

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Dagmara Yuki Vieira Tomotani Myrria

**UM OLHAR SOBRE A CLÍNICA DA PSICOSE: TRANSFERÊNCIA E
PRÉ-CONCEITO**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2016

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Dagmara Yuki Vieira Tomotani Myrria

UM OLHAR SOBRE A CLÍNICA DA PSICOSE: TRANSFERÊNCIA E PRÉ-
CONCEITO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO

2016

BANCA EXAMINADORA

Aos Grandes Homens.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, por acreditar na analista e pesquisadora que existe em mim e por estimular meu *pathos* pela psicanálise. Seus ensinamentos fizeram marca.

Ao CNPq pela bolsa de financiamento desta pesquisa, sem a qual este processo se tornaria ainda mais árduo.

À Banca de Qualificação, composta pelos Professores Dr. Sérgio Franco e Dra. Silvana Rabello – os comentários atenciosos foram fundamentais para o avanço desta pesquisa.

À Professora Dra. Adela Stoppel de Gueller e, novamente, à Professora Silvana Rabello, por aceitarem o convite para participar da Banca de Exame, e por se fazerem acolhedoras diante da perda.

À Professora Dra. Elisa Maria de Ulhôa Cintra, por aceitar presidir a Banca de Exame e representar de maneira tão respeitosa o Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

Ao Laboratório de Psicopatologia Fundamental e seus pesquisadores: esse espaço foi essencial no processo de construção desta pesquisa. Que possamos manter a inquietude diante do desconhecido, enigmático e obscuro da clínica.

Às amigas Thaís Pereira, Thaís Zanoni e Vanessa Freitas – nosso *pathos* diante da psicose foi apenas o início de um percurso repleto de amor.

Aos amigos do Grupo Verso: Ana Bellan, Carina Braga, Fernanda Miranda, Gustavo Dean, Juliana Zweifel, Laerte de Paula, Tábata Romani e Tais Nicoletti. Nossas intervisões e discussões foram fundamentais em meu caminho pela psicanálise e pela pesquisa.

Aos mestres José Waldemar Thiesen Turna, Marcelo Francisco de Mello e Nelson Cristini Júnior, pelo apoio no desejo pela psicanálise e pela pesquisa.

Ao meu marido Raney Myrria, por me ensinar sobre o amor, o respeito e a confiança. Sem suas palavras de incentivo meu caminho seria mais difícil e menos feliz.

Aos meus pais Roberto Tomio Tomotani e Regina Maria Vieira Tomotani, por acreditarem no meu potencial e me ensinarem a importância dos estudos. Obrigada especialmente pelo amor.

Às minhas irmãs Desléia Tomotani e Daniere Tomotani, pelo apoio incondicional, pela amizade e pelo respeito com o meu percurso.

Às amigas do No Divã, por me mostrarem que a distância não é capaz de enfraquecer amizades.

À equipe técnica da Casa de Saúde São João de Deus e aos pacientes, pela oportunidade de aprendizado.

Ao Yoshi e à Lucy, pela companhia carinhosa nos momentos de escrita solitária.

Finalmente, ao Lúcius, meu primeiro e tão marcante paciente psicótico, pela ilusão e desilusão diante da clínica.

MYRRIA, D. (2016). *Um olhar sobre a clínica da psicose: transferência e pré-conceito*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). São Paulo, SP: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

RESUMO

A dissertação *Um olhar sobre a clínica da psicose: transferência e pré-conceito* tem como objetivo discutir o enigma apresentado à analista diante da Clínica da Psicose. No tratamento destinado a Lúcius, caso clínico desta dissertação, a analista constatou a existência de um tipo de transferência do paciente que tinha por manifestação o empréstimo da imagem da analista como tentativa de investir libido no mundo externo. O processo de construção da dissertação inicia-se com um resgate dos escritos de Freud, Lacan e Aulagnier sobre a paranoia, passando para a elaboração sobre a ausência de olhar na psicose e desenrolando na construção do conceito de transferência na mesma. Ao final da pesquisa, um novo capítulo foi inserido, pois outro enigma surgiu durante esse caminho: a existência de um pré-conceito da analista em relação à psicose, o qual é retratado a partir de um ideal passível de consequentes desdobramentos e atravessamentos nesta clínica. Por meio da Psicopatologia Fundamental e do Método Clínico, esta pesquisa trabalhou com o singular emergido na clínica, que, de alguma forma, se revelou como um *pathos* necessitado de um *logos*.

Palavras-chave: Psicose, Transferência, Paranoia, Psicopatologia Fundamental.

MYRRIA, D. (2016). *Um olhar sobre a clínica da psicose: transferência e pré-conceito*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). São Paulo, SP: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ABSTRACT

The dissertation *Um olhar sobre a clínica da psicose: transferência e pré-conceito* [A look at the clinic of psychosis: transference and pre-concept] aims to discuss the riddle presented to the analyst when facing the Clinic of Psychosis. In treating Lucius, the clinical case of this work, the analyst noted the existence of a type of patient transfer which was manifested by loaning the analyst's image to attempt to invest libido in the external world. The dissertation construction process begins with a rescue of the writings of Freud, Lacan and Aulagnier about paranoia; passing to an elaboration on the absence of the gaze in psychosis, and then unrolling the construction of the concept of transference in it. At the end of the research, a new chapter was inserted because another enigma arose during this journey: the existence in the analyst of a pre-concept related to psychosis, which is portrayed from an ideal which is subject to subsequent developments and crossings in this clinic. Through Fundamental Psychopathology and Clinical Method, this research worked with the singular that emerged in the clinic, which, somehow, was revealed as a *pathos* in need of a *logos*.

Key-words: Psychosis, Transference, Paranoia, Fundamental Psychopathology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
Neurose e Psicose.....	12
A transferência como objeto de pesquisa.....	16
Sobre a dissertação.....	18
MÉTODO.....	20
O Laboratório de Psicopatologia Fundamental.....	26
CASO CLÍNICO.....	28
CAPÍTULO I: UMA CONSTRUÇÃO PSICANALÍTICA SOBRE A PARANOIA.....	41
1.1. A paranoia em Freud.....	43
1.2. <i>Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade: A paranoia em Lacan</i>	56
1.3. A violência da interpretação: A paranoia em Aulagnier.....	62
CAPÍTULO II: LÚCIUS E A AUSÊNCIA DO OLHAR.....	70
CAPÍTULO III: A TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE.....	79
CAPÍTULO IV: O PRÉ-CONCEITO DO ANALISTA NA CLÍNICA DA PSICOSE.....	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
Propostas futuras.....	114
REFERÊNCIAS.....	115

INTRODUÇÃO

O estudo sobre a loucura tornou-se foco desde que essa passou a ser o objeto de tratamento médico, portanto, desde que passou a ser considerada uma manifestação indesejada.

Porém, o que se quer dizer com loucura? Seria a manifestação menos frequente em um meio social? Ou tudo aquilo que, de alguma forma, causa incômodo, nesse contexto? Ou talvez ambos os olhares sejam válidos?

Essas questões são levadas em consideração pela pesquisadora e inauguram o pensamento desta dissertação. De que forma a loucura, como essa manifestação do descontrole, afeta aqueles que dela se aproximam?

O interesse pela clínica da psicose esteve presente na pesquisadora desde o início de sua Formação em Psicanálise. A partir de um Núcleo de Formação Permanente denominado “Núcleo Psicanálise e Psicose”, pertencente ao Centro de Estudos Psicanalíticos, a analista foi apresentada à Casa de Saúde São João de Deus, um Hospital Psiquiátrico onde iniciou sua prática clínica.

Esse Núcleo tem como proposta a articulação da teoria psicanalítica sobre a psicose com a experiência empírica do atendimento a pacientes psicóticos amparado pela supervisão clínica.

Neste trabalho, a analista percebeu em si o despertar de um *pathos* em relação à psicose. Esse *pathos* se referia ao desejo de investir nessa atuação clínica, seja através dos estudos, seja nos atendimentos a esses pacientes.

Em meio ao trabalho na Casa de Saúde São João de Deus, a analista iniciou o atendimento de Lúcius, um paciente internado na instituição que, após a alta médica, revelou à analista um interesse em seguir com o tratamento no consultório. Esse tratamento durou cerca de um ano e meio, período marcado pela presença de uma transferência sentida de forma maciça pela analista, em virtude da sua intensidade invasiva, inviabilizando qualquer pensamento ou elaboração sobre o caso.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa, intensidade quer dizer:

1. Qualidade do que é forte, enérgico, activo, do que é intenso. 2. Grau muito elevado de uma energia, de uma força... = INTENSÃO, VEEMÊNCIA. *Supportava a custo a intensidade do calor, naquele Verão ardente. Nevava e o frio fazia-se sentir com intensidade. A intensidade da luz parecia cegá-lo. Fraca, forte, grande +.* 3. Grau muito elevado de um sentimento, sensação... = ARDOR, FORÇA. *Teve dificuldade em suportar a intensidade da dor sem gritar. A intensidade do olhar.* 4. *Fonét.* Maior ou menos força com que se expulsa o ar dos pulmões ao emitir um fonema. 5. Fís. Quociente de uma quantidade por um tempo. 6. Mús. Qualidade que permite que os sons sejam mais ou menos perceptíveis ao ouvido; volume do som. 7. **Intensidade de iluminação**, fluxo de energia luminosa, recebida em cada unidade de superfície, colocada normalmente à luz incidente. **Intensidade de magnetização**, quociente do momento magnético bipolar pelo elemento de volume correspondente. **Intensidade luminosa**, quantidade de luz emitida por uma fonte pontual, por segundo, numa dada direção e por esterradiano. (*Ibidem*, p. 2132)

E invasão significa:

1. Tomar ou ocupar pela força militar um país ou território; fazer a invasão de. = CONQUISTAR, OCUPAR. 2. Afluir ou entrar em grande número num espaço, num local. *Produtos estrangeiros invadem o mercado. Os gafanhotos invadem os campos. Os turistas invadem as praias no Verão.* 3. Introduzir-se ou entrar de forma hostil, inoportuna, abusiva. *Os jornalistas invadiram-lhe o gabinete. Invadir a privacidade. Os ladrões invadem as casas.* 4. Penetrar profundamente ou entrar violentamente e espalhar-se. *Um cheirinho de comida invadiu a casa. O som do violino invadiu a sala de*

espetáculos. 5. Manifestar-se violentamente, dominando, tomando conta, preponderando-se. = APODERAR-SE, DOMINAR. O desespero invadiu-o. (Ibidem, p. 2132.)

Tanto intensidade quanto invasão carregam, em seus sentidos, uma violência. Foi essa violência que marcou a analista durante os atendimentos a Lúcius, porém, diante de seu preconceito em relação à psicose, não foi possível a ela se defender, o que a fez, por vezes, questionar seu desejo e disponibilidade em atender ao paciente.

Neurose e Psicose

Apesar de a Psicanálise ter sido um campo criado a partir da clínica com a neurose, a teoria psicanalítica sobre a psicose tem seu início de forma bastante paralela a esta.

No início de sua obra, Freud estava interessado em definir a noção de defesa nas variadas afecções, separando as neuropsicoses de defesa e as neuroses narcísicas de acordo com suas observações diante das manifestações específicas do que hoje é definido como neurose e psicose.

Ao longo de seus estudos, Freud vai desenhando a psicanálise e sua forma de leitura em relação à psicose, sem deixar de lado a comparação desta com a neurose.

Em seu texto *Neurose e psicose*, ele afirma: “A neurose é o resultado de um conflito entre o ego e o id, ao passo que a psicose é o desfecho análogo de um distúrbio semelhante nas relações entre o ego e o mundo externo” (FREUD, 1924, p. 167). Na neurose há uma predominância da influência da realidade, enquanto na psicose a predominância é do id.

A neurose seria o resultado do conflito vivido pelo ego ao tentar se defender contra o impulso instintual do id. O ego, na sua função de mediador psíquico, intermedia o id e o superego fazendo uso dos mecanismos de defesa, dentre os quais o recalque é o principal.

O conteúdo recalcado, recusando sua condenação ao inconsciente, luta contra seu destino buscando caminhos possíveis de manifestação. Esses caminhos e essas manifestações “disfarçadas” do id são os sintomas da neurose.

Na psicose, o conflito é entre o ego e o mundo externo. O ego recusa o mundo externo e cria um novo mundo interno e externo. Porém, esse novo mundo é construído de acordo com os impulsos do id, de acordo com o processo de construção do delírio.

A perda da realidade, tanto na neurose quanto na psicose, deve-se ao poder do id, que não se deixa sucumbir a ela, ao mundo externo. A diferença se dá no que desencadeia essa revolta do id: o neurótico quer fugir, evitar a realidade que lhe foi apresentada; o psicótico nem teve acesso a essa.

Na neurose, o afrouxamento da relação com a realidade deve ser situado como reação contra o recalçamento. A perda da realidade é secundária ao estabelecimento da neurose, quer essa perda provenha do combate contra o sintoma, quer se constitua pela predominância da fantasia sobre a realidade.

Na psicose, ao contrário, a perda da realidade é primária, ela é a própria doença, com o desligamento parcial sendo muito mais frequente e servindo de introdução ao desligamento total. O segundo tempo dessa primeira manifestação comporta o carácter de reparação: a construção delirante.

O que leva o psicótico a “rejeitar” o mundo externo?

Todo sujeito se situa em um mito familiar. Esse mito familiar diz respeito ao lugar que o sujeito é destinado pelo Outro, o discurso pelo qual ele será atravessado antes de nascer, e, às vezes, antes mesmo do óvulo ser fecundado. É todo o enredo no qual o infans é acolhido/alimentado/atravessado.

O início da gravidez coincide, ou se acentua, com a instauração de uma relação imaginária na qual o sujeito criança não é representado pelo que ele é na sua realidade, um embrião no curso do seu desenvolvimento, mas pelo que já chamei, em outro lugar, o corpo imaginado, ou seja, um corpo já completo e unificado, dotado de todos os atributos para isso necessários. (AULAGNIER, 1964, p. 55-56)

A libido materna se inclina a essa relação imaginária com o bebê, e é isso que formará o corpo imaginado que integrará o bebê mais tarde. Essa erotização do corpo do infans é um processo importante, que além de integrar o corpo, também lhe dará um lugar, dará um mito à criança.

Aqui temos a primeira diferença entre o que marca o neurótico e o potencialmente psicótico: o psicótico não tem um mito familiar, porque até para fazer um mito no qual se diz sobre o sujeito é preciso conceber um tipo de separação. “Ele é assim... Ele será assim”. Ele, terceira pessoa.

Nessa diferença é possível entender o motivo da frequência com que os delírios se dirigem a uma referência originária, por exemplo: “Eu sou Deus”, “Eu sou filho de Deus”, “Meus pais são os reis...”.

Como afirma Freud: “O delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo” (*Op. cit.*, p. 169). O delírio se manifesta como um remendo no rasgo entre o eu e o mundo externo. Se o sujeito

não tem um mito, há um buraco na relação dele com o mundo. Esse buraco precisa ser preenchido, e o será com a criação delirante.

Essa questão da função materna é o principal ponto quando começamos a tentar traçar a diferença na constituição de um neurótico e um psicótico. Aulagnier faz o seguinte apontamento sobre a mãe do psicótico:

A mãe do psicótico não é alguém que faz a lei, ela é a lei, o que é diferente. [...] As regras do jogo jamais foram aceitas por ela e, o que é mais grave, jamais compreendidas; poder-se-ia dizer que o único jogo que elas conhecem é o “sucesso”, jogo sem parceiro e sem aposta senão no nível de uma onipotência autista. (AULAGNIER, 1964, p. 58)

A criança, o bebê, o filho, é apenas um “objeto orgânico”. A mãe do psicótico não consegue elaborar uma representação imaginária da criança que vai chegar. Se na criança neurótica a mãe faz um investimento libidinal na representação imaginária, na criança psicótica a mãe faz um superinvestimento narcísico na sua produção endógena. Esse objeto crescendo dentro dela não é simbolizado, gerando apenas a onipotência materna.

É relativamente normal encontrar em mães uma insegurança em relação aos filhos, mas nas mães de psicóticos dificilmente existe esse medo, porque sendo a lei, ela é o saber – e no saber não há abertura para entrada do outro.

Nesse ponto, a função paterna é questionada na psicose.

Tudo o que no seu corpo lembra a contribuição paterna é negado, anulado e, em primeiro lugar, tudo o que poderia fazer lembrar que ela [a criança] é fruto de uma união sexual, que enquanto ser sexuado ela é também filha do pai. A forclusão do nome do pai tem aqui seu ponto de origem. (AULAGNIER, 1964, p. 61)

O pai é aquele cuja função é mediadora da relação da mãe com a criança e da criança com a mãe. A mãe desvia o olhar do bebê para o pai, e esse movimento permite que o infans entenda que existe algo que o separa dessa mãe, que ela não é dele e que ele não é sua majestade, o bebê.

No Édipo, essa compreensão se acentua quando, diante do desejo de possuir a mãe, o bebê se depara com a existência do pai. Se ele ficar com a mãe, poderá perder o falo, ser castrado. O complexo de castração instaura o Nome-do-Pai. Na psicose, em virtude da relação simbiótica entre a mãe e o filho, não há espaço para entrada do pai.

Forcluir é um termo do Direito usado para se referir a um momento, uma fase, que o sujeito deixou de viver, que ele “pulou”.

O psicótico “pulou” o Édipo e a castração. Ele não viveu o apaixonamento pela mãe e a descoberta de que a mãe pertencia ao pai. É nesse contexto que dizemos que, na psicose, há a forclusão do Nome-do-Pai.

A transferência como objeto de pesquisa

Todo principiante em psicanálise provavelmente se sente alarmado, de início, pelas dificuldades que lhe estão reservadas quando vier a interpretar as associações do paciente e lidar com a reprodução do recalcado. Quando chega a ocasião, contudo, logo aprende a encarar estas dificuldades como insignificantes e, ao invés, fica convencido de que as únicas dificuldades realmente sérias que tem que enfrentar residem no manejo da transferência. (FREUD, 1915, p. 177)

É desta forma que Freud inicia seu texto *Observações sobre o amor transferencial*. Por meio dessas palavras, o autor revela o ponto chave da análise, assim como informa aos desavisados aquilo que irá ser o maior entrave e uma das grandes descobertas de toda a sua teoria: a transferência.

Entretanto, sendo esse conceito criado a partir da clínica da neurose, como ele poderia ser pensado na clínica da psicose? Seria mesmo possível pensar na transferência na psicose, uma vez que a defesa desta ocorre a partir da forclusão do Nome-do-Pai e não do recalque, como na neurose?

Esta investigação se coloca na medida em uma situação problemática surge. De acordo com Berlinck, um enigma da clínica compreendido pela discrepância entre “aquilo que é e aquilo que deveria ser” (2000, p. 316) marca o reconhecimento de uma situação problemática que exige um trabalho de especificação.

Ressalta-se neste momento que a pesquisadora está ciente do risco iminente na utilização do termo “transferência” para tratar da psicose. Sabe-se que a transferência foi descoberta e desenvolvida a partir da clínica da neurose, e não há, neste trabalho, a pretensão de se “neurotizar” o paciente, por mais que exista a necessidade da analista na significação do dito pelo paciente como forma de alimentá-la e ampará-la no tratamento.

Após o estudo sobre a transferência, optou-se por tomar o termo e utilizá-lo na psicose como forma de apontar para a existência e relevância desse algo enigmático da clínica da psicose.

Não se pode dizer, mesmo a partir de todo elaborado, que a transferência pertence à clínica da psicose. O que é apontado é que é possível verificar na clínica com psicóticos momentos passíveis da leitura transferencial.

Assim como é necessário um cuidado ao tratar do termo análise para a psicose, falar da transferência nessa clínica também exige restrição. Pensa-se a transferência de forma ampliada, levando em conta os elementos presentes nesta instância psíquica.

Sobre a dissertação

O caso clínico foi escolhido a partir de uma questão transferencial apresentada de forma enigmática. Havia a necessidade de refletir sobre o caso para compreender o que nele marcou de forma tão intensa a analista.

Essa questão transferencial se manteve durante toda a pesquisa, buscando uma forma de ser dissolvida através dos estudos e dos escritos.

O primeiro movimento da analista pesquisadora em busca de um distanciamento possível para a entrada do pensamento foi o levantamento referencial sobre a psicose, em especial a paranoia – pois se acreditava que aquilo sentido como invasivo pela analista seria uma projeção do delírio na paranoia.

O primeiro capítulo desta dissertação concebe a necessidade de mediação/diferenciação a partir dos escritos de grandes psicanalistas – Freud, Lacan e Aulagnier –, para então o desejo de uma aproximação com o vivido na clínica ser autorizado.

O segundo capítulo retrata a primeira possibilidade de olhar para o paciente. Um olhar que não olha, que invade e não constitui um sujeito. O não-olhar recebido pelo paciente.

Neste, aborda-se a relação entre Lúcius e o Outro materno, e a forma como, através do estágio do espelho, o paciente foi condenado ao não-olhar e a um lugar objetificador.

O terceiro capítulo contempla um olhar sobre o caso clínico e a questão da transferência na psicose. O termo transferência é tomado de empréstimo da clínica da neurose, para ser pensada uma metáfora possível com a psicose.

A transferência na psicose seria o empréstimo da imagem da analista pelo paciente, como busca por uma vinculação com o mundo externo, porém, seu resultado se revela de forma invasiva à analista, exigindo a sustentação da angústia desencadeada pelo vínculo esgarçado com o psicótico.

O quarto e último capítulo representa a possibilidade de olhar para a analista. Após todo o desenvolvimento da pesquisa, não pôde ser ignorada a percepção de que havia um pré-conceito na analista. Um capítulo precisou ser escrito diante desse enigma que se revelou na pesquisa, antes presente no caso apenas de forma velada. Nele, trabalha-se a existência desse pré-conceito no analista que se propõe a trabalhar com paciente psicóticos, pré-conceito fundado a partir de um ideal de como a psicose funciona, de uma possibilidade de cura e de como o tratamento deve ser manejado.

Esta pesquisa teve como proposta inicial o estudo da transferência na psicose, porém, ao longo de sua produção, foi observado um *pathos* em relação à psicose. Algo de um desejo vinculado à analista em relação aos ideais despertados na clínica.

MÉTODO

O subjetivo é para nós o que distingue o campo da ciência em que se baseia a psicanálise do conjunto do campo da física. É a instância da subjetividade como presente no real que é o motor essencial que faz com que digamos algo novo quando distinguimos, por exemplo, essa série de fenômenos de aparência natural que chamamos neurose ou psicose.

(LACAN, 1955-1956, p. 213)

A pesquisa é uma atividade voltada para a busca de conhecimento. Pode ser pensada como uma simples reunião de informação processadas ou, ainda, como a produção de novos conhecimentos a partir de um objetivo específico. O que diferencia uma pesquisa de outra é a qualidade do método utilizado.

Berlinck (2016), em seu argumento para apresentar o tema do VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, intitulado “A questão da qualidade no método clínico”, aponta para a importância do pensar no processo de pesquisa e produção de conhecimento. Pensar requer serenidade, requer uma libertação da técnica. “Implica numa disposição a se expor ao desconhecido, ao enigmático, ao obscuro e, no limite, ao indizível, isto é, expor-se a um caminho arriscado: o caminho em direção a uma linguagem da relação pática” (BERLINCK, 2016, s.n.).

Esta pesquisa se propõe a essa disposição, à medida que a analista se percebe diante do enigmático. Algo a toca, algo a toma e, mergulhada na transferência da clínica, o pensar se fazia inviável.

Segundo Berlinck, ainda:

Escrever sobre as possíveis conexões entre o vivido na clínica e as articulações de sentido da vivência tem, então, dupla função: a dissolução da transferência no e do psicanalista e a elaboração da vivência clínica numa experiência, ou seja, em um discurso socialmente compartilhável. (BERLINCK, 2005, s. n.)

O Caso Lúcius foi eleito pelo desejo da analista de criar uma distância em relação a ele, permitindo a abertura para pensar e, então, compreender o suposto processo transferencial – este inicialmente imaginado como aquilo que limitaria o tratamento do paciente e, após, elemento questionador daquilo que a analista compreendia como transferência no caso.

Além dessa via de dissolução da transferência, a pesquisa elaborada a partir do relato do caso clínico pode transformar vivência em experiência socialmente compartilhada (MAGTAZ & BERLINCK, 2012).

Nesse sentido, a eleição do método para a elaboração desta pesquisa se fez a partir da Psicopatologia Fundamental, à qual o método clínico está intimamente vinculado.

A Psicopatologia Fundamental está interessada num sujeito trágico que é constituído e coincide com o pathos, o sofrimento, a paixão, a passividade. Este sujeito, que não é nem racional nem agente e senhor de suas ações, encontra sua mais sublime representação na tragédia grega. O que se figura na tragédia é pathos, sofrimento, paixão, passividade que, no sentido clássico, quer dizer tudo o que se faz ou que acontece de novo, do ponto de vista daquele ao qual acontece. Nesse sentido, quando o pathos acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorear desse acontecimento, a não ser como paciente, como ator. (BERLINCK, 1998, p. 18)

Sendo a Psicopatologia Fundamental um espaço de interlocução de saberes, uma pesquisa neste campo se baseia não apenas no conhecimento da psicologia e da psicanálise, mas também em outro saber diverso – arte, filosofia, linguística, biologia, matemática –, capaz de oferecer sustentação para o desenvolvimento metapsicológico.

A metapsicologia é apresentada como referência no caminho trilhado por Freud em suas produções escritas sobre os fenômenos observados em sua clínica. Seguindo por essa linha, Freud foi o grande psicopatólogo da história, propondo-se a compreender os enigmas despertados nas observações clínicas, levando em conta a subjetividade e proporcionando o compartilhamento das próprias experiências.

Como aponta Fédida (1988, p. 26): “A qualidade de um texto metapsicológico está no fato de ser sempre muito claro, de abrir a liberdade de pensar. Ele fala ao psicoterapeuta ou ao psicanalista em sua prática, lida com as dificuldades que essa prática comporta”.

A especificidade da Psicopatologia Fundamental é o discurso clínico e não teórico. É a atividade clínica que impõe os limites.

Apesar de conter recortes do relato de caso, o caso clínico se refere ao caso do analista, e não do paciente. Contempla o vivido pelo analista em sua prática clínica, incluindo todos os elementos a partir dos quais um enigma foi composto.

Na clínica, aquilo que é observado exige, por sua vez, uma representação, sendo que entre a observação e a representação encontra-se o desejo do observador. Por isso a representação nunca reproduz exatamente aquilo que é observado. Aqui, o imaginário faz parte da realidade, sendo este o grande feito da psicanálise. O sintoma – o observável, algo do passado do paciente que se manifesta no presente –, apresenta-se àquele que se dispõe a observar, atribuindo um significado a esse sintoma. (WEINBERG, 2015, p. 19)

Como apresenta Berlinck em sua conferência *Logos*, não é apenas o paciente quem sofre (pelos) tropeços, o analista “também se defronta com um mal-estar produzido pelo caráter enigmático do tropeço ocorrido no detonado paciente” (2000, p. 159).

Na transferência vivida pelo analista, um não-saber é revelado. O mal-estar gerado pelo não-saber precisará buscar palavras que representem o habitado, palavras que preenchem o vazio.

O psicoterapeuta sabe estar na contingência de ter de caminhar em direção à palavra bem representativa de seu próprio vivido, tornando-se um autor. Esse caminhar se inicia, então, na catástrofe detonante provocada pelo seio da ortodoxia que deveria amparar o psicoterapeuta enquanto vive a condição de porta-marcas do transferido pelo paciente. (*Ibidem*, p. 160)

Toma-se o caso clínico como pertencente ao analista e não ao paciente.

O caso tratado, nesta pesquisa, se refere ao vivido com Lúcius, um paciente paranoico cuja análise se delongou por um ano e meio, entre atendimentos realizados no hospital psiquiátrico e no consultório particular.

Ao longo desta análise, algo pensado como uma transferência maciça foi sendo traçado, resultando na tomada da imagem da analista na construção delirante do paciente. A intensidade do desconforto da analista e o conseqüente surgimento do não-saber diante desta intensidade formam o material investigado.

Foi Lúcius quem procurou pelo atendimento da analista, tanto no Hospital quanto no consultório. Durante o tratamento, suas atuações geravam nela a sensação de ser invadida. Era como se o paciente a tomasse de maneira tão intensa que a possibilidade de distanciamento tornava-se nula. Essas sensações foram compreendidas, em primeira instância, como uma transferência maciça, porém, diante dos estudos sobre a

transferência, a analista se deparou com a imprecisão em relação à existência de transferência na psicose.

O que seria então essa sensação de ser tomada de forma maciça e de ter sua imagem vinculada à história do paciente?

Essa dissertação se dedicou a pensar esse enigma, levando a pesquisadora por um percurso necessário entre compreender o dito sobre a psicose – a paranoia, de forma específica – e a transferência, para então autorizá-la na produção de conhecimento. É apenas ao final da pesquisa, quando a analista se depara com a liberdade para escrever sobre seus ideais, que seu pré-conceito pode ser trabalhado.

O pesquisador, em sua proposta de olhar e investigar aquilo que se apresenta como enigmático em sua clínica, passa por um processo de transformação. Ao longo dos estudos, discussões e elaborações, o objeto de pesquisa vai sofrendo modificações, pois o olhar do pesquisador sobre o objeto muda. Essa alteração revela a transformação pela qual o pesquisador é submetido nesse processo de descobertas.

É necessária uma autorização para falar a partir da própria experiência, sendo capaz de articular aquilo dito outrora por importantes clínicos e teóricos com o vivido pelo analista. Se o pesquisador se dedica exclusivamente ao já dito, sua pesquisa não é capaz de inaugurar pensamentos novos no leitor, e se o pesquisador se destina somente ao relato de sua experiência, sua capacidade de elaboração dos fenômenos enigmáticos fica restrita, pouco aprofundada.

O pesquisador que age assentado apenas na posição teórica dirige-se somente ao que já conhece ou presente, em busca de confirmações. A autonomia e a exterioridade do objeto precisam, portanto, ser reencontradas pela via do que escapa à procura racional, pela via dos afetos aparentados à

surpresa e ao espanto, à frustração e à decepção. Só por esta trilha não pavimentada e cheia de acidentes a pesquisa progride e exige remanejamentos teóricos profundos e significativos que, por sua vez, abalam a segurança narcisista do pesquisador e lhe impõem momentos dolorosos e desestruturantes. (FIGUEIREDO, 2000, p. 132)

A proposta da pesquisa, segundo a Psicopatologia Fundamental, é a de produzir novos conhecimentos a partir do enigmático despertado na clínica sem deixar de lado a relevância do que já foi produzido sobre o mesmo tema.

O que caracteriza o campo da Psicopatologia Fundamental é a manutenção de um canal ativo entre a observação e vivência clínica, de um lado, e a elaboração das questões emergidas, de outro.

Já fora da sessão, na escrivania ou em frente à tela do computador, o terapeuta/pesquisador tenta inserir e confrontar algo de sua colheita experimental, que atingiu certa formulação, com questões específicas pertencentes a um contexto particular e ao redor de determinado tema. É a última atividade que obtém o reconhecimento do trabalho de pesquisa, pela transparência de suas referências, pelos procedimentos racionais aos quais se submete e pela exposição de suas problemáticas. Entretanto, a primeira [vivência clínica] tem, em termos de importância e operacionalidade, certa precedência sobre a segunda [elaboração das observações], pela abertura que exerce sobre a experiência, matéria-prima e fonte para a segunda. Não obstante, a experiência e seu discurso vivo, criados com e no âmago do método, moldam-se pelo e no contexto teórico. (DELOUYA, 2002, p. 89-90)

O pesquisador-analista deve caminhar em direção à palavra capaz de representar o enigmático da clínica, tornando-se autor.

A Psicopatologia Fundamental enfatiza “a natureza clara e precisa do método clínico, cuja principal exigência epistemológica é a referência ao caso sempre único, até mesmo quando múltiplo” (BERLINCK, 2002, p. 161).

O Laboratório de Psicopatologia Fundamental

Para além da pesquisa amparada na Psicopatologia Fundamental e no Método Clínico, esta dissertação se desenvolveu no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, sob orientação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

Sendo a escrita sobre o enigma do pesquisador um processo árduo e solitário, o Laboratório de Psicopatologia Fundamental se apresenta como um espaço social capaz de acolher seu mal-estar por meio do compartilhamento das angústias despertadas pela busca da compreensão do *pathos*.

No caso em questão, os encontros ocorriam quinzenalmente, e a cada reunião dois trabalhos eram discutidos pelo grupo. Os pesquisadores do Laboratório se dedicavam a distintos objetos de pesquisa, todos amparados pela Psicopatologia Fundamental e o Método Clínico, porém apostando nas mais diversas leituras (orientações teóricas).

A variedade dos temas incitava, nos pesquisadores, discussões e reflexões amparadas de formas múltiplas, possibilitando o desenvolvimento do olhar e da escuta sobre o enigmático anteriormente ignorado. Mais do que um espaço de orientação, o Laboratório ofertava a inquietude, a ousadia, a curiosidade e o respeito pelas singularidades da clínica e dos clínicos.

Esses encontros inauguraram a passagem da reprodução do Discurso do Mestre para a autoria, possibilitando as desamarras da posição de aluno – aquele que repete o dito pelo mestre – para a de estudante, cuja busca pela produção de novo conhecimento se faz eminente.

Como aponta Berlinck:

O encontro da palavra, laboriosamente buscada, com seu autor é, também, um ato psicoterapêutico, pois quando reconhece a palavra como sua deixa de ser ortodoxo, não mais sofrendo por não encontrar na lógica do mestre o vivido na sua clínica. Aprende, assim, que o mal-estar decorre da discrepância entre o vivido e o representado, e que o caminho em direção à própria palavra colmata a dor, a depressão e a angústia da detonação, abrindo espaço para outra posição subjetiva. (BERLINCK, 2000, p. 162)

Em contrapartida, cabe ressaltar o infortúnio e a dificuldade em ter seu trabalho questionado e muitas vezes desconstruído, nesse espaço. A cada Laboratório, o pesquisador, sabendo lidar com suas frustrações e angústias, é inserido na busca pelo próprio *logos*, capaz não apenas de representar o vivido na clínica, mas suscetível de despertar no leitor a compreensão e inquietude necessárias.

Sem a prática do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, a produção desta dissertação, da forma como esta se desenrolou, não seria possível.

CASO CLÍNICO

Lúcius, quarenta e quatro anos, negro, gêmeo de Lúcio, filho de Maria, ex-marido, pai de três meninas, funcionário público. Paciente com um histórico de internações psiquiátricas há mais de vinte anos.

Em sua primeira sessão, ocorrida em meio a uma de suas internações, o paciente inicia informando sobre a injustiça de estar em um hospital psiquiátrico. Essa hospitalização, como todas as outras ao longo de vinte anos, teria ocorrido em virtude da perseguição inferida pela mãe. Seu discurso é marcado pela vivência psiquiátrica. Vários médicos, psicólogos e psicanalistas são citados, gerando leituras distintas: a primeira, acerca da relevância dos tratamentos e dos clínicos pelos quais passara, e a segunda, da descartabilidade destes últimos, como se não houvera diferença entre um e outro, como se não houvera trabalho em um ou outro.

A primeira sessão gira em torno do vivido como tratamento – seja escolhido, seja imposto. Lúcius é alguém cujas propostas terapêuticas eram rotineiras. Ao longo desta primeira sessão, uma observação ocorre: Lúcius despertava a dúvida sobre a necessidade de uma internação psiquiátrica. A organização na imagem apresentada e a linha de raciocínio, tão marcada em seu discurso, não podiam ser desconsideradas.

O paciente sabia o que dizer e em qual ordem se colocar, articulava as palavras e respondia às poucas perguntas como se já as tivesse respondido outras vezes. Havia uma lógica em seu pensamento, mesmo diante das verbalizações sobre as perseguições. Não demonstrava alterações no humor ou no comportamento.

Em busca de seguir em oposição ao caminho do tratamento obrigatório relatado, a vontade de dar continuidade a este por meio de sessões é discutida com o paciente, e ele prontamente afirma ter repensado sua vida e decidido por aceitar um novo tratamento. Iria tomar a medicação prescrita e seguir com o acompanhamento psicanalítico. Havia entendido a importância de aceitar sua condição visando um ganho para si e, principalmente, para as filhas.

As sessões seguintes trazem consigo maiores informações sobre a história de Lúcius. As filhas são seu principal assunto. Discorre sobre seus nomes e idades – apresenta alguma dificuldade para lembrar especificamente quantos anos cada filha tem, culpando a medicação pelo que chama de “*problema de memória*” – e sobre a relação que estabelece com cada uma. Em meio a esse discurso, relata ter perdido a guarda das filhas para sua mãe, avó delas, há algum tempo, porém sem motivos para tal, pois sempre demonstrou ser um ótimo pai. Afirma nunca ter sido agressivo com as filhas, mesmo diante da ausência de respeito delas com relação à sua posição.

Desde o início, chama a atenção, em Lúcius, todas as negativas com relação à agressividade. Os assuntos referentes à violência são difíceis de serem abordados, pois o paciente logo se defende de qualquer imagem em que esteja invadindo ou sendo invadido pelo outro, abrindo um parêntese à associação com o texto freudiano *A negativa*. Neste, Freud afirma a negativa como uma forma que o recalcado encontra para ter acesso à consciência, porém sem ser totalmente revelado. “O resultado disso é uma espécie de aceitação intelectual do reprimido, ao passo em que simultaneamente persiste o que é essencial à repressão” (FREUD, 1925. p. 266).

Não é possível afirmar o recalque em Lúcius, porém as negativas de violência são constantes, principalmente em relação às filhas e à mãe.

A questão sobre o que é ser um pai irá perpassar seu discurso ao longo de todo o tratamento, principalmente nos seus relatos das reações das filhas à sua presença, assim como de suas responsabilidades nesse papel.

A relação entre o paciente e as filhas soa artificial, inexistente. Lúcius traz a imagem do pai como aquele quem dá conselho e conversa, porém, ao tentar vincular-se a esta imagem, não se sente reconhecido. As filhas ignoram sua fala, apenas respeitando a avó, mãe do paciente e tutora das netas.

Lúcius não possui uma imagem formada do que seria um pai. Com frequência, relata seu desejo em participar da educação das filhas, mas é possível perceber sua dificuldade em se aproximar, colocar-se e compreendê-las. Outro fato revelador da incompreensão da função paterna é a ausência de relatos sobre o seu próprio pai. Este aparece raras vezes em seu discurso, e sempre como alguém distante, pouco capaz e talvez submisso à esposa, mãe do paciente.

Em associação ao discurso sobre as filhas, surge a relação com a mãe delas, sua ex-esposa. Conta tê-la conhecido quando ela era muito jovem, e que ao terceiro mês de namoro descobriram a gestação da primeira filha e decidiram ir morar juntos. Na descrição da união e nos relatos do pós-divorcio, fica claro o quanto essa mulher ainda se fazia presente em sua vida. Após alguns anos de relacionamento, a esposa começara a “*andar com más companhias*”, passando a deixá-lo de lado, a abandonar a casa e ausentar-se no cuidado às filhas. Perante as mudanças no comportamento da companheira, os dois iniciaram brigas frequentes, numa das quais a polícia foi acionada pelos vizinhos, resultando também em um processo contra paternidade. Em consequência, ambos perderam a guarda das filhas, a esposa saiu de casa para viver com outro homem e Lúcius ficara sozinho.

Ao longo de seu relato, o paciente intercala dois discursos sobre a ex-mulher: gratidão e frustração. A gratidão surge quando Lúcius conta o quanto a ex-esposa cuida e se mantém responsável por ele, mesmo após a separação. E a frustração aparece no relato da saída desta de casa e no fato dela estar em outro relacionamento.

A esposa o abandonou para ficar com um homem que conhecera na internet. Posteriormente, Lúcius desencadeia um delírio no qual sua vida é publicada na internet, fazendo com que seus poderes divinos fossem divulgados ao mundo. Esta exposição resulta na sua perseguição por pessoas interessadas em saber sobre o futuro ou por aqueles crentes de que o paciente era a reencarnação de Deus.

Além da ex-mulher e das filhas, o paciente também fala da mãe. A opinião sobre esta é moldada a partir da ideia de invasão e perseguição. Ela é referida como a responsável pelas hospitalizações indevidas, pelas perseguições sofridas na rua e, principalmente, pelo desconforto de não possuir um lugar para si. Após sua separação, Lúcius fora obrigado a voltar para a casa da mãe, pois ela cobrava-lhe cuidado financeiro e emocional às filhas – fato inviabilizador de uma vida sem preocupações e com autonomia.

O retorno para a casa da mãe gera um desconforto difícil de ser elaborado por Lúcius. Segundo o paciente, ela o observava a todo instante, sempre querendo saber aonde iria, com quem falaria, o que faria. Não confiava nele e jamais valorizava suas ações. A perseguição por vezes surgia a partir da comparação, inferida por Lúcius, entre o tratamento por ele recebido e aquele que a mãe dedicava aos outros filhos, irmãos do paciente.

O discurso sobre a mãe aos poucos traz consigo questões sobre o olhar desta. Lúcius aponta o quanto se sentia preterido em prol do irmão gêmeo. Sua mãe dedicava o afeto ao irmão, e a ele, apenas o imperativo, a falta e o resto. O paciente relata ter crescido percebendo-se diferente – o olhar que nunca o abandonava era também impossibilitado de

enxergá-lo. Este olhar perseguidor o acompanhava constantemente, revelando-se no discurso paranoico.

Os atendimentos no hospital duram dois meses, e neste período diversos assuntos são abordados, a ponto de desencadear no paciente a ideia da continuidade das conversas no pós-alta.

Duas semanas após a alta hospitalar, Lúcius entra em contato solicitando um horário para atendimento particular. Na data marcada, o paciente não aparece, ligando no dia seguinte para pedir desculpas e informar de sua dificuldade para se localizar, apesar de conhecer as proximidades do consultório. Outra data é agendada e novamente o paciente falta. É apenas no terceiro agendamento que Lúcius consegue encontrar o consultório.

Lúcius inicia essa sessão dizendo da importância dos atendimentos ocorridos no hospital. O falar trouxe a ele uma tranquilidade há muito não sentida. Após algumas questões, aborda sua dificuldade em localizar-se na busca pelo consultório; não formula, contudo, qualquer hipótese a respeito da significação atribuída à ideia de estar perdido.

As sessões vão acontecendo e pouco a pouco o paciente conta sobre os vários tratamentos ao qual se submeteu, suas histórias, relacionamentos e seu trabalho. Vai construindo gradativamente uma imagem de si, inicialmente sem nenhuma queixa, mas depois com algumas rachaduras no discurso.

Ao longo de um ano, Lúcius frequenta o consultório da analista uma vez por semana, com poucas faltas, porém muitos atrasos e confusões de horários. Durante esse período é possível dividir claramente as fases do seu discurso, todas vinculadas, de alguma forma, a um delírio paranoico mesclado com uma fantasia de divindade.

Inicialmente, apresenta-se como o “paciente perfeito”: não há faltas nem atrasos, os pagamentos ocorrem sem problemas, e Lúcius faz questão de apontar elogios sobre os móveis e a decoração do consultório – quando comparados com objetos pertencentes a outros momentos da sua história –, assim como sobre a maravilhosa atuação da analista. Em outra fase, os elogios passam a ser direcionados também aos atributos físicos da analista.

Após poucas sessões, porém, Lúcius inicia seu discurso paranoico. Relata situações em que foi vítima de policiais ou de outros cidadãos, sendo perseguido e acusado de possuir poderes ou de ser alguém “especial”. A “especialidade” em questão variava entre o Céu e o Inferno, podendo ser Deus, um anjo ou mesmo o capeta, “Demion” (sua leitura de diabo).¹ Revela possuir uma estrela de sete pontas na palma da mão, marca que exporia seus poderes e sua posição diante do divino/diabólico.

Costurado a esses delírios, retoma sua fala sobre o quanto a mãe era invasiva e poderosa, relatando diversas situações de invasão do seu espaço e de imposições quanto às decisões de sua vida, impossibilitando-o, por exemplo, de fechar a porta do próprio quarto ou de comprar objetos do seu interesse.

O paciente passa a revelar as situações de perseguições vividas, sempre abordando, concomitantemente, a dinâmica da relação com a mãe. Policiais que o repreendiam e o ameaçavam / a mãe que o desaprovava. Pessoas no metrô com olhares questionadores / a mãe violentando-o. Ao longo dos encontros, a fala sobre a mãe vai se firmando, assim como a representação desta como um ser invasor.

Em meio ao discurso sobre a imperatividade da mãe, aborda a influência desta na sua impossibilidade de encontrar uma nova esposa. O paciente revela sua vontade de descobrir

¹A escolha pelo nome fictício Lúcius se deu a partir da referência pessoal de um nome que tivesse relação com Lúcifer, o anjo caído, assim como com Luz, em uma alusão ao divino (mantendo a dicotomia proposta pelo paciente). Lúcius precisava ser identificado como aquele entre o céu e o inferno, modo como se apresentava em seu discurso.

uma companheira capaz de compreendê-lo, acolhê-lo e sustentá-lo. A questão do dinheiro não se faz presente em constância, porém, quando abordada, revela uma relação de hostilidade e domínio.

Em paralelo ao discurso sobre a busca por uma esposa, o relato sobre o aumento de libido e a frequência da masturbação aparece. Lúcius afirma não ter controle sobre a libido, justificando a exacerbação em função do uso da medicação. Relata perceber tal inadequação, pois sente ereção nos mais variados lugares, inclusive nas sessões. O suposto descontrole da libido dá início aos olhares invasivos e as falas inadequadas sobre o corpo da analista. Tal fase é marcada por uma ida de Lúcius ao bordel, onde encontra uma mulher com as mesmas características físicas da analista, ao que o paciente parece não tomar consciência sobre a “coincidência”.

Após a jornada pelo bordel, o paciente intensifica o delírio com relação à medicação ser a motivadora da elevada libido, e, em poucas semanas, suspende o uso dos remédios. Nas duas semanas subsequentes à parada da medicação, Lúcius exibe uma desconfiada melhora, apresentando-se bem-humorado, falante e com uma suposta redução da libido. Posteriormente, o discurso paranoico retorna. O paciente relata seus dons, sua capacidade de prever o futuro, os olhares invasivos à sua imagem – olhares destinados a endeusá-lo e/ou repudiá-lo. O discurso paranoico vai se intensificando a cada sessão, até o ponto em que nada mais pode ser dito por desconfiança do paciente sobre escutas no consultório e observadores estrategicamente posicionados.

Em meio às construções paranoicas de Lúcius, a analista se sente atravessada por estranhamentos aos barulhos ressoados nas sessões, como se algo da paranoia de Lúcius a ocupasse.

A fase da paranoia ocorre em concordância com a mudança de consultório da analista. Lúcius é avisado sobre a alteração, porém não há tempo hábil para o informe sobre o novo endereço.

Após completar um ano, Lúcius some do tratamento sem deixar avisos. As tentativas de contato ocorrem sem sucesso e o caso é entendido como encerrado.

Três meses depois, entretanto, Lúcius retoma a procura pela analista de forma bastante desastrada. Vai ao antigo consultório solicitar informações; liga para ela diversas vezes, porém sem sucesso, visto que todas as ligações caem antes do novo endereço ser repassado; procura-a no hospital onde o tratamento teve início. São vários contatos em um período de pouco mais de dois meses. É apenas quando o paciente deixa na portaria do hospital um recado com o número de seu novo celular que um encontro pode ser agendado.

Nos minutos prévios à chegada de Lúcius, o receio toma conta da analista. Assim, ela assume o cuidado de abrir as janelas do consultório e “garantir” que seria ouvida pelo vizinho em caso de necessidade de pedido de socorro. No momento do encontro entre Lúcius e a analista, uma diferença é percebida. O paciente vestia-se com roupas escuras e estranhas, apresentava um rosto cansado e, aparentemente, deformado. A sensação de estar diante de um monstro desconhecido se manifesta. Uma tensão se instala no ar, porém não pode ser revelada.

Assim como na primeira sessão no consultório antigo, Lúcius observa todos os detalhes do novo ambiente. Elogia a localização e o estilo do consultório, e questiona se é possível percebê-lo melhor e mais disposto. O paciente se senta e começa a falar sobre como foram os últimos meses da sua vida. Segundo ele, após a suspensão da medicação, passou a se sentir muito melhor, tendo conseguido emagrecer e sair da casa da mãe. Afirma estar em um

lugar muito pequeno e desconfortável, porém no qual consegue se sentir bem, pois o olhar maciço da mãe pôde ser afastado.

Como nos últimos dias antes da interrupção do tratamento, Lúcius não consegue cessar a atenção a todos os barulhos ecoados no ambiente, e é questionado sobre tal movimento. Em resposta, ele para de olhar para os lados e passa a olhar fixamente para a analista, dizendo:

Lúcius: *Sabe doutora... As pessoas tem medo de mim. Elas acham que eu posso fazer algo para machucá-las, mas não é bem assim.*

Analista: *Então por que elas temem você?*

Lúcius: *Ah! Isso eu já não sei, mas tô sabendo que tá rolando umas coisas minhas na internet.*

Analista: *Não entendi!*

Lúcius: *Ah! Aquele pessoal [aponta para a janela] colocou algumas coisas sobre a minha vida na internet, com uns papos de que eu sou o “Escolhido” e que eu tenho um dom. Sei lá!...*

Silêncio...

Lúcius: *Mas o que eu queria mesmo falar com você, doutora, é que eu sou um homem justo e descente e sei que estou devendo um dinheiro pra senhora. Vim aqui pra saber quanto é e como podemos fazer pra eu te pagar.*

Analista: *Ok! E o que você havia pensado sobre isso?*

Lúcius: *Eu quero saber com a senhora. Quero que me diga o que é melhor pra você... Agora eu tô meio sem dinheiro, mas assim que tiver eu te pago, nem que a gente tenha que dividir em duas ou três vezes...*

Silêncio...

O que o paciente fazia ali? Havia desejo pelo tratamento? Não é possível uma conclusão.

Analista: *Lúcius, você gostaria de voltar?*

Lúcius parece surpreso com a pergunta. Respira fundo enquanto aparenta refletir sobre a proposta.

Lúcius: *Sabe, doutora, eu gosto muito da senhora e sei que a senhora é de confiança, mas não tô com dinheiro e nesse momento também não tô precisando, não.*

Analista: *Tudo bem, Lúcius. Façamos o seguinte... quando você puder, me procure e acertamos o que me deve. Ok?*

Lúcius: *Pode ser por transferência?*

Analista: *Claro, por transferência é ótimo.*

Lúcius anota as informações para dar prosseguimento à transferência bancária, mas esta nunca ocorre.

Antes de ir embora, o paciente segura a maçaneta e diz: *A senhora está muito bonita, viu? Pode deixar que eu vou te ligar pra falar desse nosso assunto.*

Lúcius volta a se virar e vai embora sem esperar qualquer reação.

Um mês se passa e uma nova internação psiquiátrica ocorre. Nesta, no primeiro contato, o paciente é observado se arrastando pelo chão, babando e sem capacidade para falar, parece extremamente medicado. O olhar para a analista quase pode percebê-la, porém algo não se mantém.

Um segundo encontro, melhor estruturado, acontece no dia seguinte. Ainda com a voz embargada, Lúcius demonstra uma saudação marcada por uma intimidade desproporcional. Faz elogios à analista, tenta abraçá-la e pede desculpas por ainda não ter pagado o devido. Continua sua fala e introduz o discurso sobre as perseguições e consequentes internações. Estava tudo bem em sua vida, até que os invejosos voltaram a persegui-lo e, de repente, a mãe decidiu interná-lo.

Lúcius mantém o discurso por alguns minutos e, diante da despedida, solicita uma conversa com outro psicólogo.

Na semana seguinte, o psicólogo com quem Lúcius havia requisitado a conversa propõe que esta seja feita na presença da analista. Lúcius é questionado sobre o motivo da interrupção no tratamento, e inicia sua fala assegurando não possuir mais recursos financeiros para bancar as sessões. Logo após, entretanto, afirma ter se sentido perseguido dentro do consultório, e ao fim, bastante desconfiado, revela não poder sustentar a atração sentida pela imagem da analista.

Apesar de não ser inesperada, essa fala de Lúcius trava qualquer possibilidade de apontamento por parte da analista, trazendo reflexões sobre a atração destinada à sua imagem.

As sessões com Lúcius retomam e, em meio aos delírios paranoicos, o paciente permanece afirmando não entender sua internação e não concordar com o fato de ser obrigado a tomar remédios desmotivadamente. Independentemente dos apontamentos feitos, Lúcius é incapaz de fazer crítica sobre seu estado. Todavia, em uma mudança radical entre uma sessão

e outra (algo em torno de dois dias), Lúcius passa a afirmar a aceitação de sua condição de saúde, fato revelador da necessidade do tratamento.

Estabelece-se, neste momento, uma correlação com o vivido nas primeiras sessões da outra internação de Lúcius. A fase “paciente perfeito”, do início do tratamento, é apontada para Lúcius. O apontamento revela um incomodo impossibilitado de verbalização.

Na sessão seguinte a esta situação, Lúcius inicia pedindo desculpas pela forma como estava se portando nos últimos dias. Ao ser questionado quanto ao seu pensamento sobre tais comportamentos, o paciente novamente se esquivava da questão e inicia o silêncio. Depois de alguns minutos, é arguido sobre suas lembranças antes da internação. Lúcius relata ter ido à casa da mãe para ver sua filha mais nova, porém, ao chegar lá, a filha recusara sua entrada, o que o fez decidir arrombar a porta, pois ela era sua filha e ele tinha o direito de vê-la quando quisesse. A escuta de tal fato desencadeia uma reação de assombro na analista, revelando a Lúcius a agressão inferida à filha.

A partir deste momento, outros recortes de agressão são revelados. Situações marcadas por violências contra as filhas em virtude de uma irritação ou frustração, brigas entre Lúcius e a mãe e ameaças aos irmãos.

Tais relatos apontam para uma história de violência, ódio e ausência de lugar.

A última sessão ocorre poucos dias depois ao exposto. É marcada pela invasão e pelo desconforto da analista. Lúcius discursa sobre seus dons, principalmente a capacidade de prever o futuro, porém passa o tempo inteiro olhando para o busto da analista. Depois de algum tempo de incomodo e impossibilidade de apontamento de sua parte, ela questiona Lúcius sobre seu olhar. A pergunta o desconcerta e o paciente começa a gaguejar, falando de seu interesse pela roupa da analista. O olhar invasivo permanece, trazendo a sensação de uma possível atuação de Lúcius. Ressalta-se novamente a questão do olhar, porém a paralização

acomete a analista. Lúcius vira seu rosto para a parede do outro lado da sala, pedindo desculpas. Inicia uma fala sobre o respeito sentido pela analista, porém algo ali ilustra hostilidade.

A sessão é encerrada, e, após ela, a dúvida sobre a capacidade da analista em suportar o olhar invasivo e o discurso carregado de ódio é assumida. Antes de um novo desdobramento, Lúcius recebe alta hospitalar e a questão anunciada para a analista na última sessão permanece.

CAPÍTULO I: UMA CONSTRUÇÃO PSICANALÍTICA SOBRE A PARANOIA

*“O louco não é em absoluto o homem que
perdeu a razão; o louco é aquele que
perdeu tudo, menos sua razão”.*

Chesterton

Havia pouco mais de um mês desde a última vez que Lúcius fizera ingesta da medicação. Seu comportamento começava a apresentar alterações, e o discurso paranoico voltava de forma absoluta.

Estava vinte minutos atrasado.

Sua chegada ao consultório é marcada por uma inquietação e um silêncio desconfortáveis tanto para o paciente quanto para a analista.

Seus olhos percorriam cada centímetro do espaço físico, guiados principalmente pelos ruídos ecoados no local. Ao adentrar o consultório, faz um sinal com a cabeça apontando para a janela localizada ao lado da poltrona da analista.

Analista: *A janela te incomoda?*

Lúcius permanece em silêncio, apenas balançando a cabeça afirmativamente.

Analista: *O que te incomoda?*

O paciente vai até a janela e olha para fora (a vista dava para os fundos do imóvel, onde não havia ninguém). Com uma voz engasgada e muito baixa diz: *Fecha!*

Lúcius se afasta da janela, dirigindo-se à sua poltrona. Olha atentamente para esta antes de se sentar.

O incomodo permanece.

Silêncio!

Após alguns minutos...

Analista: *O que está tão difícil de falar?*

O paciente olha fixamente para a analista e não a responde. Seus olhos parecem querer dizer algo, mas nada é dito.

Mais alguns minutos...

Analista: *Se você não falar o que está acontecendo eu não vou saber.*

Sentado, Lúcius joga o tronco à frente e diz em um sussurro: *Não dá pra falar. Eles estão escutando.*

A analista imita o movimento do paciente, questionando: *Eles quem? O que tá acontecendo?*

Lúcius aproxima-se mais e diz: *Aqueles caras...* [Aponta com a cabeça sentido à frente do consultório]. *Tão lá fora, mas podem escutar a gente. Eles me perseguiram no metrô e agora querem saber de nós.*

Analista: *Nós?*

Lúcius: *Sim. Do que fazemos aqui.*

Após alguns minutos em silêncio, continua: *Aqui não é seguro. Vir aqui poder ser um risco pra você também. Eles sabem que você sabe de tudo.*

Analista: *Tudo o quê?*

Lúcius balança a cabeça de forma negativa. Retoma o olhar inquieto e nada mais diz até ir embora.

A cena descrita acima é um recorte do vivido com Lúcius no final do seu tratamento no consultório da analista. Ela exhibe ao leitor a sensação acometida ao analista perante um paciente paranoico.

A partir deste recorte, revela-se a importância de compreender a paranoia e seus enlaces como forma de localizar o leitor frente ao ocorrido na clínica com Lúcius.

Para tal, lança-se mão aos escritos fundamentais de Freud, Lacan e Aulagnier, apresentados ao longo deste capítulo.

1.1. A paranoia em Freud

A primeira publicação de Freud destinada a pensar a psicose data de 1894. Em um texto chamado *As neuropsicoses de defesa*, o autor expõe uma tentativa de fundamentar todas as psicopatologias como produtos do mecanismo psíquico de defesa inconsciente contra alguma representação intolerável.

Na psicose, “o Eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse acontecido” (FREUD, 1894. p. 64).

Neste rompimento entre o eu e a representação incompatível também há um rompimento parcial ou total da realidade à qual a representação se ligava.² Aqui, Freud pensa a psicose como uma “confusão alucinatória”.

É apenas no *Rascunho H*, produzido no ano seguinte, que a construção específica sobre a paranoia terá início. Em uma carta a Fliess, enviada em 24 de janeiro de 1895, Freud anexa o manuscrito contendo as primeiras elaborações acerca da paranoia.

Logo de início, Freud afirma “a paranoia se situa ao lado da loucura obsessiva como uma psicose intelectual” (FREUD, 1895. p. 253), sendo, em sua forma clássica, um modo patológico de defesa, assim como a histeria e a neurose obsessiva, cujo mecanismo utilizado para rejeitar o intolerável é a projeção.

Sempre que ocorre uma modificação interna, temos a opção de supor a existência de uma causa interna ou de uma causa externa. Quando algo nos impede a derivação interna, naturalmente recorreremos à externa. E, depois, estamos acostumados a verificar que nossos estados internos se revelam (por uma expressão da emoção) às outras pessoas. Isso responde pelos delírios normais de estar sendo observado e pela projeção normal. Pois são normais na medida em que, nesse processo, permanecemos conscientes de nossa própria mudança interna. Se esquecemos e se nos ativermos tão-somente a uma das premissas do silogismo, àquela que conduz para o exterior, teremos aí a paranoia, com sua supervalorização daquilo que as pessoas sabem a nosso respeito e daquilo que as pessoas nos fizeram. O que é que as pessoas sabem a nosso respeito, de que nada sabemos e que não podemos admitir? *Trata-se, pois, de um abuso do mecanismo da projeção para fins de defesa* (*Ibidem*, p. 256, grifo do autor)

A projeção é o mecanismo de defesa contra um componente interno insuportável à consciência, atribuído ao mundo externo. “A ideia delirante é sustentada com a mesma energia com que uma outra ideia, intoleravelmente penosa, é rechaçada do ego” (FREUD,

² Essa ideia parece ser o ponto de partida para pensar a relação com a realidade na psicose, questão melhor abordado no texto de 1924, *A perda da realidade na neurose e na psicose*.

1895. p. 257). A ideia delirante poderá ser uma cópia da rechaçada ou o seu oposto, como pensada a megalomania.

Neste escrito, a projeção passa a ser pensada como o mecanismo de defesa próprio da paranoia. A partir desse ponto, novas articulações são pensadas pouco a pouco para compreender o fenômeno paranoico.

O *Rascunho K*, também anexado a uma carta à Fliess, datada de 1º de janeiro de 1896, faz um pequeno recorte sobre a paranoia. Neste, Freud trata a paranoia como uma neurose, partindo seus estudos para diferenciar o modo como a neurose obsessiva, a histeria e a paranoia realizam o recalque.³

Para Freud, o recalque na paranoia se dá a partir de uma lembrança carregada de desprazer, porém sem formação de autocensura como na neurose obsessiva. O recalcado poderá ser apenas o afeto, ou este somado ao conteúdo da experiência. O retorno do recalcado surge de forma distorcida, sendo projetado para algo ou alguém do exterior.

Em virtude da negativa de crédito à autocensura, esta assumirá o governo integral dos sintomas de compromisso. “O ego não os considera como estranhos a si mesmo, mas é impelido por eles a fazer tentativas de explicá-los, tentativas que podem ser descritas como *delírios assimilatórios*” (FREUD, 1896. p. 274).

Na paranoia, a repressão tem lugar depois de um complicado processo consciente de negação de crédito. Isto, para Freud, indica que talvez o recalcado se produza, na paranoia, em uma idade maior que na neurose obsessiva ou na histeria. As premissas da repressão são as mesmas nos três casos, porém não se pode precisar se o mecanismo da projeção é uma

³ No *Seminário 3: As psicoses* (1055-1956), Lacan faz críticas a se pensar a paranoia como uma neurose. O autor reformulará a teoria sobre as psicoses partindo da construção sobre a forclusão do Nome-do-Pai como resposta ao Complexo de Castração.

questão de disposição individual ou se é eleito em virtude de determinados fatores temporários e aleatórios.

Ao final, Freud resume as quatro naturezas de sintoma presentes na paranoia: a) sintomas primários de defesa; b) sintoma de compromisso do retorno; c) sintomas secundários de defesa; d) sintomas de subjugação do ego.

A partir do *Manuscrito K*, Freud repensa seu texto *As neuropsicoses de defesa* (1894) e publica *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896). Na nova obra, há um exame detalhado daquilo que ativa a defesa, na construção freudiana: a experiência sexual de caráter traumático.

Freud pensa a paranoia como uma psicose de defesa resultante do recalçamento de lembranças aflitivas. Dirá:

Em vista do que se sabe da paranoia além disso, inclino-me a supor que há um gradual comprometimento das resistências que enfraquecem as autoacusações, de modo que, por fim, a defesa fracassa por completo e a autoacusação original, o termo real do insulto de que o sujeito vinha tentando poupar-se, retorna em sua forma inalterada. (FREUD, 1896, p. 181)

A autocensura é recalcada por meio da projeção, produzindo um sintoma defensivo de desconfiança. O paranoico deixa de reconhecer a autocensura, assim como fica privado da proteção contra aquelas que retornam através das representações delirantes.

Mais de dez anos se passam entre *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa* (1896) e *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911). No período entre as duas publicações quase não há menção ao tema da paranoia. A exposição *Memórias de um doente dos nervos*, publicada em 1903 pelo juiz de direito alemão

Daniel Paul Schreber, oferece a Freud a oportunidade de divulgar sua teoria pela primeira vez, amparando-a em um relato detalhado de sua análise dos processos inconscientes na paranoia.

Vale ressaltar que, apesar do tema aparecer em outros escritos, esse é o marco freudiano na construção sobre a teoria da paranoia, não havendo, a partir dele, qualquer modificação essencial nos próximos trabalhos.

Como aponta o editor James Strachey: “A importância da análise de Schreber, contudo, de maneira alguma se restringe à luz que lança sobre o problema da paranoia” (FREUD, 1911. p. 17). Tal escrito inaugura uma diversidade de conceitos essenciais ao saber psicanalítico, dentre os quais podemos citar a construção sobre o narcisismo e o exame das pulsões.

Em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911), Freud faz uma divisão didática para levar ao leitor suas elaborações. Na primeira parte, faz um relato das *Memórias de Schreber*; na segunda, uma análise das construções delirantes e dos sintomas apresentados, expondo uma formulação a cerca da transferência⁴ entre Schreber e o Prof. Flechsig, assim como introduzindo a vinculação existente entre paranoia e homossexualismo passivo reprimido; e, na terceira parte, à qual este capítulo se dedica, traz uma explicação sobre o mecanismo da paranoia abrangendo a etiologia sexual, as associações de caráter homossexual, a projeção e a repressão.

Freud inicia essa terceira parte afirmando acreditar na possibilidade de encontro do caráter distintivo da paranoia a partir do estudo dos mecanismos pelos quais os sintomas são formados ou o recalque é ocasionado.

A análise do caso Schreber possibilita a Freud a introdução da ideia do caráter homossexual na paranoia. Entretanto, parece afirmar a etiologia sexual na paranoia para além

⁴ Retornaremos a esse ponto no Capítulo III: A transferência na psicose.

da homossexualidade recalcada. Logo no segundo paragrafo, o autor aponta para a não obviedade dessa questão, trazendo ao leitor a reflexão sobre a frequência com que o paranoico é nomeado a partir de desconsiderações e confusões sociais – demanda apresentada em todo o relato do Caso Lúcius.

Depois, Freud dirá que, frente à aproximação do delírio paranoico, é possível analisar as relações e sentimentos sociais a ponto de observá-los enraizados em um “desejo erótico, positivamente sensual” (FREUD, 1911. p. 68).

Freud prossegue com uma rápida introdução sobre o conceito do narcisismo para desenvolver o processo que um indivíduo percorre em sua escolha de objeto sexual. Aponta para o fato de que as pessoas que se demoram no estágio de tomar o próprio corpo como objeto de amor tendem a transportar essas características para os estádios posteriores. “A linha do desenvolvimento, então, conduz à escolha de um objeto externo com órgãos genitais semelhantes – isto é, a uma escolha objetal homossexual” (*Ibidem*, p. 69).

Aqueles cuja libido manteve-se fixada no narcisismo, perante a impossibilidade de vazão, tendem a sexualizar os instintos sociais.

Os paranoicos se esforçam para proteger-se contra esse tipo de sexualização de suas catexias sociais instintuais; somos levados a supor que o ponto fraco em seu desenvolvimento deve ser procurado em algum lugar entre os estádios de autoerotismo, narcisismo e homossexualismo, e que sua disposição à enfermidade (que talvez seja suscetível de definição mais precisa) deve estar localizada nessa região. (FREUD, 1911, p. 70, grifo do autor)

O autor traça um esquema de associação entre o caráter homossexual do paranoico e o sintoma manifesto na paranoia. Para tanto, toma a sentença “Eu (um homem) o amo (outro homem)”, a partir da qual anunciará a manifestação de cada desdobramento.

- a) No delírio de perseguição, a frase “Eu o amo” será reformulada por “Eu não o amo” e, por conseguinte, “Eu o odeio”.

Segundo esse mecanismo de formação de sintoma, as percepções internas são substituídas por externas. “Eu o odeio” se transforma, por projeção, em “Ele me odeia”.

O ódio passa a ser sentido como perseguição e justificará a negativa ao amor pelo ódio. “Eu não o amo – eu o odeio, porque ele me persegue”.

Segundo Freud, não há dúvida na associação do perseguidor a alguém que outrora foi amado. Para Schreber, o Prof. Flechsig; para Lúcius a mãe.

- b) Na erotomania, “Eu o amo” se transforma em “Eu a amo”, e, seguindo o curso da projeção, “Eu a amo” passa a ser sentido como “Ela me ama”. Nesta, há uma troca de objeto.

Há a possibilidade de aceitação da consciência da proposição “Eu a amo”, isso porque a contradição entre ela e a proposição anterior não se dá em oposição, além de não ser tão irreconciliável como a existência entre amor e ódio. “Ela me ama” abre caminho para “Eu a amo”.

- c) No delírio de ciúmes, “Eu o amo” é contraditado por “Não sou eu quem ama o homem, ela o ama”.

Neste caso, a projeção não pode ser pensada, pois diante da mudança do sujeito que ama, todo o processo é lançado para fora do ego. “O fato de a mulher amar os homens

constitui matéria de percepção externa para ele, ao passo que os fatos de que ele próprio não ama, mas odeia, ou de que ele mesmo ama, não esta, mas aquela pessoa, são assuntos de percepção interna” (FREUD, 1911. p. 72).

- d) Na megalomania, há uma supervalorização sexual do ego, lugar para o qual a libido foi destinada. “Eu o amo” deixa de existir, e “Não amo de modo algum, não amo ninguém” vigora, implicando em “Eu só amo a mim mesmo”.

Após a análise das fantasias de desejo homossexual na paranoia, Freud apresenta duas questões que parecem ser os fatores de grande anseio na busca pelos sinais característicos dela: os mecanismos de formação dos sintomas e os geradores do recalque.

Sendo o processo de produção de sintoma, na paranoia, a projeção, Freud retoma o explanado outrora sobre o tema:

A característica mais notável da formação de sintomas na paranoia é o processo que merece o nome de *projeção*. Uma percepção interna é suprimida e, ao invés, seu conteúdo, após sofrer certo tipo de deformação, ingressa na consciência sob forma de percepção externa. Nos delírios de perseguição, a deformação consiste numa transformação do afeto; o que deveria ter sido sentido internamente como amor é percebido externamente como ódio. (FREUD, 1911, p. 73)

Ele informa que apesar da projeção ser o elemento mais importante na paranoia, ela não é exclusiva e imutável desta. Apoiado nisso, Freud aponta para a necessidade de pensar a

natureza da projeção, mas informa ao leitor o adiamento dessa investigação.⁵ Como justificativa para a renúncia da investigação sobre a projeção, Freud anuncia que o recalque se encontra mais vinculado ao desenvolvimento e destinos da libido do que à formação do sintoma.

O recalque é dividido em três fases: a primeira, chamada fixação, é descrita como um componente instintual que não seguiu o fluxo normal do desenvolvimento e foi deixado em um estágio mais infantil. Essas fixações instintuais configuram a base para as psicopatologias. A segunda, chamada recalque propriamente dito, é o resultado do conflito entre o componente instintual fixado em algum estágio do desenvolvimento regressivo e o ego, despertando uma violenta repugnância. A rechaça exercida pelo sistema consciente e a atração exercida pelo inconsciente seguem na mesma direção, gerando o recalque. A terceira, o retorno do recalcado, é a mais importante quanto aos fenômenos patológicos. O fracasso do recalque tem seu ponto de partida no ponto de fixação, e seu conteúdo implica uma regressão do desenvolvimento libidinal a esse ponto.

Freud lança mão às *Memórias* de Schreber para ilustrar o mecanismo do recalque. A grande catástrofe do fim do mundo, cujo único sobrevivente fora o próprio Schreber, é a elucidação da retirada de investimento libidinal do exterior. O fim do mundo é a projeção da catástrofe interior.

O processo de recalque consiste, então, no desligamento da libido destinada ao mundo externo. Há, no entanto, um processo contrário, de restabelecimento, que desfaz o primeiro e possibilita à libido novos destinos.

⁵ Freud não mais retomará a natureza da projeção em suas publicações. Henriques (2014) aponta para o desconhecimento de diversos escritos de Freud como possibilidade do não regresso da questão entre os textos publicados. Entretanto, tal especulação pode ser considerada fuga para a fantasia diante da impossibilidade de frustração com relação ao Pai da Psicanálise.

E o paranoico constrói-o de novo, não mais esplêndido, é verdade, mas pelo menos de maneira a poder viver nele mais uma vez. Constrói-o com o trabalho de seus delírios. A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na realidade, uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução. (FREUD, 1911, p. 78)

O desligamento da libido é o mecanismo essencial de todo recalque, portanto, não pode ser considerado o fator patogênico na paranoia. A especificidade levantada para a paranoia está no investimento libidinal no próprio ego, justificativa da megalomania tão presente nos paranoicos. Freud supõe que os paranoicos apresentam uma fixação no estágio do narcisismo, porém faz uma ressalva sobre a impossibilidade de afirmar que o paranoico retira completamente a libido do mundo externo para investi-la no ego. A hipótese provável é que a relação alterada do paranoico com o mundo é um resultado da perda de interesse libidinal. Ele encerra *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* com as seguintes palavras: “As neuroses surgem, principalmente, de um conflito entre o ego e o instinto sexual, e que as formas que elas assumem guardam a marca do curso do desenvolvimento seguido pela libido – e pelo ego” (1911, p. 86).

Em 1914, Freud apresenta “Sobre o narcisismo: uma introdução”, um artigo de suma importância no âmbito da psicanálise. Neste, resume suas ideias sobre a construção que percorria no estudo do narcisismo, apresentando o lugar deste no desenvolvimento sexual e abordando as relações entre o ego e os objetos externos, estabelecendo a distinção entre “libido do ego” e “libido objetal”.

É apropriado ressaltar que toda a construção sugerida nesse artigo é feita a partir de um enigma apresentado a Freud quando este tentava incluir as parafrenias na hipótese da teoria da libido. Ao se deparar com megalomania e desvio de interesse do mundo externo nas parafrenias, Freud menciona que nesses casos há consequente retirada de libido das coisas e das pessoas, tornando os indivíduos afetados impossibilitados de substituí-las por fantasias.

Quando há uma substituição de pessoas ou coisas do mundo externo por outras na fantasia, o processo é secundário e constitui uma tentativa de recuperação, destinada a conduzir a libido de volta aos objetos.

O narcisismo é “um complemento libidinal do egoísmo do instinto de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a toda criatura viva” (FREUD, 1914, p. 81). No narcisismo primário, a libido afastada do mundo externo é investida no próprio ego. No narcisismo secundário, a libido sofre uma catexia objetal e retorna para o mundo externo.

Freud afirma a existência de uma catexia libidinal original do ego, a qual posteriormente será transmitida parcialmente ao objeto. Pensar nesta permite uma antítese entre libido do ego e libido objetal. A primeira, condição na paranoia, refere-se ao investimento libidinal no próprio ego. A segunda tem o investimento libidinal a favor de uma catexia objetal.

O valor dos conceitos “libido do ego” e “libido do objeto” residem no fato de que se originam do estudo das características íntimas dos processos neuróticos e psicóticos. A diferenciação da libido numa espécie que é adequada ao ego e numa outra que está ligada a objetos é o corolário inevitável de uma hipótese original que estabelecia distinção entre os instintos sexuais e os instintos do ego. (FREUD, 1914, p. 85)

Retornando às parafrenias, Freud propõe uma diferenciação entre estas e as neuroses de transferência, afirmando que nas primeiras a libido desprendida pela frustração desliga-se dos objetos na fantasia, retirando-se para o ego. A megalomania surgiria como tentativa de elaboração da libido que retornou ao ego. Diante da falha na megalomania, a libido ficaria represada no ego, tornando-se patogênica e dando início a um processo de recuperação: o delírio.

Adentrando no conceito de ideal do ego, Freud afirma que este surge na resistência de um indivíduo em renunciar à perfeição narcisista. O ideal do ego é projetado para o humano como sendo seu ideal, aumentando as exigências sobre o ego.

Quando algo assegura a satisfação narcisista proveniente do ideal do ego, observando-o e comparando-o ao ideal, pode-se pensar o delírio de ser vigiado, característico das doenças paranoides. Tal delírio se constitui pela certeza de ter seus pensamentos sabidos, vigiados e criticados.

Os delírios de estar sendo vigiado apresentam esse poder numa forma regressiva, revelando assim sua gênese e a razão por que o paciente fica revoltado contra ele, pois o que induziu o indivíduo a formar um ideal do ego, em nome do qual sua consciência atua como vigia, surgiu da influência crítica de seus pais (transmitida a ele por intermédio da voz), aos quais vieram juntar-se, à medida que o tempo passou, àqueles que o educaram e lhe ensinaram, a inumerável e indefinível corte de todas as outras pessoas de seu ambiente – seus semelhantes – e a opinião pública. (FREUD, 1914, p. 102)

Freud afirma a existência de grandes quantidades de libido homossexual na formação do ideal do ego narcisista. A consciência é instituída a partir das críticas dos pais e, após, da sociedade. A revolta contra a censura provém do desejo de se libertar das influências dos pais e da sociedade, assim como de retirar a libido homossexual de si.

A autocrítica resultante da observação do ego e da comparação com o ideal não pode ser assumida pela consciência e em decorrência de um processo regressivo; ela compreende a censura como vinda de fora.

Em *Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranoia e no homossexualismo* (1922), o psicanalista retoma o delírio de ciúmes apresentado em *Notas psicanalíticas sobre*

um relato autobiográfico de um caso de paranoia (1911), acrescentando outras percepções na leitura sobre o tema.

O ciúme competitivo ou normal é composto pelo sofrimento causado pelo medo de perder o objeto amado ou, ainda, pela rivalidade com um inimigo bem-sucedido a quem se atribui a responsabilidade pelo próprio fracasso. Tem sua origem no Complexo de Édipo ou na relação irmão-irmã do primeiro período sexual.

O ciúme projetado decorre da própria infidelidade, seja da vida real ou de impulsos reprimidos. O indivíduo projeta os próprios impulsos no companheiro, acreditando que este foi ou pretende ser infiel.

O ciúme delirante também é consequente de impulsos reprimidos, entretanto o objeto é do mesmo sexo daquele que vive o delírio. Como defesa contra um forte impulso sexual, “eu o amo” torna-se “eu não o amo, ela o ama”.

Aqueles que sofrem de paranoia não conseguem encarar nada no outro como indiferente, acreditando que tudo é feito em sua referência. Freud aponta que a base do delírio de referência pode ser dada a partir da esperança de recebimento de amor dos outros frustrada pelo encontro, fazendo imperar a indiferença e o ódio.

Nesse ponto, a projeção para o exterior daquilo que não pode ser reconhecido como próprio ganha uma amplitude. Os paranoicos “deixam-se guiar por seu conhecimento do inconsciente e deslocam para as mentes inconscientes dos outros a atenção que afastaram da sua própria” (FREUD, 1922. p. 241).

Há uma base de realidade na certeza do ódio e da indiferença: a ambivalência de sentimentos e a não confirmação de recebimento de amor.

Acompanhar o percurso de Freud na escrita sobre a paranoia agrega não apenas um panorama teórico sobre o tema, mas ocasiona também o pensamento sobre a complexidade pela qual o paranoico é atravessado.

Com suas observações, o autor vai trilhando hipóteses, e termina por construir uma teoria sobre a paranoia – sobre seus sintomas e suas origens, o processo de desenvolvimento da libido, a relação com o mundo externo e a percepção da realidade. Ao final, inaugura a questão do ódio, ao que interrompe suas pesquisas e segue por outros caminhos. Esse ponto, assim como toda a construção, é retomado por diversos autores.

Lacan e Aulagnier foram os selecionados para uma continuidade do tema, por apresentarem formulações que seguem pelo caminho que Freud trilhou.

1.2. *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade: A paranoia em Lacan*

A tese de Lacan intitulada *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade* trata de um compêndio sobre a paranoia, formado por teóricos de diversas linhas do saber. Sua dialética divide o trabalho em três partes: a primeira, destinada à abrangência de todas as principais teorias acerca da paranoia; a segunda, ao relato do caso Aimée e a análise deste; e, a terceira, à conclusão de Lacan sobre o apresentado.

Neste escrito, Lacan chama atenção para o caráter raciocinante na paranoia. Traçando um percurso visando os sintomas, o delírio e a percepção da realidade, ele traz ao leitor essa

característica tão marcante, capaz de confundir diversos clínicos em um diagnóstico de neurose obsessiva.⁶

O recorte específico feito aqui sobre a tese de Lacan se faz a partir dessa construção da paranoia como “loucura raciocinante”⁷, pois na elaboração do Caso Lúcius esta talvez seja uma das principais marcas na escuta clínica.

Lacan se atém à exposição da paranoia fazendo uso do constructo de diversos autores para explicar o observado na clínica. Em seu capítulo “Concepções da psicose paranoica como desenvolvimento de uma personalidade”, aponta a inexistência de anomalias grosseiras capazes de desencadear e centralizar o delírio paranoico. Não há um único objeto centralizador, tudo e nada podem ser tomados como desencadeadores, tornando-se protagonistas ou não das construções delirantes.

Se na esquizofrenia a realidade torna-se corrompida e sem lógica, na paranoia ela mantém uma conservação no pensamento, na ação e na vontade. A capacidade de raciocínio, lógica e interpretação se mantêm, conservando o paranoico adequado para responder a questões das mais diversas naturezas, como direito, ética ou matemática.

O delírio, na paranoia, é sistematizado: é elaborado intelectualmente, sem grandes contradições internas. É, segundo Kraepelin⁸ (KRAEPELIN, 1915, p. 1722, *apud* LACAN, 1932, p. 16), “uma verdadeira caricatura egocêntrica de sua situação nas engrenagens da vida”.

⁶ Freud, em suas formulações, faz constantes associações entre a paranoia e a neurose obsessiva, por vezes considerando aquela como contínua a esta. O que parece trazer a Lacan essas formulações de forma mais intensa é sua vivência clínica com a psicose.

⁷ Termo cunhado por Sérieux e Capgras em *Les folie raisonnantes* (1909).

⁸ Kraepelin, E. (1915). IV: Paranoia. (pp. 1707-1779). *Der Querulantenwahn*. (pp. 1533-1546). In *Lehrbuch der Psychiatrie*.

Ele põe em relevo “a tonalidade fortemente afetiva” das experiências vitais no delírio, “a conformidade (antes e durante o delírio) do colorido pessoal das reações hostis ou benevolentes com relação ao mundo externo, a concordância da desconfiança do sujeito com o sentimento que ele experimenta de sua própria insuficiência, e também aquela de sua aspiração ambiciosa e apaixonada pela notoriedade, pela riqueza e pela potência com a superestimação desmedida que tem de si mesmo. (LACAN, 1932, p. 47)

Na paranoia, o que configura a perda da realidade é a leitura da perseguição nas situações em que o sujeito se percebe como objeto central. Ante a luta constante para a saída do fracasso essencial, o delírio vai ganhando cronicidade. Há em si uma resistência possibilitadora de continuidade no combate às influências hostis. “É dessa luta que se origina o reforço do amor-próprio” (LACAN, 1932, p. 48).

Em face aos fracassos no combate contra os rigores da vida formados por influências hostis, o paranoico se depara com duas vias: “recusar o juízo de outrem ou se esquivar em esperanças de futuro, que nenhum insucesso pode dissolver” (KRAEPELIN⁹, 1915, p. 1762 *apud* LACAN, 1932, p. 16).

Lacan aponta para a descrição kraepeliniana da paranoia ser pensada em divergência da esquizofrenia, pois aquela tem conservada a ordem no pensamento e tem ausência de evolução demencial característica desta. A “loucura raciocinante” é, assim, pensada pela ausência de enfraquecimento demencial.

Ao tratar o Caso Aimée, Lacan faz a seguinte descrição:

Ao mesmo tempo em que conta, com precisão, não só os episódios principais de sua vida e suas respectivas datas, mas até suas perturbações mentais, mostra-se capaz de analisar com bastante penetração introspectiva. Em todos esses pontos é evidente a boa vontade da doente. Lembremos que ela está plenamente orientada, que apresenta uma integridade intelectual

⁹ Kraepelin, E. (1915). IV: Paranoia. (pp. 1707-1779). *Der Querulantenwahn*. (pp. 1533-1546). In *Lehrbuch der Psychiatrie*.

completa nas provas de capacidade. Nunca apareceram durante a anamnese perturbações do curso do pensamento; a atenção, muito pelo contrário, está vigilante. (LACAN, 1932, p. 151)

Aimée, assim como Lúcius, causa um estranhamento ao clínico em virtude da preservação do funcionamento mental. A capacidade de raciocínio e a organização do pensamento imperam.

Seguindo pelo Caso Aimée, Lacan vai descrevendo suas observações e apontando para uma trilha pertencente à paranoia.

Aimée apresenta “humor em tonalidade média, sem aparência ciclotímica” (p. 153); “revela a gama quase completa dos temas paranoicos”, “temas de perseguição e temas de grandeza nela se combinam estreitamente” (p. 153); “ela atribui a desgraça a seus inimigos” (p. 154); “a relação delirante primeira apresentava uma natureza erotomaníaca” (p. 159); “o delírio impressiona pela organização que liga seus diversos temas” (p. 197); “Nossa paciente conservou nos limites normais a noção de sua personalidade; seu contato com o real manteve uma eficácia suficiente; a atividade profissional prosseguiu até a véspera do atentado” (p. 198).

Com base no apreendido da teoria kraepeliniana, assim como em todo o percurso apresentado na primeira parte de sua tese, as observações de Lacan destinam à Aimée a hipótese diagnóstica de psicose paranoica, com delírio de interpretação:

No interior do quadro existente da paranoia, nosso diagnóstico ficará, sem dúvida alguma, com o de *delírio de interpretação*. “As interpretações delirantes, múltiplas e diversas, primitivas e predominantes”, “as concepções delirantes variadas em que a ideia diretriz parece secundária”, a intrincação dos temas de grandeza e perseguição, “a falsidade e a inverossimilhança flagrante do romance delirante”, “a atividade normal”, “as reações, em suma, em reação com seu móvel”, “a ausência de sinais de degenerescência”, “a conservação do sentido moral”, “a extensão progressiva do delírio, a

transformação do meio externo”, enfim, todos os traços estão presentes em nosso caso, através dos quais Sérieux e Capgras opõem com extremo rigor o delírio de interpretação ao delírio de reivindicação. (LACAN, 1932, p. 201)

Mais à frente, Lacan, ao abordar o delírio de interpretação, aponta para a existência de uma significação pessoal neste. O sintoma não se revela com alusão a qualquer percepção, fatos e objetos alheios ao paranoico. A menção está nas relações de natureza social: familiares, colegas de trabalho e vizinhos.

Algumas interpretações estão baseadas nas vivências reais (interpretações retrospectivas), outras repousam sobre ilusões da memória, lembranças distorcidas de fatos vividos no passado que exprimem a convicção delirante e/ou os complexos afetivos (LACAN, 1932, p. 213). É “uma insuficiência da rememoração, que permite a uma imagem-fantasma (ela mesma evocada pelas associações de uma percepção, de um sonho ou de um complexo delirante) se transformar em imagem-recordação” (*Ibidem*, p. 210).

Em Aimée, Lacan pôde observar tanto as interpretações retrospectivas quanto as ilusões de memória. Sua busca por compreender o caso o leva a recolher acontecimentos da vida e reações pessoais da paciente em correspondências com os membros de sua família. Diante do confronto de tantas informações, Lacan observa a base de realidade presente no delírio paranoico. “As concepções delirantes têm sempre um certo *valor de realidade*, que deve ser compreendido em relação ao desenvolvimento histórico da personalidade do sujeito” (*Ibidem*, p. 295).

A presença da irmã de Aimée no convívio conjugal não se restringe a nobres intenções.

Ela [a irmã] nos confessou isso sem disfarce, quando nos disse com toda a candura ter encontrado seu consolo no papel de mãe que conquistou junto ao filho de sua irmã [Aimée] a partir do fim do primeiro ano, ou seja, desde alguns meses que antecederam a primeira internação de Aimée. (*Ibidem*, p. 227)

Nesse caso, a presença de elementos da realidade fica escancarada. Aimée não pode tomar a irmã como perseguidora, a pessoa designada é sua amiga mais querida e dominadora.

Ao pensar nas figuras perseguidoras de Aimée, Lacan aponta uma “significação puramente simbólica” (*Ibidem*, p. 249). Essas figuras são duplos, triplos, tiragens de um protótipo com um duplo valor: afetivo e representativo.

O valor afetivo decorre da existência real destes na vida do paranoico, são pessoas que ofertam o ódio e a indiferença. O valor representativo está na imagem ocupada pela figura, imagem em consonância com os temas de grandeza e perseguição.

A escolha do objeto perseguidor não é feita aleatoriamente. É preciso que ele contenha os elementos necessários à identificação afetiva e representacional.

Lacan parte, através da leitura de Freud e Abraham, para pensar o alicerce da paranoia no desenvolvimento sexual. É por meio da enérgica geral da libido que a elaboração do mundo objetal é proporcionada.

No primeiríssimo estágio de organização erógena (orgasmo oral do lactante) a projeção libidinal é inteiramente fixada ao corpo próprio do lactante (estádio autoerótico primitivo), e é através dos sucessivos investimentos da libido sobre objetos de valor vital, depois de valor sublimado, que se cria progressivamente o mundo objetal. (LACAN, 1932, p. 254)

A paranoia pode ser pensada como uma patologia desencadeada pela perda do objeto, explicada pela compensação entre a fixação narcísica e a objetal.

Os temas do delírio na paranoia são tomados pela relação com o objeto de amor homossexual.

Os delírios de perseguição contêm o sentido da autoacusação, conservando a ameaça projetada em um futuro sempre iminente. Os delírios de grandeza possuem um alcance futuro e um sentido altruísta, e, assim como no delírio de perseguição, se referem ao ideal do eu. A erotomania também contém ideias de grandeza, porém no sentido do idealismo apaixonado.

Lacan segue abordando a questão do tratamento da paranoia e a possibilidade de cura a partir do vivenciado no Caso Aimée.

1.3. A violência da interpretação: A paranoia em Aulagnier

Tanto Freud quanto Lacan abordam aspectos importantíssimos em relação à paranoia. Suas descrições dos sintomas, delírios, e desenvolvimentos são capazes de ilustrar ao leitor aquilo que se vive na clínica com paranoicos. Entretanto, alguns pontos não foram aprofundados em seus escritos. No que diz respeito ao ódio, Aulagnier faz uma construção específica sobre a cena primária para determinar o vivido pelo paranoico na organização familiar.

Em *A violência da interpretação* (1979), Aulagnier traz o habitado a partir da ambiguidade apresentada pelo casal parental até a configuração do ódio como alicerce.

Diante de sua teoria sobre a metabolização própria da atividade orgânica, vai abordando os atravessamentos naturais a cada indivíduo, afirmando a importância das vivências de prazer e desprazer na violência nem sempre essencial imposta pela mãe.

Aulagnier (1979) aponta para as três características marcantes no delírio paranoico: a) a inexistência da dúvida ao interlocutor; b) o lugar ocupado pelo ódio na teoria original; e c) a possibilidade de perseveração do casal parental, desde que a relação de ódio esteja configurada. Ao longo de seu escrito, aborda cada um desses pontos a fim de esclarecer de maneira ampla a paranoia.

O paranoico constrói seu delírio a partir do que foi apreendido pelo olhar e pela escuta dos outros. Esse ódio percebido se torna o ponto central na elaboração da teoria sobre a própria origem.

Toda teoria sexual infantil responde à demanda da teoria da origem de cada humano. A cena primária e as ideias sexuais infantis proporcionam aos processos primário e secundário a tentativa de resposta à questão original – elas não podem nem serem reproduzidas no silêncio, nem permanecerem em cena.

As fantasias sexuais infantis, na medida em que vão sofrendo modificações, buscam em sua essência incluir-se na “teoria infantil sobre o Édipo” (AULAGNIER, 1979. p. 227). Esse processo proporcionará à criança acesso à imagem unificada do corpo e, em concomitância, a imagem unificada da linguagem.

A linguagem permitirá o desenvolvimento do Eu, e sua busca será feita a partir de uma promessa de prazer. O porta-voz deverá nomear para a criança o seu próprio corpo. Essa nomeação feita na representação de uma fantasia proporcionará a representação da relação do indivíduo com o desejo e o prazer. A voz introduzirá àquele que escuta o prazer e o desprazer. Quando a contradição entre a busca e a recompensa de prazer é excessiva, o discurso poderá

perder a atribuição de verdade. Segundo Aulagnier, a paranoia é o resultado desta operação no registro da linguagem fundamental.

Aquilo que a criança entende do discurso materno dará acesso à imagem unificada. Esta deverá proporcionar a unificação dos prazeres parciais, viabilizando o gozo do corpo unificado. É a promessa de um prazer superior que permitirá a aceitação da espera e do desprazer a partir da qual se constituirá um discurso como lugar de verdade possível.

Para que haja uma imagem do corpo estruturante e estruturada, é necessário que o porta-voz que nomeia aquilo que o poder sensorial descobre faça acompanhar esta nominação de um signo que testemunhe o prazer que ele vivencia ao reconhecer as produções das funções parciais da criança. O prazer materno, ao nomear o corpo da criança e ao fazê-la tomar conhecimento dele, é uma condição necessária para que a criança conceba seu corpo como um espaço unificado, e para que, numa outra etapa, os prazeres parciais possam se colocar a serviço desta meta “unificada” que designamos como gozo. (AULAGNIER, 1979, p. 230-231)

Quando o porta-voz é incapaz de reconhecer e/ou nomear uma zona erógena no “corpo falado”, o corpo representado será privado de uma função e de seu prazer. O psicótico não teve acesso a essa imagem unificada, a fantasia de prazer foi transmitida pela representação do corpo fragmentado. Entretanto, na paranoia, mesmo fragmentado há o relevo pelo psiquismo do “não-eu”. O paranoico se reconhece separado do corpo da mãe, sendo este o representante de todo objeto de prazer.

À mãe é atribuída a fantasia de apropriação ou rejeição de todo objeto existente. É essa fantasia que viabilizará a associação “mãe e objeto” tornar-se “mãe e pai”, testemunhando o prazer possível partilhando e figurando o desejo de rejeição da mãe e o desprazer para o pai. É preciso que, além da fantasia de onipotência do desejo da mãe, a relação entre o casal seja percebida, sobretudo, no que configura o encontro como fonte de prazer.

Se o que aparece na cena do real é sempre acompanhado de um signo que demonstra que o casal é fonte de desprazer para seus próprios atores, dificilmente o olhar que contempla esta cena poderá fazer deste “visto” uma fonte de prazer. O poder projetivo não é ilimitado: o excesso de realidade, o excesso de desmentido, tanto quanto a permanência de um mesmo e único signo, se introduzem no próprio primário, aí deixando sua marca. Aquele que olha começa por se fantasiar como o efeito de uma causa projetada sobre o desejo do Outro, protótipo das figurações forjadas pelo processo primário a respeito do que é a origem de seu prazer ou de seu desprazer e, logo, do que é *causa originária e origem de si próprio*. (AULAGNIER, 1979, p. 233, grifo do autor)

É essa primeira fantasia que irá introduzir ao humano o “outro-espaco”, no qual os atributos paternos serão incorporados. Inicialmente, os atributos serão insignificantes. Depois, dependendo da autorização e necessidade materna, se ampliarão até serem reconhecidos como outro-não-materno, porém desejado pela mãe.

Para que este terceiro seja incorporado e reconhecido, é importante que sua inserção seja feita na alternância entre prazer e desprazer, não apenas desprazer. O duplo desejo e o prazer partilhado observado na introdução do terceiro permitirá uma remodelação da cena primária, figurando a relação sujeito-desejo e possibilitando novas associações prazerosas.

Na paranoia a associação “mãe e pai” será recebida de forma diferente.

A mãe do paranoico é caracterizada pela ambiguidade da palavra. Seu discurso assume o lugar de perfeição que a mãe idealizada deveria ocupar; é marcado pela força, coragem e sacrifício. Entretanto, algo em suas palavras provoca um estranhamento. Há uma falsidade anunciada, capaz de desagregar o ouvinte.

Como mãe quase sempre “perfeita”, ela não deixa à criança muita margem para uma possível crítica: não que ela a impeça com violência, mas ela o faz de tal forma que, ao nível do comportamento, a criança, que intui que

alguma coisa é confusa, falsa e ambígua, se vê impossibilitada de descobri-la e de fundamentar sua intuição. (AULAGNIER, 1979, p. 240)

Este é o ponto gerador da desconfiança e da culpa no paranoico. A imagem materna nem pode ser declarada verdadeira nem demonstra sua falsidade. A voz materna introduz o “excesso” da voz paterna. Informa o perigo presente no pai e a suposição de proteção na mãe. Os avisos terminam por gerar um amedrontamento desmedido, inferindo na desconfiança vinculada a qualquer destino.

A crença do amor materno não se desfaz, porém se mantém condicionada à leitura da obrigação, do dever e da ética. A mãe ama, porque toda mãe deve amar o próprio filho.

O excesso de comedimento, oposto à desmesura paterna, explica o sentimento de desconfiança vivenciado pela criança, desconfiança cuja única causa evidente deveria ser atribuída ao pai. Porém, a criança intui que esta causa é talvez inexata, e que ela deveria ser buscada em relação à mãe, lá, exatamente, onde nada se manifesta de forma patente. (AULAGNIER, 1979, p. 241)

À mãe é impossível a transmissão do prazer vivido no encontro do casal, justamente porque é a ausência do gozo que preserva o “desejo de um desejo mau” (AULAGNIER, 1979, p. 242). O prazer anunciado, vinculado ao dever, se faz nas dificuldades enfrentadas. “Este ‘excesso’ é necessário a fim de que seja preservado um *‘estado de conflito justificado’* em relação ao desejo do pai, o que garante a impossibilidade de um acerto de contas, já que este último estará sempre em dívida” (AULAGNIER, 1979, p. 242, grifo do autor).

O gozo deveria se fazer na vivência recíproca entre o casal. Sua ausência gera uma deformação na transmissão do desejo de ter um filho. O desejo do pai precisa ser refutado. A mãe transforma o próprio prazer em “prazer por dever” para manter o conflito permanente. Se

o desejo de ter um filho é transmitido erroneamente e o desejo do pai é acompanhado por uma interdição explícita, o Nome-do-Pai é associado a um desejo perigoso, maléfico.

A mãe transfere para o pai uma imagem parental reduzida à dimensão de um simples “outro”, com o qual o conflito é possível, o que explica também que o conflito não possa cessar. Se ele cessasse, duas hipóteses seriam demonstradas: em caso de derrota, que a imago possuía verdadeiramente o poder a ela imputado e, portanto, que o medo por ela inspirado era justificado; em caso de vitória, ficaria demonstrado que o “outro” não corresponde absolutamente a uma imagem que era rigorosamente o fruto de projeção materna. Aqui o objeto que se considerava como recuperado é novamente perdido, o luto se repete e a depressão pode surgir. (AULAGNIER, 1979, p. 242)

Segundo Aulagnier, o casal erotiza o conflito fazendo deste um substituto de relação sexual. A criança é tomada como um observador apreciado, porém as emoções suscitadas pelo visto são desconsideradas pelo casal. O pensamento delirante primário atribuirá um sentido possível ao visto, transformando conflito e desejo em sinônimos a partir dos quais a criança formará sua teoria delirante infantil sobre a própria origem.

A importância do ódio está na referência da própria existência e do mundo. É preciso que algo exista para ser odiado e que alguém o odeie para que a existência de si e o mundo estejam garantidas.

Aulagnier aponta para uma saída defensiva, na paranoia. Na tentativa de se desvincular do centro do conflito, o paranoico se alia a um dos lados, tomando o outro como único responsável pelos erros. Frente à idealização de um dos pais, o conflito passa a ser projetado no exterior, permitindo ao indivíduo uma unificação ilusória com possibilidade de diferenciação entre o desejo e o conflito, o amor e o ódio. A idealização, contudo, não poderá ser eterna. A primeira decepção torna-se intolerável, “aquele que olha se vê dominado pelo

‘horror da degradação’” (AULAGNIER, 1979, p. 249). O retorno ao lugar do conflito e do ódio o torna aliado do outro lado, acionando o delírio primário.

Ao pensar sobre o delírio, Aulagnier aponta para a necessidade observada no paranoico em comunicar e impor aos outros suas certezas delirantes. Retoma o formulado por Freud sobre a retirada de investimento libidinal do mundo externo e afirma sua absoluta inexistência. O mundo externo permanece, porém precisa ser reformulado. “Sobre a cena do mundo é projetado o modelo da cena primária” (AULAGNIER, 1979, p. 250).

O perseguidor pode ser tomado por duas formas: alguém do grupo familiar ou uma classe social.

Segundo Aulagnier, o perseguidor representado por uma classe traria consigo alguns “benefícios” ao delírio: a classe amenizaria o lugar do assassinato, possibilitando atuações menos destrutivas, como reivindicações escritas e processos jurídicos. Também apresentaria ao paranoico um grupo contrário, a ser assumido como “aliado”. Há, nesta construção, uma probabilidade de preservação do investimento na cena exterior.

Ao tomar um membro da família como perseguidor, o mediador social é retirado e uma brecha à exacerbação da violência contra a imposição do outro surge.

A perseguição e o ódio ocorrem devido às posses e poderes do paranoico. Este se considera o “herdeiro legítimo” (AULAGNIER, 1979, p. 252), o detentor da verdade sobre o saber. A gravidade na paranoia se encontra na capacidade de ir ao ato contra si ou contra outros como forma de proteção da herança do desejo de assassinato.

A importância do perseguidor está na viabilização que este objeto oferta ao paranoico em “reunir os fragmentos do próprio corpo e atribuir-lhes uma espécie de unidade fictícia, mas operante” (AULAGNIER, 1979, p. 270-271). A perda desse objeto de projeção da

própria desintegração acarreta em dois possíveis destinos: o autoextermínio ou a erotização do desejo do ódio.

Aulagnier finaliza com a seguinte formulação:

Criar uma interpretação sensata da violência sofrida: esta é a tarefa que executa o Eu “ao delirar”. A problemática paranoica mostra como a psique, ao fazer coincidir desejo e ódio, consegue dar sentido a uma cena desenvolvida por um casal, pelo qual o sujeito deve ter sido engrenhado, mas ao qual ele deve também o fato de ter encontrado, no espaço do “não-eu”, um discurso insensato, porque efetivamente despojado daquilo que asseguraria sua lógica e sua função: um enunciado sobre os fundamentos, que falasse do desejo e da legitimidade do prazer que podem esperar dele. (AULAGNIER, 1979, p. 273)

CAPÍTULO II: LÚCIUS E A AUSÊNCIA DO OLHAR

Eu sempre percebi que minha mãe olhava diferente para o meu irmão. Ela enxergava ele. Acho que ela nunca prestou atenção em mim.

(Lúcius)

Eu não sei o que tá rolando, mas sei que colocaram umas coisas minhas na internet e agora todos sabem de mim... As pessoas ficam olhando pra mim em todos os lugares por onde ando, como se procurassem algo.

(Lúcius)

A análise de Lúcius se delonga um ano e meio, período marcado por uma série de relatos paranoicos mesclados com um discurso sobre a ausência de olhar. Segundo sua fala, na infância sempre sentiu a diferença de tratamento e de olhar entre ele e o irmão gêmeo; sentia-se preterido. Precisava ser independente, se virar sozinho, ao mesmo tempo em que era constantemente cobrado e, de alguma forma, perseguido pela mãe.

Casou-se muito cedo, tendo três filhas deste casamento. Porém, em virtude das diversas brigas entre o casal, após uma denúncia anônima ambos perderam a guarda das filhas para a mãe do paciente. Algum tempo depois, a esposa conheceu outro homem pela internet e se envolveu com este, abandonando Lúcius.

Desde a perda da guarda das filhas, estas o negam como pai. Recusam seus conselhos e rejeitam suas investidas no sentido de educá-las. Mesmo tentativas simples de aproximação são refutadas por elas.

Desses vinte e poucos anos de internações psiquiátricas, das quais Lúcius afirma não compreender as motivações, relata ter se sentindo descartado dentro dos hospitais, como se quisessem eliminá-lo enquanto problema. Também se submeteu e foi submetido a diversos outros tratamentos, entretanto, dificilmente se percebeu realmente olhado por alguém, sendo na maioria das vezes "expulso" dos consultórios e hospitais.

Em meio a várias histórias, outras tantas são contadas. Histórias vinculadas a perseguições por considerarem-no tanto demoníaco quanto divino. Relatos da frequência com que pessoas se intrometiam em sua vida. Recortes das perseguições sofridas em virtude de sua grandiosidade, como se os outros o quisessem abolir da Terra. Discursos sobre a admiração recebida diante dos seus dons, ou a relação que as pessoas faziam de sua figura com a de Deus. Ainda, com frequência, Lúcius trazia situações nas quais as pessoas o paravam na rua para perguntar sobre o próprio futuro, ou se afastavam com olhares de temor à sua figura.

Ao longo das sessões, vinculado ao discurso paranoico, Lúcius iniciou alguns movimentos invasivos. O paciente elogiava o corpo da analista, falava sobre masturbação, encarava seus seios e recusava medicação com a desculpa de *excesso de libido*. Pouco antes da fase de recusa à medicação, o paciente relata ter ido a um bordel, lugar onde conheceu uma moça por quem se interessou. Na descrição das características desta, ficou clara sua semelhança com a imagem da analista.

Diante das diversas atuações desconfortáveis do paciente, a vontade da analista em atender Lúcius era questionada. Foram diversas supervisões para falar do caso e pensar como poderia ou deveria dar continuidade a este tratamento. O questionamento sobre as atuações invasivas, assim como da intensidade dos encontros, era constante.

Durante um ano e meio o atendimento de Lúcius revelou uma mescla de discurso sobre a rejeição associado ao engrandecimento de si, com atuações desagradáveis. Tais

associações traziam uma sensação de estranheza, gerando dois principais questionamentos: Por que tanta rejeição misturada às fantasias de divindade? E por que o tratamento de Lúcius era sentido de forma tão intensa e invasiva, levando a analista a cogitar interromper o tratamento? Poderia a ausência de olhar sobre si desencadear o olhar invasivo sobre a figura da analista?

Retomando a história do paciente, é possível perceber a questão do olhar perpassando boa parte dos relatos neste caso. Um olhar que o atravessa, um olhar que não o percebe, um olhar que o agride. Qual a importância do olhar? Qual o efeito do não olhar?

Lacan, em seu artigo “O estádio do espelho como formador da função do Eu” (1949), escreve que a formação do Eu se desenha a partir do instante em que o infans se depara com sua imagem refletida no espelho. Dirá:

O espetáculo cativante de um bebê que, diante do espelho, ainda sem ter o controle da marcha ou sequer da postura ereta, mas totalmente estreitado por algum suporte humano ou artificial, supera, numa azáfama jubilatória, os entraves desse apoio, para sustentar sua postura numa posição mais ou menos inclinada e resgatar, para fixa-lo, um aspecto instantâneo da imagem. (LACAN, 1949, p. 97)

Essa imagem de um corpo unificado se designará como uma matriz simbólica a partir da qual o infans objetivará sua identificação com o outro. Tal imagem será constituinte do Eu. Assim, a fase do espelho se configura como um ponto de transição entre o corpo fragmentado e o corpo unificado, o corpo próprio.

“A função do estádio do espelho revela-se para nós, por conseguinte, como um caso particular da função da *imago*, que é esclarecer uma relação do organismo com sua realidade – ou, como se costuma dizer, do *Innenwelt* com o *Umwelt*” (LACAN, 1949, p. 100).

Lacan precisa que essa imago apenas configurará o início da constituição de um sujeito unificado, uma vez que ela antecipa a condição dos fragmentos de se tornarem corpo, revela uma insuficiência orgânica e precipita sua determinação social. Essa imago iniciará uma alucinação constituinte, que mais tarde desenrolará como o Ideal do Eu.

É através do espelho que o Eu se forma, e, para não perder essa Imago, buscará a garantia do reconhecimento de paridade com esta. Esta busca resultará no conhecimento paranoico originário do Eu, uma vez que este, em sua tentativa de assemelhar-se àquela, se compara e se agride.

Entretanto, apesar da importância do estágio do espelho na formação do Eu, Lacan reitera que o infans procura a confirmação daquela imagem especular no olhar do Outro. Ao se reconhecer nesse olhar, ocupará o lugar de desejo desse Outro. A relação com os objetos será, então, mediada pelo desejo do Outro. A partir daí a sentença é dada.

Retornando à questão da importância do olhar, pode-se afirmar que sem este não é possível a constituição de um sujeito, pois sem desejo não há sujeito. O olhar do Outro ditará as coordenadas no sentido do caminho possível, caminho que seguirá em prol da aprovação, da perfeição. Porém, sendo a perfeição um caminho do impossível, a busca poderá travar uma luta eterna. E dependendo da forma como esse desejo for compreendido, o caminho poderá ser inviabilizado ao sujeito, graças à repetição.

Lúcius foi gerado a partir do desejo de sua mãe. No entanto, ao ser duplo, restou-lhe o vestígio – para o irmão, o reconhecimento e a admiração da mãe; para Lúcius, o olhar devastador, o resto.

No instante em que Lúcius constata a diferença no olhar do Outro materno, percebe a grande perda. Tal ferida, além de fragilizar o Eu, cindiu-o. O paciente passou a viver duas realidades: de um lado, aquela provinda do não olhar, a do ser abandonado, marcado pelo

caminho das perdas; e, em oposto, a construída a partir do delírio de grandeza, do divino, possuidor de dons, detentor do saber e da admiração alheia.

A oposição das realidades só o mantém no mesmo lugar, apesar da suposta mudança de posição no discurso. Não ser olhado ou ser admirado são dois lados da mesma moeda, duas formas de ser visto no mundo como objeto do outro, como objeto do Outro materno.

Duvidovich (2004), ao escrever sobre o desejo materno, observa duas premissas indispensáveis para o exercício da função materna. O primeiro é a função do cuidado, e o segundo, a possibilidade de tomar o infans como objeto de desejo capaz de levar temporariamente a uma ilusão de completude, condição imperiosa para propiciar a erogenização e narcização do corpo infantil.

A relação mãe-filho iniciará a partir da fecundação. Aulagnier (1964) descreve a relação imaginária instaurada junto com o início da gravidez, na qual a criança será identificada como um “corpo imaginado” (p. 56), completo e unificado, sobre o qual se inclina a libido materna. Será necessário, porém, que a mãe viva um luto pelo objeto perdido, desligando sua libido do “corpo imaginado” para reinvesti-la no Eu da criança real.

No caso de Lúcius, o luto não foi vivido, não precisou ser vivido. Como escreve Aulagnier (1964), “A mãe do psicótico não é alguém que faz a lei, ela é a lei” (p. 58).

Se normalmente a presença do “corpo imaginado” permitiria o investimento libidinal materno enquanto corpo separado, nas mães de psicóticos há um hiperinvestimento narcísico, que é sentido como uma produção pertencendo ao próprio corpo (AULAGNIER, 1964).

Para o psicótico tudo se passa de outro modo: o que ele vê no espelho deixá-lo-á para sempre siderado de pavor. Porque o que lhe aparece é o que, na história, substitui o “corpo imaginado”: é seu corpo tal como na sua realidade é vista pelo Outro, conjunto muscular, mantido e articulado pelos braços que o aprisionam ou pelo aparelho que o contém: o que se desenha no

espelho é sua imagem mais a do Outro, mas o Outro entendido como agente da castração e ele como lugar desta castração: este corpo, inexoravelmente castrado, porque nunca reconhecido em uma autonomia de desejante, é o que chamo de CORPO FANTASMADO. (*Ibidem*, p. 62-63)

A ausência de espaço entre os dois impossibilita a entrada do pai. Como dirá Leclaire:

[...] Para que entre em jogo a função do Pai, a criança não deve obturar a organização libidinal da mãe, algo da ordem de uma desconexão deve se produzir ou se confirmar, isto é, o pai enquanto corpo erógeno deveria continuar do ponto de máximo investimento da economia libidinal da mãe. (LECLAIRE, 1979, p. 42)

Na paranoia, o pai é incluído pela mãe, mas apenas como imagem a ser odiada. A mãe não assume o pai enquanto Nome-do-Pai, e sim apenas enquanto aquele pelo qual a criança foi recusada.

A rejeição do significante Nome-do-Pai – significante cuja função é regular o gozo pela introdução da significação fálica –, acarreta uma regressão tópica ao estágio do espelho, provocando fenômenos no nível da linguagem, na conformação da imagem do eu e na relação com os semelhantes. Desta forma, observamos fenômenos alucinatorios, delírios, sensações de vazio absoluto e falta de sentimento de vida (depressões psicóticas), entre outros. (HANNA, 2005, p. 92)

A ausência do significante Nome-do-Pai condena o psicótico a permanecer fixado no estágio do espelho. Este estado de sanção em relação ao olhar do Outro lhe impõe o lugar objetificado, sujeito ao gozo do Outro.

Sem a mediação simbólica propiciada pelo significante Nome-do-Pai, o psicótico fica à mercê do Outro, deste Outro primordial cujo capricho é ilimitado. O delírio de grandeza ilustra justamente esse aprisionamento no

fantasma da onipotência materna, onde o sujeito torna-se objeto do gozo do Outro. (BALBI, 2005, p. 200)

A impossibilidade de entrada do Pai, e da conseqüente identificação do filho como continuidade somática e psíquica da mãe, impede o infans de ter um corpo próprio, com limites definidos e autonomia psíquica. Essa não separação entre Lúcius e a mãe o coloca em um lugar do olhar que não olha, portanto, impossibilitado de ser erotizado.

A não erotização não alimenta o Eu, fazendo-o frágil. A realidade de Lúcius passou a ser compreendida pelas faltas, faltas por toda a vida. A repetição do não olhar perpetua por sua existência.

A pulsão escópica do Outro materno não foi constituinte para o paciente em virtude do não olhar. Lúcius parece inaugurar a fase especular, porém não consegue sair dela, não podendo ver nem a si nem ao outro como um todo, mantendo-se como objeto diante de outro objeto.

A fantasia infantil não concretizada pelo reconhecimento no olhar do Outro (a mãe, que não o fez) o deixou “preso” às primitivas alucinações prévias, inviabilizando uma elaboração e evolução da imago.

O sujeito se constitui através do desejo. Primeiro é preciso que haja um desejo de que ele exista, e só desta forma aquele sujeito aprenderá a desejar. Quando o desejo pelo seu ser não é bem abarcado, o sujeito estaciona em sua constituição, não aprendendo por completo a compreender e, conseqüentemente, a manifestar seu próprio desejo. Passa, então, a manifestar essa incompreensão por meio das fantasias a respeito de si mesmo, para si mesmo. O desejo existente no narcisismo secundário não se faz, não é possível fazer do outro seu objeto de amor.

Em Lúcius, o olhar sexualizado para a analista parece a atuação do desejo, entretanto revela-se apenas como reflexo do autoerotismo. A pulsão sexual de Lúcius se satisfaz no próprio corpo (corpo belo – masturbação), porém sem a referência de um corpo unificado. Ao olhar para o corpo da analista, Lúcius reproduzia o olhar invasor pelo qual se vê invadido.

Freud, em seu artigo “Sobre o Narcisismo: Uma Introdução” (1914), retoma a teoria da libido para tratar do narcisismo. Segundo o autor, na psicose, o humano retira sua libido do mundo externo sem substituí-las por outras fantasias. O investimento libidinal é sempre em si próprio, porém não por um egoísmo, mas sim por que o sujeito não consegue compreender a si e ao outro como distintos.

Lúcius parece caminhar em busca do narcisismo primário, porém incapaz de se desprender do autoerotismo em virtude da falha na erotização do Outro materno.

No tocante à primeira questão, posso ressaltar que estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao ego [Eu] não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego [Eu] tem de ser desenvolvido. Os instintos autoeróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo. (FREUD, 1914. p. 84)

Em Lúcius, o não olhar o aprisiona em si mesmo.

Nos parafrênicos [na psicose], a megalomania permite uma semelhante elaboração interna da libido que voltou ao ego [Eu]; talvez apenas quando a megalomania falhe o representante da libido no ego [Eu] se torne patogênico e inicie o processo de recuperação que nos dá a impressão de ser uma doença. (*Ibidem*, p. 92-93)

Ao não ser olhado, a libido de Lúcius se retira da possibilidade de se ligar a um objeto na fantasia, retornando ao Eu cindido. O reinvestimento no Eu retoma a fragilização do não olhar, gerando novas compreensões da rejeição ou perseguição.

O paranoico, à medida que ele avança, repensa retroativamente seu passado e encontra até nos anos mais recuados a origem das perseguições cujo alvo é ele. Ele tem algumas vezes maior dificuldade em situar um acontecimento, e sente-se bem sua tendência a projetar isso por um jogo de espelhos num passado que se torna ele próprio bastante indeterminado, um passado de retorno eterno. (LACAN, 1955-1956, p. 140)

CAPÍTULO III: A TRANSFERÊNCIA NA PSICOSE

Fédida (1996), em seu texto *O interlocutor*, aponta para o fato da transferência ter se tornado um termo ordinário na psicanálise. A sua banalização resulta da pouca reflexão por parte de alguns psicanalistas na busca por compreender o que ocorre a partir do vivido entre o paciente e seu analista.

Essa leitura “senso comum” passou inclusive a ser trabalhada na Clínica da Psicose. Em rodas de apresentação de pacientes, nos artigos destinados ao tema e mesmo em núcleos de formação sobre a psicose, a transferência é apontada com uma regularidade intimidante, levando à dúvida sobre o que se quer dizer quando se fala em transferência na psicose.

Uma das questões mais polêmicas quanto ao tratamento de pacientes psicóticos gira em torno da existência da transferência nessa clínica. Muito já foi produzido a esse respeito, todavia as diferentes elaborações sobre o tema, inclusive em um mesmo autor, fomentam maiores imprecisões sobre o tratamento na psicose.

O maior exemplo dessa polêmica vem do próprio Pai da Psicanálise. Ao longo de sua obra, Freud denota uma ambivalência em relação à transferência e ao tratamento das psicoses.

Em *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia* (1911), a existência da transferência de Schreber para Flechesig era uma evidência para Freud.

O sentimento amistoso do paciente para com o médico bem se pode ter devido a um processo de “transferência”, por meio do qual uma catexia emocional se transpôs de alguma pessoa que lhe era importante para o médico que, na realidade, era-lhe indiferente; de maneira que o último terá sido escolhido como representante ou substituto de alguém muito mais

chegado ao paciente. Para colocar o assunto de forma mais concreta: o paciente lembrou-se de seu irmão ou de seu pai ante a figura do médico; redescobriu-os nele; então, não causará espanto que, em certas circunstâncias, um anseio pela figura substituta reaparecesse nele e operasse com uma violência que só pode ser explicada à luz de sua origem e significação primitiva. (FREUD, 1911, p. 56)

Porém, em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), escrito três anos após, Freud aponta para a impossibilidade de análise nas parafrenias, em virtude do desinvestimento libidinal no objeto.

Esse tipo de pacientes, que eu propus fossem denominados de parafrênicos, exibem duas características fundamentais: megalomania e desvios de interesse do mundo externo – de pessoas e coisas. Em consequência da segunda modificação, tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados por nossos esforços. (FREUD, 1914, p. 82)

O verificado em sua extensa obra é que esse conceito sofreu algumas modificações, o que justificaria as diferentes formulações freudianas sobre um mesmo centro.

Independentemente de como o analista pensa a existência da transferência na psicose, uma certeza se apresenta: o psicótico frequenta o tratamento analítico e algo “acontece” nesse lugar. Partindo dessa afirmação, surge a questão: o que leva um psicótico a frequentar esse lugar e o que sustenta o tratamento?

Este capítulo se dedica a estudar e compreender a transferência na psicose tomando como base o Caso Lúcius.

Segundo Freud, as transferências são:

Reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar-se e tornarem-se conscientes, mas com a

característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico. [...] São, portanto, para prosseguir na metáfora, simples reimpressões, reedições inalteradas. Outras se fazem com mais arte: passam por uma moderação de seu conteúdo, uma sublimação. (FREUD, 1905, p. 111)

A partir dessa conceituação, a transferência é pensada como algo que emerge desde a relação entre paciente e analista. Esse algo viabiliza um investimento libidinal na figura do analista, destinando a estes afetos vividos em outras relações do passado do paciente.

Como mencionado anteriormente, ao longo de sua análise sobre o Caso Schreber, Freud aponta como transferência aquilo que Schreber destinou ao Prof. Flechsig. A forma como este foi tomado no delírio do “doente dos nervos” tem destaque na leitura freudiana, levando à constatação de que há algo na relação entre o psicótico e seu médico.

O estudo de vários casos de delírios de perseguição levou-me, bem como a outros pesquisadores, à opinião de que a relação entre o paciente e o seu perseguidor pode ser reduzida à fórmula simples. Parece que a pessoa a quem o delírio atribui tanto poder e influência, a cujas mãos todos os fios da conspiração convergem, é, se claramente nomeada, idêntica a alguém que desempenhou papel igualmente importante na vida emocional do paciente ante sua enfermidade, ou facilmente reconhecível como substituto dela. (FREUD, 1911, p. 50)

Essa exposição do que Freud compreendeu em relação ao relato de Schreber pode ser facilmente associada à descrição do que seria a transferência. Entretanto, o atribuído ao Prof. Flechsig apresenta alguma diferença daquilo que pode ser pensado como a transferência na neurose.

Como afirma Lacan: “É, resumindo, uma transferência – que não deve, sem dúvida, ser tomada inteiramente no sentido em que a entendemos comumente, mas é alguma coisa

dessa ordem, ligada de maneira singular àqueles que tiveram de cuidar dele [Schreber]” (1955-1956, p. 41).

Schreber toma a imagem de seu médico em sua construção delirante sem qualquer dúvida de que aquela construção pode ser irreal. Apesar do conteúdo desse delírio ter alguma relação com os afetos dirigidos ao irmão e ao pai, outrora, Schreber não apenas revive esses afetos, ele vive uma nova realidade incluindo Flechsig.

Pode-se considerar que o psicótico destina ao analista aquilo vivido com o outro, como Schreber destinou à Flechsig. A questão se apresenta, pois essa transferência não pode ser simbolizada. O paciente não sofre a influência do analista. Não há uma reedição, uma condensação, uma metáfora. Schreber toma Flechsig por uma metonímia: ele é.

A ausência de espaço para a dúvida também diz da inexistência de espaço para a entrada do outro. O investimento libidinal no mundo interno impossibilita a entrada da ambiguidade proposta pelo analista.

Em sua *Conferência XXVII: Transferência*, Freud dirá:

A observação mostra que aqueles que sofrem de neuroses narcísicas não têm capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. Eles rejeitam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença. Por esse motivo, tampouco podem ser influenciados pelo médico; o que este lhes diz deixa-os frios, não os impressiona; conseqüentemente, o mecanismo de cura que efetuamos com outras pessoas – a revivescência do conflito patogênico e a superação da resistência devido à regressão – neles não pode ser executado. Permanecem como são. (FREUD, 1917, p. 448)

Nesse ponto, Freud é bastante enfático quanto à inviabilidade de transferência na psicose, pelo menos nessa descrita a partir da clínica da neurose, em que há uma espécie de

simbolização da figura do analista. O autor também aponta para a impraticabilidade de investidas destinadas à cura da psicose. O que pode a psicanálise diante de tais pacientes?

Aulagnier propõe uma reconstrução da transferência visando à contemplação da clínica das psicoses:

Recorrer ao conceito de transferência e fazer de sua impossibilidade no psicótico a explicação do fracasso não nos parece satisfatório. Esta “impossibilidade” deveria nos confrontar à necessidade de redefinir o conceito, o que permitiria uma melhor compreensão de porque a transferência, tal qual mostra a relação neurótica, exige não apenas o investimento libidinal de uma imagem projetada sobre o analista – coisa em que o psicótico é mestre – mas a transferência para a situação experimental de uma demanda feita ao saber do Outro, demanda que tem sua fonte no encontro inaugural sujeito-discurso. (AULAGNIER, 1979, p. 18)

À analista de Lúcius não é viável simplesmente aceitar a inexistência da transferência na psicose e desconsiderar aquilo que foi sentido na clínica com o paciente. A partir desse dito de Aulagnier (1979), pensa-se que é preciso circunscrever aquilo que é sentido pelo analista no tratamento com esses pacientes, elaborar e construir o compreendido como a transferência possível na psicose.

Esta definição parte de um recorte de outro texto das *Conferencias introdutórias sobre a psicanálise*. Em *Conferência XXVI: A Teoria da Libido e o Narcisismo* (1917), Freud lança uma luz ao que poderia ser a procura do psicótico pelo laço com o outro:

O quadro clínico da demência precoce (que, aliás, é muito mutável) não é determinado exclusivamente pelos sintomas que emergem da retração da libido para longe de seus objetos e de sua acumulação no ego sob forma de libido narcísica. Uma grande parte é, antes, desempenhada por outros fenômenos derivados dos esforços da libido no sentido de, novamente, alcançar os objetos, portanto correspondendo a uma tentativa de reintegração ou recuperação. [...] É como se, na demência precoce, a libido, em seus esforços por alcançar novamente os objetos (isto é, as representações dos

objetos), de fato agarra-se a alguma coisa desses objetos, que, por assim dizer, seria, no entanto, apenas sombras – quero dizer, as representações verbais pertencentes aos objetos. Não posso, agora, expressar mais coisas a esse respeito; acredito, todavia, que este comportamento da libido, a maneira como luta por encontrar seu caminho de volta, nos possibilitou entender aquilo que realmente constitui a diferença entre ideia consciente e ideia inconsciente. (FREUD, 1917, p. 422-423)

No recorte, Freud aponta para um movimento do psicótico em busca de dirigir sua libido para o mundo externo, uma tentativa de se reinserir e fazer laço com o mundo exterior.

Então, essa tentativa de alcance que só consegue abarcar a sombra do objeto é aquilo que compreende o que na construção desta dissertação é chamado de transferência na psicose.

A transferência do psicótico é pensada como a tentativa de investimento no mundo exterior feita a partir do alcance da sombra do analista e a tomada da imagem deste na construção de algo.

Retornando ao Caso Lúcius, alguns posicionamentos devem ser levados em conta.

Lúcius mantém uma espécie de espelhamento às imagens vinculadas à analista. Inicialmente, o paciente lista, pouco a pouco, objetos do consultório da analista que o remetem a objetos pertencentes aos momentos da sua história. O espelho da recepção era idêntico ao espelho da casa da mãe; a luminária do consultório era igual à luminária da casa em que viveu com a ex-esposa quando ainda eram casados, e o tapete era o mesmo da casa de uma amiga.

Gradualmente os objetos vão sendo substituídos pelo reconhecimento da imagem da analista. *“Você se veste como uma colega de trabalho. Ela é tão elegante quanto você”*; *“Sua aliança é igual a que eu sonhava em ter quando casei”*; *“Você tem um corpo muito bonito”*; *“Estou lendo um livro que certamente você já leu. Não me lembro do nome, mas sei que você já leu”*; *“Você é muito competente naquilo que faz, é a única que me escuta”*.

Na cena apontada no Capítulo I: Uma construção psicanalítica sobre a paranoia, desta dissertação, Lúcius afirma um saber da analista: “*Eles sabem que você sabe de tudo*”.

Dos objetos do consultório à certeza sobre o saber da analista, Lúcius foi construindo amarrações para que a analista fizesse parte do seu mundo. Ao invés de transferir afetos para ela, como na neurose, ele a incluí em sua história, em seu mundo.

Nesses recortes é possível observar a existência de uma tentativa de alcance do objeto externo, apesar da única conquista se fazer na sombra dos objetos, nas imagens não simbolizadas.

Lacan (1964), ao pensar a transferência, compreende que essa é possível a partir da suposição de saber do analista. Para que o paciente consiga desenvolver uma transferência com seu analista é preciso que o paciente entenda que aquele outro possui um saber que ele próprio não sabe.

Lúcius não supõe que a analista possui um saber sobre ele, ele tem certeza que ela sabe tudo. Tudo o quê? Ele não responde, porém ela sabe – “*Eles sabem que você sabe de tudo*”.

Um outro ponto que chama a atenção na luta pela reintegração é a busca por ela após o encerramento dos atendimentos. Lúcius, mesmo de forma desastrada, procura a analista, liga em seu celular, vai ao seu antigo consultório e até ao hospital em que se conheceram.

Essa busca marca alguma diferença do vivido com os outros terapeutas pelos quais Lúcius percorreu. Como apresentado no Caso Clínico, o paciente narra uma variedade de terapeutas com quem desfrutara de tratamentos, ficando claro à analista a indiferenciação que fazia deles. O que havia com essa analista que o fez procurá-la após o fim do tratamento?

No encontro ocorrido como resultado dessa busca, Lúcius informa sua intenção de pagar pelas sessões devidas. Mesmo sem dinheiro, a proposta de pagamento é feita a partir de uma transferência bancária.

Por mais que esta transferência nunca tenha ocorrido, a consideração de Lúcius nessa possibilidade revela uma tentativa de amarração. O paciente vai até o consultório da analista e sai de lá com os dados bancários para uma transferência. Uma manifestação da vinculação com a analista se apresenta, ainda que sem a efetivação da transferência.

Para além do empréstimo da imagem da analista, há um outro momento específico do Caso no qual algum tipo de significação do vínculo é possível de ser pensado do paciente para com a analista. Em meio ao empréstimo da imagem desta, Lúcius a percebe como uma mulher, aquela que ele procurava para se casar e ser sustentado. A libido aumenta e as ereções começam a surgir nas sessões. Apesar das várias colocações inconvenientes do paciente – elogios ao corpo e olhares invasivos –, ele não atua. Algo marca um limite, fazendo com que a imagem que o paciente adota seja tomada em outro lugar, em um prostíbulo, longe do consultório da analista.

O incômodo com o excesso de libido faz o paciente suspender a medicação. Lúcius declara sua censura em relação às ereções sentidas no consultório e sua forma de dar fim a esse inconveniente é cortando sua suposta causa: o remédio.

Essa cena marca um cuidado com a analista e com o espaço de tratamento. Se ter ereções é indevido, deve ser impedido, porém a forma de acabar com o inconveniente também poder ser aquilo que desestabiliza o paciente.

Soler afirma: “A transferência, na psicose, é um elemento desencadeador” (2007, p. 21). A transferência possibilitadora de construção é também propiciadora da crise. Então,

como é o tratamento analítico para o psicótico se a suposta transferência, viabilizadora da análise, é patogênica para o paciente?

É que a mobilização do sujeito suposto saber na associação livre é equivalente ao que ele designa como um apelo ao Nome-do-Pai. Se a análise pode ser pensada como uma paranoia dirigida, o problema com o psicótico é que sua transferência é a paranoia desencadeada. (*Idem*)

Se Lacan coloca a transferência a partir do Sujeito Suposto Saber, Freud a mantinha através do amor. Nesse sentido, o problema na psicose é que a única leitura possível para o amor é a do gozo do Outro. Como abordado no “Capítulo III: Lúcius e a ausência do olhar”, o psicótico fica condenado ao lugar de objeto de gozo do Outro.

Lúcius, ao tomar sua analista como elemento de sua história, também se depara com o lugar de ser gozado por ela. Várias leituras podem ser feitas a partir das cenas vividas entre o paciente e sua analista. Se por um lado é presumível pensar em um cuidado com ela, em uma possibilidade de separação desta e simbolização do seu lugar, por outro, pode-se pensar que o paciente se sentia invocado a frequentar o tratamento e procurá-la após o término para “transferir-lhe” o devido. Uma interpretação não exclui a outra, porém apresenta o ponto de entrave no tratamento.

No Caso Lúcius não é possível afirmar a existência da transferência mediando o tratamento, entretanto, é concebível a apontar momentos em que algo se manifesta como uma transferência.

A diferença entre essas manifestações tomadas como transferenciais e a transferência da neurose está na forma colada e impotente com que essas se apresentam.

Lacan chama a atenção para uma busca do psicótico por algum tipo de reconhecimento. Dirá:

Não digamos que o louco é alguém que vive sem o reconhecimento do outro. [...] O louco parece à primeira vista distinguir-se por não ter necessidade de ser reconhecido. Mas essa suficiência que ele tem de seu próprio mundo, sua autocompreensibilidade que parece caracterizá-lo, não deixa de apresentar alguma contradição. [...] Que vamos, pois, dizer afinal de contas sobre o delirante? Estará ele só? Não é tampouco o sentimento que temos, pois que ele é habitado certamente por todas as espécies de existências improváveis, mas cujo caráter significativo é certo, é um dado primeiro, e cuja articulação se torna cada vez mais elaborada à medida que avança o seu delírio. Ele é violado, manipulado, transformado, falado de todas as maneiras, é, eu diria, tagarelado. [...] Em compensação, tudo o que ele faz existir nessas significações é de alguma maneira vazio dele próprio. (LACAN, 1955-1956, p. 94-95)

O psicótico pode estar habitado pelas mais diversas figuras, inclusive Deus e o Diabo, porém ele está sem olhar, sem lugar próprio. Na frequência do psicótico em um tratamento psicanalítico, o que se acredita é que a busca ocorre através da luta pelo olhar do outro, por um vínculo, que é feito por meio do que anteriormente foi apresentado como o alcance da sombra do objeto.

A psicanálise dá, em compensação, ao delírio do psicótico uma sanção singular, porque ela o legitima no mesmo plano em que a experiência analítica opera habitualmente, e que ela torna a achar no seu discurso o que comumente descobre como discurso do inconsciente. Mas nem por isso ela acarreta o sucesso na experiência. Esse discurso, que emergiu no eu, se revela – por mais articulado que seja, e se poderia mesmo admitir que ele está em grande parte invertido, posto entre parênteses pela *Verneinung* – irreduzível, não manejável, não-curável. (LACAN, 1955-1956, p. 153)

Que o delírio é um tipo de defesa é inegável, porém defesa contra o que? Não cabe ao analista tentar entender o discurso do psicótico, muito menos encaixar cavilhas nos buracos. Caberia ao analista descobrir e interpretar? Se o psicótico não presentifica o significante e o

significado, não caberia ao analista apresentar uma interpretação. Caso o faça, só trata um *acting-out* ao paciente. O *acting-out* é mais uma produção delirante que se produz quando o analista simboliza prematuramente. A fala do analista não mudará em nada o problema.

“O *acting-out* como equivalente a um fenômeno alucinatório do tipo delirante que se produz quando vocês simbolizam prematuramente, quando abordam alguma coisa na ordem da realidade e não no interior do registro simbólico” (LACAN, *op. cit.*, p. 96).

A sustentação da escuta de Lúcius e a aposta na psicanálise fazem com que a analista não interprete a invasão sentida e as atuações inconvenientes ao paciente. Essa sustentação parece ser aquilo que permite que o paciente continue voltando para as sessões.

Não caberia interpretar a ida de Lúcius ao bordel. Apontar ao paciente que ele foi ao bordel em busca do corpo da analista, por exemplo, soaria ao paciente como uma atuação da analista ou uma sugestão delirante. “É aí que o analista deve esperar o que o sujeito lhe fornecerá, antes de fazer entrar em jogo sua interpretação” (*Ibidem*, p. 97).

O ponto não é o delírio em si. Como revela Freud, “A formação delirante, que presumimos ser o produto patológico, é, na verdade, uma tentativa de restabelecer, um processo de reconstrução” (1911, p. 78). O delírio se torna, para o psicótico, algo de tanto valor, tanto quanto ele próprio. Afinal, o delírio é sua realidade, sua história.

Sob o pretexto de que o sujeito é um delirante, não devemos partir da ideia de que seu sistema é discordante. [...] Assim como todo discurso, um delírio deve ser julgado em primeiro lugar como um campo de significação que organizou um certo significante, de modo que as primeiras regras de um bom interrogatório, e de uma boa investigação das psicoses, poderiam ser a de deixar falar o maior tempo possível. (LACAN, *op. cit.*, p. 141)

Em Lúcius, o delírio de grandeza e de perseguição vinha com uma suposição de completude e engrandecimento. Todavia, em qual medida também não buscavam uma confirmação de que tal fala era verdadeira? Ou ao menos escutada?

A analista empresta o corpo ao paciente, porém este corpo se apresenta interposto no simbólico. E, da mesma forma como Lúcius toma o corpo da analista como empréstimo, ele também apresenta seu corpo e busca limitá-lo. Na fala dele, é possível identificar um cuidado para com a analista. Ele não avança, e o silêncio da analista sustenta o vínculo esgarçado.

A transferência, o amor de transferência, mas também a neurose de transferência, é, antes de mais nada, corporal, afetando os corpos que nela se engajam – tanto o do sujeito quanto o do psicanalista – e lançando-os representação de imagens que pertencem a mundos há muito desaparecidos, mas sempre presentes na representação humana. (BERLINCK, 2008, p. 255-256)

A transferência não é corporal apenas na neurose. Na psicose, tanto analista quanto paciente sentem os efeitos no corpo. A ausência de bordas que limitariam o psicótico o funde ao analista, e o analista a ele.

A experiência singular com pacientes reputados difíceis nos ensina que nos mínimos detalhes somos extremamente sensíveis ao poder das palavras e dos gestos: nosso próprio corpo se torna uma cena importante sobre a qual se representam as fantasias mais violentas do inconsciente do paciente. (FÉDIDA, 1988, p. 31)

A sensação é de algo invasivo, angustiante, incontrolável.

Lacan aponta para essa invasão sentida pelo psicótico:

Um de nossos psicóticos conta-nos em que mundo estranho ele entrou já há algum tempo. Tudo para ele tornou-se signo. Não somente ele é espiado, observado, vigiado, falam dele, julgam-no, indicam-no, olham-no, dão-lhe uma piscadela de olho, mas tudo isso invade. (LACAN, *op. cit.*, p. 17-18)

Há uma invasão sofrida pelo psicótico, mas também uma vivida pelo analista. A transferência na psicose é invasiva. A “transferência colante”, como denomina Meltzer (*apud* FÉDIDA, 1988, p. 77), toma o analista desapercibido, ocupando sua imagem, seu corpo e também seu “saber”.

O sinistro – particularmente perceptível nos casos de transferência delirantes – faz o analista viver não apenas a sensação de ser despossuído do seu próprio eu, não apenas de se ver no seu paciente numa imagem que lhe explicita formações recalçadas, mas o torna prisioneiro de seus pensamentos de onipotência dos quais não pode mais sair. As ameaças de perigo de morte podem, em certas circunstâncias e com certos pacientes, ser tão intensas (tanto mais quanto racionalmente não objetáveis) que se penetra em zonas de experiência humana que só foram exploradas pela ficção. As histórias de terror raramente provocam o sinistro vivenciado, mas este é como o funcionamento mudo de uma ficção cujo autor não pode ser conhecido. Talvez toquemos aí, com efeito, na incompreensível violência de outrem na sua manifestação – no sentido do outro se tornando manifesto – que corresponderia a uma espécie de asfixia do pensamento e de aniquilamento da linguagem pelo visual desta manifestação. (FÉDIDA, 1988, p. 82)

O que cabe ao analista é poder suportar o “sinistro”, essa desconstituição.

Um mínimo de sensibilidade que nosso ofício nos dá nos faz ver claramente algo que se encontra sempre no que se chama de a pré-psicose, o que se passa para um sujeito quando a questão lhe vem dali onde não há significante, quando é o buraco, a falta, o sentimento de que o sujeito chegou à beira do buraco. Isso deve ser tomado ao pé da letra. [...] Trata-se de conceber, não de imaginar, o que se passa para um sujeito quando a questão lhe vem dali onde não há significante, quando é o buraco, a falta que se faz sentir como tal. (LACAN, *op. cit.*, p. 230-231)

O tratamento com o psicótico requer que o analista escute o paciente, empreste seu corpo e sua imagem, e suporte a angústia e a invasão da relação com um outro que sabe de tudo mas não possui lugar. E ao poder ofertar tudo isso, talvez seja capaz de tornar suportável o gozo sofrido pelo psicótico.

A questão é saber como é possível restaurar aquilo que é desatrelado na perseguição e no desastre do imaginário pelo deslocamento das identificações, de tal sorte que o gozo entre na dialética do discurso. Fazer o gozo entrar nos limites do discurso e do vínculo social, essa é a questão, com efeito. (SOLER, 2007, p. 203)

O método psicanalítico, sendo o lugar propício à aproximação do traumático, pode ser um desencadeante da crise ou um viabilizador da construção delirante. Oferta um apaziguamento da angústia não localizada na psicose e a formulação do delírio por meio da figura do analista.

A conclusão é que o psicótico não transfere como o neurótico. Ele toma o analista em um empréstimo a partir do qual tentará um remendo. Ao analista só o que resta é escutar e suportar a angústia causada pelos buracos. Tudo gira em torno de um empréstimo do analista ao paciente. Empréstimo da escuta, da borda, dos significados. Aquilo que Lacan (1955-1956) chama de Secretariado do Alienado.

Ao final, nada pode ser esperado. Contudo, diante do esvaziamento de expectativas sobre a clínica da psicose, talvez seja possível ao analista entender que o melhor que se pode fazer pelo paciente psicótico é suportar a angústia do encontro com o menos que nada.¹⁰

¹⁰ Referência ao filme dirigido por Carlos Gerbase cuja história gira em torno de Dante, um paciente psiquiátrico, e Paula, uma residente em Psiquiatria. No drama, Paula se interessa pela história de Dante e decide investigar os caminhos que levaram o paciente ao Hospital Psiquiátrico.

Se o analista acolhe a singularidade do sujeito psicótico, como a de qualquer outro sujeito, não é como agente da ordem, e a sugestão não é o instrumento que ele usa. Entretanto, quando ele se dispõe a escutar e a suportar aquele que não é escravo da lei fálica, resta-lhe ainda medir os riscos que ele assume em cada caso, tanto para si mesmo quanto para outras pessoas. (SOLER, *op. cit.*, p. 191-192)

Ao final, com Lúcius, o desafio para a analista era fazê-lo falar, colocar no discurso o delírio paranoico. Sua impossibilidade de organizar, no discurso, as várias invasões, o faz ir embora sem deixar avisos. Não elaboradas, a perseguição até o consultório da analista e a insuportabilidade na atração sentida pela imagem desta dão fim ao tratamento.

CAPÍTULO IV: O PRÉ-CONCEITO DO ANALISTA NA CLÍNICA DA PSICOSE

Ao longo da produção desta dissertação, algo da analista pôde ser observado em relação ao caso. A contratransferência se inseriu como um ideal em relação à psicose. Inicialmente, esse ideal se mostrou pela resistência em abarcar as diferenças entre a neurose e a psicose. A dificuldade estava associada a uma crença de que aquilo que foi produzido metapsicologicamente na clínica com a neurose poderia ser pensado na clínica com a psicose. O primeiro ponto diz respeito justamente ao objeto de estudo inicial desta pesquisa: a transferência.

A analista, em seu atendimento ao paciente Lúcius, constatou a existência de algo que marcava a análise do paciente. Esse algo foi nomeado, a princípio, como uma transferência maciça. Esta, por sua vez, dizia respeito à presença do paciente nos pensamentos da analista mesmo após o fim da sessão ou mesmo, com a interrupção do tratamento, após o encerramento desses atendimentos.

A sensação de que seu corpo era tomado pelo paciente, de que havia uma dinâmica que se estabelecia pela repetição do abandono ou do discurso sobre o não olhar, ou nos vários conteúdos nos quais o paciente tomou a imagem da analista para poder elaborar uma questão ou vincular uma ideia – todas essas sensações desencadearam na analista uma necessidade de pensar sobre o caso de forma a produzir conhecimento. O interesse inicial na escolha do Caso Lúcius buscava um caminho que possibilitasse sublimar a libido presente neste atendimento.

Ao longo da escrita, por vezes era como se analista voltasse a atender o paciente, sentindo-se angustiada, com grandes dificuldades para colocar em palavras escritas seus pensamentos e elaborações. Neste processo de escrita, foi percebida a existência de algo além

de uma questão supostamente transferencial do paciente para a analista: havia algo da analista para com o paciente.

Esse algo foi sendo revelado como um ideal abalado, ferido após a surpresa diante da agressividade nunca percebida do paciente, assim como da ingenuidade em relação à possibilidade de “cura”.

Berlinck, em *Insuficiência imunológica psíquica*, retrata, a partir de uma leitura sociológica sobre as invasões, guerras e dominações, a presença de uma insuficiência imunológica psíquica em alguns povos, fato que leva estes a se tornarem indefesos diante dos virulentos ataques sofridos. Seguindo por tal formulação, faz um comparativo ao aparelho psíquico, caracterizando-o como “uma construção que responde à violência primordial que ameaça a existência física do sujeito e da espécie e, ao mesmo tempo, é insuficiente para proteger o sujeito de ataques virulentos tanto internos como externos” (2008, p. 181-182).

Nesse artigo, o autor aborda um texto freudiano de 1987, intitulado “Neuroses de transferência: uma síntese”, no qual Freud constitui um mito das origens da psicopatologia psicanalítica que acorda com o da subjetividade humana. De acordo com Berlinck, Freud relata o desamparo originário devido à insuficiência imunológica frente aos ataques virulentos vindo do exterior, apontando para a necessidade de uma subjetividade pela via da psicopatologia como única possibilidade para não sucumbir ao extermínio. Berlinck revela, porém, que pode haver um “desamparo adicional que, como uma paixão, expõe o sujeito ao extermínio” (*Ibidem*, p. 182). É a este desamparo adicional que a insuficiência imunológica psíquica se denomina.

A partir do texto de Berlinck é possível compreender um movimento vivido na relação com Lúcius. Diante do desejo da analista de compreender o paciente e a psicose, esta se oferece passível e ingênua à clínica da psicose. A passividade a apresenta sem defesas, e a

sensação de invasão é inevitável. Lúcius não a toma como perseguidora, no entanto, a analista se sente repelida diante do empréstimo do seu corpo e da sua imagem, sendo por vezes percebida de forma agressiva.

O que fica mais evidente na comparação entre os que fracassaram e os que foram bem-sucedidos na luta anticolonial é a autonomia. Os índios centro-americanos confundiram os espanhóis com deuses e, assim, perderam qualquer possibilidade de autonomia e não puderam esboçar nenhum gesto de defesa diante do ataque virulento dos espanhóis. Algo muito semelhante, por incrível que pareça, ocorreu com os judeus diante do nazismo. Eles “Não acreditam” que os nazistas fossem capazes de tanta crueldade. Ou, dito de outra maneira, muitos estavam tão felizes na Alemanha e na Polônia que nunca pretenderam sair de lá, mesmo diante das ameaças dos nazistas. Essa falta de autonomia de judeus e de ciganos parece estar intimamente associada à natureza comunitária das relações sociais predominantes nestas populações. (BERLINCK, 2008, p. 186)

Essa passagem do texto de Berlinck compreende uma ausência de autonomia e uma ingenuidade por parte daquele que é exterminado por um invasor.

Assim como os índios centro-americanos e os judeus, no seu ideal em relação à psicose, a analista é incapaz de pensar na violência presente na clínica com psicóticos, restando-lhe a impressão de ser tomada pelo paciente enquanto objeto, pois sua transferência com a psicose coloca o paciente na posição de autoridade.

Esse ideal se refere a uma transferência com a psicose, antes mesmo da transferência com o paciente psicótico. A transferência com a psicose é, neste capítulo, trabalhada como o pré-conceito do analista na clínica da psicose.

De acordo com o dicionário Aurélio on-line, a palavra preconceito pode ser definida como “1. Ideia ou conceito formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial. 2. Opinião desfavorável que não é baseada em dados objetivos. 3. Estado de abusão, de cegueira moral. 4. Superstição”. Saindo dessas definições é plausível perceber que o preconceito faz

referência a uma crença que não possui uma base real, mas que é relacionada aos ideais de uma pessoa.

O pré-conceito aqui retratado não se alude àquele sentido por alguns que se recusam no contato a psicose, seja por uma leitura de estranheza ou medo. Ele está referenciado a uma ingenuidade presente no analista cuja crença de que o aprendido a partir do estudo da teoria psicanalítica sobre o tratamento da neurose poderá ser vivido também com um psicótico. O analista é tomado pela confiança de que seu paciente psicótico poderá amá-lo e ser “curado” em prol deste amor. Essa aspiração do analista jamais poderá ser satisfeita, levando-o a constatar que a transferência provável de ser averiguada no processo de análise é a sua para com o seu ideal da psicose.

O pré-conceito estaria formado por dois principais ideais: a crença de como um atendimento deveria ocorrer, contando com a posição que o analista deveria assumir e com a forma que um discurso poderia ser articulado pelo/para o paciente; e, a ingenuidade de que poderia esperar uma transferência positiva e *curandi* na relação com este.

Lacan retrata que, no delírio, em alguns períodos, uma significação se faz presente, mantendo-se em primeiro plano no discurso, o que por vezes pode gerar, no analista, a sensação de compreensão.

Se se pôde falar nesse assunto de loucura de caráter razoável, de conservação de clareza, da ordem e do querer, é por causa desse sentimento de que, por mais longe que nos adentremos no fenômeno, estamos no domínio do compreensível. Ainda quando o que se compreende não pode nem mesmo ser articulado, denominado, inserido pelo sujeito em um contexto que o explicita, isso já se situa no plano da compreensão. Trata-se de coisas que em si mesmas já se fazem compreender. E em consequência, nós nos sentimos com efeito em condição de compreender. É a partir daí que nasce a ilusão – já que se trata da compreensão, nós compreendemos. Pois bem; de fato, não. (LACAN, 1955-1956, p. 31)

De acordo com Lacan, o analista deverá se manter atento para não se prender ao núcleo compreensível apresentado no discurso delirante, pois este facilmente se liga a uma ingenuidade da crença da compreensão, levando o analista a um lugar de explicação do discurso que é sempre “inacessível, inerente, estagnante em relação a qualquer dialética” (*Idem*). Esse núcleo compreensível seduz o analista e o leva a crer que aquilo que é dito pelo paciente está no campo do que pode ser entendido, quando na verdade é apenas uma sensação.

No Caso Lúcius, o delírio raciocinante revelava-se como um núcleo compreensível e alimentava a ingenuidade da analista sobre a fantasia de escuta, compreensão e articulação junto ao discurso do paciente, o que, mais que impossibilitar a escuta do que poderia estar além do discurso, inviabiliza a suspeita em relação à violência velada.

A transferência da analista com a psicose a impossibilita de escutar os buracos no discurso de Lúcius, fazendo-a ouvir a fala, porém sem escutar o que estava implicado no discurso.

Ouvir e escutar dizem de manifestações diferentes. Ouvir é um ato físico, está referido ao recebimento das informações atreladas pela fala do outro. Escutar é da ordem da observação médica.

Na Psicopatologia Fundamental, a observação inclui a escuta. *Logos*, a palavra, contém um conjunto de ações: ver, observar, escutar e associar. Quando o analista escuta, ele escuta o que o paciente diz na fala e no corpo, assim como leva em consideração o que não foi dito.

A palavra surge para permitir a existência da espécie humana, e também proporciona o esconder de elementos indesejáveis da espécie. *Logos* é traidor, esconde, isola, divide, classifica, separa, ignora. O discurso da palavra contém um discurso mentiroso, pois a

verdade não é definitiva e está referida a um descobrir-se. A verdade não é certeza, é revelação.

Se o analista abre mão da ideia de curar o outro, a angústia diminui e a capacidade de escuta aumenta. Escutar quer dizer não se precipitar pela vida da angústia.

Logo no início do seu livro *Introdução A uma clínica diferencial das psicoses* (1989, p. 09-10), Calligaris aponta para o fato de que na clínica psiquiátrica clássica, se não existe um fenômeno elementar da crise psicótica – alucinações ou delírios –, o clínico facilmente descarta a possibilidade de uma psicose. Itera afirmando que é apenas na transferência que o clínico é possibilitado de escutar a estrutura.

O que fica encoberto no apresentado por Calligaris é que o analista pode estar transferenciado com a estrutura psicopatológica e não com o paciente, o que, ao invés de revelar um diagnóstico, pode mantê-lo obscuro.

O pré-conceito com a psicose inviabilizou a escuta de um discurso apenas psicótico ou apenas neurótico, levando a analista a compreender que, para além de uma definição, os ideais de um analista com relação às estruturas psicopatológicas podem gerar uma confusão na escuta do discurso.

Nos atendimentos ocorridos durante a primeira internação, a analista ficou tomada pela organização na fala de Lúcius e pela dúvida sobre a necessidade do procedimento. Nos atendimentos no consultório, a ingenuidade a faz crer que algo ali poderá ser construído, alimentando sua vontade de ser analista do paciente.

Porém, esse anseio de ser analista do paciente psicótico implica na questão sobre a solicitação de uma demanda do paciente, colocando o analista como aquele que interpela a

partir da função paterna no real. Como ainda afirma Calligaris, nessa posição o clínico pode ser ouvido como uma alucinação auditiva, como um Outro que lhe solicita uma Demanda.

Em 1919, Tausk escreve um texto nomeado “Da gênese do ‘Aparelho de Influenciar’ no curso da esquizofrenia”, no qual descreve o “Aparelho de Influenciar” como sendo uma máquina de natureza mística, composta por caixas, manivelas, alavancas, botões e baterias pelas quais os doentes se sentem conduzidos e perseguidos. Tal máquina teria o efeito de apresentar imagens; produzir ou roubar pensamentos e sentimentos; produzir ações motoras no corpo; produzir sensações, assim como processos mórbidos, através do comando de um inimigo.

Esse aparelho teria sua formação precedida por uma estranheza do paciente que indicaria uma perda de autonomia do eu e um conseqüente “delírio de influência”. O paciente alienaria sua experiência corporal, suas ações e seus pensamentos a tal “Aparelho de Influenciar”, tornando-os estrangeiros de si. “Ele [‘Aparelho de Influenciar’] representa, no sentido físico do termo, uma verdadeira *projeção*, o corpo da doente projetado no mundo externo” (TAUSK, 1919, p. 51).

No texto de Tausk, o “Aparelho de Influenciar” seria um instrumento construído pelo delírio que permite ao paciente localizar e determinar como exteriores a si um sentido e causa do que lhe ocorre.

Tomando o conceito de “Aparelho de Influenciar”, é possível refletir de que forma o analista pode ser percebido pelo paciente em sua fala e no seu desejo. Ou seja, estando o paciente passível deste “Aparelho de Influenciar”, o analista não poderia ser compreendido como um externo que influencia?

Voltando para o caso de Lúcius, o pré-conceito da analista em relação à ausência de agressividade, frente à organização do pensamento e à busca pela cura não poderiam ser uma

forma de influenciar seu discurso e solicitar uma nova demanda? O quanto o desejo do analista pode influenciar um paciente?

Lacan, em seu artigo “De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose”, aborda o tema sobre o desencadeamento da crise psicótica. Dirá:

Para que a psicose se desencadeie, é preciso que o Nome-do-pai, *verworfen*, forcluído, isto é, jamais advindo no lugar do Outro, seja ali invocado em oposição simbólica ao sujeito. [...] É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significante, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que significante e significado se estabilizam na metáfora delirante. (LACAN, 1957-1958, p. 584)

Lacan compreende que o desencadeamento da crise é um efeito da forclusão do Nome-do-Pai que não pôde ser simbolizada. O psicótico é então alguém que não pôde inaugurar a Função Paterna.

Calligaris, a partir do que concebe Lacan sobre o tema, dirá:

No desencadeamento de uma crise psicótica, quando se verifica uma chamada imperiosa, uma injunção a referir-se ao Nome-do-Pai, acontece que a função forcluída, convocada pela chamada, responde ao Real com a volta dos significantes que a preencheriam se ele fosse simbolizado. Esta constelação de significantes paternos que eram quaisquer no saber psicótico do sujeito, de repente se impõe como referência paterna obrigatória, sem por isso deixar de ser no Real, quer dizer, desligada do saber do sujeito. E todo o trabalho do delírio vai produzir uma forma de metáfora que opere uma ligação, uma nova organização do saber do sujeito ao redor deste polo central que vai permanecer no Real. (CALLIGARIS, 1989, p. 54)

O psicótico fora da crise está organizado de uma forma específica, sem uma amarração central homóloga à função paterna na neurose; no momento em que esse paciente é solicitado a responder a partir do Nome-do-Pai, uma injunção surge. De repente, seu saber se

crepusculariza, aparecendo como falta no simbólico. Os significantes evocados falam no real, uma vez que a função paterna foi forcluída, ou seja, não foi simbolizada.

O trabalho de um analista diante de um paciente em crise deve ser o de investigar a questão do desencadeamento a fim de possibilitar e auxiliar no processo de construção de uma metáfora delirante, análoga à metáfora neurótica. Isto é, com uma amarração central que possa distribuir todas as significações subjetivas, apesar de ser delirante (CALLIGARIS, *op. cit.*).

Uma questão importante, principalmente quando se atende psicóticos, é o quanto de desejo um analista pode emprestar a um paciente a fim de sustentar uma análise. Discorrer nesta questão leva associativamente a pensar que é necessário um desejo por parte do analista para que a análise seja viabilizada, porém é necessária também uma atenção ao nível de desejo emprestado ao paciente. Isso porque qualquer tipo de intervenção é perigosa, podendo ser recebida como um imperativo de sacrifício ao gozo do Outro, como se o analista solicitasse ao paciente um pedido imaginário.

A fala do analista, numa operação que ele pode considerar como simbólica, apesar de se efetuar para o paciente numa constelação que está no Real, pode certamente modificar alguma coisa nesta constelação e, desse ponto de vista, facilitar ou não o trabalho do delírio. (CALLIGARIS, *ibidem*, p. 80-81)

Vale lembrar que o sintoma social dominante é o sintoma neurótico. Portanto, o paciente psicótico está exposto continuamente a uma injunção do Outro que o solicita a constituir-se como neurótico, organizado ao redor de uma metáfora paterna e de uma significação fálica. O psicótico resiste constantemente ao desencadeamento da crise e aos efeitos crepusculares dessa injunção.

Retornando a Lúcius, o mecanismo selecionado para resistir a tal injunção era o de se manter, em uma primeira imagem, como alguém normalizado segundo sua percepção do que o outro lhe demandava, porém esta imagem não se fazia forte o suficiente para sustentar as injunções mais solicitantes. Diante das exigências sociais, por exemplo, a de ser um bom pai, de sustentar um relacionamento amoroso ou uma independência da mãe, o paciente irrompia em delírios paranoicos.

O desejo da analista de Lúcius parece estar presente antes mesmo do paciente procurá-la. Entretanto, é ao longo do tratamento de Lúcius que ela se depara com esse desejo e precisa reposicioná-lo.

Em face ao fato de que um analista pode possibilitar a injunção de uma crise em um paciente, Lacan dirá:

O fato de que uma análise possa desencadear uma psicose desde os seus primeiros momentos é bem conhecido, mas nunca ninguém explicou o porquê. É evidentemente função das disposições do sujeito, mas também de um manejo imprudente da relação de objeto. (LACAN, 1955-1956, p. 24)

Calligaris (*Op. cit.*) segue por uma linha um pouco mais terna em relação à posição do analista. Segundo o autor, o paciente interpela o analista quando a crise já está desencadeada, buscando um suporte para poder construir algo como uma metáfora delirante que responda à situação da crise que está sendo antecipada. Ou seja, o analista não desencadearia a crise, apenas seria buscado como suporte para a saída da mesma. Contudo, o autor também aponta para o fato de que, quando o analista tenta colocar o paciente em uma posição normatizante, sem uma escuta sensível para o limite deste, poderá produzir uma injunção passível de um desencadeamento de crise.

Um paciente que está num estado crepuscular e que ainda não iniciou a construção de uma metáfora delirante poderá se organizar em relação à posição imaginária do Outro devorante. Assim, a relação mortal com a demanda do Outro se estabelece. O analista poderá ser facilmente reconhecido como o outro perseguidor, sendo incluído em um delírio paranoico difícil de ser desfeito.

Lúcius, contrariamente, não toma a imagem da analista como perseguidora, assume-a como parceira, sendo também perseguida por se manter ao seu lado. Algo da escuta da analista, da tentativa constante de manter um vínculo, mesmo esgarçado, marcou seu lugar em meio ao delírio.

Se as atuações inconvenientes de Lúcius revelavam uma contratransferência negativa na analista, a não atuação desta contratransferência conteve uma possível passagem ao ato do paciente.

Em seu processo por destinar à analista o olhar objetificador, Lúcius não parecia estar de fato interessado em uma atuação de cunho sexual, apenas reproduzia o olhar recebido do Outro.

Freud, em *Observações sobre o amor de transferência* (1915), relata a necessidade de o analista sinalizar e revelar ao paciente os afetos suscitados a sua figura pela análise, mas como poderia a analista de Lúcius revelar sua invasão e não ser sentida como mais uma perseguidora?

Retornando ao texto de Tausk (*Op. cit.*), pode-se pensar que não é apenas o analista que pode exercer a função de “Aparelho de Influenciar”: o paciente, dependendo da relação estabelecida com a analista, também poderá ser tomado como influenciador.

O tratamento de Lúcius se prolongou em virtude da ingenuidade da analista diante do discurso violento e invasivo do paciente. Algo nesse atendimento conteve o paciente, apesar

de ser possível observar, no caso, uma linha tênue entre a sustentação do tratamento e a irrupção da crise no paciente.

É apenas após o fim do tratamento e o distanciamento do paciente que a analista pôde se dar conta da passividade na qual se encontrava. A partir desta constatação o ideal é desfeito e o pensamento sobre o pré-conceito vai sendo elaborado. A desilusão se manifesta na analista e, em decorrência desta, o Caso Lúcius pode ser pensado.

A pausa entre o atendimento no consultório e a procura pela analista para tratar do pagamento é suficiente para gerar temor na analista quanto ao que poderia vir do paciente. Ela fica temerosa diante do reencontro com o paciente e, quando este ocorre, algo da imagem de Lúcius se apresenta para a analista como monstruosa.

Durante o tratamento de Lúcius, antes da interrupção, o pré-conceito da analista a fazia crer que, apesar de qualquer construção paranoica do paciente, ela não corria risco de ser agredida. O distanciamento anulou a fantasia de segurança, levando-a a entrar em contato com o que não pôde ser percebido ao longo dos atendimentos.

O pré-conceito da analista que espera por algo benigno do paciente psicótico foi extinto pela vivência da agressividade de Lúcius trazida na relação.

Essa quebra do ideal, essa desilusão, revela o motivo pelo qual a analista sentiu-se tão invadida pelo paciente. Se a forma como o psicótico manifesta a tentativa de vínculo é através do empréstimo da imagem do analista, quando este não se atenta à atuação transferencial do paciente, a sensação de “transferência maciça” é impossível de ser significada.

É esse ideal que marca a impossibilidade de pensamento apontado no início desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O analista é tanto mais analista quanto a sua maneira de ser e de agir encontra uma inventividade, uma criatividade em si mesmo que, embora não calculada como um conceito, no entanto está de acordo com justiça regular com o que se pode chamar de regra fundamental”.

(FÉDIDA, 1988, p. 35)

O interesse pela clínica da psicose se firmou a partir do momento em que a analista iniciou seu trabalho no Hospital Psiquiátrico, lugar onde, posteriormente, conheceria Lúcius. A prática nesse Hospital introduziu uma série de questões sobre a diferença entre a neurose e a psicose, principalmente no quesito clínico: como seria o tratamento para a psicose? Haveria análise nesses casos? Como manejar o atendimento? Pode-se afirmar o laço na psicose? Existe transferência na psicose?

Ao longo do trabalho no Hospital, essas questões foram sendo elaboradas, levando a analista à constatação da diferença entre a neurose e a psicose. Entretanto, diante dessas construções surge Lúcius, um paciente com diagnóstico de paranoia, que durante seu tratamento levou a analista a sentir uma grande confusão frente à proximidade do sentido e observado em seus atendimentos e do vivido com os pacientes ditos neuróticos.

Ao se deparar com Lúcius, uma marca foi feita na analista. O paciente era diferente de todos os pacientes com diagnósticos vinculados à psicose com quem já havia trabalhado. O primeiro sinal estava na própria imagem deste, que se apresentava de maneira educada, polida, com boa articulação das palavras, higiene preservada e com uma linha de raciocínio fluida, ou seja, sem qualquer manifestação de desorganização no pensamento.

Já de início, a analista se deparou com uma surpresa, a de ser convidada pelo paciente para ser sua analista. Lúcius era o conjunto de atuações que, a princípio, articulava um neurótico em um hospital psiquiátrico. Aparentemente, não havia motivo plausível que justificasse sua internação: não aparentava oferecer risco para si ou para outros, nem estava adequando medicações novas.

Ao olhar da analista, Lúcius não se apresentava como todos os outros psicóticos ali internados. E, assim como em sua apresentação ao longo do tratamento, o paciente colocava a analista na dúvida sobre a questão diagnóstica, bem como sobre o manejo clínico.

O pré-conceito da analista fica marcado já no primeiro contato com o paciente. A constatação da diferença na comparação entre Lúcius e os outros pacientes ditos psicóticos revela uma noção prévia na analista de como os pacientes psicóticos são e se apresentam. Essa marca traz uma confusão, na qual a escuta do dito e do não dito pelo paciente é ensurdecida.

A manifestação mais importante desse pré-conceito se revela a partir da leitura sobre a transferência na psicose. Diante das sensações pelas quais a analista era acometida, a interpretação em relação à transferência do caso ia sendo tecida. É só após o processo de escrita desta dissertação que a questão transferencial pôde ser melhor compreendida.

Lúcius causava grande angústia na analista, principalmente por suas atuações inconvenientes. O paciente elogiava seu consultório, sua prática clínica e seu corpo como se os móveis, a escuta e a imagem da analista fossem tomadas no mesmo patamar. Esta, por vezes, ficava incomodada com as atuações, questionando seus fundamentos.

O que poderia a analista esperar deste atendimento? Existia desejo por análise em Lúcius? Seriam aquelas atuações manifestações transferenciais? Estaria o paciente construindo algo a partir do trabalhando no tratamento?

Todas essas dúvidas tomavam a analista mesmo após o término das sessões. Muitas supervisões foram feitas em busca de entender o que acontecia ali, entretanto, a presença maciça de Lúcius a impedia de pensar no caso.

É apenas com a interrupção do tratamento e o conseqüente distanciamento do paciente que algo pode começar a ser construído. Através da proximidade com a Psicopatologia Fundamental, surge a possibilidade de um espaço de articulação do caso.

Sendo a Psicopatologia Fundamental o estudo do *pathos* que leva em conta a subjetividade, esse campo surge como um alicerce a partir do qual o enigma em relação à transferência e, posteriormente, ao pré-conceito, pode ser considerado.

A princípio, a analista busca um distanciamento da questão diagnóstica, idealiza uma construção na qual a hipótese diagnóstica poderia ser deixada de lado. Porém, em meio a todos os atravessamentos sentidos, ela se vê impelida a considerar a paranoia como base psicopatológica para o paciente.

No “Capítulo I: Uma construção psicanalítica sobre a paranoia”, a paranoia é retratada para amparar as considerações acerca dos sintomas e atuações do paciente.

Tanto em Freud (1895) como em Lacan (1932), fica explícita a noção de que na paranoia a questão raciocinante está muito presente. Ao contrário do que se pensa no senso comum, de que o psicótico é alguém sem uma organização do pensamento, na paranoia um dos sintomas principais é o raciocínio. Tudo no discurso paranoico é articulado a partir de uma lógica, esta baseada na projeção dos conteúdos internos rejeitadas.

A analista ignora o caráter raciocinante da paranoia, associando o raciocínio fluido e organizado como um discurso neurótico. Essa leitura enviesada resulta na não escuta do

paciente no início do tratamento, revelando as construções delirantes apenas após muitas sessões, quando a natureza ambivalente é escancarada.

A ambivalência se apresenta de maneiras diversas, seja na construção delirante, como no par Deus-Diabo, bastante presente no discurso de Lúcius, ou amor-ódio, articulado em toda fala paranoica.

Quando Freud (1911) concebe o caráter homossexual na paranoia, faz uso da sentença “eu o amo” para compreender cada um dos desdobramentos da paranoia: delírio de perseguição, erotomania, delírio de ciúmes e megalomania. Essas articulações revelam o par amor-ódio. Quando “eu o amo” é rechaçado e se transforma em “eu o odeio”, não é apenas a análise do desejo homossexual que Freud aponta - este par também revela a presença do ódio como marca da paranoia.

Aulagnier (1979) aborda o ódio de forma mais ampliada, porém o próprio Freud (1922) inicia o destaque deste ponto. A base do ciúme delirante seria o desencontro com o amor em contrapartida à presença do ódio.

O discurso de Lúcius é marcado pela presença desse par. Quando sua mãe o interna, a perseguição é fruto do amor que se manifesta pelo ódio. Como apontam Freud (1911) e Lacan (1932), existe uma influência da realidade nos delírios de perseguição. Não é possível desconsiderar o papel da mãe de Lúcius na formação de seu delírio paranoico. No “Capítulo II: Lúcius e ausência de olhar”, essa questão é melhor trabalhada.

Lúcius, em suas construções delirantes, varia entre ser Deus ou o Demônio, aquele que recebe todos os olhares por onde passa, ou aquele cujo olhar materno nunca o enxergou. A ausência do olhar se torna uma marca na psicose, e em Lúcius é possível verificar todo o atravessamento em relação ao olhar.

É por meio do olhar que a invasão é sentida. O paciente se sente invadido pelos olhares que o cercam, levando-o a questionar a possibilidade de encontro com a analista, seja porque no caminho até seu consultório as pessoas o olham, seja porque há algo no olhar com a analista que parece maciço.

São os olhares de Lúcius para a imagem da analista que a fazem considerar seu lugar de objeto no tratamento. Esse olhar sentido como objetificador é apenas uma reprodução do olhar materno para Lúcius, que o objetificava.

Tanto a perseguição quanto a ausência de olhar ou o olhar objetificador estão presentes na história do paciente. O papel do delírio é o de articular essa presença como remendo nos buracos da história do paciente. Lúcius constrói seu delírio a partir do que foi apreendido do olhar da mãe.

Essa construção sobre Lúcius é feita até o ponto de ser possível pensar a transferência na psicose. No “Capítulo III: A transferência na psicose”, fundamentando-se em um breve levantamento bibliográfico, é constatada a dificuldade em relação à precisão do conceito de transferência na psicose, cabendo à analista sua própria elaboração.

O ponto de partida para pensar a transferência na psicose é a ausência de investimento libidinal no mundo externo (FREUD, 1914). Se não há investimento libidinal no mundo externo, como é possível haver transferência?

A resposta está na suposição da tentativa de vinculação, na psicose, com o mundo externo. A tentativa de alcance do objeto externo se mantém apenas no alcance da sombra deste objeto. O compreendido como transferência é a tentativa de vinculação com o analista através do empréstimo de sua imagem, podendo ser a imagem física do analista ou a imagem dos objetos a ele associados.

A conclusão é que o psicótico não transfere como o neurótico, porém o analista sente e vive a transferência pelos dois, como se fossem um. O analista, ao ter sua imagem tomada pelo paciente, é invadido egoicamente, significando a vigência de uma transferência maciça, invasiva.

Entretanto, o analista não deve interpretar essa invasão para não desencadear uma crise no paciente. O que lhe cabe é apenas suportar a angústia de ser despersonalizado e objetificado pelo paciente, emprestando sua escuta, sua borda e seus significados.

No Caso Lúcius, a angústia sentida pela analista está associada não apenas às atuações do paciente, mas também tem base no ideal da analista de que o paciente psicótico poderá amá-la e ser “curado” em prol deste amor.

No “Capítulo IV: O pré-conceito do analista na clínica da psicose”, esse ideal é compreendido como um pré-conceito da analista referenciado a uma ideia pré-concebida em relação à psicose, que atravessa a analista trazendo efeitos na clínica. A analista estaria, então, transferenciada com a psicose antes de (contra) transferir com o paciente.

O pré-conceito pode ser aquilo a partir do qual a analista sustenta seu desejo de continuar o tratamento de Lúcius, porém coloca em risco uma demanda de si para o paciente, inviabilizando a escuta do paciente e podendo gerar um irrompimento de crise.

Conclui-se que a angústia e o atravessamento sentidos pela analista estavam associados a sua ingenuidade diante da agressividade presente no paciente. Ao longo da produção desta dissertação, a analista pôde se dar conta da passividade na qual se encontrava, compreendendo e simbolizando a invasão sentida.

A desilusão se manifesta na analista e é pensada a partir da quebra do ideal em relação à psicose. No entanto, é esta desilusão que proporciona o início da elaboração do pré-conceito da analista.

O processo de escrita dessa dissertação despertou na pesquisadora uma metáfora em relação à formação do analista e seu processo de implicação nos enigmas despertados pela clínica. Essa metáfora é descrita a partir da relação de inocência e admiração da criança com o mar:

A criança, antes de ir à praia pela primeira vez, é bombardeada de informações e fantasias de como deve ser a praia. Passa algum tempo vendo imagens e ouvindo relatos de como são as ondas, a correnteza, o horizonte, o Sol. Todas essas informações geram uma ou mais fantasias de como deve ser o mar, o barulho das ondas, as cores, a sensação da areia nos pés e da água no corpo. Imagens que despertam o desejo da criança de conhecer aquele cenário idealizado.

Ao chegar à praia pela primeira vez, a criança corre desesperada para conferir tudo aquilo que havia formulado. A criança brinca na areia, corre para o mar, se mistura entre a areia e a água como se precisasse verificar cada detalhe investigando o que aquele espaço pode lhe oferecer.

Em meio à brincadeira, após algum tempo, é sugada pelo mar. A criança tenta se desvincular da água, porém, a cada tentativa de fuga, é pega por uma nova onda, sendo lançada para o fundo onde se debate cada vez mais, perdendo as forças para lutar, podendo inclusive ser impossibilitada de respirar.

Quando consegue sair da água, seja por um ímpeto de se salvar, seja pela ajuda do outro, a criança se depara com o terror vivido pela desidealização do mar.

Antes de tal episódio, o mar era visto romanticamente pela sua beleza e pela diversão imaginada. Após tal episódio, o trauma faz sua marca.

Tal trauma traz à criança duas opções. Ir embora e abandonar o mar, recusando um novo contato. Ou buscar uma nova tentativa de abordagem, porém com o conhecimento de que, apesar do desejo de investigar aquele espaço, aquilo nunca poderá ser controlado. A criança passa, então, a reconstruir uma aproximação com o mar sabendo de seus perigos, porém desejando a diversão proporcionada por aquela união.

O analista em formação é como a criança ávida por conhecer o mar. Está tão tomado por tudo o que estudou e escutou sobre a psicanálise que sua única possibilidade é ir em busca do ideal imaginado. Durante algum tempo, o ideal viabiliza a presença do analista na clínica, porém, em algum momento, o analista, perdido na sedução vivida, defronta-se com aquilo que jamais podia ser pensado, depara-se com a constatação de que o inconsciente não pode ser controlado e que a invasão é inevitável.

O analista poderá compreender que aquele não é o seu lugar e, portanto, abdica de seu desejo de ser analista, ou poderá optar por permanecer naquele espaço, apesar da desilusão vivida, em prol de seu desejo. Reconstruindo uma relação com o lugar do analista, a relação com o paciente e a psicanálise está acima do ideal, ou seja, não espera algo específico de uma análise, mas sim aquilo que cada análise pode ofertar tanto para o paciente quanto para o analista.

A idealização inicial é necessária para que o analista se proponha a entrar na clínica, mas se ela não puder ser desfeita, inviabilizará a escuta do dito pelo paciente e a sustentação de sua posição. O processo de idealização e desilusão é compreendido como natural a toda formação de um psicanalista.

Propostas futuras

Ao final desta dissertação, muitas pontas permanecem soltas para a pesquisadora. A psicose continua sendo uma incógnita capaz de despertar diversas significações distintas, porém realizadas sempre a partir de uma leitura neurótica.

A compreensão de que a transferência na psicose só existe a partir da interpretação do analista permanece sendo sentida de forma inquietante, abrindo espaço para questionar o que ainda pode ser construído sobre o tema.

Outro ponto obscuro diz respeito ao pré-conceito. A ideia do pré-conceito foi apenas inaugurada nesta pesquisa, mantendo-se enigmática para a analista. Seria o pré-conceito apenas esse descrito nesta dissertação? Haveria outros? Se sim, de que forma se apresentariam? Ele está apenas referenciado à psicose ou poderia também existir diante da neurose e/ou da perversão? Quais outras reverberações do pré-conceito podem ser ocasionadas?

Essas são questões para uma próxima pesquisa.

REFERÊNCIAS

- André, J. (2015). *Vocabulário básico da psicanálise*. São Paulo, SP: WMF Martins Fontes.
- Aulagnier, P. (1979). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Aulagnier, P. (1991). Observações sobre a estrutura psicótica. In C. S. Katz (Org.), *Psicose: uma leitura psicanalítica*. São Paulo, SP: Escuta.
- Balbi, L. (2005). O endereçamento transferencial do delírio. *Escola da Letra Freudiana – Psicoses*, (36), 199-202.
- Berlinck, M. T. (2000). Logos. In *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.
- Berlinck, M. T. (2005). A psicanálise além do divã: a cultura psicanalítica em revistas. Por que escrevem os psicanalistas?. *Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. Recuperado de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/artigos_e_livros/a_psicanalise_alem_do_diva.pdf
- Berlinck, M. T. (2008). Considerações sobre a elaboração de um projeto de pesquisa em psicopatologia fundamental. In *Psicopatologia fundamental* (pp. 313-320). São Paulo, SP: Escuta.
- Berlinck, M. T. (2008). Função e campo da transferência em psicanálise. In *Psicopatologia fundamental* (pp. 241-257). São Paulo, SP: Escuta.
- Berlinck, M. T. (2008). Insuficiência imunológica psíquica. In *Psicopatologia fundamental* (pp. 179-191). São Paulo, SP: Escuta.
- Berlinck, M. T. (2016). [Argumento]. In VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental. *João Pessoa*,

PB. Publicação eletrônica antecipada. Recuperado de <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/VII%20CONGRESSO/Argumento%20PT.pdf>

Berlinck, M. T. O que é Psicopatologia Fundamental. *Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental*. Recuperado de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/artigos_e_livros/berlinck_o_que_e_psicopatologia_f.pdf

Birman, J. (Org.). (1990). *Tausk e o aparelho de influenciar na psicose*. São Paulo, SP: Escuta.

Cromberg, R. U. (2010). *Paranoia*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Delouya, D. (2002). Pesquisa em psicopatologia fundamental: método e metapsicologia. In E. F. Queiroz, & A. R. Rodrigues (Orgs.), *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.

Duvidovich, E. (2004). Desejo materno como inscrição no corpo infantil. In M. E. N. Lipp (Org.), *Maternagem: uma intervenção preventiva em saúde; abordagem psicossomática*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Enriquez, M. (1999). *Nas encruzilhadas do ódio: paranoia, masoquismo, apatia*. São Paulo, SP: Escuta.

Fédida, P. (1988). *A clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo, SP: Escuta.

Fédida, P. (1996). O interlocutor. In *O sítio do estrangeiro*. São Paulo, SP: Escuta.

Figueiredo, L. C. (2002). A ética da pesquisa acadêmica e a ética da clínica em psicanálise: o encontro possível na pesquisa psicanalítica. In E. F. Queiroz, & A. R. Rodrigues (Orgs.), *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.

- Freud, S. (1894/1996). *As neuropsicoses de defesa*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1895/1996). *Rascunho H. Paranoia*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 1, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1896/1996). *Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1896/1996). *Rascunho K. As neuroses de defesa*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 1, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1905/1996). *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1911/1996). *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (Dementia paranoides)*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1912/1996). *A dinâmica da transferência*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1912/1996). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. . (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

- Freud, S. (1913/1996). *Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I)*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1914/1996). *Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II)*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1914/1996). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1915/1996). *Observações sobre o amor transferencial (notas recomendadas sobre a técnica da psicanálise III)*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 12, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1917/1996). *Conferência XXVI: a teoria da libido e o narcisismo*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 16, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1917/1996). *Conferência XXVII: transferência*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 16, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1919/1996). *O estranho*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 17, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1922/1996). *Alguns mecanismos neuróticos no ciúme, na paranoia e no homossexualismo*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 18, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

- Freud, S. (1924/1996). *A perda da realidade na neurose e na psicose*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 19, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1925/1996). *A negativa*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 19, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S. (1924/1996). *Neurose e psicose*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 19, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Freud, S., & Breuer, J. (1893-1895/1996). *Estudos sobre a histeria*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2, J. Salomão, trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Hanna, M. S. G. F. (2005). Elaboraões sobre o lugar do analista no tratamento da psicose: como conceber o manejo da transferência na psicose?. *Escola da Letra Freudiana – Psicoses*, (36), (pp. 91-96).
- Henriques, R. P. (2014). *Freud e a narrativa paranoica: Schreber revisitado*. São Paulo, SP: Universidade de São Paulo.
- Hilferding, M. (1991). *As bases do amor materno*. T. Pinheiros, trad. São Paulo, SP: Escuta.
- Kaufmann, P. (1996). *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1932/2011). *Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade; seguido de Primeiros escritos sobre a paranoia*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Lacan, J. (1955-1956/1988). *O seminário livro 3: as psicoses*. (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Lacan, J. (1957-1958/1998). Questões preliminares a todo tratamento possível da psicose. In *Escritos*, V. Ribeiro, trad. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do Eu. In *Escritos*, V. Ribeiro, trad. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Lacan, J. (2003). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In *Outros escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Leclaire, S. (1979). *O corpo erógeno: uma introdução à teoria do complexo de Édipo*. São Paulo, SP: Escuta.
- Queiroz, E. F., & Silva, A. R. R. (2002). [Prefácio]. In *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. São Paulo, SP: Escuta.
- Soler, C. (2007). *O Inconsciente a céu aberto da psicose*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Verano, E. S. (2006). *Clínica psicanalítica: a mão dupla das transferências*. Goiânia, GO: Cãnone Editorial – Fazenda Freudiana de Goiânia.
- Weinberg, C. (2015). *Sob o olhar da Santa Madre: articulações entre a vida de Santa Veronica Giuliani e a clínica da anorexia*. (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica). São Paulo, SP: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.