ter um corpo como metáfora de gozo.

Na psicose, no entanto, há uma negação do significante, ou seja, sobre a possibilidade da articulação. A forclusão anula a possibilidade de o significante funcionar representando o sujeito (S1S2), ele se apresenta colado ao S1. A *Bejahung*, então, não se produz, trata-se, diz Lacan, no *Seminário III*, da rejeição de um significante primordial, que coloca em dúvida todo o conjunto significante, fazendo com que alguma coisa não seja manifestada no registro simbólico.

$$\text{Sgte} = 0 \qquad \text{P0} \qquad \phi 0$$

Isso caracteriza a forclusão do Nome-do-Pai, da metáfora primordial da castração. O sujeito não se encontra representado para outro significante, o que faz com que o significante funcione redobrando o real.

A distinção entre neurose e psicose repousa assim sobre um traço significante distintivo: a presença ou não do Nome-do-Pai (MILLER,1997). A presença do NP faz operar a metáfora paterna. Trata-se de uma *máquina significante* que transforma em sentido o gozo, ela é uma retranscrição em termos linguísticos do Complexo de Édipo e de seu declínio, retoma Miller em seu *Seminário* de 2009.

A mãe, com suas idas e vindas, entra nessa operação enquanto um significante (DM) — ou seja, há uma oposição presença e ausência. Essa dinâmica significante é significada para o sujeito como um enigma: DM / X. X é o enigma do desejo da mãe: O que sou para ela?

Essa questão, "O que sou?", formula-se do lugar do Outro (A) da linguagem. E, se há NP, um sentido ao enigma do desejo da mãe e à sua satisfação enigmática se produzirá.

O NP substitui o significante do desejo da mãe e faz surgir uma nova significação: o gozo ganha sentido — a significação fálica localiza e dá uma proporção, uma medida ao gozo (gozo fálico):

$$\begin{array}{ccc} \text{NP} & & \text{NP (A)} \\ \hline & \cdot & \\ \text{DM} & \cdot & \text{Phallus} \\ & \times & \end{array}$$

O NP é o lugar de uma nomeação possível para a criança do fora de sentido da ausência da mãe. O puro capricho do Outro que se vai como ele quer, confrontando a criança aos furos no saber, ganha um sentido sexual e orienta a falta em face do enigma do desejo do Outro. A linguagem vem assim aparelhar o gozo, o sexual vai-se estabilizar para a criança fora dela mesma, podendo, assim, não responder mais entregando seu corpo, ou sua imagem.

Desde que esse significante esteja forcluído, o sujeito se encontra na psicose. A entrada na psicose se dá em um momento crucial em que emana do campo do Outro o apelo a um significante essencial que não pode ser recebido. São situações clássicas em que no seio de uma relação dual se introduz um terceiro (Um-pai), assim como o encontro com outro sexo, a perda de um ideal, ou, ainda, ter que assumir e tomar a palavra, arcar com responsabilidades e nomeações recebidas, situações que levam o sujeito a uma busca de referência, e ele encontra um buraco no Outro.

O sujeito tinha uma realidade estabilizada, mas, quando lhe é exigido responder do “ponto de vista do Nome-do-Pai” (MILLER, 2009), este não comparece, havendo o desencadeamento súbito da psicose (um chamado do lugar de uma exceção que não há, o sujeito ainda assim se encarregará de sê-lo – psicose extraordinária). A ruptura da cadeia produz, no psicótico, o sentimento de uma perturbação da ordem do mundo, a sensação de aproximação de um buraco (perplexidade) e a impressão de ter que resolver um problema central e enigmático.

Os fenômenos da forclusão do NP se presentificam, sejam aqueles dos efeitos de gozo na linguagem (o gozo se liga a elementos linguísticos no desencadeamento significante — automatismo mental — tal como eco do pensamento, enunciação dos atos, as palavras explosivas, ladainha, palavras absurdas e sem sentido, as intuições abstratas, parada do pensamento etc...) assim como também os acontecimentos de gozo no corpo (não localização do gozo), como o surgimento da voz, o objeto olhar persecutório, as automutilações que visam a separar-se do gozo que invade e perturba o sujeito em sua circulação social.

Alguns arranjos são feitos para colocar a angústia mais distante tal como o delírio, que tenta localizar o gozo no Outro, no significante, para dar uma *ordenação do mundo*. Trata-se de “um ensaio de rigor”, diz Lacan, ou, ainda, uma tentativa de

paliar o imaginário pelo simbólico. Essa é uma saída clássica, o *delírio como cura*, dizia Freud (a *metáfora delirante* em Lacan), para compensar a ausência da metáfora paterna, dada a forclusão do NP. Onde falta a metáfora fundamental constrói-se uma delirante. Assim, quando um sujeito chega com episódios claramente psicóticos — em surto — ou com uma história clara de desencadeamentos, não há muita dificuldade, inicialmente, de classificá-lo na estrutura psicótica.

III- A questão da psicose ordinária

Muitas psicoses, entretanto, não se revelam classicamente por rupturas, e muitas delas encontram saídas diversas às do delírio. Muitos são aqueles que procuram a psicanálise com uma diversidade de demandas — depressão, inibição no trabalho e no estudo, querer ser analista, distúrbio psicossomático, ou, ainda, com sintomas tipicamente neuróticos, tal como obsessões, fobias, conversões, entre outros... Em relação a essas situações, Lacan já notava em seu Seminário III que “nada se parece tanto com uma sintomatologia neurótica que uma sintomatologia *pré-psicótica*” (LACAN, 1956 pg. 219) assim como já ressaltara a *parapsicose*, típica daqueles sujeitos que fazem “como se”, eles assumem uma “série de identificações puramente conformistas a personagens que lhe darão o sentimento do que é preciso fazer para ser um homem” (LACAN, 1956, pg. 233); ele também não deixou de fora aqueles que se encontram em “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, que se orientam sobre uma “identificação pela qual ele assumiu o desejo da mãe...” (LACAN, 1955-56, p.572).

Mas será com Joyce que se encontrará em Lacan a contribuição maior ao estudo dessas psicoses, assinalando na direção de uma clínica das *psicoses ordinárias*.

Lacan se interessa pela forma como Joyce confia sua relação com o corpo em *O Retrato do artista*, ao relatar a surra que leva dos colegas (LACAN, 1975, p.145-146) e como ele *deixa cair* a relação com o corpo próprio. Essa relação com o corpo próprio Lacan ressalta ser suspeita para um analista, pois a ideia de si como corpo é o que se chama de ego. Lacan apoia-se no fato de Joyce não ter guardado o menor rancor, e ele revela que “todo o negócio se esvaiu, como uma casca”. Ou seja, Joyce tem uma ausência de afeto em reação à violência psíquica e uma colocação do corpo à distância. O ego é dito narcísico, pois há alguma coisa que suporta o corpo como imagem, no entanto, para Joyce, como ele não se liga naquela ocasião à imagem (ao corpo), Lacan infere daí um defeito no enlaçamento dos registros que determinam a estrutura do sujeito — uma falha na articulação do simbólico e do real que faz com que o elemento imaginário se vá..., entretanto, Joyce não desencadeia uma psicose.

A escrita e a obra de Joyce retêm a atenção de Lacan, pois elas valorizam seu nome, “fazendo uma compensação à carência paterna”, ou, ainda, recompõe seu ego. O ego para Joyce tem outra função que a narcísica (ego # moi); a ideia de si em Joyce é sustentada pela escrita e não pelo corpo. A escrita tem uma função reparadora (tece o imaginário), instaurando uma segunda amarração entre o real e o simbólico, tomando o imaginário em sua enodação, impedindo-o de esvaír-se.

A psicose ordinária não é, no entanto, uma categoria de Lacan, mas, segundo Miller (2009), é uma categoria clínica lacaniana, extraída por ele do que vem chamando o “último ensino de Lacan”. Ela não tem uma definição rígida — não se trata de um conceito e sim de um significante (ou, ainda, como disse M. H. Brousse, em seu texto “A Psicose Ordinária à luz da teoria lacaniana dos discursos, trata-se de um *Work in progress*, 2009); trata-se, portanto, de uma definição dada *a posteriori* — por exemplo, quando não se reconhecem signos evidentes da neurose (repetição constante e regular do mesmo, relação à castração, à impotência, ao impossível, existência do - ϕ , diferenciação do eu e do Isso, entre os significantes e a pulsão, um SE claramente traçado), parte-se, assim, à procura de pequenos índices de uma desordem no mais íntimo sentimento de vida no sujeito (MILLER, 2009).

É preciso ressaltar que a psicose ordinária participa da estrutura da psicose, mas ela é diferenciada da psicose clássica pela discrição de suas manifestações e pelos modos originais de estabilização — suas suplências e compensações permitem evitar, para muitos, um desencadeamento em toda uma existência. São essas formas singulares de desenlaces e de amarrações que introduzem a segunda clínica de Lacan, levando a um ultrapassamento da ideia de subordinação do imaginário ao simbólico, abrindo plenamente um novo campo de estudo sobre as possibilidades de compensar a forclusão do NP.

IV- Segunda clínica, a borromeana: *sinthoma*

A segunda clínica é aquela do nó borromeano, em que o real, o imaginário e o simbólico estão sobre o mesmo plano. Trata-se não mais de um simbólico dominando ou recobrando o real, mas de tentar apreender como esses três registros (RSI) se desenlaçam ou se enlaçam entre eles. Ou seja, uma clínica em que o foco será o sistema de atar — ponto de capitonê (MILLER, 1997).

É a clínica do *Sinthoma* desenvolvida por Lacan em seu *Seminário RSI* e também no *Seminário O sinthoma*, no qual demonstra que o sintoma não é só metáfora, mas, também, gozo.

O conceito de *sinthoma* centra-se assim sobre o que em Freud aparece como os restos que não variam, ampliando o conceito de sintoma.

Quando se fala de sintoma em psicanálise, entende-se com isso um elemento passível de dissolver-se ou, supostamente, desaparecer, suspender-se, ao passo que *sinthoma* designa o elemento que não pode desaparecer, que é constante (incurável). É um gozo que não se resolve pela significação fálica (fora do sentido).

Todo o gozo não se deixa resolver pela solução fálica — há o que Freud chamou dos objetos pregenitais que não entram na significação fálica e que obturam o lugar negativo do $-φ$: $a / -φ$. O objeto a passa a ser concebido como o que resta de gozo após a incidência da castração que será buscado como causa de desejo.

Quando há presença do NP, pode-se dizer que temos uma tipologia da articulação S1-S2, bordejado pela castração: $a / -φ$.

O NP assim localiza o gozo (extração do objeto a), ele não é somente uma referência significativa, mas é também interrogado enquanto ele é ao menos um que, de seu lugar de exceção e de modelo, demonstra o que ele fez de seu gozo e como ele trata o *para além* da mãe. Ou seja, a questão da sexualidade, do gozo de uma mulher (que ele idealize a mulher, que ele possa rebaixá-la, que ele a tome invasiva ou persecutória, não é indiferente para o sujeito cada uma dessas versões...).

O NP, portanto, será, a partir dessas elaborações, não mais que um caso distinto de sintoma, um *modo de enlaçar os registros*, podendo haver outros que se equivalem ao NP. Nesse sentido, um dos ensinamentos da psicose ordinária é aquele segundo o qual uma amarração sistemática poder sustentar-se sem o apoio do NP.

O princípio cardeal dessa clínica (MILLER, 1997), pode-se encontrá-lo na fórmula NP = *Sinthoma*, ou seja, o NP não é mais que um sintoma.

É a singularidade que orienta em relação a esse princípio da clínica: para cada um seu *sinthoma*.

No entanto, como se disse no início, ela não substitui a clínica da palavra, mas permite levar em conta a singularidade do sujeito. Lacan inventou o conceito de *sinthoma*, segundo Miller (2009), para designar o singular fora da classificação.

E o NP que condiciona toda a realidade psíquica é somente um modo de gozo, é um modo de gozo apreendido em sua característica universal (MILLER, 2009).

A metáfora paterna resolve o gozo pelo sentido comum (*discursos*): cada vez que se é tocado, que se sente emoção, que isso quer dizer alguma coisa, o falo está operando, é o símbolo do sentido comum (MILLER, 2009).

A segunda clínica vai colocar assim abaixo a referência à normalidade e à saúde mental, pois há uma radical inadequação do real e do mental, ou, ainda, não há adequação da palavra ao real: a harmonia nunca é alcançada pelo ser falante, a doença lhe é intrínseca e ela se chama: *não haver relação sexual*.

Nesse sentido, pode-se dizer que, no universo do mental, encontra-se sempre um excesso, ou uma falta, ou ainda, algo não muito em seu lugar. A ausência de relação sexual torna inválida qualquer noção de saúde mental e qualquer noção de terapêutica como volta à saúde mental.

Esta ideia de harmonia que preside a opinião sobre a saúde engendra uma preocupação higienista, tal como diz Miller (2009), ao citar Canguilhem, quando coloca em questão a validade do conceito de saúde: *o higienista se esforça para reger uma população, não há relação alguma com os indivíduos. A saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na descrição das relações sociais*.

V- Por uma dialética entre a primeira e segunda clínicas de Lacan

Assim, distinção entre neurose e psicose é operatória no nível do significante, mas ela é muito menos no nível do modo de gozar. Se se abandonar a tipologia e se passar à singularidade, dir-se-á que nesse nível: todo mundo é louco. Do ponto de vista que cada um tem um *incomparável* (o que é propriamente, resalta Miller, o mais psicanalítico); nesse ponto, tem-se uma visão antidiagnóstica. Assim, a segunda clínica, do ponto de vista da psicose, permite apreender o enodamento que cada um encontra para manter sua existência no campo significante.

No entanto, o diagnóstico é um suplemento, ele se acrescenta para que se possa chegar a esse ponto singular e incomparável de cada um. Sabe-se o quanto o discernimento da estrutura do sujeito condiciona de maneira decisiva a *condução do tratamento* e que as intervenções próprias para temperar o gozo devem ser claramente distinguidas daquelas orientadas em direção à análise do recalado.

Alguns sinais já puderam ser destacados, nas conversações clínicas do Campo Freudiano, em sujeitos cuja psicose manifestava discretamente seus desenlaces, tal como a falha na enodação subjetiva, índices da não-extração do objeto, falhas na capitonagem, estranheza entre o eu e o corpo, desconexão da pulsão, prevalência de identificações imaginárias, desligamentos.

Miller recentemente (2009) organizou três modos para se pensar a *desordem do sentimento da vida* que a psicose ordinária coloca em jogo, em relação à realidade social, corporal e subjetiva (tripla externalidade).

1. Externalidade social (realidade social)

a) trata-se de uma identificação social *negativa*: trata-se dos pseudodesencadeamentos, dos neodesencadeamentos, ou, ainda, dos desligamentos. São as desconexões sociais sucessivas pelas quais um sujeito passa, seja no trabalho, na família, até levarem uma vida errante — sujeitos que não se ajustam, não encontram um lugar ao sol, muito comum nos esquizofrênicos.

b) identificação social *positiva*: são aqueles sujeitos que investem excessivamente em seu trabalho, em sua posição social, ou seja, consideram trabalho e posição social *como um NP*, tendo a função de “nomeado para”. São sujeitos agarrados ao Outro (S1) tal como em uma nomeação de “ex-drogadito” que permite ao sujeito circular, sem que ele possa aproximar-se da droga, pois ela o desestabiliza. São casos que revelam claramente a forclusão do falo, de onde poderiam ver-se amados (significação do DM).

2. Externalidade corporal (realidade corporal)

a) trata-se do corpo como Outro para o sujeito: para que ele não se desfaça, o sujeito é levado a inventar laços artificiais para se reapropriar de seu corpo, para se prender a seu corpo (ex: crianças que não se separam de alguns objetos colados ao corpo; alguns sujeitos que chegam a ter lesões em relação a esses objetos presos no corpo, as tatuagens, embora em voga, podem revelar uma não-extração do objeto.

3. Externalidade subjetiva (realidade subjetiva)

a) há uma fixidez especial da experiência com o vazio, com a vacuidade, podendo colocar em jogo sua existência. Ou ainda uma identificação maciça com o objeto dejetado, o sujeito pode transformar-se em rebotalho, negligenciando-se até seu ponto mais extremo. O que se revela é uma desvitalização do ser, dado $\phi 0$.

Em relação à realidade sexual (seria um quarto ponto, que Miller não desenvolve), pode-se verificar como o encontro com o outro sexo presentifica $\phi 0$, revelando uma impossibilidade de abordar o outro sexo falicamente (ex. de uma paciente que participou de uma Apresentação de Pacientes no NPPsicose, pois colocava dúvidas diagnósticas para o técnico que conduzia seu tratamento em relação à histeria ou à psicose. Ela demonstrava uma repulsa sexual remarcável. Pôde-se verificar não só sua psicose ordinária — não havia história de rupturas, mas ela revelou na entrevista uma concepção de corpo e da relação sexual de uma forma muito particular. Ela havia tido uma experiência de sexo oral que tocou seu útero, esse pequeno índice retirado de sua fala revelou uma forclusão do falo.

Curiosamente, a própria AP funcionou para ela como um aparelho que introduz esse gozo em um circuito mais comum ao se lembrar de um jogador de futebol que passara também por essa experiência e a relatara na televisão).

Toda a questão que a psicose ordinária coloca é a de se verificar, para cada sujeito, qual suplência, amarração, ele constrói; já que ele não dispõe da articulação significativa para se manter no discurso e fazer laço social (ou seja, a linguagem não funciona como um aparelho, um órgão, como precisou Lacan em *Mais Ainda*, que permitiria ao sujeito abordar a realidade).

Para terminar, faz-se aqui necessário um retorno a Miller, em seu retorno às psicoses ordinárias: uma vez que se disser

é uma psicose ordinária, vocês têm que tentar classificá-la de uma maneira psiquiátrica. Vocês não se devem simplesmente dizer que é uma psicose ordinária, vocês devem ir mais longe e encontrar a clínica psiquiátrica e a clínica psicanalítica clássica. Se vocês não fazem isto — e é o perigo do conceito de psicose ordinária — será o que chamamos 'abrigo da ignorância'. Isto se torna um refúgio para não saber. Se falamos de psicose ordinária, de qual psicose falamos? (MILLER, 2009).

Referências Bibliográficas:

LACAN, J. *O Seminário*, Livro 3: As Psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. *O Seminário*, Livro 23: O Sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

MILLER, J.- A. *Os casos raros, inclassificáveis, da clínica psicanalítica*, A Conversação de Arcachon. Biblioteca Freudiana Brasileira, 1998.

MILLER, J.- A. Seminário de Orientação Lacaniana: Coisas de Fineza. 2009, (divulgação interna da EBP)

MILLER, J.- A. Retour sur La psychose ordinaire. *Quarto*, Revue de Psychanalyse, n.17. Bruxelles, École de La Cause Freudienne, jan 2009.