

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de pós-graduação em Psicologia

Rodrigo Tôrres Oliveira

**UM CASO DE PARANOIA:
método, teoria e prática em psicanálise**

Belo Horizonte
2012

Rodrigo Tôrres Oliveira

**UM CASO DE PARANOIA:
método, teoria e prática em psicanálise**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira

Belo Horizonte
2012

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

O48u Oliveira, Rodrigo Tôres
Um caso de paranoia: método, teoria e prática em psicanálise / Rodrigo Tôres Oliveira. Belo Horizonte, 2012.
100f.

Orientadora: Jacqueline de Oliveira Moreira
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Paranoíia. 2. Psicanálise. I. Moreira, Jacqueline de Oliveira. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

SIB PUC MINAS

CDU: 616.895.7

Rodrigo Tôrres Oliveira

**UM CASO DE PARANÓIA:
método, teoria e prática em psicanálise**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Jacqueline de Oliveira Moreira (Orientadora) – PUC Minas

Luis Flávio Couto – PUC Minas

Paulo César de Carvalho Ribeiro - UFMG

Belo Horizonte, 13 de Abril de 2012.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio, aos amigos, a todos os pacientes e a este em especial, pela convocação à escrita, pelos ensinamentos e pelo diálogo que permitiu com casos clássicos da psicanálise. À minha orientadora, pelo acolhimento, pela confiança, pelo incentivo. Aos professores da banca examinadora, pela leitura e aceite do convite.

RESUMO

Esta dissertação objetiva investigar a paranoia por meio de análise de caso clínico sob a perspectiva psicanalítica. A partir dos fragmentos do caso e da análise de sua história, passaremos em revista o estatuto e as funções da construção de caso clínico e do ensaio metapsicológico em Psicanálise. Assim, interessa-nos abordar a história do sujeito, a história do tratamento e a história de conceitos psicanalíticos. Destacaremos a importância do método psicanalítico em uma perspectiva clínica e dialética fundada na constituição do processo analítico e psíquico do Apoio e do A posteriori. Por meio de discussão teórica e prática são revelados aspectos importantes da paranoia, incluindo o conflito psicótico e suas modalidades, especialmente as formas assumidas pelo delírio, bem como a problemática do desejo homossexual e a feminização da pulsão. Importante ainda considerarmos a especificidade da defesa na psicose, a Verwerfung ou Rejeição. Por fim, é abordada a problemática da cena originária ou primária, e o modelo, teórico e clínico, desta cena na determinação da causação da paranoia.

Palavras-chave: Psicanálise. Paranoia. Cena Primária. Caso clínico.

ABSTRACT

This thesis aims to investigate paranoia through the analysis of a clinical case from a psychoanalysis approach. The clinical case construction takes into account fragments related to its history and its metapsychology in psychoanalysis pattern. In this sense, approaching treatment history and psychoanalysis concepts also reaches the subject history. It is outlined the importance of the psychoanalysis method from a clinic and dialectic perspective taking into account analytic pattern and psychological support and it's a posteriori. Practical and theoretical discussion reveal important aspects of paranoia, including psychotic conflict and its modalities, especially related to delirium, as well homosexual desire problematic and feminine pulsion. Moreover, it is important to take into consideration Verwerfung or rejection related to defense. Finally, it is approached the primary scene problematic, its theoretical and clinical model of accessing this scene as determinant causation to paranoia.

Keywords: Psychoanalysis. Paranoia. Original Scene. Clinic case.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa.....	14
2 MÉTODO	17
2.1 Estatuto e funções do caso clínico	17
3 HISTÓRIA CLÍNICA: O CASO, OS FRAGMENTOS DE SESSÕES CLÍNICAS, A HISTÓRIA DO TRATAMENTO E A PASSAGEM AO ATO	22
3.1 Informações introdutórias	22
3.2 História familiar do sujeito: dados familiares e pessoais do paciente	24
3.3 História do tratamento: fragmentos clínicos, história do sujeito, acontecimentos e direção	25
3.4 Tentativas de interpretação: demonstração e construções em análise.....	33
4 PARANOIA	44
4.1 Psicopatologia, psicanálise, psicose	44
4.2 Mecanismo e estrutura da paranoia em Freud	50
4.3 Leituras complementares	68
4.4 O ódio, a autopunição e a passagem ao ato	76
5 CENA PRIMÁRIA	80
5.1 As fantasias originárias	80
5.2 O homem dos lobos: uma leitura comentada	83
5.3 Hipótese: operador conceitual na clínica.....	88
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS	94
REFERÊNCIAS	99

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa busca introduzir algumas questões relativas à paranoia na psicanálise, a partir de um percurso clínico e institucional. Para isso, apresenta um estudo de caso clínico que tem elementos fundamentais de sua história evidenciados por uma articulação teórica que permite descobrir um território propício a esse debate.

Partimos de uma discussão sobre o método em e da psicanálise, abordando aspectos importantes do método propriamente psicanalítico – método clínico e dialético por excelência, de construção do caso clínico.

Em seguida, apresentaremos o caso clínico em questão – os fragmentos de sessões, a história do paciente e do tratamento e nossa tentativa de interpretação e construção analítica do caso.

No capítulo referente à paranoia, abordaremos aspectos importantes sobre as distinções e as classificações psicopatológicas. Interessa-nos pensar e articular a paranoia em Freud, desde seus primeiros textos até a análise do caso Schreber. Utilizaremos também autores pós-freudianos que ajudarão na análise e no aprofundamento do tema.

Mais à frente, o trabalho abrangerá a questão da cena primária, quando trabalharemos desde os textos freudianos até autores que permitirão avançar na hipótese sobre a importância da mesma na determinação da paranoia.

Teceremos considerações sobre o estatuto das interpretações e construções em análise no campo da psicose. Importante destacar o manejo, as manobras e a dinâmica exigidos na clínica da paranoia. Não nos furtaremos a indicar nossa posição com respeito à prática clínica no campo das psicoses.

Utilizaremos o marco teórico da psicanálise como referência maior na elaboração desta dissertação. Indica-se a pesquisa da obra freudiana como eixo fundamental na consecução do projeto. Além disso, ressalta-se a importância da investigação da teoria de outros autores, como Lacan, Laplanche e Pontalis, Piera Aulagnier, Claude Le Guen, Guy Rosolato, entre outros.

1.1 Justificativa

Inicialmente, é importante destacar a necessidade de se proceder a um estudo de caso que permita o descobrimento do mecanismo e da estrutura da paranoia. A rejeição ou *verwerfung* parece ser o mecanismo fundamental na base das psicoses e, especificamente, da paranoia. O termo apareceu na obra de Freud desde seus primeiros escritos e fez carreira bem sucedida na história da psicanálise, principalmente depois que Lacan o trouxe para primeiro plano na investigação das psicoses.

Segundo Freud (1894/1994, p. 64), “há uma espécie de defesa muito mais poderosa e bem sucedida. Nela, o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido”. Tal rastro freudiano permite situar a convergência daquilo que chamamos de plano teórico e metodológico. Trata-se da não inscrição ou representação de conteúdos e afetos, uma espécie de defesa mais poderosa cuja consequência seria a falta não simbolizada. Daí que não se teria a inscrição da castração, marca dessa “coisa” que porta a palavra. A representação resta não inscrita, visto que o afeto, portador do índice de realidade, arrasta com ele os caminhos do sentido. Parece-nos, pois, viável buscar nessa defesa específica seu mecanismo, a estrutura e o processo de constituição do sujeito.

Visamos à demarcação da questão freudiana da paranoia enquanto uma estrutura (“formas de delírio”) e um processo (“tempos da defesa”), a projeção. Esta, por si só, não seria capaz de especificar a natureza do funcionamento psíquico da paranoia. O conflito de natureza homossexual, a fantasia de desejo feminino, as formas do delírio, as saídas encontradas por cada sujeito seriam vetores importantes na construção teórica articulada à construção do caso clínico. A marca daquilo que foi abolido internamente é o retorno desde fora, e não simplesmente expulsão, projeção da percepção suprimida. Assim, esse ponto articula num sentido a indicação e a precisão freudiana e também lacaniana.

Consideramos aqui o estatuto da cena primária na psicose, particularmente na paranoia. Laplanche e Pontalis (1990) afirmam que o real bruto da cena se imporia não simbolizado pelo sujeito, oferecendo para toda tentativa ulterior de simbolização um núcleo irreduzível. Na cena primária, é a origem do sujeito que se vê figurada. Ela representa, segundo os autores, a conjunção entre o fato biológico da concepção

(nascimento, origens, etc.) e o fato simbólico da filiação, entre o “ato selvagem” do coito e a existência de uma tríade mãe-filho-pai. Segundo Ribeiro (2006), Freud dedica quase toda a análise do “Homem dos Lobos” à busca de um acontecimento traumático que teria sido a cena originária.

A cena primária aparece na história do tratamento aqui relatado, mostrando-se fundada no cimento do ódio e da violência. Revela-se, ainda, na transição da infância para a adolescência, quando o sujeito vê um ato sexual, sente-se excluído e é tomado pelo horror. Pensamos, portanto, na importância assumida pela determinação da cena primária na causação da paranoia.

No caso clínico estudado, o paciente cometeu um homicídio e foi considerado inimputável. Recebeu uma medida de segurança e foi encaminhado para uma prisão comum, onde teve início o trabalho no Programa de Atenção Integral aos Pacientes Judiciários do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, PAI-PJ, que trabalha com casos de medida de segurança de pacientes inimputáveis e semi-imputáveis. Os pacientes são inseridos na rede de saúde mental de Belo Horizonte e outras cidades. A escuta, o acompanhamento e o tratamento dos casos conforma a atenção integral e diligente do serviço, que atua na interface da Psicologia com o Direito, a partir de um referencial psicanalítico, estabelecendo redes com o campo da Saúde, da Universidade, da Assistência Social e das Políticas Públicas. Assim, a presente pesquisa também se justifica por sua relevância social e científica, estabelecendo novos pontos de conexão no tratamento dos portadores de sofrimento mental em conflito com a lei.

O sujeito, paciente, convoca à escrita do caso. Nosso encontro, que durou de 2001 a 2004, foi marcado pela história do tratamento psicanalítico, pelo processo jurídico, pelas versões sobre o ato cometido ou a passagem ao ato. Suas assertivas revelariam grande alcance: “todas as mulheres procriam feito ratos” e “toda relação sexual só é possível na violência e no ódio”.

Apresentaremos, portanto, um estudo de caso clínico e ampliaremos a proposta para a construção do caso clínico em psicanálise, com seus desdobramentos metapsicológicos, clínicos e éticos. Nosso objetivo é pesquisar a paranoia, a cena primária e a construção do método psicanalítico a partir de uma investigação clínica, destacando dos fragmentos do caso e da história do tratamento, a história do sujeito,

articulando clínica e teoria. Buscaremos desenvolver uma conceituação teórica, a partir das investigações clínicas, que permita o estabelecimento de níveis seguros da teoria que balizariam a emergência de conteúdos e de formas na clínica. Interessa-nos investigar o estatuto da paranoia no que concerne às psicoses, identificando o mecanismo e a estrutura próprios a ela, além de investigar se há uma função de modelo da cena primária e alguma determinação da mesma na causação da paranoia.

A prática clínica desenvolvida na experiência com psicóticos, a análise da paranoia, a descoberta da cena primária no tratamento são fatores que instigaram a realização de uma busca conceitual a partir da riqueza do caso em questão: um sujeito psicótico, filósofo, que comete um homicídio em Belo Horizonte e é preso. Depois é encaminhado à instituição, PAI-PJ, e ao conseqüente acompanhamento Psicanalítico. Tal busca pretende a formalização teórica desse trabalho, através das investigações clínicas, permitindo a pesquisa e a construção de referências para o acontecer psicanalítico.

2 MÉTODO

Neste capítulo, trataremos das questões relativas ao método escolhido para a escrita do caso clínico, bem como para a interpretação dos dados e a demonstração daquilo que se pretende na presente dissertação.

Como procedimento metodológico, faremos uma pesquisa em psicanálise a partir de um estudo de caso clínico. Os recursos utilizados serão: pesquisa bibliográfica, análise de material de sessões clínicas ao longo de três anos e meio de tratamento de um caso de paranoia, dados levantados a partir de entrevistas com familiares do paciente e material colhido a partir das discussões clínicas e institucionais sobre o caso.

Importa-nos estabelecer pontos de apoio e conexão a partir da história do caso e de conceitos psicanalíticos. Com efeito, trabalharemos a questão do método em psicanálise, levando-se em conta a distinção entre estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico, o estatuto e a ficção do caso clínico.

Dividimos nossa exposição em tópicos, buscando objetivar a questão e reuni-la em um todo mais ou menos coerente.

2.1 Estatuto e funções do caso clínico

Nesse ponto de nosso percurso, buscaremos estabelecer as bases sobre as quais nosso estudo se assenta e se move. Destacaremos as dimensões de nossa pesquisa, bem como suas condições de possibilidade.

A pesquisa em psicanálise fundamenta-se nos dados recolhidos da prática clínica. As informações obtidas são consideradas em uma perspectiva qualitativa e os recursos teóricos informam sobre a dimensão empírica que a clínica representa.

Um estudo de caso em psicanálise visa documentar a evolução de pacientes que podem servir como modelos para uma metapsicologia. Tal é a estratégia metodológica em uma pesquisa clínica baseada em fragmentos de atendimentos e na evolução das sessões em determinado período de tempo. Os dados de pesquisa são relato de caso, registros, anamnese, discussão, entrevistas, etc. O relato baseia-se na cronologia de fatos clínicos de uma história cuja narrativa se dá pela evolução do tratamento de

determinado paciente. O estudo de caso informa e ilustra a delimitação conceitual do objeto de investigação.

A construção de caso clínico em psicanálise indica e sustenta uma ou várias hipóteses metapsicológicas, mais do que uma teoria sobre determinado aspecto da clínica. Verificamos assim a construção de uma práxis que se renova em cada direção do tratamento, configurando a clínica psicanalítica.

Os dados exigem sistematização para acederem ao domínio do sentido (MOURA; NIKOS; 2000). Nessa dimensão, ainda observamos a função da transferência como instrumento de tratamento e sua relação com a supervisão. A construção de caso clínico em psicanálise reúne a história do sujeito, a história do tratamento, as constelações biográficas e sintomáticas.

Na chamada construção de ensaio metapsicológico, há a refundação da experiência de análise, que ocorre em uma situação psicanalítica de pesquisa. O caso é elevado aos domínios da pesquisa psicanalítica, visando à produção escrita que traz a experiência do pesquisador. A visada da escrita tem caráter universalizante.

A pesquisa em psicanálise, portanto, indica seu caráter qualitativo e traz aspectos de estudo/construção de caso e ensaio metapsicológico referidos à dimensão empírica da clínica que a teoria formula, faz aparecer e, em retorno, modifica.

O poder de exposição e demonstração de um caso clínico situa-se no plano concreto da experiência analítica onde a evolução do tratamento, os fragmentos de sessões clínicas, a história do sujeito, sua biografia e constelações sintomáticas, bem como a dimensão transferencial alcançam o domínio da figuração através da colocação em imagens de uma situação clínica, favorecendo a aproximação com respeito ao objeto, caso clínico, e introduzindo sutilmente o universo abstrato dos conceitos. Esta é uma das funções de um caso: a função didática, de transmissão da psicanálise (NASIO, 2001).

Outra das funções de um caso clínico é a metafórica. Nesta, a observação substitui o conceito e torna-se metáfora dele. Assim, por exemplo, estudamos os grandes casos da psicanálise invocando aqui e ali aspectos da história do paciente e, ao fazê-lo, “teorizamos sem saber que estamos teorizando” (NASIO, 2001, p.16). No caso clínico apresentado no próximo capítulo, veremos, por exemplo, a importância da

cena primária na determinação da paranoia e seu aparecimento no tratamento e, logo, sua dimensão metafórica. O exemplo clínico e a cena primária neste configuram a segunda função de um caso, a metafórica, onde a exposição do caso e o trabalho no e do caso substituem o conceito. Aqui, o caso torna-se metáfora emblemática. O sentido inicial de uma idéia tornou-se, pouco a pouco, o próprio sentido de seu exemplo, a tal ponto que basta a simples menção do nome próprio do caso para fazer com que jorre instantaneamente a significação conceitual (NASIO, 2001).

Obviamente, o conceito receberá tratamento formal em capítulo específico deste trabalho. Doravante, destacaremos a função heurística do caso. Esta ultrapassa seu papel de ilustração e metáfora emblemática, tornando-se geradora de conceitos. É a isso que chamo “função heurística de um caso” (NASIO, 2001, p.17). Neste ponto, a fecundidade de um exemplo clínico é evidente, gerando novas hipóteses que iluminam a trama da teoria. Em nosso caso clínico, veremos o quão importante é a aparição da cena primária no transcurso do tratamento e o arranjo dessa cena na determinação da causação da paranoia. A cena primária surge, pois, como um conceito que responde por uma das causas da doença, ativadora ou em potência do quadro clínico, psicótico, paranoico do paciente.

Em Freud, cujo exemplo notável é o “Homem dos Lobos” (FREUD, 1918 [1914] /1976), vemos no relato documental do caso a evolução do paciente, as constelações biográficas e sintomáticas e a construção de modelos (metapsicologia). Portanto, o caso conduz necessariamente à metapsicologia (modelos teóricos e explicativos) e sua função teorizante. A partir do método clínico e dialético, a narrativa, a associação livre do paciente combina-se com a atenção equiflutuante do analista, ensejando intervenções, interpretações, construções e pontuações enquanto território da técnica. Com efeito, o método e a técnica descobrem os fatos clínicos – o conflito psíquico, as identificações, etc. –, revelando-os teoricamente e inventando-os conceitualmente (metapsicologia).

A escrita do caso clínico obedece ao esquema proposto por Le Guen (1991) e adotado pelo seu valor teórico e clínico. A psicanálise possui um método clínico e também dialético. A combinação da história do tratamento, a história do sujeito e das idéias psicanalíticas estabeleceriam as coordenadas do acontecer psicanalítico,

contemplando ainda a história da análise pessoal, da formação e supervisão do analista e, por extensão e acréscimo, também a ideologia comportada em toda prática.

A história do caso clínico aqui apresentado compreende a história do sujeito, de seus investimentos e movimentos pulsionais, suas identificações, o infantil, as origens, a dinâmica do conflito psíquico. O tratamento envolve a transferência, o apoio e o *a posteriori*, as interpretações e construções, o crime e as versões do sujeito, a importância da cena primária na construção do caso clínico.

A história das ideias ou dos conceitos psicanalíticos desdobra-se na história dos autores e das obras psicanalíticas. Assim a importância assumida pela cena primária no caso clínico em questão, no caso de Freud em particular e na análise da paranoia de forma geral é capital na história do pensamento psicanalítico. Do mesmo modo um conceito, por exemplo, rejeição, *verwerfung*, forclusão encontra-se desenvolvido ao longo das obras de Freud e Lacan como mecanismo e estrutura concernentes à psicose e sua marca diferencial.

O interesse do psicanalista pelo desenvolvimento do caso clínico manifesta-se em um ponto de gestação, num vaivém permanente entre prática e teoria. A teoria ou a solidez da formação do analista torna seu fazer sensível e receptivo ao encontro clínico, qualidade primordial para o “acontecimento transferencial que convoca à escrita” (NASIO, 2001, p.18).

Outro ponto de destaque é o chamado “esquema de análise” (NASIO, 1991), conjunto de hipóteses que definem a problemática principal de determinado paciente. Aqui destacaríamos ainda a questão da importância do pré-consciente (FEDIDA, 1988) enquanto instrumento de percepção capaz de recepção e transformação das informações provenientes do paciente sobre sua vida psíquica, constantemente confrontadas com as informações do próprio analista. Assumimos de forma clara o papel da contratransferência como dispositivo “inerente à situação analítica e adequado ao enquadre do tratamento” (FEDIDA, 1988, p. 71), lugar, *topos* de ressonância e de tradução em palavras de tudo o que pode ser experimentado no tratamento.

Com efeito, trabalharemos os operadores conceituais presentes nesta dissertação, a saber: *apoio; a posteriori; rejeição e cena primária*. Desta feita,

tentaremos trabalhar e fazer trabalhar tais operadores, objetivando a construção do caso clínico.

3 HISTÓRIA CLÍNICA: O CASO, OS FRAGMENTOS DE SESSÕES CLÍNICAS, A HISTÓRIA DO TRATAMENTO E A PASSAGEM AO ATO

Na narrativa aqui apresentada, buscamos acolher determinada demanda manifesta nos confins da loucura e remetê-la às vicissitudes do sujeito. Nesse intuito, a escrita do caso, convocada pelo sujeito psicótico e exigida para fins de transmissão, basear-se-á em três anos e meio de tratamento dispostos em excertos de sessões clínicas, marcando eventos importantes e interpretações e construções feitas no dispositivo analítico. Recursos complementares também foram utilizados, como o trabalho institucional e interdisciplinar e informações colhidas na escuta de familiares do paciente.

3.1 Informações introdutórias

O encontro com B. acontece no outono de 2001, em um presídio, e o tratamento desenrola-se desde esse primeiro contato até a interrupção dos encontros, na primavera de 2004. O paciente contava trinta e quatro anos à época e estava cumprindo a execução de sua medida de segurança em condições de excepcionalidade em um estabelecimento prisional na região de Belo Horizonte. Estava preso havia dois anos por homicídio, tendo cometido o crime apenas alguns dias depois de sua chegada a Belo Horizonte, vindo de outro estado.

Do crime ou da passagem ao ato constam duas versões: a inicial do paciente e a constante no inquérito policial. A versão policial afirma que o réu matou com vários golpes e sem motivo a vítima, que se encontrava dormindo na rua. Após o ato, teria saído perambulando pelas imediações e, quando abordado pela polícia, ainda portava o instrumento de madeira utilizado no crime. Na primeira versão do paciente, por sua vez, ele relata que a vítima o havia “importunado”, pedindo dinheiro ou algo de valor. Sentindo-se ameaçado, partiu para o embate corporal e, com a vítima caída no chão, desferiu golpes em sua cabeça com um pedaço de pau.

No transcorrer do inquérito, o paciente apresenta-se inicialmente como CM, diz ter dezessete anos e ser analfabeto. Afirma ter matado por motivos religiosos e que algo o teria compelido a tanto. Quando submetido a exame pericial, de sanidade

mental, ficou constatada sua inimputabilidade e foi aplicada a medida de segurança. Posteriormente, passou a se apresentar com outro nome, HS, e dizer-se natural de outro estado que não o seu.

É importante considerar que o encontro com o paciente deu-se a partir do PAI-PJ, nos atendimentos realizados na prisão e no hospital psiquiátrico. Entre 2001 a 2004, ele permaneceu internado em hospital psiquiátrico durante um mês, em 2002. Após a internação, retornou para o estabelecimento prisional e continuou esse tratamento, com saídas mensais para atendimento em serviço substitutivo.

Destacamos que a entrada da abordagem psiquiátrica e medicamentosa acontece mais de sete meses após o início do tratamento psicanalítico, devido às dificuldades de inserção na rede de assistência psiquiátrica em virtude das resistências dos serviços em acolher psicóticos autores de ato infracional. O paciente recebeu o seguinte diagnóstico:

Trata-se de um sujeito psicótico com alucinações auditivo-verbais, ideação delirante paranoide e passagem ao ato heteroagressiva com homicídio realizado. Trata-se de um quadro de Esquizofrenia Paranoide, F20 – CID 10, segundo Psiquiatria americana e paranoia segundo a Psicanálise.¹

Por ora, retenhamos essa informação e a condição de inimputável, dada quando da realização do exame de sanidade mental e da atribuição ao paciente de uma medida de segurança. Destarte, trabalharemos com o diagnóstico de psicose – esquizofrenia paranoide para a psiquiatria clássica e paranoia para a psicanálise.

Ao longo do período de tratamento, de 2001 a 2004, é possível afirmar que B. conseguiu se responsabilizar pelo ato cometido, tornando possível a progressão do tratamento. A partir do êxito obtido no contato com familiares e na obtenção do direito de realizar o atendimento em regime ambulatorial em seu estado, a justiça realizou o exame e o paciente teve sua dita periculosidade cessada. Recebeu ainda benefícios concedidos pelo INSS, que lhe permitiriam o acesso à moradia e certa autonomia.

¹ Informação obtida a partir das primeiras entrevistas com o paciente e também junto ao serviço psiquiátrico que o acompanhou.

3.2 História familiar do sujeito: dados familiares e pessoais do paciente

B. nasceu no interior de um estado do nordeste, tendo sido, até os primeiros anos de sua infância, criado pela mãe consanguínea com a ajuda dos avós maternos. O pai legítimo, segundo relato, não quis conhecê-lo. Era filho único e mudou-se com a mãe para a propriedade rural onde o avô trabalhava, da família de um médico da região. Lá, a mãe também começou a trabalhar. Moravam com a única filha do casal, os empregados e agregados da fazenda.

O paciente iniciou seu processo de alfabetização junto à família adotiva. Sentia-se cuidado e estimulado, relatando que preferia estar na companhia dos pais adotivos, que lhe dispensavam abrigo e educação, do que junto à mãe, que, segundo ele, “não era boa mulher”. A convivência com a família adotiva possibilitara-lhe educação e sentimento de pertença durante a infância e a adolescência. Nunca conheceu seu pai consanguíneo. Tinha como referência filial seu avô e o médico por quem nutria, na infância, grande adoração.

Tendo completado a formação escolar em nível primário e secundário, B. prestou vestibular para um curso na capital de seu estado. Aprovado, ingressou na faculdade de Filosofia. Naquela época, muda-se com a mãe para a capital. Durante seu percurso acadêmico, é considerado um aluno de destaque. Presta novo vestibular e ingressa na faculdade de Comunicação Social. Forma-se em Filosofia e abandona o curso de Comunicação no penúltimo ano. Logo começa a ministrar aulas de filosofia para alunos de nível secundário, garantindo sua sobrevivência com dificuldades.

O médico, “pai adotivo” do paciente, morreu em sua infância, quando contava com seis ou sete anos de idade. O pai consanguíneo morreu poucos anos depois, segundo sua mãe. Aos vinte e três anos, perdeu sua “mãe adotiva” e seu estado psíquico, que já apresentava sinais tidos como estranhos por aqueles que o cercavam, agrava-se de maneira notável.

B. vai, gradativamente, perdendo as condições para o trabalho e a própria sobrevivência. Começa a se comportar de modo estranho nas aulas que ministrava, fazendo desenhos e escrevendo de forma cifrada no quadro para seus alunos, segundo relatos dos familiares. Desenhava caveiras, túmulos, etc. Nesse momento, é afastado do trabalho e é feita a primeira tentativa de internação, mas ele foge do hospital. Vai até

o cemitério e instala-se junto ao túmulo de sua mãe adotiva, passando a viver ali até ser descoberto. Nova tentativa de internação, agora com certo êxito. Na ocasião, o marido de sua irmã adotiva, que também era médico, auxilia no processo de convencimento. Depois de algum tempo, contudo, o paciente foge novamente e vai para a rua, literalmente, pois não tinha moradia e recusava-se a morar com sua mãe, que havia retornado para sua cidade natal no interior do estado.

Inicia-se um período muito conturbado, em que B. entra em conflito permanente com a filha de seus pais adotivos e com outro filho legítimo do casal, descoberto alguns anos antes. Sua alegação para a relação difícil era a de que os filhos legítimos recusavam-lhe assistência pecuniária e reconhecimento como um indivíduo importante a quem, afetivamente, eram destinados cuidados. Esperava receber uma casa, argumentando que esse era o desejo de sua mãe adotiva, mas o presente foi-lhe negado pela irmã adotiva.

Sem qualquer tipo de vínculo, familiar e com o tratamento, B. passa a viver em condições de extrema privação. Vai para o estado de São Paulo, onde diz ter sobrevivido com muita dificuldade. Conta ter entrado em uma briga de rua lá, na qual perdeu um dedo da mão. Novamente convocado à errância, chega a Belo Horizonte e continua a viver em condições de abandono, miserabilidade e falta de tratamento. É nesse ponto que se depara com um mendigo e passa ao ato, cometendo o homicídio.

3.3 História do tratamento: fragmentos clínicos, história do sujeito, acontecimentos e direção

Os atendimentos têm início na prisão onde B. estava confinado. Antes, havia sido atendido durante um curto intervalo de tempo por uma de minhas colegas de trabalho. Diante das dificuldades na abordagem e condução do caso, recebo a incumbência de tentar estabelecer algum vínculo que possibilitasse o tratamento de forma efetiva.

O paciente chega apresentando certa curiosidade por mim, minhas roupas e minha presença profissional. Digo-lhe quem sou e pergunto como vai. Afirma estar muito mal, pois quer a liberdade. A queixa de estar sendo maltratado e espancado aparece em primeiro plano. Fala de um olhar perseguidor que ameaça: “os demais

detentos me observam, me vigiam. Quando passo, me olham e querem algo de mim. É mau olhado”². Mostra-se inquieto e bastante agitado.

B. apresenta ideias de conteúdo delirante. “Todas as mulheres procriam feito ratos! Já fui estuprado. Abusaram de mim... fui pego e penetrado no ânus, cu, bunda. Até chupar chupei”. Faz gestos indicando o órgão genital masculino. Diz que seu avô materno ficou impotente logo depois de seu nascimento: “meu avô teve caxumba e passou para o saco. Meu pai adotivo e eu tivemos a mesma coisa”.

O paciente afirma que saiu da Bahia por causa da religião. “Não gosto de candomblé. Sou católico”. Fala das mulheres: “a mulher do médico mantinha relações sexuais com garotos”. “Eu nunca estupraria alguém. Nem homem nem mulher”, e afirma ter sido obrigado “por eles e por elas... querem me destruir! Sinto uma mulher entrando em mim”.

Em outro encontro, o paciente chega mais tranquilo e permanece sentado por toda a sessão. Começa dizendo não saber se é homem ou mulher. Conta a história de sua vida, afirmando ser filho de sua mãe e de um pai que nunca conheceu: “nasci sem ser esperado e minha mãe não me queria. Meu pai nunca me assumiu”. Conclui: “nasci sem o nome do pai”. Infere que o pai o abandonou por ter nascido branco, e prossegue falando de seus pais adotivos. Contrapõe as palavras “criação” e “adoção” e diz que adotar é “mais correto”. Diz que queria ter tido o nome do avô, A., mas acabou sendo chamado de B.

Conta da infância e que o médico que o adotou morreu quando tinha seis ou sete anos. Recorda-se da propriedade e da casa onde morou, que o médico o colocava no colo e que sentira “muito tesão”. Quando da morte do pai consanguíneo, sua mãe quis que ele o conhecesse, mas “não quis conhecer meu pai nem na morte”. Termina a sessão dizendo que “toda maternidade tem a sua negatividade” e ainda “quero meter, meter, meter... sem parar”. Levanta-se da cadeira e afirma ter um “bicho no pênis”.

Na sequência dos atendimentos, diz querer sair da prisão e ser transferido. Afirma ser maltratado e indica as dificuldades do pavilhão onde está: brigas, confusões e desordem. Diz que é só e que as pessoas também são: “as pessoas são só e

² As falas do paciente apresentadas ao longo do caso foram extraídas de anotações pessoais do autor.

formam sois solidão”. Filósofa a respeito da unidade do universo, que compreende tudo.

Afirma ser homem e, mesmo assim, poder ser sensível, emocionar-se. As pessoas, segundo ele, acham que homem tem que fazer cara feia, ser mau, bruto. Conta que a mãe ensinou que homem não pode chorar. “As pessoas acham que ser inteligente, culto, significa não ser homem”. Começa a falar sobre a mãe. Fica agitado e levanta-se da cadeira. Aponta minha roupa e fala sem parar, com risos imotivados e um discurso logorreico. Afirma que as mulheres não são santas. Havia tocado nos seios de uma freira que prestava assistência espiritual no presídio e comenta: “meus companheiros me gozam até hoje por causa da freira. Adoro seios. Eu sou voraz! Como, como, como...”. Sobre uma namorada que teve, diz “comi ela toda”. Fala da mãe: “já fodi com minha mãe. Não teve jeito, comi a minha mãe. Ela gostava de rola, de pica. Era muito fogosa”.

Em outra sessão, diz que é homem porque tem pênis e não peito. Afirma que ter feito sexo com homens não o torna mulher. Diz ser heterossexual, pois transou com homens, mas não gostou. Contou para sua mãe e sua avó e elas teriam dito que “é isso mesmo. Não tem problema”.

Em um de nossos encontros, considero com o paciente a possibilidade de realizar consulta em um hospital psiquiátrico. Ele diz de experiências que fazem no hospital, que usam estricnina, fala da anatomia e que os médicos querem uma cobaia. Comenta sobre o filme “Linha mortal”, em que jovens pesquisadores fazem experiências além da morte, e sobre outro, que chama de “Gêmeos, mórbida diferença” – o nome correto é “Gêmeos, mórbida semelhança”.

O paciente delira e diz que está morto. Pergunta se eu estou morto. Digo-lhe que estamos conversando. Afirma que não é um cadáver e prossegue dizendo que, no hospital, existem mulheres. Diz querer a minha alma, assim como os demais presos. Fala do escritor alemão Goethe e de sua obra sobre Mefisto.

Em outra sequência, B. começa a ler a Bíblia em voz alta e de forma intermitente. Digo-lhe que tentaríamos agendar uma consulta no hospital psiquiátrico e seria muito importante que ele comparecesse. Afirma que tanto ele quanto os demais

detentos do presídio estariam torcendo para que conseguíssemos. Ao final da sessão, diz querer voltar para o seu estado natal, Bahia.

Em outro fragmento, o paciente reflete sobre a categoria do tempo e diz que o mesmo, segundo o filósofo alemão Kant, pressupõe o real e o vivido. É o tempo que existe para quem o percebe, diz o filósofo B. Fala da primeira vez que dormiu na prisão e do estranhamento que o acometeu: aprendera que o tempo é diferente na cadeia.

Pergunta sobre o hospital psiquiátrico. Digo-lhe que foram receptivos e concordaram em atendê-lo. Ele fala então do receio de ser zombado, envenenado, dissecado e usado em experiências, afirmando ter sofrido muito na prisão. Sobre o nome do hospital, Instituto Raul Soares, diz: “Soares... suares... suar, suar, suar o que querem de mim”. Afirma novamente que querem transformá-lo em mulher, cobaia, e diz: “o nascimento e o ato sexual só são possíveis no ódio e na violência”, “toda relação sexual só é possível na violência e no ódio”. Em um assomo de fúria, fala que nasceu da violência e que é fruto do ódio, emenda que quer “foder com um pênis grande” e aponta as árvores com seus troncos. Diz que a violência é necessária e fala de experiências após a morte. Complementa afirmando que ele e todos na prisão foram violentos ao matar. Pergunto-lhe: “como foi?”. Afirma que o mendigo quis seu dinheiro e, portanto, “tive que matar”. Eis a primeira versão sobre o ato apresentada pelo paciente.

Outra sessão e B. fala da faculdade de Medicina e Direito da Bahia, onde as mulheres não podiam usar saias curtas. Pergunto-lhe sobre a faculdade de Filosofia e ele diz que lá as pessoas andam à vontade. Afirma que a filosofia é universal e a ciência é específica. Diz das exigências do curso: “é necessário muito saber. Devo saber todos os livros e pensamentos”. Diz ser B. e filósofo. Foi criança e é adulto.

Fala sobre sua infância e adolescência, da sexualidade infantil, das humilhações sofridas e de como foi maltratado na infância, com desprezo e indiferença, passando a ser mais respeitado na adolescência. Relata que sua mãe não o esperava e disse que ele deveria ter sido abortado. Fala dos médicos: o pai adotivo e o marido de sua irmã adotiva. Conta das relações homossexuais, consumadas ou não por ele. Diz que sua irmã o ajudou a boiar, mas ele não aprendeu e afundou.

Em outro fragmento, fala que está cansado da prisão. Conta que sua mãe adotiva teve o primeiro filho e este nasceu morto. Ela engravidou novamente, teve uma menina, que sobreviveu. Conclui: um filho nasceu morto e outro viveu. Sua mãe não o queria, foi parido sem controle, “fui expelido”. Fala que as mulheres querem fazê-lo de palhaço, “sinto muita raiva. Quero matar”. Diz de outros assassinatos: “me encham, querem tirar o que tenho e, por isso, mato”. Levanta-se, afirma estar ficando “tecnicamente irritado”, bate na mesa e agita-se. Terminamos a sessão e ele diz: “o médico decidiu ir para Instituto Raul Soares, viajar”. Manejo o tempo do próximo encontro, dilatando o intervalo entre as sessões.

Na sessão seguinte, reclama de minha ausência e diz ter sentido minha falta. Apresenta outra versão sobre o crime/ato: “não queria matar a vítima, mas não tive alternativa”. Conta que pediu uma casa para sua irmã e ela negou. A mãe, segundo ele, era “danada!”, “comia todos os homens”. Relata que, na Bahia, era muita confusão e as mulheres queriam tirar todo o seu saber, tudo o que tinha. Diz ter “reprimido”. Quando chegou a Belo Horizonte, estava perdido e andava sozinho pelo mundo. Nesse contexto, cometeu o crime.

É possível estabelecer nexos ou ressaltar pontos no relato que nos permitem interpretações. Optamos por fazer isso no tópico seguinte, a partir de fragmentos clínicos considerados muito importantes. Mostra-se essencial analisar aspectos desses fragmentos, reunindo-os em um todo mais estruturado, que nos permita a construção do caso clínico e sua conseqüente transmissão. Por ora, seguiremos o relato em seu desenvolvimento temporal e histórico.

No fragmento seguinte, o paciente diz ter saído de São Paulo porque estava com fome. Quis comer a avó e matar o avô. Conta que, se tivesse filhos, ensinar-lhes-ia a não roubar, não matar. Apresenta um discurso coerente e calmo. Afirma ter se arrependido de ter avançado sobre a freira – perdeu o controle e isso não justifica. Fala sobre perdas. Sentiu muito a do pai adotivo, quando era criança. Conta da perda da avó, do avô e da mãe. Por fim, diz que o pai de sangue não o reconheceu e quis conhecê-lo à beira da morte. “Não quis. Desejava matá-lo”. Fala que não tem ninguém no mundo. Todos os parentes morreram e está sozinho. Conta que teve que se submeter às mulheres, que era muito exigido: “gostaria de ter cortado o pênis do meu

pai”, e faz menção à castração real com as mãos. Quando for livre, ganhar a liberdade, diz que quer retornar à Bahia.

Após esse período de atendimentos que durou cerca de um ano, B. é encaminhado para internação psiquiátrica hospitalar, onde permanece por um mês. A internação ocorre no Hospital psiquiátrico Galba Veloso, em Belo Horizonte, e não, como se intentava de início, no Instituto Raul Soares.

Inaugura-se uma nova etapa do tratamento. A partir desse período, o paciente apresenta certa modificação no quadro psíquico. A entrada da medicação, seu retorno ao presídio, a continuidade do tratamento psiquiátrico na rede e o início dos contatos com seus familiares na Bahia marcam transformações significativas.

Em um fragmento clínico importante, B. faz, com uma pedra, um mapa riscado no pátio do presídio. Ali, aponta a divisão geográfica do Brasil, indica seu estado de origem e inicia seu processo de divisão: divide os estados da federação, indica as riquezas das regiões do País e reparte o mundo a partir das classes sociais. Fala da dominação e da exploração dos pobres e negros por ricos e brancos. Aqui, percebe-se o que podemos compreender, provisoriamente, como certa “geografia” do psíquico. Feitas as divisões por regiões, por estados e por classes, o paciente move-se de forma mais organizada: lembra-se de nomes de pessoas, familiares, cidades e outras recordações. Passa a indicar os rumos de seu tratamento e condições objetivas para encontrar sua família adotiva.

Conta sobre seu envolvimento homossexual com um amigo falecido, algo que não via como errado ou pecaminoso. Gostava do amigo e pôde aprender muito com ele. Complementa dizendo que tal experiência ocorreu, que pode falar sobre ela, recordar-se, mas que não é homossexual.

Lembra que sua família o aconselhou a lutar no mundo com as armas que lhe deram: “comida e conhecimento. Tinha fome de saber”. Acabou “lutando contra a própria família”.

Discorre sobre Marquês de Sade e sua obra, qualificando-a como “loucura”. Conta que tinha 21 anos quando sua mãe adotiva morreu, faltando-lhe. Diz que a mãe de sangue teve-o sem querer, e não deixa de fora a fala: “meu pai quis me conhecer na morte. Eu não o perdoei”.

Apresenta nova versão sobre o crime/ato. Diz que a vítima pediu dinheiro, drogas, e ele acabou matando. “Eu terminei matando em BH. Ali tudo terminou. Pensei a respeito e vi que estava desorganizado e pude me organizar”. Em outro recorte, fala que, na puberdade, presenciou um ato sexual e foi tomado pela cena. Mostra feições de fúria e comenta sobre a violência do ato sexual. Prossegue e, ao final, diz ter feito parte da cena. Aqui, operamos na medida da cena primária e sua aparição no tratamento. Reservaremos um lugar para essa questão mais adiante.

Após esses acontecimentos, o paciente conduz sua narrativa e seu tratamento orientado em certa direção. Sua história infantil, sua adolescência, sua vida adulta e familiar passam a figurar de maneira mais organizada e coerente. Momentos do cotidiano da prisão, impasses, conflitos com outros presos, tratamento medicamentoso, interesse pela liberdade, retorno para seu estado, entre outros são temas que assumem importância na condução e na direção do tratamento.

Certo dia, B. solicita o empréstimo de um livro. A escolha recai sobre o escritor francês Camus. Devolve-o duas semanas depois e afirma ter lido somente até a metade. Anuncia que tem coisas íntimas que gostaria de me contar: quando lia o livro, imagens apareceram, “serpentes, oliveiras e pão”. Convido-o a associar sobre o que foi visto. Diz que serpente é símbolo de saber e conhecimento, oliveiras representam seu sobrenome e pão significa alimento. Formula três hipóteses sobre o visto. Na primeira, pensa que “pode ser algo imposto de fora”. Na segunda, que “pode ser algo da materialidade do livro”. Por último, que “pode ser uma ilusão”. Pergunto o que ele acha e ele diz que “é uma ilusão, não existe nem no livro nem é algo imposto de fora ou por alguém”. Conclui: “hoje posso escolher em que acreditar e com isso me sinto melhor”.

Durante cerca de um ano, os atendimentos ocorriam de forma sistemática e a narrativa apresentava os contornos do cotidiano do paciente na prisão, das lembranças de sua vida e história na Bahia, das expectativas relativas ao exame de cessação da periculosidade, da liberdade e de sua volta para seu estado.

Em um fragmento, diz:

Um colega de cela pede constantemente que eu escreva para ele. Eu cumpro essa função na prisão. Escrevo para o juiz. Da última vez, ele me pediu que escrevesse. Eu escrevi e ele disse que tinha erros. É como se eu tivesse que

saber tudo. Fiquei chateado e confuso. Ele veio até mim e me mostrou erros de português³.

Pergunto como foi. “Eu peguei um dicionário e rasguei uma página e devolvi para ele”.

No próximo item, trataremos alguns fragmentos do caso de forma interpretativa. Por ora, basta referirmo-nos à fala:

Eu sou inteligente, ordeiro, filósofo, mas não sei de tudo. Ninguém sabe tudo. Durante a minha vida, exigiram muito de mim... desde criança era assim. Depois me formei em filosofia e acho que isso me tornou vulnerável... alguns me admiravam, me achavam um gênio. Hoje sei que não sei tudo, ser filósofo não é saber tudo. Eu também erro.

Nos encontros seguintes, o paciente relata seu cotidiano na prisão, suas expectativas relativas ao processo e à liberdade. Traz recordações de sua história, da infância e da juventude. Lembra-se da fazenda onde cresceu, da capital do estado onde foi estudar, do curso de Filosofia. Sempre solicitava informações sobre sua situação, os contatos com a rede de saúde mental de sua cidade e novidades sobre sua família adotiva. A condução e a direção do tratamento seguiam seu curso, sustentadas na transferência e no aporte do trabalho institucional, tanto em Belo Horizonte quanto em Salvador. Indicava-se, assim, a reinserção do paciente no tempo mais curto possível.

B. foi posto em liberdade no final de 2004. Após três anos e meio de acompanhamento, realizou o exame de cessação de periculosidade, sendo considerado “apto” ao retorno à sociedade. Deixou o presídio onde estava, fizemos nosso último atendimento no PAI-PJ e dirigimo-nos ao centro de Belo Horizonte. Lá, comprou um chinelo, uma calça e uma mochila. Em seguida, embarcou na rodoviária rumo a Salvador.

O PAI-PJ já havia estabelecido uma rede de contatos com a família adotiva do paciente e com profissionais de saúde mental daquela cidade. B. ficou dois meses em um hospital psiquiátrico e, em seguida, foi morar em uma casa alugada, paga com o dinheiro recebido do INSS. Passou a frequentar as oficinas terapêuticas da rede de saúde mental da cidade, restabeleceu o vínculo com sua irmã adotiva e, segundo relato

³ Excertos extraídos das anotações do autor a respeito do caso clínico.

da equipe de saúde mental da cidade, pensava em retomar a faculdade de Comunicação Social.

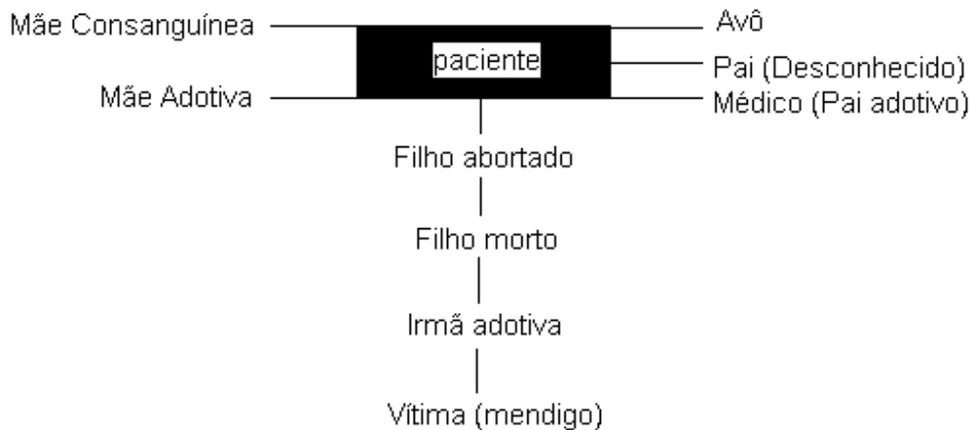
Recordo-me das palavras do paciente quando andávamos pelo centro da capital mineira rumo à rodoviária: “doutor Rodrigo, penso no que aconteceu e me sinto arrependido. Se pudesse voltar atrás, não teria matado. Sei que já paguei pelo que fiz e espero um dia voltar a BH para conhecer a cidade”. Viaja tendo em mãos um livro, os remédios e a própria liberdade.

3.4 Tentativas de interpretação: demonstração e construções em análise

Começaremos por introduzir alguns pontos e eixos clínicos sobre os quais efetuiremos nossa análise. Destacaremos aspectos relativos à história familiar do sujeito, à história do tratamento e, nesta, os núcleos de análise em que buscaremos tornar o caso inteligível sob os fundamentos de nossa demonstração, a saber: as interpretações e as construções em análise.

A história familiar do paciente chega-nos pelo sujeito e por sua família. Foi criado pela mãe consanguínea na propriedade onde ela trabalhava, onde viviam também o avô materno e os proprietários – um médico, sua esposa e uma filha. Da mãe adotiva, o paciente recebeu, segundo suas palavras, o que um homem precisa para sobreviver: alimento e conhecimento. Tinha como exigência ser um sujeito de destaque, já que sempre ouvira que precisaria estudar, conhecer, para sobreviver. Quando da morte de sua mãe adotiva, entra em crise. Mantinha em sua casa, segundo relatos, mais de uma centena de pães guardados no armário.

Depreendemos disso que sua relação com a mãe adotiva, sua perda, foi disparadora do surto. Na falta daquela que o nutria com alimentos e letras, B. perde as condições para sobrevivência, alimento e conhecimento. Perdida aquela que o inscrevera, ainda que imaginariamente, no mundo adulto de desafios e exigências, sofre as consequências violentas da ameaça à sua sobrevivência psíquica.

FIGURA 1 - Localização e interpretação da genealogia identificatória do paciente.

Fonte: Elaboração do autor

A mãe consanguínea de B. era terrível, segundo ele próprio, que indica três aspectos fundamentais da mesma. Primeiro, que ela dizia que ele não devia ter nascido – não o esperava e queria fazer um aborto. Notamos que sua mãe adotiva tivera um filho homem nascido morto. Seu pai adotivo, pouco antes de sua morte, teria desejado que seu sobrenome fosse dado ao paciente, possibilidade prontamente recusada pela mãe.

A irmã adotiva do paciente seria responsável, segundo ele, por sua situação de mendicância e pela falta de abrigo que tanto o perturbara. O presente que acreditava que era o desejo de sua mãe adotiva dar a ele, uma casa, foi negado por ela. Afirma que, depois disso, sua situação se agrava muito. Nesse contexto, sofreria sua primeira internação, levado pela irmã e por seu marido, que era médico como o pai adotivo.

As figuras masculinas na vida do paciente foram seu pai legítimo, o pai adotivo e o avô. O pai consanguíneo nunca foi conhecido, figura que supomos ansiada e, depois, tomada como indesejável, temida e odiada. Segundo B., “devia ter castrado meu pai, cortado seu pênis fora”. Não quis conhecê-lo “nem na morte”. Desconhecido em vida e também na morte, o pai resta como aquele que deveria ser castrado e não foi. Apropriando-se do sobrenome do pai adotivo, “Castro”, obteria, via sobreposição, um nome que lhe outorgaria a chancela filial, ainda que de forma delirante. B. Castro,

aquele que, por imposição filial rejeitada, filia-se imaginariamente ao pai adotivo e opera a castração do pai no real de sua aparição, desapareção, não consentida.

B. foi abandonado, segundo seu relato, por ter nascido branco e não negro. “Nasci sem o nome do pai”. A rejeição desse significante primordial (LACAN, 1988) e a rejeição da representação (representante ideativo) e do afeto (FREUD, 1894/1994) estariam na base da psicose. O paciente em tela revelava não possuir o nome do pai, muito menos suas insígnias, que dão a impossibilidade de obter filiação em certa ordem cultural. Rejeitada a filiação ao pai, restar-lhe-ia a filiação persecutória.

O avô materno era figura importante na vida do paciente, por cujo nome foi reconhecido, já que sua família adotiva o chamava pelo nome do avô. Deste, diz que tinha uma doença no pênis que se espalhou pelo corpo. Assim também se referia ao pai adotivo, médico, e a si, ambos com a mesma doença do avô. Portanto, paciente, avô e pai adotivo figuravam na mesma série identificatória. O avô era amado, mas se torna aquele que lhe transmite a doença, o “bicho no pênis”.

Quanto ao pai adotivo, pesava sobre o mesmo a acusação de que, caso quisesse efetivamente dar-lhe o sobrenome, ninguém poderia impedi-lo. B. dizia também que o médico poderia ter colocado algo em nome do paciente, um bem material, se o considerasse filho. Aqui, operamos na lógica da inversão do afeto, que trabalharemos no capítulo desta dissertação que se refere à paranoia. O pai adotivo fora admirado e desejado: “me punha no colo e sentia muito tesão”. A mãe do paciente recusou-se a aceitar a filiação de seu filho a esse pai. Não quis o sobrenome, “Castro”, para ele. A recusa remeteria, por força do argumento, à própria castração. O paciente não teve o nome do pai biológico e o pai adotivo também não pôde lhe assegurar um nome. Logo, não foi assumido por nenhum dos dois. Destituído do nome, rejeitava a castração que depois queria impor, com as próprias mãos, ao pai consanguíneo. Sem “Castro”, lastro, a filiação deparava-se com a recusa da mãe quanto ao sobrenome, à castração, e com a urgência em destituir, castrar, o pai biológico.

Retomaremos ainda o fato de que a mãe adotiva do paciente tivera um filho homem que nasceu morto. Filho morto da mãe adotiva e filho abortado da mãe de sangue, ambos são lugares importantes na interpretação do caso clínico. O paciente

perguntava-se se estaria vivo ou morto – consideramos que se via como o filho morto ou “abortado” de ambas as mães.

Morta a mãe adotiva, que garantira, durante algum tempo, a sobrevivência de B. através do alimento e do conhecimento, ele depara-se com a impossibilidade de viver sozinho e entra em crise permanente. Sem o que aquela mãe lhe assegurava, o surto psicótico apresenta-se como forma de existir, ainda que “loucamente”.

Outra personagem importante é a vítima do crime. Aqui, apenas indicamos as posições, paciente e vítima, para, na sequência do texto, considerarmos o crime propriamente dito ou a passagem ao ato. A vítima era um mendigo que se encontra com o paciente no local em que há o conflito e o conseqüente desenlace, o homicídio.

Do início dos atendimentos, destacaremos alguns pontos que fixaram nossa atenção. “Fui pego e penetrado. Meu avô ficou impotente depois que nasci. Estou sendo espancado e violentado. Todos me olham e querem algo de mim. É mau olhado”. Há referência a um olhar perseguidor, a um ânus violentado e à doença no pênis, que expunha a pele para fora e que teria acometido o paciente, seu pai adotivo e seu avô. Os três elementos aparecem em ordem delirante: olhar, ânus e pênis são extremamente ameaçadores. B. indica, em sua desconfiança quanto ao analista, o temor de que este possa invadi-lo a ponto de arrancar-lhe olhos, ânus e pênis. Cito:

O apelo a um perseguidor fora-do-eu e fora-do-corpo, a um perseguidor que se supõe ocupar uma posição, um lugar na realidade exterior, é a última manobra que resta ao eu para não o encontrar (o perseguidor) em seu próprio corpo, para se preservar do risco de que seja entre si e seu corpo que estoure um conflito mortífero cujo resultado inevitável seria então a destruição dos dois. (AULAGNIER, 1990, p. 72).

B. sentia-se ameaçado pelos colegas, fazendo menção à violência sofrida na prisão e fora dela. Todos queriam algo dele. Localiza o perseguidor entre os presidiários e também entre os seus - avô e pai adotivo. De maneira geral, atribuía ao objeto olhar caráter persecutório, ameaçador e invasivo, daí o apelo a um perseguidor externo, fora do eu e do corpo, supostamente ocupante de um lugar na realidade exterior como forma de se livrar do perigo, preservando-se do risco de se deparar com um conflito indissolúvel no interior de si mesmo. O resultado, a partir da expulsão, da projeção e do destacamento do objeto, seria a constituição de um objeto persecutório que lhe tiraria tudo o que tinha, arrancando-lhe da posição de sujeito.

Trataremos de três versões apresentadas pelo paciente de sua passagem ao ato. Na primeira, conforme mencionado em outro tópico, ele diz que teve que matar, pois a vítima lhe pedia algo. Em um tempo posterior, afirma que sua mãe adotiva teve um filho que nasceu morto e que sua mãe consanguínea quis abortá-lo. Prossegue dizendo que a irmã adotiva lhe negou uma casa, apesar de sua insistência e sua necessidade. Associa em descarrilo, afirmando que sua mãe era danada, “comia todos os homens”. Diz que vivia em uma confusão e que as mulheres queriam tirar todo o seu saber, tudo que tinha. “Queria matar. Tive que reprimir”. Nesse ponto, faço a seguinte intervenção: “quando pede a casa e sua irmã nega, deve ter sentido muita raiva e desejo de matá-la. Em BH, ao ser abordado pelo mendigo pedindo algo, parece ter ficado furioso e matou. É como se a raiva sentida antes, mas engolida, explodisse, fosse expelida e se dirigisse ao mendigo”. B. permanece sentado após a intervenção, mostrando-se apaziguado. Fala que, quando esteve em São Paulo, teve problemas, mas graças a um sujeito que conheceu e que falava a mesma língua que ele, foi liberado. Complementa dizendo ser muito bom ser entendido, poder comunicar-se.

O paciente considera a negativa de sua irmã adotiva em lhe dar uma casa algo terrível, que o colocou em desespero. Referia-se também à confusão vivida com as mulheres, que queriam tirar todo o seu saber, tudo o que tinha. Antes, fazia referência ao olhar perseguidor, aos que o olhavam e queriam algo dele. Por fim, após a dita interpretação, indica a pertinência da mesma e seu efeito de construção. Cito Freud:

Tal como nossa construção só é eficaz porque recupera um fragmento de experiência perdida, assim também o delírio deve seu poder convincente ao elemento de verdade histórica que ele insere no lugar da realidade objetiva. Desta maneira, uma proposição que originalmente asseverei quanto à histeria também se aplicaria aos delírios, a saber, que aqueles que lhe são sujeitos, estão sofrendo de suas próprias reminiscências. Nunca pretendi através dessa breve fórmula, discutir a complexidade da causação da doença ou excluir o funcionamento de muitos outros fatores. (FREUD, 1937/1975, p. 303-304).

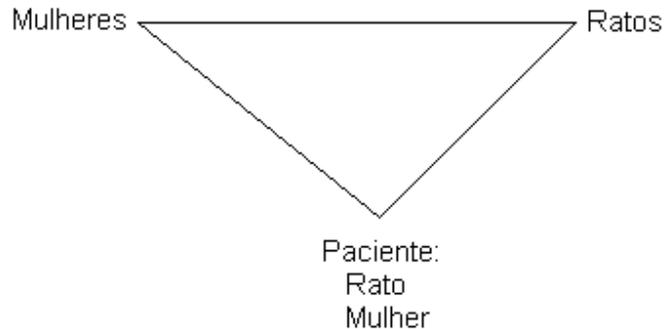
Freud indica a pertinência do campo da psicose ao campo da psicanálise. Mais, aponta analogias possíveis entre o campo da neurose e o da psicose. O reconhecimento de um núcleo de verdade no delírio permitiria um ponto comum sobre o qual o trabalho analítico poderia ser desenvolvido. Esse trabalho consistiria em libertar o “fragmento de verdade histórico de suas deformações e ligações com o dia presente

real, e em conduzi-lo de volta para o ponto do passado a que pertence” (FREUD, 1937/1975, p.303).

Analisaremos agora a série identificatória que marcaria a posição do paciente relativa às suas origens e ao seu nascimento, à história infantil, ao conflito de vida e de morte vivido com respeito à irmã adotiva e à passagem ao ato experienciada em Belo Horizonte. Resta apontar que B. tinha uma relação muito próxima com sua irmã, onde havia lugar para a admiração e, depois, para o conflito. Filho morto da mãe adotiva e filho abortado da mãe biológica, encontrava-se ligado à irmã por uma identificação que resumimos como imaginária. Afinal, era ela que lhe garantia, após a morte da mãe adotiva, um lugar na linhagem a que o paciente supunha pertencer. Era a única que restava da família adotiva e, portanto, seguia como portadora das insígnias familiares a que o paciente herdaria afetivamente, mas nunca efetivamente. Pensamos que o paciente identificou-se à irmã e gozou dessa posição de “mulher de médico”, visto que seu marido também era médico.

Em outra sequência de atendimentos, o paciente traz importantes contribuições para a construção e as tentativas de interpretação do caso clínico. Afirmara que “as mulheres procriam feito ratos”. Posteriormente, diz não saber se é homem ou mulher e que “toda maternidade tem a sua negatividade”. Destaca seu receio em ser internado no hospital psiquiátrico, pois os médicos queriam transformá-lo em mulher, cobaia. Analisaremos, em uma figuração esquemática, as afirmações: 1) “as mulheres procriam feito ratos”; 2) “toda maternidade tem a sua negatividade”. Figuramos assim:

FIGURA 2 - Equivalências simbólicas e proposições do paciente.



1) Eu sou mulher
logo procrio como rato.
Sou rato logo sou mulher

2) Maternidade :castração
Negatividade: não-castrado
falo-pênis-rato

Fonte: elaboração do autor

“As mulheres procriam feito ratos” – em um raciocínio silogístico, o paciente coloca-se como rato (cobaia) e mulher (transformação em mulher). Deduzimos: “sou mulher, logo, procrio como rato. Sou rato, logo, sou mulher”. Os ratos, segundo B., nascem por instinto e para o mundo, sem filiação. Paciente, rato e mulher encontram-se identificados em uma relação imaginária. A emasculação ou desvirilização – ser transformado em mulher, logo, em rato (cobaia) – respondia ao desejo de ser posto na posição de mulher de médico, mãe adotiva e irmã. Ademais, depreende-se daí o fato de que o paciente colocava-se como filho morto, não desejado pelo pai biológico e pela mãe. Aquele que, identificado maciçamente à mãe, seria um rato. Posicionar-se-ia ainda como responsável pela castração do pai consanguíneo, vide suas falas onde se referia à urgência em castrar seu pai biológico. Rejeição da castração e urgência de sua imposição no real do corpo do pai. Seu pai adotivo e seu pai biológico seriam “inclusivos”, levados ao ápice de um sistema persecutório ou crença de idealização. A mãe biológica, devoradora, seria “exclusiva”, levada aos efeitos da erotomania.

“Toda maternidade tem a sua negatividade” - nesse ponto, indicamos a maternidade como prova da existência da castração. Sua negatividade, não castração, estabeleceria as bases da equivalência simbólica falo-pênis-rato-mulher-paciente (pai idealizado e destituído). Com efeito, a maternidade implica não ter o falo, operando sob

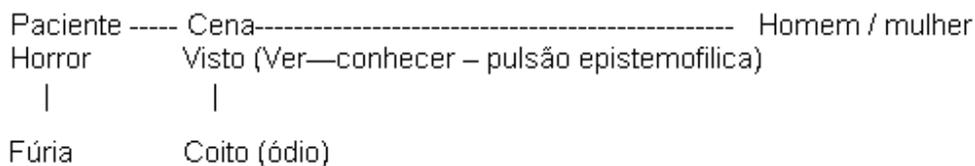
o efeito da castração. Sua negatividade restituiria o falo sob a equivalência entre pênis-rato-paciente-mulher-homem (não castração).

No último bloco de fragmentos clínicos, consideramos a aparição da cena primária no tratamento, a versão final do paciente sobre a passagem ao ato e o reposicionamento subjetivo de B. com relação à cena primária e a seus pais biológicos. Tentaremos apresentar brevemente as considerações finais sobre a causa precipitadora da doença e as possíveis causas ativadoras da paranoia.

O paciente fala da linguagem e dos afetos do nascimento e do ato sexual. Afirma que toda relação sexual só é possível na violência e no ódio. Diz, em um assomo de fúria, que nasceu da violência e que é fruto do ódio. Relata que a família adotiva o aconselhou a lutar com as armas que lhe deram: comida e conhecimento. “Tinha fome de saber. Acabei lutando contra minha própria família. Contra mim mesmo”. Nesse ponto, o conflito indissolúvel com a família torna-se uma luta contra si.

B. fala que, quando era criança, adolescente, presenciou uma cena de ato sexual. Diz ter sido tomado por um horror e, durante o relato, apresenta feições de ódio. Figuramos assim:

FIGURA 3 - Cena ocorrida na puberdade do paciente.



Fonte: elaboração do autor

Pergunto ao paciente como se sentiu e o que fez após a cena. Ele abre um sorriso e diz que entrou nela, que pôde participar e se sentiu incluído. Sob a transferência e a garantia das palavras, experimenta uma nova criação. Agora, diz da correção e da honestidade da mãe e acrescenta que seu pai biológico deve ter sido um homem bom, “era pescador e trabalhava muito” – tinha ouvido falar e agora sentia que era verdade. Conclui dizendo que seus pais tiveram uma relação e ele nasceu: “fui feito fruto do amor e do desejo”.

Nesse fragmento, temos a figuração da cena primária a partir de três eixos. No primeiro, a cena da primeira infância funda-se no ódio e na violência que a inscrevem na geração e no conflito. No segundo, o paciente fala da cena vivida na transição entre a infância e a adolescência, em que se sente excluído e tomado de horror. Finalmente, no terceiro eixo, em tratamento e sob transferência, ele afirma, com alegria, ter entrado na cena para fazer parte.

No esquema acima, verificamos a cena narrada pelo paciente, que se sente excluído e furioso. Importante notar a figuração de uma lembrança que encobre outra cena, mais remota e que, não sendo vista, talvez fosse sabida, fazendo com que o essencial seja o que é sabido, mas não visto. A cena originária, rememorada parcialmente ou reconstruída em seu conjunto, seria esse essencial cuja imutabilidade é explicada dessa forma. Conteúdo latente sob a cobertura do sonho/lembrança-encobridora, ela estaria garantida na permanência imutável que designa o inconsciente e mesmo sua parte mais profunda (LE GUEN, 1991).

Portanto, a cena primária vista na passagem da infância para a adolescência de B., nosso segundo eixo de análise, seria, em tese, lembrança encobridora da cena originária da primeira infância, primeiro eixo. Na idade adulta e sob tratamento, o paciente narra a cena, atualizando-a na transferência enquanto verdade histórica, configurando-se um terceiro eixo. Em síntese: cena originária 1 – infância; vivido não visto e não pensado, mas sabido; violência; ódio; apoio. Cena 2 – transição da infância para a adolescência; horror; visto e conhecido; *a posteriori* da cena 1. Cena 3 – idade adulta; tratamento e transferência; *a posteriori* da cena 2, cujo apoio se encontra nas cenas 1 e 2. Há, portanto, uma relação dialética entre os três tempos da cena primária, que apoia a lembrança que a torna realidade psíquica, sendo criada na transferência enquanto verdade histórica. No capítulo sobre a cena primária, exploraremos melhor a importância da mesma e seus desdobramentos clínicos e conceituais.

A mãe consanguínea do paciente, antes vista como “devoradora”, desonesta e “impossível”, agora aparece possível, correta e honesta. Seu pai, tido como aquele que B. não se quis conhecer nem na morte, surge, depois da aparição da cena primária no tratamento, como um homem que trabalhava muito. Conclui que nascera dessa relação, feito de amor e desejo.

Sobre a passagem ao ato do paciente, é importante considerar as três versões apresentadas pelo sujeito. Na primeira, diz que teve que matar. Aqui, apenas o imperativo figuraria como urgência e condição. Na segunda, afirma que a vítima pedira algo, dinheiro e drogas. Terminou matando em Belo Horizonte. Finalmente, apresenta a versão final sobre o ato: sente arrependimento e declara que, se pudesse, voltaria atrás e não mataria. Sabia que havia pagado pelo que fez e desejava voltar à cidade para conhecê-la de maneira tranquila.

As versões do sujeito sobre o crime ou passagem ao ato apresentam os motivos e mesmo as condições psíquicas quando do ocorrido. A imposição ou imperativo para matar surge como aspecto do qual o sujeito não consegue se livrar. Posteriormente, apresenta a situação em que é confrontado com um pedido e logo convocado à ação. Aqui também não conseguia se desvencilhar do emaranhado em que se encontrava. Estava confuso e desorganizado. Na versão final sobre o ato, falava sobre poder voltar a antes do acontecimento e agir de outra forma. Apresentaremos, posteriormente, considerações sobre a passagem ao ato no campo da psicose.

Podemos agora oferecer nossas tentativas de interpretação sobre o caso, especificamente sobre a causa desencadeadora do surto e as causas ativadoras da doença. A causa precipitadora da crise psicótica do paciente teria sido a morte de sua mãe adotiva. Perdera o que acreditava precisar para a sobrevivência: alimento e conhecimento. Diante do inexorável da morte, B. entra em crise e em conflito permanente com sua família, com o mundo e consigo mesmo.

As causas ativadoras da doença do paciente são também encontradas na história das ideias psicanalíticas. A rejeição da percepção da realidade da castração surgiria em primeiro plano, como mecanismo e também condição estrutural. O paciente operaria com a lógica da rejeição ou forclusão da castração, “de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então nesse nível. Eis o mecanismo que suponho na base da paranoia” (LACAN, 1988, p. 174). Essa condição estaria na base, na estrutura do quadro psicopatológico. Com efeito, seria causa em potência ou geradora de todo desdobramento ulterior, mecanismo e estrutura que receberão tratamento conceitual noutra tópico desta dissertação.

Restar-nos-ia considerar ainda como causa em potência a determinação da cena primária na paranoia. No caso clínico, essa causalidade é referida como tendo valor incontestável. Verificamos sua extensão e relação com o quadro do paciente. O impacto da cena é recebido somente como conflito e destruição, não acompanhado de um pacto simbólico. É reproduzido e transposto segundo um modelo parental em que há, na constituição do sujeito, apenas violência destrutiva, aspecto que também abordaremos adiante.

Por fim, salientamos a causa ativadora da doença em seu conjunto teórico, histórico e clínico. O paciente submetera-se a um conflito cuja natureza não seria outra que não a de um complexo pulsional homossexual. Do ponto de vista clínico, encontramos o conflito insolúvel vivido pelo paciente quando de suas experiências sexuais na adolescência e início da juventude, confrontado com vivências homossexuais cujo caráter conflitivo restaria insuportável e intransponível. A inclinação filial e sexual ao pai adotivo, sua tendência afetiva pelo médico, marido de sua irmã, e experiências homossexuais concretas vividas na juventude teriam grande importância na ativação da doença, dadas as condições do conflito ou da luta travada pelo paciente contra a fantasia de desejo homossexual (FREUD, 1911/1969).

As causas ativadoras da doença seriam as de uma potência ou potencialidade psicótica, aqui em sentido aproximado ao considerado por Piera Aulagnier: “o conceito de potencialidade engloba os possíveis do funcionamento do eu e de suas posições identificatórias, uma vez terminada a infância” (AULAGNIER, 1989, p.228). A rejeição do significante do Nome-do-Pai e da percepção da realidade da castração, bem como as condições estruturais da cena primária, seriam determinantes na causação da paranoia. Já a causa ativadora da doença na juventude seria um conflito incontornável de natureza homossexual. A luta contra tal tendência, “fantasia de desejo”, seria importante na consideração das causas responsáveis pela eclosão da doença do paciente, particularmente, e da paranoia, de maneira geral.

4 PARANOIA

Agora trataremos da paranoia a partir dos textos freudianos e de outros autores como Lacan, Piera Aulagnier e Guy Rosolato. Interessa-nos estabelecer, desde Freud, o mecanismo estrutural da paranoia em consonância com a especificidade de sua defesa, a *verwerfung*, bem como com respeito ao seu conflito e sua solução tratados no caso Schreber. Abordaremos ainda outros pontos importantes com respeito à passagem ao ato, o ódio e a autopunição.

Começaremos abordando a psicopatologia e os contornos de uma nosografia psicanalítica e psiquiátrica.

4.1 Psicopatologia, psicanálise, psicose

A psicopatologia pode ser definida como o conjunto de conhecimentos referentes ao adoecimento mental do ser humano. É um ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental – suas causas, as mudanças estruturais e funcionais associadas a ela e suas formas de manifestação (CAMPBELL, 1986). Tem raízes na tradição médica – na obra dos grandes clínicos e alienistas do passado, que buscaram a observação prolongada de um grande contingente de doentes mentais – e na tradição humanística (filosofia, literatura, artes, psicanálise), que viu no *pathos* do sofrimento mental extremo uma possibilidade rica de reconhecimento de dimensões humanas que, sem o fenômeno doença mental, permaneceriam desconhecidas (DALGALARRONDO, 2008).

O objeto de estudo da psicopatologia é o homem em sua totalidade. O tema da psicopatologia é o homem todo em sua enfermidade (JASPERS, 1913/1979). Como ciência, exige um pensamento rigorosamente conceptual, sistemático e que possa ser comunicado de modo inequívoco. Assim, é tida como abordagem possível do homem mentalmente doente.

Podemos remontar as origens do pensamento psicopatológico à grande revolução feita no campo do conhecimento no final do século XVIII e no século XIX. Ao afirmar que não podemos conhecer a essência das coisas, a “coisa em si”, o *numenon*, mas somente a maneira como elas aparecem, os fenômenos, o filósofo Kant tornou

possível a criação da ciência, do saber liberado de fundamentos metafísicos e apartado da filosofia, emergindo daí as várias ciências, dentre elas a psiquiatria, como ramo da medicina, e a psicologia.

A loucura passa a ser observada e descrita, o que serviria para diferenciações diagnósticas, base da criação da sistematização que privilegiam regularidades e repetições de sintomas, com classificações e nomeações a partir delas. O diagnóstico, portanto, estaria mais associado à acurada observação dos sintomas do que à etiologia de determinada entidade nosológica. Em psicopatologia e psiquiatria, trabalha-se muito mais com síndromes do que com doenças, embora muito esforço tenha sido empreendido no sentido de identificar entidades nosológicas precisas (DALGALARRONDO, 2008). Nos últimos duzentos anos, desde o século XIX, diversos autores empreenderam esforços no sentido de estabelecer quadros nosológicos determinados a partir da busca de fatores específicos.

Nesse esforço, destacamos a obra de Emil Kraepelin. O psiquiatra alemão organizou um primeiro sistema classificatório utilizado mundialmente, no qual ganhariam autonomia nosológica os quadros mais importantes da clínica psiquiátrica. A classificação de Kraepelin reunia diversos quadros antes dispersos e pouco precisos. Foi ele quem classificou a demência precoce, depois denominada pelo psiquiatra Eugen Bleuler de esquizofrenia. Fez o mesmo reunindo os quadros de mania e melancolia sob a denominação de psicose maníaco-depressiva, hoje transtorno bipolar. Também abordou e classificou a paranoia, hoje conhecida nos manuais classificatórios como transtorno delirante persistente.

Após a síntese nosológica efetuada por Kraepelin, surge no início do século XXo importante trabalho de sistematização no campo da psicopatologia realizado pelo filósofo e psiquiatra alemão Karl Jaspers. Tanto Kraepelin quanto Jaspers foram cautelosos quanto à questão da etiologia. Distinguiram os casos cuja causa orgânica era estabelecida e conhecida daqueles em que a causa era apenas postulada, ou seja, ainda por conhecer. O trabalho desses autores foi feito a partir da observação clínica: caracterização sistemática dos sintomas, agrupamento de sintomas típicos de certos quadros e sua evolução, interesse sobre a doença e o doente.

Nas atuais classificações psiquiátricas, temos o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (1994) que vigora nos Estados Unidos, enquanto, na Europa, utiliza-se a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Nesses dois grandes manuais de doenças mentais, a abordagem descritiva e a diversidade de doenças, subtipos, etc., indica a complexidade do campo da psicopatologia e da saúde mental, bem como a inclinação por certa feição classificatória baseada primordialmente em sinais e sintomas, semiologia dos quadros clínicos.

Durante décadas, do início do século XX aos anos sessenta, setenta e oitenta do século passado, a psicopatologia e a psiquiatria foram influenciadas, fecundadas, pelo saber advindo, por exemplo, do campo da psicanálise e da filosofia (fenomenologia). Tal fecundação inicia-se com as obras de Freud, Jung, Bleuler, Jaspers e outros, em que a doença mental era considerada um conjunto mais amplo, onde a personalidade, a história e a biografia dos doentes teria importância capital na abordagem, no diagnóstico e no tratamento dos casos. Diríamos que, nesse contexto das obras psicopatológicas, havia um sujeito, uma história, uma biografia, um lugar para a abordagem do doente mental, e não somente da doença. Nesta fecundação psicopatologia pela psicanálise e pela fenomenologia, havia uma abordagem humanística, subjetiva, relacionada a movimentos internos do doente, desejos, temores, etc., em estreita relação com o desenvolvimento da personalidade e o sofrimento mental.

A partir da década de sessenta do século passado, diversas transformações aceleraram-se no campo das neurociências, da farmacologia, da tecnologia, etc. As ciências do homem, humanas, a filosofia, a psicanálise sofreriam críticas, ataques e desconstruções que visariam seus fundamentos, seu alcance, sua aplicabilidade ou eficácia, seu estatuto científico. Houve um abandono

[...] definitivo da terminologia psicanalítica, psicodinâmica ou fenomenológica – que humanizara a psiquiatria durante cerca de 60 anos dotando-a de uma filosofia do sujeito – para substituí-la por critérios comportamentais dos quais estava excluída qualquer referência à subjetividade. (ROUDINESCO, 2008, 187).

O objetivo era demonstrar que o distúrbio da alma derivava exclusivamente da psicofarmacologia e podia ser reduzido a uma desordem, a uma dissociação, isto é, a algo parecido com uma “pane de motor”.

Uma abordagem adequada da doença mental e do doente deveria considerar um enfoque descritivo, psiquiátrico que reúne, agrupa e classifica os sintomas, mas também um enfoque dinâmico, subjetivo e biográfico do doente. Não somente a doença, seus sintomas e suas manifestações mórbidas, mas o sujeito, a doença mental como pathos, sofrimento, paixão e passividade. Um sofrimento que, ao ser narrado ao interlocutor, em certas condições, pode ser transformado. Portanto, uma psicopatologia em que haja sujeito, subjetividade, sofrimento e não destituição, apagamento da história e eliminação subjetiva.

A psicanálise oferece fundamentos sólidos, conceitos e um método apropriado para a abordagem da doença mental e do doente. Assim, torna-se importante passarmos em revista os quadros psicopatológicos freudianos, seus desenvolvimentos e variações.

Desde os primeiros textos de Freud (1894/1994), observamos a preocupação em reunir os quadros psicopatológicos em descrições clínicas e teóricas possíveis, em uma verdadeira nosografia psicanalítica. Surge a noção de defesa patológica, mecanismos psicológicos, psicopatológicos e estruturantes dos diversos quadros clínicos e mentais, reunidos sob a rubrica de “neuroses de defesa” (psiconeuroses de defesa). No texto freudiano, aparecem a histeria de conversão, a neurose obsessiva e as fobias, a psicose ou confusão alucinatória. Dessa última, Freud falada radicalidade da defesa, em que o eu rejeita a representação incompatível e seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido. Ainda nessa primeira classificação freudiana, estabelecem-se as distinções entre as psiconeuroses de defesa e as chamadas neuroses atuais – neurastenia e neurose de angústia –, cuja natureza do conflito é presente ou atual e o mecanismo de formação do sintoma é somático.

Em 1915, segundo levantamento de Laplanche e Pontalis (1992), Freud apresenta o seguinte quadro nosográfico: neuroses atuais (neurose de angústia, neurastenia e hipocondria); psiconeuroses de transferência (neurose obsessiva, histeria de angústia/fobia, histeria de conversão); psiconeuroses narcísicas (psicoses

funcionais). Em 1924 (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992), Freud mantém a divisão entre as neuroses atuais e as neuroses de transferência. Reserva ao grupo das chamadas neuroses narcísicas o quadro então reconhecido como psicose maníaco-depressiva, delimitando dentro da categoria de psicoses a esquizofrenia e a paranoia. Depreender-se-ia deste cenário que a última grande descrição e classificação freudiana estabeleceria o grupo das neuroses de transferência (as clássicas), das neuroses narcísicas (melancolia) e o grupo das psicoses (FREUD, 1924/1976, p. 192). Talvez pudéssemos ainda atribuir à categoria da perversão a outra entidade nosológica freudiana por excelência. Logo, em Freud existe o grupo das neuroses de transferência, das neuroses atuais, das neuroses narcísicas (psicose maníaco-depressiva) e das psicoses (CROMBERG, 2000, p. 29). Obviamente, também existiria a perversão enquanto entidade ou estrutura clínica freudiana.

Sem pretender mais do que um esforço elucidativo, apenas indicamos contornos presentes na nosografia e na psicopatologia psicanalítica de Freud. Firmamos um horizonte freudiano, sem deixar de lado, por exemplo, as estruturas clínicas lacanianas: psicose, neurose e perversão, cujo discernimento seria a marca de suas diferenças estruturais. Reservamo-nos, contudo, o direito de nos atermos tão somente à nosografia freudiana e à distinção estrutural laciana. Explicitamos ainda nossa dificuldade em lidar com categorias outras como esquizoidias, borderlines, personalidades narcísicas, etc. Entrementes, reconhecemos seu valor clínico e conceitual e apontamos certa organização psicopatológica que atravessa as classificações ou catalogações psiquiátricas desde sempre.

Assim, há uma distinção primeira a ser estabelecida: entre os quadros psiquiátricos que derivam de um substrato orgânico claramente estabelecido e de outros quadros em que esse substrato não se encontra definido. Os quadros constantes de uma causalidade orgânica definida encontram-se no CID-10 como quadros orgânicos, essencialmente as demências e os *delirium*. Os demais constituem a maioria dos quadros psiquiátricos descritos: a psicose (funcional), sofrimento mental severo e persistente que engloba esquizofrenia (com seus subtipos), paranoia (transtorno delirante persistente) e transtornos graves de humor; a neurose, quadros menos severos que os do grupo das psicoses. Ainda que com variações e diferenças, notamos

que a psicopatologia psiquiátrica, os manuais estatísticos e classificatórios apresentam certa coerência e unidade quando confrontados com as principais divisões dos quadros psicopatológicos. Assim separam-se os quadros psicóticos orgânicos dos funcionais ou não orgânicos (determinados), distingue-se o diagnóstico de psicose do diagnóstico de neurose, e no interior do grande grupo das psicoses, distinguir-se-ia o grupo das esquizofrenias daquele dos transtornos de humor graves e também da paranoia.

No grande grupo das esquizofrenias, localizar-se-iam subtipos: esquizofrenia de forma hebefrênica, de forma catatônica, simples e de forma paranoide (DALGALARRONDO, 2008). Para nosso propósito, utilizaremos a forma da esquizofrenia paranoide e aproximaremos a mesma do quadro de paranoia (transtorno delirante). Tal aproximação é mostrada por Freud e tomada como evidência, ainda que obstáculos teóricos e clínicos indiquem as limitações de tal procedimento. Ainda que sejam quadros psicopatológicos distintos, esquizofrenia e paranoia, tais entidades encontram-se misturadas tanto no plano semiológico quanto estrutural. Haveria grande dificuldade, indicada por Freud, de separação nítida entre essas duas entidades, visto que seus elementos se misturam, sendo encontrados, em maior ou menor quantidade, tanto em uma quanto em outra entidade mórbida (FREUD, 1911/1969). No entanto, trataremos da questão buscando a afirmação de uma entidade ou quadro psicopatológico e psicanalítico cuja definição como paranoia é mais do que exercício didático: é, antes, condição de toda problematização ulterior.

No caso clínico narrado e construído por nós, ressalta-se que o paciente tinha o diagnóstico de psicose com alucinações auditivo-verbais, ideação delirante paranoide e passagem ao ato heteroagressiva com homicídio realizado. Trata-se de um quadro de esquizofrenia paranoide, F20, segundo o CID 10, e paranoia segundo a psicanálise. Definimos aqui a necessidade de se trabalhar a categoria da paranoia como eminentemente psicanalítica, não nos esquecendo das dificuldades apontadas na separação entre essas duas entidades, esquizofrenia paranoide e paranóia.

Estabelecem-se a importância do estudo do sofrimento mental e sua relevância para a definição de quadros psicopatológicos, agrupamentos semiológicos, classificação, epidemiologia, buscando-se o conhecimento, a prevenção e o tratamento. A realização de um diagnóstico psicopatológico comporta a dimensão do sujeito que se

localiza no quadro clínico. Incide sobre a terapêutica e indica os contornos das intervenções psicoterapêuticas e medicamentosas. Além disso, permite o estabelecimento do caso, a partir da escuta da história do paciente, de sua dimensão também biográfica.

4.2 Mecanismo e estrutura da paranoia em Freud

A paranoia, na nosografia psiquiátrica clássica, aparece descrita por Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) enquanto forma de insanidade parcial que, ao longo do curso da doença, afetaria o intelecto. O termo ficou restrito a uma doença delirante persistente que permanecia imutável ao longo de seu curso, designando delírios primários, crônicos e sistematizados. Emil Kraepelin (1915), o grande sistematizador da nosografia psiquiátrica, afirmava a existência de três tipos de transtornos paranoides: paranoia (doença crônica, rara e insidiosa, caracterizada por um sistema delirante fixo, ausência de alucinações e falta de deterioração da personalidade, com delírios persecutórios, de ciúme, grandiosos, hipocondríacos); parafrenia (alucinações auditivas, mas sem deterioração mental ou demência); demências paranoides (semelhantes à paranoia, com início mais precoce, apresentando deterioração em seu curso) (CROMBERG, 2000).

Ernst Kretschmer estabeleceu uma correlação entre paranoia e personalidade. O termo “paranoide” passa a representar julgamento clínico de uma conduta diagnóstica e psicopatológica. Os delírios não seriam patognomônicos e apareceriam em outros transtornos médicos e psiquiátricos. Com efeito, as semelhanças entre a paranoia e a demência paranoide – esquizofrenia paranoide para Bleuler – guardariam seu interesse, por força até do estatuto significativo do caso do presidente Schreber (FREUD, 1911/1969), tomado como um caso de paranoia, “*dementia paranoides*”. Além das semelhanças entre a esquizofrenia paranoide e a paranoia, haveria um núcleo irreduzível das psicoses, marcado por seu mecanismo e sua estrutura, mas também uma marca diferencial que nos permite pensar a paranoia como categoria psicopatológica psicanalítica definida por seu modo de defesa (FREUD, 1895/1990) e também por sua estrutura pulsional e gramatical (FREUD, 1911/1969).

Em um primeiro período da obra de Freud, faremos um breve percurso pelos manuscritos/rascunhos “H” (1895) e “K” (1896/1990), bem como pelos artigos “As neuropsicoses de defesa” (1894/1994) e “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa” (1896/1994).

No “Rascunho H”, Freud inicia situando, conforme visão da psiquiatria, as ideias delirantes ao lado das obsessivas, como distúrbios intelectuais. Dá um passo e deriva as obsessões de uma perturbação afetiva gerada pela força de um conflito, estendendo o raciocínio aos delírios e considerando-os como consequência de distúrbios afetivos, com sua força estando radicada em um processo psicológico.

A paranoia, em sua forma clássica, “é um modo patológico de defesa, tal como a histeria, a neurose obsessiva e a confusão alucinatória” (FREUD, 1994, p. 291). As pessoas adoeceriam diante do que não conseguem tolerar, desde que tenham a predisposição psíquica característica. Tal condição peculiar Freud busca na especificidade da defesa paranoica. Em um caso narrado por ele, uma jovem vive umacena em que um rapaz se excita, tocando-a e indo embora em seguida. A jovem, anos depois, adocece, apresentando delírios inequívocos de estar sendo observada e perseguida, achando que os vizinhos tinham pena dela por te sido abandonada pelo rapaz e por ainda esperar seu regresso, fazendo insinuações e toda espécie de críticas. A paciente recusava-se a falar sobre o episódio e ainda ficava muito aborrecida quando solicitada a isso. Do exemplo, Freud constata que a paciente poupava-se de algo que fora recalcado. Provavelmente, ficara excitada com o que viu e com a lembrança do fato, evitando ver-se como “mulher depravada”. Daí em diante, passou a ouvir essa mesma censura, agora vinda de fora. O tema permanecia inalterado, mudando apenas a localização da coisa. O julgamento a respeito da paciente fora transposto para fora e mantido afastado do ego: as pessoas diziam aquilo que, de outro modo, ela diria a si. Portanto, o “propósito da paranoia é rechaçar uma idéia que é incompatível com o ego, projetando seu conteúdo no mundo externo” (FREUD, 1895/1994, p. 294).

A transposição psíquica operada na paranoia é explicada pelo abuso de um mecanismo muito utilizado na vida normal: a projeção. Quando há modificação interna, supomos a existência de causa interna ou externa. Os estados internos revelam-se aos demais, e achamos, por vezes, que estamos sendo observados, mecanismo da

projeção normal, já que permanecemos conscientes de nossa própria mudança. Se há prevalência e condução ao exterior, temos então a paranoia, com a supervalorização do que as pessoas sabem a nosso respeito e do que nos fizeram. Trata-se de um abuso do mecanismo de projeção para fins de defesa (FREUD, 1895/1994).

No mesmo texto (1895/1994), Freud traz os exemplos do alcoólatra que não aceita sua condição e atribui à mulher a culpa, tendo delírios de ciúme, ou do hipocondríaco que não admite que seus sintomas têm origem em sua vida sexual, causando-lhe satisfação que seu mal não seja endógeno e sim exógeno, podendo assim construir o delírio de estar sendo envenenado. Traz também casos onde a megalomania assume sua importância, mantendo afastada do ego a ideia penosa através de uma “compensação delirante”. Em todos os casos, a ideia delirante é sustentada com a mesma energia com que outra ideia intoleravelmente penosa é rechaçada do ego. Assim, “essas pessoas amam seus delírios como amam a si mesmas. É esse o segredo” (FREUD, 1895/1994, p.296). Os investimentos permanentes que formam o ego são utilizados de maneira maciça para a manutenção na consciência da ideia delirante, até que ela acabe por se substituir ao próprio ego.

Por fim, Freud (1895/1994) diz que o conteúdo e o afeto da ideia incompatível são mantidos na paranoia, sendo projetados no mundo externo. Na confusão alucinatória, outra forma de psicose nessa época para o autor, afeto e conteúdo da ideia incompatível são mantidos afastados do ego, havendo um desligamento parcial do mundo externo, restando o recurso às alucinações.

No “Rascunho K”, Freud insinua que a experiência primária na paranoia, assim como na neurose obsessiva, é de natureza sexual. Não há formação da autocensura e muito menos defesa contra ela, e o desprazer gerado é atribuído a pessoas que se relacionam com o paciente, segundo a fórmula da projeção (FREUD, 1896/1994). O sintoma primário de defesa é a desconfiança, recusa a crer na autocensura (autoacusação/autopunição). O retorno das ideias contra as quais o paranoico se defende dá-se pelo retorno do afeto aflitivo ou pela lembrança, quando o conteúdo reaparece como pensamento que ocorre como alucinação visual ou sensorial. As lembranças que retornam sofrem distorção e são substituídas por imagens análogas, extraídas do momento presente. As vozes remetem à autocensura, como sintomas de

compromisso, distorcidas e transformadas em ameaças, agora relacionadas à desconfiança, isto é, ao sintoma primário de defesa, e não à experiência primária de natureza sexual. A crença separou-se da autocensura, assumindo o controle dos sintomas de compromisso. O ego não considera tais sintomas estranhos a ele, sentindo-se impelido a explicá-los a partir dos delírios assimilatórios, interpretados como o início de uma modificação do ego, “expressão do fato de ter sido ele subjugado” (FREUD, 1896/1994, p. 316).

Em “Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa”, Freud (1896/1994) dá um fechamento a esse primeiro período de investigação sobre a paranoia. Na análise de um caso de paranoia crônica, afirma ser esta uma psicose de defesa, proveniente do recalçamento de lembranças aflitivas, sendo seus sintomas determinados pelo conteúdo do que foi recalçado. No caso relatado, a paciente começa a apresentar mudanças em relação a familiares, vizinhos e conhecidos, tornando-se comunicativa e desconfiada, com queixas relativas à falta de consideração das pessoas. Surgem alucinações e delírios e aparecem indícios de experiências sexuais infantis com um irmão. Os pensamentos que emergiam do inconsciente eram, em grande parte, ouvidos interiormente pela paciente ou alucinados por ela, do mesmo modo que suas vozes. A mulher relata lembranças de cenas infantis em que estava nua, sentindo-se envergonhada, e uma na qual se despia no quarto das crianças, sem qualquer vergonha, diante do irmão. O delírio de ser vista e observada enquanto ia para a cama era um fragmento inalterado da antiga lembrança que envolvia uma autocensura ou autoacusação, e ela assim suprimia a vergonha que deixara de sentir quando criança. Não havia a crença na autocensura, que se dirigiria ao exterior, por projeção, constituindo-se em um primeiro grupo de sintomas de defesa, delírio de desconfiança, e em acusação vinda de fora.

Não reconhecendo a autoacusação, estaria o sujeito comprometendo a formação do superego? Estando privado da proteção contra as autoacusações que retornariam em suas representações delirantes, acusações feitas por um semelhante e retornando no real de sua vividez alucinatória, o superego do paranoico seria comprometido, operando de forma diferente, ou mesmo inexistente. A questão do objeto voz e do olhar merecem, então, destaque como constitutivos do superego na neurose, formado à

semelhança do superego parental. Voz e olhar retornam na paranoia como objetos persecutórios localizados no Outro consistente e gozador, que invade o sujeito com suas recriminações, acusações e todo tipo de imposição.

No referido texto (FREUD, 1896/1994), portanto, encontraríamos uma tipologia dos sintomas. Teríamos um primeiro grupo, primário de defesa, em que a autoacusações é recalcada por um processo que se pode descrever como projeção. Nele, tem-se o esquema autoacusações ↔ projeção ↔ delírio. O sintoma de defesa é chamado de delírio de desconfiança. Outro grupo descrito no caso de Freud são sintomas do retorno do recalcado (daquilo do qual se defende): a representação delirante de estar sendo observada ao se despir, as alucinações visuais, de sensação e a audição de vozes (alucinação audioverbal). Característica marcante da paranoia é que as autoacusações “recalcadas” retornam sob a forma de pensamentos ditos em voz alta. Nesse grupo de sintomas, as alucinações e delírios, retorno do recalcado, são sintomas secundários de defesa. Na paranoia, a defesa fracassa por completo e a autoacusações original, o termo real do insulto de que o sujeito tentava se poupar, retorna inalterada desde fora. O terceiro grupo de sintomas é formado por delírios interpretativos, que terminam com uma alteração do ego, uma formação delirante combinatória (delírios assimilatórios). As representações delirantes fazem exigências à atividade do pensamento do ego, até que possam ser aceitas sem contradição. A alteração do ego é exigida pelo retorno do recalcado, bem como uma formação delirante combinatória, assimilatória e interpretativa, que molda o ego, alterando-o e subjugando-o. O delírio interpreta a alucinação, essa é a tradicional fórmula.

No texto “neuropsicoses de defesa”, Freud (1894/1994) estabelece uma defesa muito mais poderosa e bem sucedida. “Nela, o eu rejeita a representação incompatível juntamente com seu afeto e se comporta como se a representação jamais lhe tivesse ocorrido” (FREUD, 1894/1994, p. 64). Neste ponto, a referência freudiana é a psicose na forma de uma confusão alucinatória. No entanto, torna-se importante afirmar a existência, no campo da psicose, de uma forma de defesa muito mais radical e violenta, que incidiria tanto sobre a representação incompatível quanto sobre seu afeto correspondente, rejeitando a inscrição dessa representação, como se a mesma nunca houvesse existido. O mecanismo patológico de defesa seria a rejeição da representação

incompatível e de seu afeto, do representante-representação da pulsão, a ideia, e também do representante afetivo.

Podemos depreender dos textos acima referidos a posição freudiana com respeito ao mecanismo de formação dos sintomas na paranoia e com relação à defesa patológica. Ademais, os textos revelam um lugar especial para o mecanismo da projeção na formação dos sintomas paranoicos e a evidência de um tipo de defesa poderosa e radical que incidiria sobre a representação e sobre seu afeto.

Caberia perguntar sobre as relações existentes entre a autoacusaçãõ investigada por Freud na paranoia e a paranoia de autopuniçãõ (LACAN, 1932/2011). Nesta, a passagem ao ato enquanto saída possível para o desfecho psicótico e paranoico merece destaque ulterior. Examinaremos esse ponto quando tratarmos das contribuições à paranoia depois de Freud e da questão da passagem ao ato na psicose e, em especial, na paranoia em nosso caso clínico.

Dedicaremos agora algum esforço para abordarmos e investigarmos o famoso caso freudiano do presidente Schreber. Faremos um percurso pelo texto de Freud, destacando os pontos principais do referido caso, noções e conceitos, bem como o conflito e a estrutura presentes na formação dos delírios do paranoico.

O caso Schreber aparece para Freud na esteira das discussões sobre o narcisismo e o papel da defesa na constituição da psicose e da paranoia. Um dos casos mais importantes e comentados da psicanálise, juntamente com o caso do 'Homem dos Lobos', ele foi discutido a partir da publicação de suas "Memórias de um doente dos nervos" (SCHREBER, 1903/1995).

Daniel Paul Schreber nasceu em 1842, na Alemanha. Em 1861, morre seu pai, eminente médico, inventor da ginástica terapêutica, que pregava a cultura física com vistas à elevação dos padrões de saúde. Evidências indicariam seu caráter autoritário, intransigente e dominador. Em 1878, Schreber casa-se e, em 1884, sofre sua primeira internação, tendo alta em 1885. Em 1886, toma posse como juiz e, em outubro de 1893, como juiz presidente do tribunal de apelação. Em novembro do mesmo ano, sofre sua segunda internação, que vai de 1893 a 1900/1902 (apelação judicial). É em 1902 que escreve suas memórias e impetra decisão judicial para ter alta. Em 1903, publica

suas memórias. Em 1907, sua mãe morre e a esposa tem uma crise de paralisia. Cai enfermo, sofrendo nova internação. Morre em 1911, em um asilo.

Após o restabelecimento da primeira doença, Schreber passa alguns anos com sua esposa, “anos em geral de grande felicidade, ricos de honrarias exteriores e nublados apenas, de vez em quando, pela continua frustração da esperança de sermos abençoados com filhos” (SCHREBER *apud* FREUD 1911/1969, p.28). No ano de 1893, no intervalo entre a indicação para presidir o tribunal de apelação e a assunção do cargo, sonhou que o antigo distúrbio havia voltado. Certa feita, entre o estado de sono e a vigília, ocorreu-lhe a ideia de que “afinal de contas, deve ser realmente muito bom ser mulher e se submeter ao ato da cópula” (SCHREBER *apud* FREUD 1911/1969, p. 28). No mesmo ano, pouco tempo depois de sua posse como presidente do tribunal, Schreber cai enfermo e é internado novamente. No relatório feito e citado por Freud (1911/1969, p. 28-29), observa-se que o estado do paciente piorara bastante, sendo descrito como tendo ideias hipocondríacas, queixando-se de “amolecimento do cérebro”, ideias de perseguição e dizendo que logo morreria. Ilusões visuais e auditivas, juntamente com distúrbios cenestésicos, eram frequentes. Acreditava estar morto e em decomposição. As ideias delirantes assumem caráter místico e religioso.

Em outro relatório, de 1899 (FREUD, 1911/1969, p.32), o ponto culminante do sistema delirante do paciente é sua crença de ter a missão de redimir o mundo e restituir à humanidade o estado de beatitude perdida. Teria sido convocado a essa tarefa por inspiração direta de Deus. A parte essencial de sua missão redentora é ser precedida por sua transformação em mulher, dever baseado na ordem das coisas. A feminilidade de Schreber torna-se proeminente, já que um número enorme de “nervos femininos” passava para seu corpo e, a partir daí, uma nova raça de homens teria origem através de um processo de fecundação direta por Deus.

A ideia de transformação em mulher, de ser emasculado, constitui o delírio primário. De início, Schreber via tal ato como injúria e perseguição. O delírio sexual de perseguição (ignóbil) foi transformado em delírio religioso de grandeza (dar origem a uma nova raça de homens). O papel de perseguidor coube ao médico, Flechsig, e, posteriormente, ao próprio Deus. A ideia de ser transformado em mulher foi “[...] a característica saliente e o germe mais primitivo de seu sistema delirante. Mostrou

também ser a única parte deste que persistiu após a cura e a única que pôde permanecer em sua conduta na vida real” (FREUD, 1911/1969, p.36-37).

No sistema de Schreber, os dois elementos principais de seus delírios, a saber, sua transformação em mulher e sua relação especial com Deus, acham-se vinculados à assunção de uma atitude feminina para com Deus (FREUD, 1911/1969). Interessava a Freud remontar o núcleo da estrutura delirante a motivos humanos familiares. A relação de Schreber e seu médico, antes figura amada e depois perseguidora, é reduzida a uma fórmula simples.

Parece que a pessoa a quem o delírio atribui tanto poder e influencia, 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 antes de sua enfermidade, ou facilmente reconhecível como substituto dela. A intensidade da emoção é projetada sob a forma de poder externo, enquanto sua qualidade é transformada em oposto. A pessoa agora odiada e temida, por ser um perseguidor, foi, noutra época, amada e honrada. O principal propósito da perseguição asseverada pelo delírio do paciente é justificar a modificação em sua atitude emocional. (FREUD, 1911/1969, p. 60).

No período de incubação de sua doença, diz Freud, entre a nomeação para o novo posto e quando assume seus encargos, alguns meses depois, Schreber sonha que seu antigo distúrbio voltara e, semi adormecido, tem a impressão de que deveria ser bom ser mulher e submeter-se à copula. Freud destaca o fato de que o sonho e a fantasia são comunicados em sucessão imediata no livro. Infere ainda que, ao rememorar a doença, Schreber tem uma recordação de seu médico, assumindo, então, uma atitude feminina na fantasia com relação ao mesmo. Essa fantasia confronta-se com um repúdio, um protesto contra o sintoma. Na aguda psicose que irrompeu depois, a fantasia feminina permaneceu ativa. A causa ativadora da doença seria “uma manifestação de libido homossexual” (FREUD, 1911/1969, p. 62). O objeto desta libido foi o médico, Flechsig, e as lutas de Schreber contra o impulso libidinal que tinham o médico como objeto produziram o conflito que deu origem aos sintomas.

Para Freud (1911/1969), o interesse maior era sobre o significado e a origem da ideia patológica, o delírio de estar sendo transformado em mulher. Schreber delirava que sua alma fora entregue e seu corpo transformado em corpo feminino, levado para determinada pessoa com fins de abusos sexuais. O médico seria essa pessoa e também aquela que cometia assassinato da alma. Vários dados clínicos apresentam-se

corroborando a hipótese freudiana de que a base da moléstia de Schreber foi a irrupção de um impulso homossexual. Freud articula determinado período da doença – nomeação e assunção do cargo – a ausências da esposa de Schreber. Parece que sua presença garantia-lhe proteção contra o poder atrativo dos homens ao seu redor. A conclusão é que as emissões do paciente na referida noite estavam acompanhadas de fantasias homossexuais, explicação dada pela mobilidade das tendências, da libido, entre sentimentos heterossexuais e homossexuais, sendo que qualquer frustração em uma das direções impulsionaria para a outra.

Freud lança mão da transferência para explicar o processo de transposição de uma catexia libidinal de alguma pessoa importante para o médico de Schreber. O paciente havia se lembrado do irmão ou do pai, deduz Freud, no contato com o médico. Assim, um anseio pela figura substituta reaparece e opera com violência marcante.

A causa ativadora da doença foi uma fantasia feminina “- isto é, homossexual passiva – de desejo, que tomou por objeto a figura do médico. Uma resistência intensa surgiu por parte da personalidade de Schreber, e a luta defensiva que se seguiu tomou forma de delírio de perseguição” (FREUD, [1911], 1969, p. 67). A pessoa agora ansiada tornou-se o perseguidor. A essência da fantasia de desejo tornou-se a essência da perseguição.

O caso prossegue e uma das modificações importantes em seu decurso fora a substituição da figura do médico pela de Deus. Tal mudança preparava o caminho para a solução do conflito. Era impossível assumir-se no papel feminino, de mulher ou devassa, para seu médico, mas possível “se tratando de Deus” (FREUD, 1911/ 1969). Com efeito, as sensações voluptuosas que Deus exigia não provocavam resistência por parte do ego de Schreber. A emasculação não era mais uma calamidade, tornando-se consoante com a ordem das coisas, assumindo seu lugar em uma cadeia cósmica de eventos e servindo de instrumento para a recriação da humanidade, após a extinção desta. Uma nova raça de homens surgiria, nascida do espírito de Schreber, assim pensava ele. Seu ego encontrava satisfação na megalomania e sua fantasia feminina de desejo avançava e tornava-se aceitável. A luta e a doença podiam cessar (FREUD, 1911/1969, p. 68). A qualquer tempo ocorreria a transformação em mulher. Nisso, sua personalidade permaneceria indestrutível.

Ao decompor seu perseguidor no médico e em Deus, estabelecer-se-ia uma reação paranoide a uma identificação previamente formada das duas figuras, ou pertenceriam elas à mesma classe. Assim, Freud conclui que o médico e Deus seriam sucedâneos, substitutos de figuras a quem Schreber amara com muita devoção. A fantasia feminina que despertara uma oposição violenta tinha suas origens num anseio, intensificado até um tom erótico, pelo pai e pelo irmão.

Outro ponto importante: as vozes que, segundo Freud, ao acusarem o médico de cometer assassinato de alma, diziam de uma autoacusação. Aqui, pensamos na articulação entre o caso de Schreber e os outros textos estudados por nós. Vale considerar que a autoacusação tem grande importância nesses casos e, ainda, estreita relação com a instância psíquica do superego. Mais adiante, tentaremos, com Lacan, pensar a questão da paranoia de autopunição e as relações possíveis com a autoacusação e o superego. Seria a construção do delírio sistematizado em Schreber a saída encontrada por este para os impasses da paranoia e de sua personalidade? E sua obra, que importância teria na estabilização do seu quadro? Não havendo tais saídas, a passagem ao ato seria um recurso que estabilizaria?

Núcleo capital da análise do caso, o complexo paterno foi tangenciado e analisado por Freud. A luta do doente contra seu médico revelou-se um conflito com Deus e, logo, seria explicado como um conflito infantil com o pai que amava. Aqui faltavam a Freud informações e, segundo alguns, certo arcabouço teórico para perceber a figura autoritária e exigente do pai de Schreber. Entretanto, estabelecer-se-ia a castração, “ameaça paterna mais temida” (FREUD, 1911/1969), como a realidade que empresta o material para sua fantasia de desejo (combatida e depois aceita) de ser transformado em mulher.

Outro ponto importante destacado por Freud e ampliado por nós é que Schreber pode ter construído uma fantasia de que, se fosse mulher, poderia ter filhos, retornando à atitude feminina em relação ao pai na infância.

As tentativas de interpretação apresentadas por Freud localizam o conflito de Schreber. Este é um conflito pulsional, cujo cerne está baseado em uma fantasia feminina de desejo homossexual. Aqui, entrevemos a importância da feminização da pulsão, aspecto que trataremos em outro tópico. Nos delírios de ser transformado em

mulher (emasculação) e na relação favorecida com Deus (relação cuja magnitude geraria uma nova raça de homens), encontramos os elementos proeminentes de seu sistema delirante.

Já a ameaça paterna da castração forneceria material para sua fantasia de desejo de ser transformado em mulher. Na ausência do significante fálico da castração, desdobrar-se-ia o fato psicótico, na medida em que encontramos na inscrição da sedução, da cena primária e da castração os nomes do infantil, da origem das gerações e da diferença entre os sexos. A teoria informa sobre o infantil, o conflito edípico e seu corolário, a castração. Rejeitada ou forcluída essa capacidade de simbolização, algo do objeto retornaria desde fora, não inscrito, não simbolizado, posto que não afirmado, logo, impossível de ser negado. Schreber sucumbe diante da ameaça da castração e opera o incremento da pulsão homossexual, talvez tenhamos que dizer feminina, deslizando do pai ao médico até Deus-pai. A representação incompatível e seu afeto intolerável são rejeitados, e o ego comporta-se como se esta jamais tivesse existido.

A rejeição da fantasia de desejo feminina, da castração, visto que se perdia na indiferença entre sexos, gerações e gêneros, encontra seu destino na solução assintótica de uma nova humanidade, procriada em um evento cósmico, uma fecundação divina e necessária à ordem das coisas e do mundo, alterando profundamente o eu, assimilando-o a esta neo realidade. Parece oportuno enfatizarmos, portanto, que a defesa incide sobre a ideia e o afeto da pulsão, sobre um fragmento da realidade, mas não um fragmento qualquer e sim a percepção da realidade da castração e a fantasia de desejo homossexual, feminina.

Agora, abordaremos o mecanismo da paranoia, sua estrutura pulsional e gramatical, a projeção e o curso que preside o funcionamento defensivo dos três tempos do recalque sistematizados por Freud. Ao final, lançaremos nossa visada conclusiva, tentando articular nexos possíveis e indicando aspectos concernentes à riqueza teórica e clínica do caso Schreber.

O cerne do conflito de Schreber é, portanto, uma fantasia de desejo homossexual de amar um homem. O que caracterizaria a paranoia de Schreber é o fato de que, para se defender de tal fantasia, o sujeito reage com delírios de perseguição dessa espécie. Daí Freud afirmar que tais fantasias têm relação íntima, talvez

invariável, com essa forma de enfermidade, tese corroborada por Junge Ferenczi. Segundo essa visão, a defesa contra o desejo homossexual estaria no centro do conflito psíquico e, na tentativa de dominar tal corrente, o paranoico fracassa.

Os estádios de desenvolvimento da libido são referidos como explicação para a paranoia. Cada fase de evolução da sexualidade forneceria uma possibilidade de fixação em um ponto disposicional. Na paranoia, esse ponto seria descoberto no narcisismo, e a libido intensa, não encontrando escoadouro, poderia conduzir a uma sexualização de seus interesses sociais, desfazendo sublimações. Tal resultado é produzido por uma frustração que causa uma regressão da libido. Freud atribui ao narcisismo a fixação da paranoia, ao autoerotismo a predisposição à esquizofrenia e à escolha objetal como o caminho para a neurose. Sigamos o raciocínio freudiano, acompanhando as formas assumidas pelos delírios e sua relação com os componentes narcísicos e homossexuais.

Nos casos de paranoia masculina, o conflito é gerado pela fantasia homossexual de amar um homem, e as principais formas seriam contradições da proposição única: “eu (um homem) o amo (um homem)”. Nos delírios de perseguição, forma mais encontrada nos quadros paranoicos, a sentença “eu o amo” é contradita. Assim, “eu não o amo, eu o odeio”. Tal proposição, contudo, não pode se tornar consciente dessa forma: o mecanismo da formação dos sintomas exige que as percepções internas (sentimentos, afetos) sejam substituídas por percepções externas. Aqui opera a projeção, e a contradição, “eu o odeio”, transforma-se em “ele me odeia (persegue)”, o que justifica e racionaliza o próprio ódio do paranoico. Há negação do verbo, transformação do amor em ódio, e o sujeito paranoico não ama um homem, odeia, porque é perseguido. O perseguidor, conclui-se, é alguém que foi outrora amado. A projeção ganha relevância aqui como mecanismo específico de formação de sintomas da paranoia, pois cumpre a exigência de que a percepção interna seja substituída por uma percepção que provem do exterior.

Na erotomania, a compulsão vincula-se a um modo de defesa fundado na negação do objeto da sentença original. A transformação de “eu o amo (um homem)” em “eu a amo (a mulher)” é também complementada pela projeção, resultante da transposição para o exterior, “eu a amo, porque ela me ama”. Assim, quanto mais

frequentemente a tendência homossexual ameaça surgir, mais a erotomania se torna compulsiva.

Na terceira forma de delírio, há a negação do sujeito. O delírio de ciúmes transforma o “eu o amo” em “ela o ama”. Aqui não há projeção, ou ela opera na transformação primária da sentença básica, não se acrescentando posteriormente. Com a troca do sujeito gramatical, o processo todo é lançado para o exterior.

A quarta e última forma de delírio analisado por Freud seria a chamada megalomania ou os delírios de grandeza. “Eu não amo em absoluto, não amo ninguém”, “eu amo somente a mim”, em uma superestimação sexual do próprio ego.

A natureza daquilo contra o qual o paranóico luta, se defende, o ‘reprimido’, aquilo que deve ser rejeitado é o desejo homossexual. A defesa rejeita, suprime uma percepção interna e seu conteúdo, após sofrer certa deformação, aparece na consciência sob a forma de percepção externa. Nos delírios de perseguição, por ex., a deformação consiste numa transformação do afeto. “O que deveria ter sido sentido internamente como amor é percebido externamente como ódio” (FREUD, [1911], 1969, p. 89). A projeção é importante, segundo Freud, como mecanismo que torna inteligível a formação dos sintomas na paranoia. No entanto, sua importância é relativa e não verificada em todas as formas da doença. Além disso, ela também é um processo psíquico normal, constitutivo das relações do sujeito com o mundo externo. Não é, então, sintoma nem forma exclusiva da paranoia. Seria difícil sustentar que haja sintoma patognomônico, conforme observou, há mais de um século, Kraepelin (DALGALARRONDO, 2008).

Seguimos agora Freud na medida em que ele encara os fenômenos patológicos como derivados da repressão. O autor, ainda que com dificuldades, apresenta a repressão como a defesa que constitui os quadros psicopatológicos, dividindo o processo em três fases: fixação, repressão propriamente dita e retorno do reprimido⁴.

A defesa primária (recalcamento), a fixação, decorre do fato de que a pulsão ou um componente desta deixa de seguir o curso normal do desenvolvimento, sendo

⁴ Manteremos a terminologia constante da tradução inglesa das obras de Freud. Também não entraremos no mérito da discussão sobre as distinções entre recalcado e reprimido. Lembramos que tal nomenclatura relativa às psicoses foi gradativamente relativizada em decorrência do refinamento conceitual da obra freudiana desde a década de 20 do século passado e a partir da análise de outros mecanismos de defesa, como a recusa.

deixado para trás, em um estágio mais infantil. A corrente libidinal em questão comporta-se, em relação a estruturas psicológicas posteriores, como se pertencesse ao sistema do inconsciente, como reprimida. As fixações pulsionais constituem a base para a enfermidade subsequente, as raízes da determinação da terceira fase do processo de defesa (repressão). A fixação seria uma espécie de retardamento passivo. Na paranoia, ocorreria no narcisismo, diferentemente das esquizofrenias, que seria, para Freud, no autoerotismo. Aqui, a fragmentação e a reunião, certa unidade narcísica, seria importante para marcar a diferença com respeito, por exemplo, a formas autísticas de personalidade.

A segunda fase do processo, a repressão propriamente dita, provém dos sistemas mais desenvolvidos do ego, capazes de serem conscientes. Seria uma fase de defesa ativa, de pós-pressão. A repulsa exercida pelo sistema inconsciente e a atração exercida pelo inconsciente (fixação) tendem a ocasionar a repressão. A última fase do processo consiste no fracasso da repressão, no retorno do reprimido, na formação dos sintomas. Essa irrupção toma seu impulso do ponto de fixação, implicando uma regressão do desenvolvimento libidinal ao mesmo.

Freud estabelece a importância da segunda fase da repressão. Na repressão propriamente dita, ocorre o desligamento da libido em relação a pessoas e coisas que foram antes amadas. A característica marcante desse processo na paranoia, seu traço distintivo, é que o desligamento da libido do objeto, a libido refluída, vincula-se ao ego, utilizada para o engrandecimento deste. Há um retorno ao estágio do narcisismo. No caso Schreber, Freud demonstra o desligamento da libido do médico e a formação do delírio que a trouxe novamente, agora com sinal invertido (ódio/perseguição).

Freud ensina também sobre a catástrofe do fim do mundo encontrada em casos de paranoia, o que seria a projeção da catástrofe interna, da luta, do aniquilamento simbólico e subjetivo. O mundo em vias de destruição é recriado pelo paranoico a partir do trabalho dos delírios, uma “tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (FREUD, 1911/1969, p. 95).

Tentaremos agora aproximar o caso clínico apresentado por nós nesta pesquisa de alguns pontos de destaque no caso Schreber. Salientamos que nosso exercício funda-se na necessidade de referir a construção de um caso clínico em psicanálise a

formações históricas e conceituais. Trata-se do uso do exemplo notável, universalizante, em vias de se representar no exemplo clínico narrado por nós.

B. apresentava, de forma marcante, um temor considerável de ser transformado em mulher. Tal referência surge em dois pontos precisos e ao longo de todo o tratamento. Quando falava das mulheres, sua mãe biológica e adotiva, dizia que mantinham relações sexuais com garotos. Diz que nunca estupraria ninguém, homem ou mulher. Conclui dizendo ter sido obrigado “por eles e por elas... querem me destruir!” Na sequência, afirma sentir uma mulher entrando em seu corpo. Vemos aqui o paciente sendo tomado por algo de um gozo que poderia ser chamado de feminino. Em um momento subsequente, B. diz não saber se é homem ou mulher. Aqui, a não distinção entre os sexos é notável e o conteúdo ou a ideia de ser transformado em mulher aparece na referência ao seu corpo ser tomado, transformado, “revirado”. Quando confrontado com a sugestão da internação psiquiátrica, afirma temer ser “transformado em mulher”, feito de cobaia. Os médicos seriam seus algozes. Lembramos que o pai adotivo do paciente era médico, bem como o marido de sua irmã adotiva, responsável pela primeira internação do paciente quando sua mãe adotiva faleceu. Complementamos aludindo à passagem em que o paciente faz referência a uma cena infantil onde estava sentado no colo do pai adotivo e sentira “muito tesão”.

Com respeito ao conflito do paciente, de natureza pulsional, quanto à fantasia de desejo feminina (homossexual, em termos freudianos), este dissera das experiências que teve na adolescência e na prisão, mas afirma não ter gostado das mesmas e que era homem, mesmo tendo tido experiências homossexuais. Conclui afirmando: “sou homem porque tenho pênis e não peito”. O “tesão” que dizia ter sentido pelo pai adotivo, bem como a afeição inicial que nutria pelo marido de sua irmã adotiva, a ponto de vê-lo enquanto homem desejável, confirmariam as ideias freudianas de que paciente fora submetido a um conflito de natureza homossexual. Atestariam isso sua inclinação sexual pelo pai adotivo, sua tendência afetiva pelo médico, marido da irmã, experiências homossexuais na juventude que, como dito antes, teriam grande importância na ativação de sua doença. Fato conhecido por todos e narrado pelo paciente é que na prisão as relações sexuais entre homens são comuns. O paciente fora submetido, na prisão, a práticas sexuais que, conforme dizia, não gostava.

Relatava isso como algo dilacerante e 'intolerável'. Fato importante e sabido por muitos é que portadores de sofrimento mental, assim como estupradores, infanticidas, etc., são vítimas preferenciais neste tipo de contexto e circunstância.

Podemos então ver onde nos leva o exercício feito por Freud no caso Schreber. Nessa sequência, utilizamos as referências tidas como importantes pelo paciente, que temia ser transformado em mulher e "dissecado" em experiências pelos médicos. Notamos que a referência aos médicos, no contexto dos atendimentos, indicaria, conforme se mostrou, a proeminência da relação do paciente com o médico marido de sua irmã e antes, na infância, a relação afetuosa mantida com seu pai adotivo, na qual sentira "tesão". Portanto, parece-nos que o paciente operou segundo a fórmula clássica freudiana da formação dos delírios de perseguição. A relação do paciente com seu pai consanguíneo, figura ansiada e depois odiada ("vou castrar meu pai!") também confirmaria isso, já que supomos que o paciente tenha desejado seu pai e, depois, odiado. Em contexto destacado anteriormente, o paciente diz ter sido penetrado, fala que seu avô ficou impotente depois de seu nascimento e complementa afirmando estar sendo espancado e violentado. Todos o olham e querem algo dele: "é mau olhado!". Portanto, há referência a um olhar perseguidor, um ânus violentado e também à doença no pênis que teria acometido seu avô, seu pai adotivo e o paciente. Além disso, B. desejava ter o nome do avô, era chamado na forma diminutiva daquele, e viu-se entre ter ou não o sobrenome do pai adotivo.

Diríamos que nosso paciente operaria da seguinte forma: "eu o amo – eu não o amo (negação do verbo) – eu o odeio – porque ele persegue (ele me odeia)". O perseguidor seria alguém outrora amado e desejado. O paciente amara seu pai adotivo, seu pai consanguíneo (ansiado), seu avô materno e o marido de sua irmã, que são as figuras masculinas da história do sujeito. Diante do intolerável dessa representação de desejo, cuja natureza era feminina, o paciente opera com a inversão dos afetos com a negação do verbo. Não ama um homem, odeia-o, pois é perseguido, odiado. Aqui, repetimos: tanto o pai adotivo quanto o biológico seriam "inclusivos" (pais cuja inscrição ou representação o paciente lutou para efetuar), sustentados em um sistema persecutório. A mãe biológica do paciente era tida "como muito ferosa. Já fodi com minha mãe. Comi a minha mãe". Seria, portanto, "devoradora", "exclusiva", levada aos

efeitos da erotomania. Assim, teríamos: “eu não o amo – eu a amo”. Por projeção, há a transformação da proposição. “Eu noto que ela me ama”, logo, “eu não o amo – eu a amo porque ela me ama”. O paciente dizia que as mulheres não eram santas. Cita o episódio em que toca nos seios da freira, e diz adorar seios: “eu sou voraz”. Foi satirizado pelos presos por conta de sua investida.

Nosso intuito aqui foi destacar as duas grandes formas delirantes coligidas por Freud e trabalhadas no caso do presidente Schreber. Os delírios de perseguição demonstravam e confirmavam a fórmula freudiana de inversão do afeto de amor em ódio. Também remontavam suas bases às condições infantis que presidiriam o desenvolvimento libidinal e as identificações ou formações do ego. Quanto à erotomania do paciente sugerida por nós, ela ampliaria nosso entendimento, não invalidando a prevalência do caráter persecutório na personalidade de B. Poderíamos insinuar, por exemplo, que ele via nas mulheres aquelas que o conduziria, imaginariamente, ao mundo dos homens e dos adultos. Resta posto que a irmã adotiva era esposa de médico; sua mãe adotiva, esposa de seu pai adotivo; sua mãe de sangue, esposa de seu pai desconhecido. A freira seria “mulher de deus” e “irmã dos presos”. Era para se defender de um conflito dessa ordem, fantasia de desejo homossexual, que o paciente operaria também a partir da urgência em contraditar o objeto de seu amor, de seu desejo. Ambas as formações ou formas delirantes acentuavam a natureza do conflito, as contradições gramaticais, a projeção enquanto mecanismo não específico, das duas formas de delírio analisadas por Freud.

Nosso paciente também não desenvolveu em tempo uma forma acabada de seu delírio. Nesse sentido, a megalomania não conformaria seu caráter no sentido de um encontro místico, divino, messiânico, com alguma potência “regeneradora” ou algum perseguidor, vide o exemplo retratado no documentário “Estamira”⁵, onde Deus torna-se terrível, figura e imagem que deve ser combatida e assimilada. Antes amado, restaria odiado enquanto esse Deus estuprador, que não a defendera na sua condição de mulher. Ao contrário, “arrombara-lhe”⁶. Sendo a mira do mundo, “estamira”, estando em todo lugar, “sabendo” e “recebendo”, ela revelaria a verdade, descobrindo e ordenando.

⁵ Documentário de grande sucesso nacional e internacional, 2006, direção de Marcos Prado.

⁶ Lembramos ainda das palavras que, segundo sua filha, Estamira teria dito no momento da violência, rogando a proteção de Deus e ouvindo dos agressores que esse ‘deus’ não ajudaria. Estamira operaria

De todo modo, o modelo, a forma, o fato de o sujeito delirante amar seus delírios como a si mesmo, sua megalomania, servir-nos-ia, qualquer que fosse o caso, para indicar em sua conformação a solução também para o conflito interno que arrastaria, aniquilando, o eu. Só seria possível amar a si próprio, desligando-se do mundo, da realidade, das pessoas, erigindo uma forma de consistência possível do objeto. Seja na paranoia ou em casos não raros de esquizofrenia paranoide, a tentativa de filiação por efeito (excesso) de significação aproximaria as entidades, ainda que distintamente.

Quanto à forma tomada pelo delírio de nosso paciente, desconfiamos que esta não se sistematizou. Mais, apontamos sua impossibilidade, dado que o paciente, filósofo, não poderia encontrar melhor destino do que a propriedade de todo sistema filosófico. Ademais, parece-nos que a passagem ao ato selaria seu destino, revelando a saída encontrada, o desembaraço (im)possível. B. deparou-se com uma luta interna intransponível. Tal conflito indissolúvel transformou-se em luta contra a própria família. Como salientara, “acabei lutando contra minha própria família. Contra mim mesmo”. Sua família o aconselhou a lutar com as armas que tinha recebido: comida e conhecimento. “Tinha fome de saber”. Com a perda inexorável de sua mãe adotiva, o paciente foi “desarmado”, perdendo as condições psíquicas que o estabilizavam. A luta contra a família era a projeção dessa catástrofe interna, do aniquilamento subjetivo.

Importante destacarmos o fato de que o paciente nasceu “sem o nome do pai”. Aqui nos serviremos da fórmula freudiana: “foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior: a verdade é, pelo contrario, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido, retorna desde fora” (FREUD, 1911/1969, p. 95). O paciente apresentara, ao longo do tratamento, alucinações visuais e auditivas pouco frequentes, quando dizia de “coisas estranhas” que via e de vozes que o “perseguiam”. A abolição, rejeição ou supressão de algo interno, do ‘simbólico’, de um significante primordial, estaria na base da psicose, uma defesa muito poderosa que incidiria sobre a ideia e o afeto, destituindo o indivíduo de marcas, registros, traços que o conduziriam à constituição psíquica, subjetiva,

depois com a inversão, devota e religiosa, viveria na reconstrução de sua relação com ‘Deus’, ‘deus’ que não presta, canalha, perverso, odiado, as entidades separadas, as vivências ‘celestes’. Estamira encontrou seu nome firmado no horizonte revelado da verdade.

inconsciente, responsável pela formação de uma cadeia simbólica. A rejeição é mecanismo fundamental da psicose, da paranoia e do nosso paciente.

O acompanhamento que fizemos de alguns textos de Freud e nossa tentativa de articularmos nosso caso clínico com alguns pontos ou achados das descobertas e análises freudianas é um esforço para tornar inteligível a história clínica que nos ocupa, bem como caminhos ou saídas encontradas pelo paciente para lidar com seu conflito e sua constituição enquanto sujeito. Reconhecemos as limitações de nossa empreitada e as dificuldades encontradas em nossa exposição. No próximo item, trabalharemos alguns autores que nos permitirão extrairmos outros pontos importantes para a análise da paranoia e de nosso caso em particular.

4.3 Leituras complementares

Apresentamos aqui a posição teórica de Ferenczi com respeito à paranoia. Tomamos como referência o texto “O papel da homossexualidade na patogênese da paranóia”, (FERENCZI, 1908-1912/1991). Nele, o autor segue os primeiros indicativos de Freud de que a paranoia é resultante de um conflito de natureza homossexual. A tendência que se tornou insuportável e

[...] foi retirada do seu objeto retorna à consciência sob a forma de percepção do seu contrário (como pertencente ao objeto da tendência). O sentimento de amor converte-se na percepção do seu contrário, o interesse torna-se perseguição (FERENCZI, 1991, p. 155-156).

O autor ressalta que, na paranoia, o paciente não acionaria o mecanismo paranoico contra qualquer interesse libidinal, mas exclusivamente contra uma escolha de objeto homossexual. Assim, a homossexualidade não desempenharia papel secundário ou ocasional, mas principal na patogênese da paranoia, que seria, então, uma deformação da homossexualidade (FERENCZI, 1991). Trata-se do ressurgimento da homossexualidade até então sublimada, da qual o ego se defende pelo mecanismo dinâmico da projeção. Nesse cenário, percebe-se que a psicanálise e vários autores atribuíam, na esteira de Freud, importância capital ao conflito de natureza homossexual e à projeção, comportando uma especificidade relativa a esta tendência homossexual. Vimos como Freud, a partir do caso Schreber, relativiza a importância do mecanismo da

projeção, processo psicológico normal e constitutivo da realidade, mantendo, ainda, a especificidade da paranoia na defesa contra uma fantasia de desejo homossexual.

Agora trataremos da paranoia em dois períodos da obra de Lacan. O primeiro é o de sua tese de doutorado em 1932 (LACAN, 2011), “Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade”, onde o autor apresenta o caso Aimée e o das irmãs Papin. O outro é de seu “Seminário3”, sobre as psicoses (LACAN, 1955-56/1988). Nossas referências serão apenas no sentido de apresentar sumariamente algumas contribuições deste autor e alguns pontos importantes para nossa articulação.

Na análise do caso Aimée, Lacan (1932/ 2011) passa do domínio da psiquiatria ao da psicanálise. Mostra que a significação inconsciente do motivo paranoico aparecia em um mecanismo de delírio a dois, no qual a irmã mais velha substituí a mãe, e que a paranoia de “Marguerite” (Aimée) surgia no momento da perda do primeiro filho, estando a erotomania ligada à homossexualidade (ROUDINESCO *apud* CROMBERG, 1993; 2000). Ao atentar contra a vida de uma atriz célebre, Aimée representava seu ideal de eu e atacava-o, realizando seu próprio castigo, transformando sua reivindicação paranoica em paranoia de autopunição. Assim, Lacan pretendia acrescentar a paranoia de autopunição à nosologia. Atribuía uma determinação múltipla à psicose, privilegiando a história da personalidade, e a paranoia aparecia como remanejamento daquela, mutação do eu, hiato entre a situação anterior e a eclosão do delírio (CROMBERG, 2000).

Notamos com Lacan (1932/2011) que os vínculos amorosos, matrimoniais, familiares, revelariam um inacabamento das condutas vitais. Assim, anomalias da situação familiar na infância dos sujeitos – orfandade, ilegitimidade, educação exclusiva por um dos pais, apego exclusivo a um dos pais, ódio familiar, fracassos matrimoniais, conjugais, desconhecimento das funções parentais, etc. – “seria o passivo do balanço social desses tipos de personalidade” (LACAN, 1932/2011, p. 266). Aproveitamos para inserir aqui as dificuldades reveladas pelo caso clínico narrado por nós, em que vimos a relação exclusiva mantida pelo nosso paciente com sua mãe consanguínea durante muito tempo. Depois, a luta permanente’ para obter o reconhecimento de sua família adotiva a partir de sua pertença afetiva, mas nunca efetiva. B. fora criado por sua mãe adotiva, responsável por sua alimentação e alfabetização, e não reconhecido pelo pai

consanguíneo, além da recusa de sua mãe de sangue em aceitar o sobrenome do pai adotivo. Vale também destacar o desejo de sua mãe de abortá-lo e o fato de que sua mãe adotiva teve um filho homem nascido morto. Tais referências na infância e na história do paciente caracterizariam suas relações sociais e marcariam sua personalidade. De resto, salientamos sua adoção, importante para B. a ponto de o mesmo contrapô-la à criação pelos pais consanguíneos.

Lacan considera o delírio, uma vez sistematizado, merecedor de toda atenção, amarração do conflito afetivo inconsciente que o engendra e da atitude de autopunição que o sujeito adota. As ideias delirantes de perseguição têm sentido de autoacusação, são ameaças projetadas no futuro. Reconhecemos indicações alusivas de pacientes sobre as pessoas de quem desconfiam, “mau olhar”, figuras atemorizantes, persecutórias, com construção de crenças explanatórias em entidades, instâncias, figuras históricas, míticas que perseguem indicariam a premência das ‘coisas’ num “alcance de temor centrífugo” (LACAN, 1932/2011, p. 270). O perseguidor principal é, nesse caso, sempre do mesmo sexo que o sujeito, e “é idêntico, ou pelo menos representa claramente, a pessoa do mesmo sexo á qual o sujeito se mantém preso mais profundamente por sua história afetiva” (LACAN, 1932/2011, p. 271).

Em nosso caso aqui apresentado, o paciente trazia como seus perseguidores os pais, biológico e adotivo, depois os médicos e seus pares na prisão. Não faltaria um lugar para a irmã adotiva do paciente, esposa de médico também amado por B., e para sua mãe adotiva, cuja morte precipita o surto do paciente. Quanto à mãe biológica, o paciente refere-se a ela como “devoradora”, “fogosa”, até dizer que eles e elas querem tudo o que ele tem. As personagens representavam o ideal do eu do paciente: o pai adotivo, médico, o marido de sua irmã, também médico. Conforme pudemos ressaltar, tratava-se de se colocar nessa posição de “mulher de médico”. Quanto ao pai biológico, este não tinha lhe dado um sobrenome.

Destacamos, na esteira de Lacan, que o caso clínico estudado por nós conforma-se ao quadro clínico de paranoia de autopunição. Abordaremos esse ponto mais à frente – por ora, enfatizamos que também o caso das “Irmãs Papin” seria uma paranoia de autopunição. Neste, as irmãs, chefiadas pela mais velha, esperam a chegada de suas patroas e atacam-nas, desferindo-lhes golpes com objetos da casa,

incluindo facadas, retiram os olhos das vítimas e, depois, deitam-se no quarto onde moravam. São privadas de liberdade e, no confinamento, a mais velha tenta tirar seus próprios olhos, como havia feito com suas vitimas. Lembramos que o paciente tratado por nós referia-se a um olhar perseguidor, afirmando que todos queriam tudo o que tinha. Acusava seus perseguidores de quererem arrancar seus olhos, “é mau olhado”.

Para Lacan a paranoia corresponderia aos traços clássicos de: um delírio intelectual que varia seus temas das ideias de grandeza às ideias de perseguição; reações agressivas; uma evolução crônica.

Em seu “Seminário 3”, Lacan (1955-56/1988) ocupa-se do fenômeno psicótico e seu mecanismo. Aqui, trataremos exclusivamente do mecanismo descoberto e conceituado como próprio à psicose, tomada como “a emergência na realidade de uma significação enorme que não se parece com nada – e isso, na medida em que não se pode ligá-la a nada, já que ela jamais entrou no sistema de simbolização – mas que pode, em certas condições, ameaçar todo o edifício” (LACAN, 1955-1956/1988, p.102). No caso Schreber, a significação rejeitada tem estreita relação com a bissexualidade. Lacan afirma que se trata da função feminina em sua significação simbólica essencial, só podendo ser reencontrada no nível da procriação. O autor não fala em emasculação ou feminização, nem em fantasia de gravidez, já tudo isso levaria à procriação. Tratar-se-ia da irrupção no real de algo nunca conhecido, forçando o remanejamento do mundo do paranoico. Aquilo que não é simbolizado reaparece no real sob o registro da significação que não vem de parte alguma, que não remete a nada, uma significação essencial, que diz respeito ao sujeito. A defesa, *verwerfung*, opera um novo modo de mediação, substituindo a mediação simbólica por um “formigamento, por uma proliferação imaginária, nos quais se introduz, de maneira deformada, e profundamente assimbólica, o sinal de uma mediação possível” (LACAN, 1955-1956/1988, p.104).

A respeito da *verwerfung*, Freud diz que o sujeito não queria saber de castração, mesmo no sentido do recalque (LACAN, 1955-56/1988). Assim, existiria a suposição de um mecanismo específico da psicose, diferente do recalque, rejeição de um significante primordial, que faltará desde então nesse nível. Trata-se de um processo primordial de exclusão de um dentro primitivo. Para Lacan, a noção de *verwerfung* indica que deve haver previamente alguma coisa que falta na relação com o significante na primeira

introdução aos significantes fundamentais. Em Schreber, vemos a ausência do significante “macho primordial”, conforme ressalta Lacan (1955-56/1988), em que o sujeito não encontraria nenhuma forma a não ser uma questão sobre seu sexo, na qual não haveria outro meio de realizar-se, de afirmar-se como sexual, senão admitindo-se como mulher, como transformado em mulher. O mecanismo fundamental da paranoia, portanto, seria a rejeição desse significante primordial, do significante do “Nome do Pai”. Vimos claramente esse ponto na construção de caso feita por nós, quando o paciente afirmava a falta da inscrição do nome paterno. Tratar-se-ia da rejeição da “percepção” da realidade da castração. Com efeito, a problemática *ex sexo*, fora do sexo, estaria toda aí. Dada a impossibilidade de inscrição simbólica desse significante portador da ordem fálica, estaria o sujeito condenado a esse nada saber com respeito à castração no sentido do recalque. Não havendo a formação de compromisso entre o recalque e o retorno deste na formação do sintoma, restaria ao paranoico a imposição de algo não reconhecido vindo desde fora. A rejeição da função feminina referida por Lacan ampliaria o ponto freudiano analisado no caso Schreber, onde a defesa incidiria sobre uma fantasia de desejo feminino (homossexual passiva). Falamos dessa enormidade sem possibilidade de representação ou inscrição, da bissexualidade impossível de ser integrada pelo sujeito. Mais: dessa emergência, na realidade, de uma significação enorme isolada por não ter podido entrar no sistema de simbolização. Esta significação é a feminilidade (CARVALHO, 2001).

Quanto ao desencadeamento psicótico, Lacan (1955-56/1988) considera como sua primeira condição clínica a forclusão do significante da Lei, o Nome-do-Pai, no lugar do simbólico. Esse “acidente” provoca um fracasso da metáfora paterna, deixando o sujeito habitado e invadido por fenômenos da psicose. A segunda condição seria a quebra da identificação imaginária, que mantém o sujeito apoiado e articulado a uma imagem, assumindo o desejo da mãe. Essa condição implica a convocação do Nome-do-Pai forcluído em oposição simbólica ao sujeito. O “um-pai” vem no lugar em que o sujeito não pode chamá-lo antes (GUERRA, 2010).

O desencadeamento psicótico do paciente tratado por nós ocorreria no contexto da morte de sua mãe adotiva, responsável, segundo dizia, por sua sobrevivência, garantindo-lhe alimento e conhecimento. Haveria aí a quebra da identificação

imaginária que mantinha o sujeito. Com a perda ‘inelutável’ de sua mãe, o sujeito veria a quebra desta identificação onde assumiria o desejo de sua ‘mãe’. A condição primeira, estrutural, para o desencadeamento estaria colocada desde sempre: a *verwerfung*, rejeição, forclusão do significante da lei, nome do pai, no lugar do simbólico. Portanto, haveria essa condição estrutural para a eclosão da psicose. Pensamos, ademais, que tal condição estrutural, tal defesa específica, seja de fato e de direito, patagnomônica da psicose. Após o desaparecimento de sua mãe adotiva, B. haveria a convocação do Nome-do-Pai forcluído em oposição simbólica ao sujeito. Ao se deparar com a perda da mãe, este acontecimento toca no ponto em que o sujeito não pode convocar este ‘um pai’ anteriormente. Portanto, a forclusão seria a condição estrutural; a quebra da identificação imaginária, a condição suficiente; a convocação da função paterna, impossível, a condição específica para todo desencadeamento possível da psicose.

Apontamos alguns aspectos da paranoia presentes em Piera Aulagnier e Guy Rosolato. Entrementes, deixaremos para o capítulo seguinte, sobre a cena primária, seus desdobramentos.

Piera Aulagnier (1979) destaca a potência de um ódio percebido como marca do destino paranoico. Esse ódio é o eixo em torno do qual o sujeito elabora uma teoria sobre a origem, “como uma feiticeira se inclina sobre seu berço desde sua entrada neste mundo: o resto de suas existências será uma luta, em desigualdade de condições, contra o malefício que os persegue inexoravelmente” (AULAGNIER, 1979, p. 226). O paranoico mantém como ódio uma relação privilegiada: todo delírio interpretativo revela o lugar ocupado pelo ódio que os outros lhe manifestam. O objeto persecutório não oferece trégua, impedindo seu distanciamento, e exerce contra o paranoico seu desejo de perseguição, quase sempre vivido como desejo de destruição. A perseguição tem um sentido particular: o sujeito é perseguido porque é invejado por um bem que possui (material, sexual, ideológico, intelectual, etc.). Tem, portanto, uma relação de ódio com seus objetos. Há uma necessidade do ódio e de tornar esse ódio inteligível, razoável. Veremos adiante como isso se coaduna com a cena primária.

Outro aspecto importante é o “pensamento delirante primário” e a “teoria delirante infantil sobre a origem” construídos pelo paranoico. Segundo Aulagnier (1979),

estabelecer-se-ia uma sinonímia entre conflito e desejo, situação de casal e de ódio, figurando como causa das origens e da própria origem do sujeito o conflito dos desejos. A criação de uma significação compatível com o escutado e com a exigência identificatória do eu será tarefa tanto do pensamento delirante primário quanto da teoria delirante infantil sobre a origem.

Em Aulagnier, vemos a importância do pensamento delirante primário e da teoria delirante enquanto condição necessária à psicose e à paranoia em particular. Aqui, alude-se à potencialidade psicótica revelada pela autora. A importância do casal parental, de sua problemática, seria também de grande relevância na análise da paranoia. Ademais, ela enfatiza a importância do corpo falado e do prazer, do poder pensar, do registro identificatório do eu, do objeto persecutório e as razões dessa perseguição. Finalmente, põe em relevo a figuração do ódio e toda a problemática da cena primária como condição para a constituição do espectro paranoico.

Guy Rosolato, por sua vez, atribui importância capital ao pai no sistema generativo da paranoia. Há uma estrutura rígida que substitui essa função e sustenta a produção delirante e sua organização. Assim, designa-se “no cerne da paranoia um engrossamento, um aumento mental, uma formidável idealização: esta é em si mesma generativa; é a experiência de um máximo, de um absoluto, que se manifesta nas imagens do pai idealizado e da mãe idealizada” (ROSOLATO, 1988, p. 256-257). Com efeito, descortina-se, ao inverso, uma focalização insólita e ameaçadora, na medida em que essa superpotência idealizada pode ser ao mesmo tempo perigosa e maléfica. Assim, o mundo, a realidade externa, quando só a rejeição as constitui, tornam-se sinônimos de sofrimento, de dor, de objeto mau ou de desconhecido destruidor. A idealização opõe-se, portanto, aos fantasmas persecutórios.

O autor localiza a paranoia na cena primária, no duplo vínculo, no complexo de crença e o pai idealizado. No duplo vínculo, apresentam-nos as modalidades paranoicas segundo as quatro grandes linhas narcisistas. A primeira pode ser dita desse modo: “seja assim (como o pai) e não seja assim”. Insolúvel dilema da paranoia onde fica bloqueada a diferença entre os sexos. A segunda linha seria o núcleo da homossexualidade. Nessa, a oposição e as inversões entre amor e ódio resultariam diferentes impasses. Só amar seu próprio sexo e odiar o outro; só amar o outro sexo e

odiar o seu; não amar nenhum sexo ou igualmente odiá-los; amar os dois sexos no mesmo nível. A terceira modalidade de duplo vínculo e talvez a mais importante é a que concerne ao poder. “Tenha o poder de vencer o poder”. No plano do pensamento o impasse consiste em dever e não dever pensar o pensamento do outro. Por fim, o autor destaca a quarta modalidade do duplo vínculo, segundo a fórmula: “é preciso morrer para viver”. Aqui, sobrepõem-se a pulsão de morte e os mecanismos de agressividade, de destruição e de separação. A mola do domínio que o duplo vínculo exerce é uma das formas da idealização: a absolutização. Presentifica-se nas quatro modalidades do duplo vínculo: ser o pai, ser de um único sexo, vencer todo o poder, abolir a morte ou o desconhecido, absolutamente (ROSOLATO, 1988).

A paranoia, para Rosolato, compreende uma alteração, uma rigidificação de uma organização mais geral, de função cultural: o complexo de crença, que constitui, de certa forma, sua transposição. A relação do paranoico com “pai idealizado/mãe fálica”, está como suporte da mãe real, passa pelo pai real que está excluído, desvalorizado por um pai idealizado, que é apenas o ideal da mãe. Esse complexo de crença vem acompanhado de uma interdição de pensar fora do sistema mantido como uma memória de sua inércia.

Na paranoia, a identificação ao pai real é impossível: “seja assim e não seja assim como o pai”, insolúvel dilema onde fica bloqueada a diferença das gerações. Lembramo-nos de nosso paciente e da impossibilidade de se identificar ao pai real, desconhecido. O chamado núcleo da homossexualidade também aparece de forma evidente no relato do caso clínico, a oposição e as inversões entre amor e ódio atravessando todo o desenvolvimento paranoico. Já a fórmula “tenha o poder de vencer todo o poder” aparece no plano do pensamento em que o paciente vivia o impasse em dever e não dever pensar o pensamento do outro. Pensamos ainda que na fórmula “é preciso morrer para viver”, encontraríamos, por exemplo, na passagem ao ato de nosso paciente, as condições dessa agressividade, dessa violência, da destruição e da urgência de toda separação.

Aqui e acolá, aparece-nos a força e o alcance da cena primária, que estaria no centro de convergência de todas as modalidades de duplo vínculo e da problemática da paranoia. Tentaremos trabalhar esse ponto no próximo capítulo.

Por ora, contentamo-nos em finalizar este tópico de nossa dissertação, sabedores de todas as lacunas, insuficiências e eventuais desacertos na abordagem da paranoia desde os textos freudianos e de outros autores, notadamente Lacan. Esperamos que, a despeito disso, tenhamos, ainda que estritamente, despertado o interesse do leitor para velhas e novas questões e para a importância do diálogo fecundo entre teorias, autores, a clínica e o campo da psicanálise.

4.4 O ódio, a autopunição e a passagem ao ato

Tomaremos como foco, aqui, o crime cometido por nosso paciente ou sua passagem ao ato. Retomaremos brevemente as versões sobre o ato fornecidas pelo caso e concluiremos apontando a saída possível encontrada pelo sujeito diante de seu quadro estrutural, clínico e psicopatológico. O ódio será melhor abordado no capítulo seguinte, sobre a cena primária e suas relações com a paranoia, quando poderemos, então, destacar adequadamente sua importância. Por agora, miramos seu estatuto com respeito a alguns pontos capitais e específicos.

O afeto do ódio encontra-se na discussão sobre a paranoia contida no caso Schreber (1911/1969). Como visto anteriormente, nela o sujeito depara-se com a urgência em contraditar, nos delírios de perseguição, a afirmação de que se ama um homem. A consequência contida nessa impossibilidade é fruto da rejeição de tal representação, “amar um homem”, e de seu afeto correspondente. Com efeito, o sujeito sofre a projeção para fora, mundo externo, e em seguida há o retorno do afeto, agora com sinal trocado: o amor transforma-se em ódio. A partir disso, encontra justificada a perseguição atribuída a outro, posto que este o persegue inexoravelmente, daí a conclusão: “eu o odeio, pois ele me persegue”. O ódio, portanto, é fator fundamental para a análise das formas de delírio encontradas, de perseguição e erotomania, onde a projeção se faz proeminente.

Notamos ainda que, entre os destinos da pulsão verificados por Freud (1914/1974), verificamos o recalque e a sublimação, o retorno sobre a própria pessoa e a inversão do afeto em seu contrário. Na erotomania, haveria uma inversão do conteúdo ou “material”: a do amor em ódio (LAPLANCHE; PONTALIS, 1995).

A estrutura de montagem da pulsão une uma fonte, uma pressão, um objetivo e um objeto. O afeto seria o lugar privilegiado do retorno contra si e em seu contrário. Desse duplo retorno, far-se-ia um modelo teórico do campo psicanalítico, no qual o sujeito define-se como processo (GREEN, 1982).

O ódio apareceria, como dissemos, também na relação do sujeito com o objeto, com o mundo externo, e na relação privilegiada que o paranoico estabeleceria com aquele. Na relação do sujeito com a afirmação, a atribuição, a rejeição da realidade. Nas origens do sujeito, figuração de uma cena primária onde desejo e ódio, coadunados, representam o cimento, o ruído, a impossibilidade simbólica do real bruto que se imporia.

A compreensão da autopunição referida na paranoia em nosso paciente pode apoiar-se nos textos de Freud, que dizem da impossibilidade de defesa relativa a uma autocensura, uma autorrecriação tida como proveniente do exterior, enquanto reprovação externa. Desde sempre o estatuto do supereu, do ideal, da autocrítica, vinha sendo objeto de Freud, relevando, inclusive, as linhas de um pensamento que permitem perguntar pelo papel e ou função do supereu no campo da psicose.

Coube a Lacan certa delimitação da paranoia de autopunição (autocastigo). O estudo do caso “Aimée” (1932/2011) serviria para estabelecer, no campo do crime imotivado, o supereu como mecanismo autopunitivo. Aduzia os chamados crimes do supereu, que procuram aniquilar um inimigo interior, procuram a autopunição, sendo frequentes nos delírios de autocastigo e querulência. Libertar-se do *kakón* (do mal) seria libertar-se da doença, do inimigo interior. A passagem ao ato de ‘Aimée’, o atentado, forneceria elementos para se pensar em um crime especular e em uma tirania superegoica, em que matar tal tirania era matar a própria doença. A distinção entre delírios de interpretação e de reivindicação, feita por Serieux e Capgras (*apud* AMBERTÍN, 2006), é tomada por Lacan, que vê, nas psicoses de autocastigo, os impulsos autopunitivos do supereu se dirigirem contra a subjetividade. Nos delírios de querulência ou reivindicação, o ódio dirige-se a um objeto externo. Entrementes, seria complicado estabelecer aqui essa distinção com toda a sua precisão. Pensamos que tanto uma quanto a outra forma assumida pelo delírio encontram-se dispostas. Ainda que no caso Aimeé se pense em autopunição, posto que o delírio de interpretação

operaria no desvio ou atenuação do ato homicida, tratar-se-ia de um ódio dirigido ao sujeito e também ao objeto.

A passagem ao ato de B. será objeto de nossa análise. Ele apresenta como primeira versão de seu ato o fato de que a vítima, um mendigo, teria lhe pedido dinheiro e que, portanto, ele teve que matar. Na segunda versão do sujeito, ele afirma que não queria matar, mas não teve alternativa. Na sequência, fala da casa que pediu à irmã adotiva e foi negada. Relata ainda que “era muita confusão” e que as mulheres queriam tirar todo seu saber, tudo o que tinha. Diz ter reprimido e que, quando chegou a Belo Horizonte, estava perdido e andava sozinho pelo mundo. Nesse contexto, teria cometido o crime. Na terceira e última versão, diz pensar sobre o ocorrido e arrepende-se – se pudesse voltar atrás, fala, não teria matado.

Retornamos ao crime propriamente dito. O paciente matou um mendigo que lhe pedia algo: dinheiro, drogas. Lembramos que B. dizia que queria ter matado sua irmã adotiva, pois esta lhe teria negado uma casa e ele sentiu muita raiva, mas teve que “reprimir”. Ao se deparar com o mendigo que lhe pedia algo, passa ao ato, cometendo o homicídio. Recapitulamos que o paciente se via como um rato, conforme esquema apresentado no capítulo referente ao caso clínico: paciente, rato e mulher em uma relação imaginária. Afirmava que seria transformado em mulher e que as mulheres procriavam feitos ratos. Parece-nos, pois, que o paciente, rato e mulher, ao se deparar com um mendigo (‘rato’) pedindo algo, comete o crime. Tratar-se-ia de uma passagem ao ato cujo alcance remeteria a um crime especular, onde o mendigo seria esse duplo, esse outro de si que o paciente tanto temia. B. estava identificado ao mendigo nessa posição na qual se via como aquele que pede a casa para a irmã e esta nega. Na passagem ao ato, a agressão dirigida suprime o mal (*kakón*).

O desejo de ser punido convalida o ato, na medida em que o sujeito encontra a certeza de ser objeto de uma lei insidiosa, que prevê sua redução à condição de igual. O paciente pode ser visto como o filho morto, abortado, identificado imaginariamente à irmã adotiva, e também como mendigo, sem abrigo ou referência. Mortificado pela irmã adotiva e identificado a esta, mas também ao mendigo, o sujeito, através da passagem ao ato, tenta desvencilhar-se desse objeto duplicado na relação imaginária com o outro e presente em excesso. Quando o objeto é unicamente o duplo especular do sujeito,

pode tornar-se sinônimo de morte. A passagem ao ato na psicose pode ser interpretada como uma tentativa de realizar a castração simbólica através do real.

5 CENA PRIMÁRIA

Agora abordaremos o estatuto da cena primária e suas implicações teóricas e clínicas. Para tanto, faremos certo percurso teórico das fantasias originárias em Freud, destacando suas modalidades. Focaremos a importância do caso clínico do ‘Homem dos lobos’ em Freud. Importância teórica e conceitual, bem como clínica. Por fim, ampliaremos nosso escopo, estabelecendo o estatuto da cena primária enquanto operador conceitual na clínica.

5.1 As fantasias originárias

O termo *urphantasien* aparece nos textos de Freud em 1915. Entre o acervo de fantasias inconscientes, encontra-se aquela que raramente estaria ausente em uma análise, a fantasia de observar as relações sexuais dos pais. “Chamo tais fantasias – da observação do ato sexual dos pais, da sedução, da castração e outras – de fantasias primevas” (FREUD, 1915/1974, p. 303). Notamos a aparição do termo “fantasia primitiva” pela primeira vez na obra freudiana. Tal termo serve para colocar a questão de que a realidade, a ontogênese, retomaria a filogênese. Segundo essa concepção, o que na “pré-história” foi realidade de fato tornar-se-ia realidade psíquica. Adotaremos o termo “fantasias originárias”, conforme Laplanche e Pontalis (1995).

Desde cedo, Freud procurou descobrir acontecimentos arcaicos, reais, capazes de fornecer o fundamento dos sintomas. Chamou de “cenas originárias” esses acontecimentos traumáticos, cuja recordação seria disfarçada por fantasias. A cena do coito parental seria essa *urszene* e conservaria lugar de destaque entre as fantasias originárias. Ademais, notamos que a passagem de uma concepção realista das cenas originárias àquela das fantasias originárias seria paralela ao delineamento da noção de fantasia em psicanálise, que se estabelece no centro do pensamento freudiano, em oposição à antiga concepção do trauma enquanto evento real. A fantasia representaria o vasto domínio que a psicanálise descobre e concebe: a realidade psíquica.

Entre as ocorrências que aparecem reiteradamente na história infantil, existiriam aquelas de notável importância, tais como observação do coito dos pais, sedução por um adulto e ameaça de ser castrado (FREUD, 1916-1917/1976). Tais recordações se

caracterizariam também pela realidade material. A pertença a uma comunidade, a uma família, etc. atestariam, para Freud, a existência de tais fantasias, corroboradas pelas impressões recolhidas nomeio adulto, circundante e familiar. A observação da relação sexual entre o casal parental é algo que se coloca para as crianças, seja como evento, seja como indagação, suspeita, dedução (como o exemplo da observação do coito entre cães na infância). A sedução por um adulto ou por uma criança de mais idade teria também valor incontestado para Freud. Tais evidências seriam encontradas na história dos sujeitos também como forma de encobrir, escamotear, uma atividade autoerótica, como a masturbação.

Para Freud, essas fantasias originárias constituiriam um acervo filogenético. Através delas e nelas, o sujeito entra em contato, além de sua própria experiência, com a experiência primitiva. Pareceria possível que as coisas relatadas em uma análise como sendo da ordem da fantasia – sedução de crianças, surgimento da excitação sexual pela observação do coito dos pais e castração – tenham sido, em determinada época, ocorrências reais dos tempos primitivos da família humana. Assim, as crianças, em suas fantasias, preencheriam as lacunas da história individual com a verdade pré-histórica (FREUD, 1916-1917/1976).

De todo modo, em Freud existiriam três espécies de fenômenos relativos ao mundo subjetivo: a realidade material; a realidade dos pensamentos de ligação ou do psicológico, a realidade do desejo inconsciente e de sua expressão mais verdadeira: a fantasia (LAPLANCHE; PONTALIS, 1990).

A realidade do desejo inconsciente seria expressa pela fantasia. Essa realidade psíquica também seria constituída pelas fantasias originárias, inconscientes, que a análise descobriria nas crianças e nos pacientes. Em seu conteúdo, em seu tema (cena primária, castração, sedução), as fantasias originárias remetem às origens. Dramatizam como origem de uma história, o que se apresenta ao sujeito como uma realidade tal que exigiria uma explicação, uma teoria. Na cena primária, é a origem do sujeito que se vê figurada. Nas fantasias de sedução, é o surgimento da sexualidade que está em cena. Nas fantasias de castração, é a origem da diferença dos sexos. Em seus temas, encontra-se, portanto, “[...] significado de forma redobrada, o estatuto de ‘já existente’ das fantasias originárias” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1990, p. 61).

A fantasia de sedução é uma fantasia passiva, em que a criança está à mercê do adulto. Encontra-se em um estado de imaturidade, de incapacidade, de insuficiência em relação ao que lhe acontece. É essa defasagem que é o terreno do trauma (LAPLANCHE, 1992). Tal seria a forma da sedução infantil encontrada no nível em que aquela se definiria na relação de passividade da criança em face do adulto. Palavras, gestos, etc., configuram um espectro de agressão, irrupção, violência. Em outro nível, a sedução aparece como apanágio da mãe, e seria veiculada pelos cuidados corporais dispensados ao filho. A sedução materna precoce seria, para Freud, a verdade da sedução (LAPLANCHE, /1992). Por fim, destacamos a sedução generalizada, em que o adulto propõe à criança significantes não verbais e verbais impregnados de significações inconscientes. A criança vê-se confrontada com “significantes que emanam do adulto, ligados à satisfação das necessidades, mas veiculando consigo a potencialidade, a interrogação puramente potencial de outras mensagens sexuais” (LAPLANCHE, 1992, p. 138).

Freud também situaria a fantasia de retorno ao seio materno ou vida intrauterina como originária. Uma fantasia de desejo, de fusão e beatitude, talvez de “nirvana”, realização da tendência à abolição de todos os desejos. Esse retorno teria um duplo aspecto, positivo e negativo. O retorno ao seio materno simbolizado, por exemplo, na escuridão para a criança, ao mesmo tempo desejada e angustiante. A fantasia da cena primária iniciaria o sujeito em algo estranho. Aqui haveria uma vertente negativa – frustração e raiva da criança, posta em presença de algo de que não participa. Já o aspecto de excitação, de desejo, seria da ordem de uma vertente positiva.

Por último, haveria a fantasia de castração, que retomaria todas as outras e apresentaria, para Laplanche (1988), um aspecto negativo mais evidente, que corresponde a uma interdição, ao medo de uma ameaça. Não obstante, haveria o aspecto de desejo, uma fantasia de desejo. Assim, a castração seria tanto desejo quanto medo, daí sua importância.

As fantasias originárias e seus temas (sedução, vida intrauterina, cena primária, castração) contribuem com uma representação para aquilo que aparece para a criança como enigma. Tais teorias explicativas ou estruturas fantasísticas típicas organizariam a “vida da fantasia”, sejam quais forem as experiências pessoais dos sujeitos.

Notamos, para concluir esse tópico, que a noção de fantasias originárias tem um interesse fundamental para a clínica e para a teoria analítica. As reservas que suscita “[...] a teoria de uma transmissão genética hereditária não devem, em nossa opinião, levar-nos a considerar igualmente caduca a idéia de que existem, na fantasística, estruturas irreduzíveis às contingências do vivido individual” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 176).

5.2 O homem dos lobos: uma leitura comentada

O caso do “homem dos lobos” é considerado um dos mais importantes da história da psicanálise, não só pelo quanto foi discutido como também por seu valor clínico, metodológico, psicopatológico, conceitual. Como se percebe já nas notas do editor inglês das obras completas de Freud, ele é o caso mais elaborado e sem dúvida o mais importante de todos os casos clínicos de Freud. O tratamento foi realizado de 1910 a 1914, sendo retomado por um curto período e encaminhado para Ruth Mack Brunswick.

A importância clínica do caso é notável por trazer uma construção elaborada da sexualidade e da neurose infantil, pela questão do método na colocação em obra do modelo do apoio e do *a posteriori*, pela ênfase dada à cena primária e sua relação com as fantasias originárias, prova fornecida pela psicanálise em contraposição aos “desvios” de Adler e Jung, e pela construção do método psicanalítico, clínico e dialético.

Freud estabelece os fatores constitutivos do caso: a neurose infantil e a construção da análise feita *a posteriori* (FREUD, 1914[1918]1976). A vida infantil e a vida adulta do paciente são entrelaçadas pela história do tratamento, que também é história infantil. A fixação de um término para o tratamento, invenção da técnica em diálogo com Rank e Ferenczi, buscava a superação das resistências e da fixação do paciente em sua doença, abrindo caminho (método) para produção e análise de todo o material surgido posteriormente. A construção do caso clínico revelou a importância e a função de modelo teórico da cena primária e da estrutura das fantasias originárias. Parece-nos que tal função de modelo teórico é universalizante (teoria), particular (casos) e singular (o caso do homem dos lobos).

Freud estabelece o histórico do caso e a avaliação geral do ambiente do paciente. Trata com riqueza de detalhes sua história familiar, sua história infantil, as constelações sintomáticas e biográficas. A história do tratamento e a da doença combinar-se-iam na função da escrita do caso.

A anamnese do paciente revela a depressão do pai, a fraqueza da mãe, a inteligência e a morte prematura da irmã dois anos mais velha que ele. As figuras da babá afetuosa e terna, da governanta irascível e autoritária, etc. povoariam a vida infantil do homem dos lobos, que se revelara incapacitado para as relações afetivas e sociais e dependente de outras pessoas. Sofrera de distúrbios de apetite; teve gonorréia aos dezoito anos de idade. Em suas lembranças também figuravam fobia de borboleta, cobras e lobos. Todo o quadro de uma neurose obsessiva infantil foi observado e estabelecido por Freud.

A sedução infantil do paciente também foi estabelecida. Em verdade, a busca da etiologia sexual, das origens da sedução e suas implicações no afloramento da doença. Sua irmã exibira seu órgão genital em uma brincadeira com uma amiga, o que foi fonte de excitação, logo, de sedução, mas também de angústia, de hostilidade. A história dos sete cabritinhos é contada e fixada com uma impressão de horror por parte do paciente. Sua irmã era admirada pela inteligência e disponibilidade ativa, contando com a predileção da mãe e, depois, do pai. Finalmente, a irmã morre. Outras fontes de sedução são colocadas por Freud: a relação com a babá e a ativação da excitação sexual deslocada da irmã para aquela, a ameaça da castração, a regressão do paciente de uma posição genital (ameaça da castração sobre a masturbação) para a anal sádica, o episódio em que o pai mata a cobra com uma vara e ela é reduzida a pedaços. Diante da irmã, da babá e do pai, o paciente mantivera-se em uma atitude passiva.

Entre o período da sedução, caracterizado pelo “mau comportamento”, pela sedução e pela regressão sádico-anal, até os quatro anos do paciente e o período mais longo no qual predominariam os sinais de sua neurose, Freud situa um evento, um sonho narrado pelo sujeito, do qual este acorda em estado de angústia:

Sonhei que era noite e que eu estava deitado na cama (meu leito tem o pé da cama voltado para a janela: em frente da janela havia uma fileira de velhas noqueiras. Sei que era inverno quando tive o sonho, e de noite). De repente, a

janela abriu-se sozinha e fiquei aterrorizado ao ver que alguns lobos brancos estavam sentados na grande noqueira em frente da janela. Havia seis ou sete deles. Os lobos eram muito brancos e pareciam-se mais com raposas ou cães pastores, pois tinham caudas grandes, como as raposas, e orelhas empinadas, como cães quando prestam atenção a algo. Com grande terror, evidentemente de ser comido pelos lobos, gritei e acordei (FREUD, 1914[1918]/1976, p. 45).

Freud observa em detalhes todas as figurações do sonho. Tal trabalho é feito com riqueza de detalhes a partir das lembranças do paciente e de suas construções. Ater-me-ei a dois fatores fundamentais colocados por Freud. A quietude e imobilidade dos lobos representados no sonho indicariam que haveria uma inversão e, logo, algo violento, abrupto e em movimento deveria ter chamado a atenção do paciente. A atenção com que os lobos olhavam indicaria a transformação em seu oposto: ser olhado significaria olhar e a passividade cederia espaço à atividade.

A cadeia ou rede associativa estabelecida por Freud indicava a ocorrência real de algo que datava de um período prematuro do desenvolvimento do paciente. O olhar e a imobilidade revelariam a posição passiva diante da ameaça da castração e do pai e o medo de que algo terrível pudesse ocorrer. A janela abriu-se sozinha e Freud indica que os olhos do paciente abriram-se repentinamente. A inversão operaria na medida em que ser olhado indicava olhar e a imobilidade aludia ao movimento violento. A árvore no sonho era uma árvore de natal, já que o paciente sonhara antes do natal e na expectativa deste. O sonho aconteceu aos quatro anos de idade e o evento ao qual remetia indicava sua ocorrência quando o paciente tinha um ano e meio. Naquela ocasião, foi acometido por acessos de malária, que se davam às cinco horas da tarde. Dormia e era acordado pela febre. Os pais deitavam despídos após a sesta (roupas brancas/lobos brancos). Em uma das crises, observara o coito a tergo dos pais, a cena primária.

Talvez não tenha sido uma cópula entre os pais, mas entre animais, que “depois transferiu para os primeiros, como se tivesse deduzido que seus pais faziam as coisas do mesmo modo” (FREUD, 1914[1918]/1976, p. 77). Freud chega a esse ponto a partir das discussões com os opositores da psicanálise, que reclamavam do “conto de fadas” dessa teoria. A estrita correspondência entre o sonho e os acontecimentos era de capital importância no estabelecimento do método psicanalítico. A análise aprofundada

dos elementos presentes no sonho, os contextos, as histórias, os significantes e os afetos demonstram o rigor freudiano na construção da teoria e do caso clínico.

Ao encerrar a discussão sobre a realidade da cena primária com um *non liquet*⁷, Freud assumia o campo da psicanálise e da prática clínica como sempre em construção e em processo de metabolização, transformação e conceituação: da clínica à teoria e da teoria à prática clínica.

A cena primária é constituinte do complexo de Édipo. Para figurar as coisas desse modo, Freud procede ao estudo das relações dessa cena com o sonho, os sintomas e a história da vida do paciente. Articula o sonho e a história e indica o método. A lembrança da cena primária pelo homem dos lobos deveu-se à conjunção do apoio pelo modelo originário e do *a posteriori* do desejo ulterior.

A questão da existência da realidade da cena primária não faria sentido, posto que esta compreenderia a realidade psíquica e não a material. O acontecimento “fantasmado, memorizado, reconstruído que a cena originária postula é não apenas uma condensação de várias cenas, mais ou menos indiferentes, que se pode propor como autenticadas na história pessoal, mas é sobretudo predeterminado, apoiado pelo modelo que organiza e orienta o processo” (LE GUEN, 1991, p. 133). O sonho do homem dos lobos aponta indícios que lhe fornecem apoios. Vem reconstruir *a posteriori* as diferentes cenas, significando-as e condensando-as, apoiando a sequência da construção histórica: aquela que está por vir e que conduzirá notadamente ao divã analítico. A reconstrução da cena primária segundo a práxis, a história, que Freud a levou a termo, é essa (LE GUEN, 1991).

No caso do homem dos lobos, Freud avança na tese referente à importância da infância no determinismo que produz o adulto. Busca um caso concreto que possa fornecer tal demonstração. Encontra, na prática, o sentido histórico de um acontecimento ou fantasma. No “*a posteriori* desse tratamento ele reconheceu o sentido de um sonho dos quatro anos de idade que lhe foi trazido então, esse sentido consistindo em dar sentido, *a posteriori*, a um conjunto fantasístico-factual dos dezenove meses de idade” (LE GUEN, 1991, p. 150). Freud elabora um conceito teórico novo, cena primária (originária), proposto como devendo organizar a sequência

⁷ Veredicto dado quando as provas num julgamento são inconclusivas.

da história individual. Generaliza-o em “fantasmas originários” e faz dele um instrumental teórico. Por fim, reintroduz esse conceito na práxis analítica, submetendo o novo conjunto teórico à crítica prática. Esse método é importante para a articulação da teoria com a prática, e do apoio com o *a posteriori* na elaboração psicanalítica (LE GUEN, 1991).

Abordando o caso do homem dos lobos sob a problemática da castração, indica-se um desconhecimento da função simbólica do pênis. O paciente rejeitara a castração. Havia duas correntes contrárias: uma abominava a castração, enquanto a outra estava pronta para aceitá-la e a se consolar com a feminilidade como substituto (FREUD, 1914[1918], 1976). Entretanto, havia uma terceira, mais antiga e profunda, que rejeitara a castração. É essa terceira corrente relativa à possibilidade da castração que resulta da rejeição pura e simples (LECLAIRE, 2001). A rejeição ou forclusão (*verwerfung*) “[...] designaria assim uma experiência marcada com o selo indelével de uma falta radical, de um buraco no significante anterior a toda possibilidade de negação, e logo, de recalçamento” (LECLAIRE, 2001, p. 186). Portanto, uma corrente de horror, uma corrente de desejo, pelo menos de aceitação da castração na medida em que essa aceitação é a própria condição de um prazer (homossexual e da relação com o pai), e uma corrente, mais profunda, que não admite nem recusa a realidade da castração, mas comporta-se como se ela jamais tivesse existido. Esta reclama verdadeiramente a castração. Pensa-se também

[...] no delírio de Schreber, em que a castração é o próprio sentido do delírio e igualmente o sentido de um desejo com o qual Schreber se reconcilia, depois de tê-lo recusado durante certo tempo: o desejo de ser emasculado e transformado em mulher, a fim de dar nascimento a uma nova raça de homens engendrados pela união com Deus. (LAPLANCHE, 1974[1988], p. 168).

Nessa via, a leitura que se faz sobre a “psicose” do homem dos lobos, estaria centrada no enigma do falo e na relação com a castração. A evocação da suposta alucinação ocorrida aos cinco anos de idade indicaria isso: a criança brincava no jardim perto da empregada, cortando com sua faca de bolso a casca de uma nogueira; corta o dedo da mão, ficando este dependurado pela pele; tomado de terror, não sente dor alguma, mas um grande medo; aquietava-se, observa seu dedo e repara que este não havia sofrido o menor ferimento. Aqui reaparece, sob a forma de experiência, em uma

realidade alucinatória (puramente imaginária, sem referência simbólica), a ideia de uma pequena coisa que pode ser separada do corpo. O pênis, “[...] em suma, cujo valor simbólico próprio teria sido, de alguma forma e primitivamente, alterado” (LECLAIRE, 2001, p. 188).

Não obstante a importância da última *ratio* freudiana da castração como fundamento teórico e clínico, reconhecemos também e de forma notável, o valor e o alcance da cena primária como determinante na constituição da realidade psíquica, bem como na causação da paranoia.

Afinal, não nos surpreende o fato de que o caso clínico do homem dos lobos tenha sido considerado de neurose obsessiva por Freud e depois definido como um caso de paranoia, a partir da análise e do episódio psicótico ocorridos no divã de Ruth Mack Brunswick. Não nos surpreende visto que a importância e o alcance da cena primária descoberta e reconstruída a partir do sonho indicaria a prevalência do par do apoio e do *a posteriori* na constituição da realidade psíquica, logo, da “verdade histórica”. Desconfiamos também que o apoio exercido pela cena primária para o *a posteriori* do sonho narrado na transferência revelaria o modelo teórico freudiano e o método psicanalítico como clínico e também dialético. Ademais, destaca-se a violência figurada pela reconstrução da cena primária e sua impossibilidade representacional. É na esteira de sua apresentação e na urgência de sua figuração que localizamos um fio que talvez conduza à problemática da cena primária e suas relações com a paranoia.

5.3 Hipótese: operador conceitual na clínica

Trataremos agora da cena primária como operador conceitual na clínica e seu estatuto concernente à determinação da paranoia. Para tanto, retomaremos alguns pontos fundamentais do caso clínico exposto nesta dissertação e dialogaremos com vetores teóricos que permitem o estabelecimento da cena primária e sua violência geradora como a hipótese que melhor identifica a geração e a manutenção do conflito, por vezes mortífero, na paranoia.

A cena primária e sua capacidade operativa serão destacadas enquanto conceito que permite articular seu alcance e seus contornos na determinação da paranoia. Situa-la enquanto operador conceitual, modelo que impõe uma fecundação estrutural da

paranoia, responderia às exigências postas pelo caso clínico em questão e pelo modelo legado por Freud na análise do homem dos lobos.

O sonho do homem dos lobos ocorrido na infância conduziu à (re)construção da cena primária como recurso teórico, psíquico e clínico. Primeiro hipótese, depois generalização e confirmação, o sonho no *a posteriori* vem significar uma anterioridade antes fantasmática do que material. Tratar-se-ia da realidade psíquica, não da realidade material. No tratamento e na transferência, emergiria o terceiro movimento, agora construindo certo encadeamento. Do sonho à cena primária, desta à fantasia originária, o apoio encontrado pelo *a posteriori* forma um par dialético.

Verificamos a relação dialética existente entre os três tempos da cena primária. Tal é o modelo legado no homem dos lobos, onde Freud construiu com o paciente esta cena, que apoia o sonho e é criada na transferência enquanto verdade histórica e realidade psíquica. Eis a conjunção desse par dialético do apoio e do *a posteriori*.

Retomaremos agora alguns eixos de análise de nosso caso clínico. O primeiro, presente desde o início dos atendimentos, remetia ao ódio e à violência. O paciente afirmava que 'toda relação sexual só é possível no ódio e na violência. Dizia ainda que a linguagem e os afetos do ato sexual e do nascimento são violentos. Portanto, o paciente fazia referência ao nascimento, à linguagem e à relação sexual. Ambos seriam inexoravelmente marcados pelo ódio e pela violência. O ato sexual, a relação sexual e, por extensão, a relação entre o casal parental, a cena primária, seriam possíveis somente nessa figuração onde o desejo de conflito, o desejo de ódio, o ódio do ódio indicariam a prevalência do ódio em detrimento do amor e, sobretudo, a prevalência da cena primária, cujo caráter catastrófico e impossível de se representar, simbolizar, estaria na imposição desse real bruto não passível de simbolização (origens/cena primária/nascimento).

No segundo eixo de análise, o sujeito narra a cena em que, na transição da infância para a puberdade, via um ato sexual entre um homem e uma mulher. Afirma ter sido tomado, revela uma fúria e novamente diz da violência do ato sexual. Quando indagado sobre o que havia feito ali, o paciente abre um sorriso e diz "entrei na cena". Afirma ter podido participar e ter se sentido incluído. De forma notável, retifica sua posição diante dos pais biológicos, antes vistos como sem valor, afirmando que seu pai

deve ter sido um homem bom, pois era pescador e trabalhava muito. Sua mãe agora era vista como uma mulher honesta. Conclui dizendo que seus pais tiveram uma relação e ele nasceu: “fui feito do amor e do desejo”.

Neste contexto, temos a figuração da cena primária a partir de três pontos. Primeiramente, a cena da primeira infância, suposta e entrevista, fundada no ódio, na violência e na geração do conflito. Apoiados na teoria que a prefigura e estabelecida no caso clínico concreto, dizemos do nascimento e do ato sexual (origens do sujeito) como possíveis somente na permanência da violência e do ódio. Em um segundo ponto ou corte, o paciente narra a cena vivida na passagem da infância para a puberdade. Sente-se excluído e é tomado de horror. Finalmente, no tratamento e sob transferência, afirma ter entrado na cena para fazer parte.

Desse modo, temos que as três figurações da cena primária aparecem na história do tratamento. A cena narrada no segundo eixo, transição da infância para a adolescência, seria uma reconstrução que se apoiaria na cena primária. Por sua vez, ao narrar os acontecimentos, sob transferência, tal narrativa é também reconstrução da cena de transição da infância para a adolescência e *a posteriori* dessa cena. Portanto, a cena originária da primeira infância, fundada no ódio e no conflito, seria apoio da cena seguinte. Esta cena, ocorrida na passagem da infância para a puberdade, causaria horror ao paciente. Trata-se do *a posteriori* da cena 1 e também do apoio para a cena 3. Nessa última, na idade adulta, sob a égide da transferência e do tratamento, haveria a reconstrução em análise das cenas 2 e 1. Assim, seria a *a posteriori* da cena dois, cujo apoio se encontraria na cena dois e um. Haveria, desta feita, elaboração e, portanto, estaríamos diante da história e da práxis.

Haveria assim uma relação dialética entre os três tempos da cena primária. A cena primária apoia a lembrança que constrói a realidade psíquica, sendo criada na transferência enquanto verdade histórica.

Com efeito, antes da emergência dessa cena na história do tratamento, o paciente dizia que sua mãe era terrível e muito ferosa, devoradora. Afirmava ainda que seu pai biológico era um vagabundo e que o castraria. Sob os efeitos do tratamento, B. pode experimentar, a partir da emergência da cena primária, uma elaboração significativa que lhe permitiu “conhecer” a mãe como honesta e o pai, ainda que

desconhecido, como trabalhador e bem querido. Desse modo, a cena primária seria um operador conceitual na clínica. A partir de sua aparição no tratamento, remeteria à passagem da infância para a puberdade, e desta para a cena originária da primeira infância, que é, portanto, desdobrada na cena secundária vista por volta dos 12 anos, narrada no tratamento e confirmada pelo fato de que a relação sexual só seria possível na violência e no ódio, segundo as palavras do paciente.

Se a cena originária como fantasia das origens está selada nesse tempo mítico e infantil, tempo em que as origens do sujeito colocam-se de forma marcante e indelével enquanto momento de ódio e de violência inaudita, a cena narrada pelo paciente demonstra o horror, a exclusão e o não pertencimento. Sob a dinâmica da transferência, B. diz ter podido entrar na cena e é tomado de alegria. Por conseguinte, afirmamos que a cena primária funciona como operador conceitual na clínica, já que, narrando-a, historicizando-a e reconstruindo-a, o sujeito passa a figurar na cena originária de suas origens, resultando assim, através da elaboração no tratamento, na possibilidade do sujeito fazer parte, ser incluído na relação sexual, agora baseada no amor e no desejo, relação cujo fruto seria o próprio sujeito. A cena primária, esse monumento fantasmático responde pela origem do sujeito a partir da relação sexual entre o casal parental. Uma teoria sexual infantil que visa explicar o ato sexual constitutivo do ser. Uma teoria sobre as origens e a emergência do ser no mundo.

No registro da psicose, a cena primária aponta fragmentos, partes do corpo procurando-se e rejeitando-se mutuamente. Pode ser pensada em dois tempos na neurose, apoio e *a posteriori*, sendo o primeiro pré-simbólico, retomado pelo sujeito em um “só depois”, simbolizado por ele. Na psicose, o primeiro tempo seria esse “real bruto” que se imporia, não simbolizado pelo sujeito, oferecendo para toda tentativa posterior de simbolização um núcleo irredutível. Aqui haveria o fracasso, o caráter catastrófico do segundo tempo.

A cena primária, portanto, assume toda a sua importância na psicose, principalmente da paranoia. “É um fantasma privilegiado, pois situa o paranóico no pico de um poder compensatório que junta sua face generativa e sua face destrutiva no ponto inapreensível da própria origem do sujeito” (ROSOLATO, 1988, p. 257). O ato sexual é concebido como violência generativa e a cena primária aparece para o

paranoico como uma luta originária em suas relações com o mundo, mas também nele mesmo, entre os dois sexos e entre o sistema generativo e a face destrutiva da paranoia. O casal parental do paranoico está construído sobre a rivalidade e o ódio, de modo que, para a criança que é chamada a testemunhar a erotização do conflito, o prazer, o gozo e o desejo traduzem-se por enfrentamento, desconfiança e ódio (AULAGNIER, 1979).

O que na neurose ensejaria uma teoria explicativa, na psicose verifica-se uma teoria delirante sobre as origens. O ódio não cede passagem. Há prevalência deste ódio em detrimento do amor, do desejo e do conhecimento. Permanece a cena primária enquanto conflito, momento cáustico e de violência inaudita, apenas o retorno e a repetição atualizada da violência inaugural de uma relação a três, onde o terceiro, frágil e ultrapassado, torna-se consistente, gozador, arrombador, perseguidor, delirante.

Encontramos com essa violência generativa/destrutiva a resposta paranoica ao desamparo humano, insegurança fundamental, suspeita e desconfiança que se tornam sistema. A organização do delírio oferece para esse quadro a solução que podemos qualificar de autogenerativa (ROSOLATO, 1988). Logo, a estrutura paranoica desenvolve-se graças ao potencial autogenerativo da cena primária, fantasma originário que soma contradições, geração e destruição, união que se torna irresolúvel na psicose exceto pelo delírio autogenerativo.

A relação dos pais, situada tanto no fantasma quanto na realidade, deve ser considerada como provocando duas consequências principais: a primeira é a prevalência, a permanência, a incitação da cena primária que se impõe ao paranóico. Nela, coloca-se de maneira repetitiva a questão de sua origem defeituosa, necessitando uma recriação, uma correção inesgotável. A segunda consequência é a própria modalidade dessa cena primária, que une os contrários do ódio e do desejo e, sobretudo, da destruição e da geração. Por isso, a cena primária é de uma maneira imperativa, automática, mentalmente suscitada, reativada, cada vez que entra em jogo um conflito que faz aparecer a geração, a destruição ou a origem (ROSOLATO, 1988).

O traço principal da cena primária na paranoia é que o impacto constante e repetido da cena primária é recebido somente como conflito, violência e destruição. O ato sexual na paranoia não poderia vir acompanhado de um pacto simbólico. A

destruição que ele implica, a violência que ele engendra tornam-se uma prova a ser assumida que serve de criação original. O ato sexual reproduzido, transposto segundo um modelo parental da cena primária é apenas violência destrutiva.

Existiriam, com efeito, razões para colocarmos lado a lado a cena primária de nosso paciente e a do homem dos lobos, recolhida no divã de Freud. O que se quer mostrar é a prevalência do par dialético, apoio e *a posteriori*, como um processo. Ademais, indicamos a capacidade geradora da cena e os efeitos desta sobre as origens do sujeito. Assim, firmamos nosso propósito e destacamos a violência da cena, cujo impacto estabelece a conjunção entre tal violência e o sexual, entre o real e o traumático. Deste modo, consignamos o valor da cena primária sob o signo da violência enquanto ponto fundamental e mais: a cena primária como tendo valor de modelo, tanto teórico quanto clínico.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

Nesta conclusão é importante reconhecer algumas dificuldades apresentadas na narrativa desta dissertação. Reputo-as ao processo de elaboração e execução da escrita, portanto das questões mais objetivas e formais, bem como ao processo de amadurecimento e tentativa de melhoria da capacidade de pesquisa científica, com o distanciamento exigido do objeto e também com o aprimoramento da escrita. Mister considerar algum esforço empreendido nesta tentativa de comunicar algo relevante do ponto de vista clínico e teórico. Assim, alguns problemas de ordem metodológica, conceitual e clínica são inevitáveis, a despeito de poderem ser tratados e melhor trabalhados. No atual contexto de minha pesquisa e capacidade de elaboração, foi o que consegui realizar.

Não poderia encerrar este trabalho sem considerar algumas notas sobre a prática clínica psicanalítica no campo da psicose. Desde Freud, cujas dificuldades relativas ao campo da psicose nunca foram minimizadas, as concepções teóricas e clínicas buscaram dar conta dos manejos e das manobras exigidos na clínica e no trabalho com pacientes ditos graves, psicóticos. As variações clínicas propostas por Sandor Ferenczi, depois os remanejamentos levados a termo pela escola anglo-saxônica e ainda a partir das contribuições da Psicanálise francesa, notadamente de Lacan, mas também de Piera Aulagnier, Dolto, Leclaire, dentre outros, possibilitaram o avanço da Psicanálise na abordagem e no tratamento clínico da psicose.

Do ponto de vista teórico, noções e conceitos como Narcisismo, ego ideal, ideal do ego, projeção, identificação, defesa e conflito psicótico (Freud), identificação projetiva, angústias, defesa e fantasias arcaicas (escola inglesa), imaginário, simbólico, real, gozo, transferência erotômata e persecutória, forclusão, secretariado do alienado (Lacan), potencialidade psicótica, pensamento delirante primário, cena primária, casal parental (Aulagnier), bem como diversos outros termos, definições e aproximações permitiriam a psicanálise de pacientes psicóticos, com os consequentes desdobramentos clínicos, tanto teóricos quanto técnicos.

O estatuto das intervenções e do manejo na clínica da psicose merece consideração detida. Importante ainda destacar que, 'mutatis mutandis', Freud

considerava que os pacientes psicóticos também sofriam de suas reminiscências, assim como os sujeitos neuróticos. Dá indicativos de que a clínica da psicose e as modalidades da técnica serviriam também na condução e no manejo do tratamento com psicóticos.

A interpretação ou as modalidades de interpretações no campo clínico merecem destaque. A interpretação em análise remetendo à ordem do recalçado, objetivando trazer à consciência o inconsciente recalçado. Nesta clínica freudiana, a interpretação incide sobre as resistências que obstaculizam o andamento do processo analítico. As resistências devem ser superadas e para tanto se exigiria a detecção das mesmas e o 'vencimento' destas. Nesta primeira visada, portanto, a clínica freudiana de interpretação e superação das resistências estaria baseada no campo das neuroses. Entrementes, quando Freud estabelece, a partir da segunda tópica, as modalidades de resistência encontradas nas instâncias psíquicas, Id, Ego e Superego, ver-se-ia aparecer uma gama de possibilidades de manejo técnico na prática clínica. As resistências não seriam somente aquelas encontradas no ego, seja a força contrária ao surgimento do material recalçado, as defesas patológicas ou o ganho proveniente da doença.

Desta feita, as resistências do Id, notadamente a compulsão à repetição, e as do Superego, reação terapêutica negativa e o sentimento de culpa permitiriam ampliar o quadro de intervenções da psicanálise para além da primeira tópica e do princípio de prazer/ desprazer/ realidade. Assim, a repetição a serviço do princípio de prazer/ desprazer, portanto da pulsão de vida, não seria suficiente para explicar todos os fatos clínicos. A repetição estaria, com efeito, a serviço do princípio de inércia neuronal ou nirvana, de aniquilamento de toda forma de tensão psíquica e o retorno para um estado de quietude, cujo móvel seria a pulsão de morte. As interpretações não se reduziriam mais àquilo que seria da ordem do inconsciente recalçado.

De outro modo, no rastro das novas descobertas e das invenções no campo da clínica e no campo conceitual, Freud indica um novo território para as modalidades de intervenção clínica e ou técnica. As construções em análise firmariam um horizonte profícuo, permitindo o trabalho terapêutico no campo das psicoses, casos difíceis, etc., em que o mecanismo estrutural ou a modalidade de defesa específica deste campo não

seriam contemplados com o conceito de recalque e com a questão de que a clínica psicanalítica deve trabalhar para tornar consciente aquilo que é da ordem do inconsciente recalçado. A clínica deveria ir além e considerar que o inconsciente da segunda tópica, portanto o 'Id/ Isso', não se reduziria ao recalçado. Pensamos que os caminhos entreabertos por Freud e seus primeiros discípulos indicavam a possibilidade de trabalho da psicanálise também no campo das terríveis doenças mentais, as psicoses.

Poderíamos então estabelecer as modalidades de intervenção clínica. As interpretações (tentativa de correlacionar dados do presente com dados do passado) e as construções em análise (edificação complexa que correlaciona todo o período da vida do paciente, uma série que se retém, com a situação atual) como modalidades freudianas e importantes para toda clínica possível das neuroses, mas também das psicoses. Acresceríamos outra modalidade, o assinalamento (descrição do que acontece). Além disso, importante considerar as intervenções sob a rubrica das pontuações, intervenções onde se trabalha com as várias formas possíveis, interrogações, exclamações, virgulações, etc. Tal modalidade foi incrementada e aperfeiçoada por Lacan. Ademais, indica-se ainda a modalidade de ato, o ato analítico, como invenção e prática lacaniana de grande valor.

Sobre o tratamento, consideramos que as intervenções, por ex. as interpretações, se dão na transferência. Não obstante, considerar-se-ia de grande utilidade, preservando-se a ética e o fazer clínico, as modalidades de interpretação da transferência. Não obstante, há que se evitar eventuais desvios, impropriedades, 'achismos', intuições vazias, etc., no território da prática clínica.

Agora indicamos algumas intervenções clínicas ocorridas ao longo do tratamento psicanalítico do 'nosso' paciente em questão.

Na primeira versão sobre o crime, conforme mencionado em outro tópico, ele diz que teve que matar, pois a vítima lhe pedia algo. Em um tempo posterior, afirma que sua mãe adotiva teve um filho que nasceu morto e que sua mãe consanguínea quis abortá-lo. Prossegue dizendo que a irmã adotiva lhe negou uma casa, apesar de sua insistência e sua necessidade. Associa em descarrilo, afirmando que sua mãe era danada, "comia todos os homens". Diz que vivia em uma confusão e que as mulheres

queriam tirar todo o seu saber, tudo que tinha. “Queria matar. Tive que reprimir”. Nesse ponto, faço a seguinte intervenção: “quando pede a casa e sua irmã nega, deve ter sentido muita raiva e desejo de matá-la. Em BH, ao ser abordado pelo mendigo pedindo algo, parece ter ficado furioso e matou. É como se a raiva sentida antes, mas engolida, explodisse, fosse expelida e se dirigisse ao mendigo”. B. permanece sentado após a intervenção, mostrando-se apaziguado. Fala que, quando esteve em São Paulo, teve problemas, mas graças a um sujeito que conheceu e que falava a mesma língua que ele, foi liberado. Complementa dizendo ser muito bom ser entendido, poder comunicar-se.

Noutro momento, o paciente diz das mulheres e da procriação. Aquelas procriavam feito ratos. Sem filiação e pro mundo. Aqui intervenho, indicando que o paciente se via como o filho morto e também como filho abortado e, logo, como um rato, sem filiação, por instinto e pro mundo. O paciente diz que andava sozinho, confuso e perdido. Afirma que era muita confusão e que queriam tirar tudo o que tinha. Disse ter ‘reprimido’. Neste contexto, comete o crime.

Em outro recorte, fala que, na puberdade, presenciou um ato sexual e foi tomado pela cena. Mostra feições de fúria e comenta sobre a violência do ato sexual. Prossegue e, ao final, diz ter feito parte da cena. Aqui também operamos na medida da cena primária. Esta teria valor de modelo clínico e teórico. Também remeteria ao método propriamente psicanalítico, clínico e também dialético. A cena primária, consignando o valor de modelo teórico e clínico, apontaria o método freudiano de verificação, ‘dialogação’, interpretações e construções psicanalíticas. Indicaria também a proeminência do par dialético do apoio e do a posteriori no processo psicanalítico. Consideramos, pois, que o campo da psicanálise é afeito ao campo das psicoses. Deste modo, a prática clínica, as intervenções, as modalidades de transferência, etc., são importantes no manejo, na condução e no tratamento da psicose.

O acolhimento dos pacientes, a escuta e o tratamento são fundamentais na dinâmica e no processo psicanalítico. Os silêncios do analista, mas também suas palavras são relevantes. Acompanhar e tratar os casos clínicos de psicose a partir do referencial psicanalítico é mais do que uma aposta. Trata-se da colocação em obra de uma prática clínica orientada pela metapsicologia, pela psicopatologia e pela ética.

Desta ética, dizemos simplesmente ser condição fundamental, fundante e norteadora de toda práxis.

Acolher, escutar e tratar, eis, pois, a dimensão ética de toda prática clínica. Acolher a psicose e o sujeito psicótico, escutar seu sofrimento e ofertar o dispositivo analítico para o tratamento. Acompanhar o sujeito, o caso clínico, manejar e modular a dinâmica da transferência e do tratamento. É preciso testemunhar, secretariar o alienado (sentido de Lacan), mas também e de forma diligente e atenta estar disponível para a clínica no campo da psicose e suas exigências.

Precisamos também intervir, pontuar, interpretar e operar na medida das construções em análise. Tais construções são obra do tratamento, logo do paciente, mas necessariamente obra do analista.

Não recuar diante da psicose é aceitar a complexidade, os impasses e as possibilidades de todo tratamento possível no campo das psicoses. Interessa-nos trabalhar com os significantes ou representações - mas também os significados ou afetos – bem como com os estados de corpo próprio apresentados pelo sujeito. Deste modo, apostamos na clínica psicanalítica das psicoses. Clínica psicanalítica da psicose firmada e desenvolvida ao longo da história da psicanálise, de seus conceitos, de sua prática clínica.

A Psicanálise convoca, construímos o campo, evitando toda espécie de reducionismo ou simplificações. O campo da psicanálise é obra das descobertas e da invenção de muitos. De Freud aos nossos dias, o caminho é trilhado e percorrido em cada serviço onde atuamos, no isolamento dos consultórios, nas discussões teóricas, na prática de supervisão e também em nossa própria análise pessoal e em nossa capacidade analítica.

REFERÊNCIAS

- ALLOUCH, Jean. **Paranoia**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.
- AMBERTÍN, Marta Gerez. **Imperativos do Supereu**. São Paulo: Escuta, 2006.
- AULAGNIER, Piera. **A violência da Interpretação**: do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1979.
- AULAGNIER, Piera. **Um intérprete em busca de sentido**. São Paulo: Escuta, 1990. 2 v.
- AULAGNIER, Piera. **O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro**. São Paulo: Escuta, 1989.
- CROMBERG, Renata Udler. **Paranoia**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- FERENCZI, Sándor. O papel da homossexualidade na patogênese da paranoia. In: FERENCZI, Sándor. **Obras completas**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. v. 1, p. 155-171.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **Elementos para a clínica contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2003.
- FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **Ética e técnica em psicanálise**. São Paulo: Escuta, 2000.
- FREUD, Sigmund. Carta 52, 1896. In: FREUD, Sigmund. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 324-331. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).
- FREUD, Sigmund. Projeto para uma psicologia científica, 1895. In: FREUD, Sigmund. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 333-443. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).
- FREUD, Sigmund. Rascunho H, 1895. In: FREUD, Sigmund. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 290-298. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).
- FREUD, Sigmund. Rascunho K, 1896. In: FREUD, Sigmund. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1990. p. 307-318. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, Sigmund. As Neuropsicoses de Defesa, 1894. In: FREUD, Sigmund. **Primeiras publicações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 53-66. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).

FREUD, Sigmund. Observações Adicionais sobre as Neuropsicoses de Defesa, 1896. In: FREUD, Sigmund. **Primeiras publicações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 163-183. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria, 1893/1895. In: FREUD, Sigmund. **Primeiras publicações psicanalíticas**. Rio de Janeiro: Imago, 1995. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 2).

FREUD, Sigmund. O Caso de Schreber, 1911. In: FREUD, Sigmund. **O caso de Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. p. 23-108 (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).

FREUD, Sigmund. Pulsão e suas vicissitudes, 1915. In: FREUD, Sigmund. **A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 137-162. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).

FREUD, Sigmund. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Conferência XXIII. In: FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias sobre psicanálise** (parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 419 - 439. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14).

FREUD, Sigmund. Uma Neurose Infantil, 1918[1914]. In: FREUD, Sigmund. **Uma neurose infantil e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 19-151. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 17).

FREUD, Sigmund. Além do princípio de prazer, 1920. In: FREUD, Sigmund. **Além do princípio de prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 17-85. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18).

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável, 1937. In: FREUD, Sigmund. **Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 247-287. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23).

FREUD, Sigmund. Construções em Análise, 1937. In: FREUD, Sigmund. **Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 291-304. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23).

GREEN, André. **O discurso vivo: uma teoria psicanalítica dos afetos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

LACAN, Jacques. **Da psicose paranóica em suas relações com a personalidade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

LACAN, Jacques. **As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LE GUEN, Claude. **A dialética freudiana – 1: prática do método psicanalítico**. São Paulo: Escuta, 1991.

LAPLANCHE, Jean Louis; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, Jean Louis; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Fantasia originária, fantasias das origens, origens da fantasia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

LAPLANCHE, Jean Louis. **Problemáticas II: castração / simbolizações**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

LAPLANCHE, Jean Louis. **Novos fundamentos para a psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, Jean Louis. **Freud e a sexualidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

LECLAIRE, Serge. **Escritos clínicos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

MEZAN, Renato. **Figuras da teoria psicanalítica**. São Paulo: Escuta, 1995.

MOURA, Ana; NIKOS, Isac. Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. **Pulsional: Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 13, n. 140/141, p. 69-76, 2000.

NASIO, Juan David. **Os grandes casos de psicose**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

RIBEIRO, Paulo César Carvalho. O real é sexual: mal-estar na clínica lacaniana das psicoses. **Revista Percorso**, Belo Horizonte, n. 27, p. 113-125, 2002.

RIBEIRO, Paulo César Carvalho. O analista como guardião do enigma. In: CARVALHO, Ana Cecília; FRANÇA, Cassandra (Org.). **Estilos do xadrez psicanalítico: a técnica em questão**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

ROSOLATO, Guy. **Elementos da interpretação**. São Paulo: Escuta, 1988.

ROUDINESCO, Elizabeth. **A parte obscura de nós mesmos**: uma história dos perversos. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

SCHREBER, Daniel Paul. **Memórias de um doente dos nervos**. São Paulo: Paz e Terra, 1995.

SIMANKE, Richard Theisen. **A formação da teoria freudiana das psicoses**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.