

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Vanessa Cristina de Freitas

O amor de transferência na clínica das psicoses

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2017

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PUC-SP

Vanessa Cristina de Freitas

O amor de transferência na clínica das psicoses

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhôa Cintra.

SÃO PAULO

2017

BANCA EXAMINADORA

*Aos amorosos
que fazem a diferença.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu prezado orientador Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, *in memoriam*, pelo privilégio de tê-lo escutado nas aulas, laboratórios, seminários clínicos e momentos de café, por apostar em meu projeto e, principalmente, por me ensinar a pesquisar com a mesma paixão da criança curiosa que se depara com um mundo novo, obscuro e enigmático, e inicia sua jornada de descobertas. Saudades!

À Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhôa Cintra, por ter me aceitado como orientanda “aos quarenta e cinco do segundo tempo”, por todo seu cuidado, atenção e respeito com o meu trabalho.

À Profa. Dra. Julieta Jerusalinsky, pela disponibilidade em me acompanhar nos últimos seis meses de escrita, pela leitura atenta e pelos generosos apontamentos que deram pernas para o caminhar desta dissertação.

Ao Ms. José Waldemar Thiesen Turna, pelas supervisões do caso Pedro que me incentivaram à busca pelo Mestrado, por confiar em meu trabalho clínico e por ter me apresentado ao Prof. Manoel.

Às integrantes das Bancas de Qualificação e Defesa, representadas pelas Professoras Dra. Isabel da Silva Kahn Marin, Dra. Julieta Jerusalinsky, Dra. Silvana Rabello e Dra. Adela Stoppel de Gueller.

Aos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, pelos ricos comentários compartilhados ao longo desses dois anos e meio, especialmente à Ana Cecília Magtaz, Laerte de Paula, Marcelo Mello, Veronika Pereira, Chritiana Paiva de Oliveira, Amanda Rizzo, Alessandro Camargo, Rosângela Correia, Patrícia

Bouças, Neusa Trevisan, Antônio Alberto Almeida, Vivian Rei, Cláudio Lira, Cybelle Weinberg e Tomás Bonomi.

À Cláudia Perrotta, pela revisão dedicada sobre a minha pesquisa.

Ao Ernesto Duvidovich, por despertar meu interesse pela clínica das psicoses.

Aos Professores do Curso de Formação em Psicanálise do Centro de Estudos Psicanalíticos (CEP), do Curso de Psicanálise com Crianças do SEDES Sapientiae e do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP.

Às preciosas amigas que ganhei no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, Thais Zanoni, Dagmara Tomotani e Thais Pereira, pela cumplicidade e acolhimento.

Aos queridos Fernanda Miranda, Tábata Romani Hernández, Germana Moraes, Carina Braga, Tais Nicoletti, Gustavo Dean, Juliana Zweifel, Cláudia Freire, Miriam Faria, Camila Zanatta, Daniel Augusto Alves e Amanda Slaviero, pelos bons encontros.

Aos pacientes, pela singularidade que convoca a escuta.

À minha analista, por sua escuta amorosa.

Aos meus pais, Enoc e Solange, e ao meu irmão, Vinícius, pela base familiar.

Aos meus amados Thainá e Diego, porque a vida é bem melhor ao lado deles!

À CAPES, pelo auxílio-bolsa, fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

FREITAS, V. C. (2017). *O amor de transferência na clínica das psicoses*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica). São Paulo, SP: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

RESUMO

A presente dissertação dedica-se ao estudo da configuração do tratamento psicanalítico a pacientes psicóticos, tendo em vista os impasses frente à constituição da transferência diante do funcionamento psíquico delirante. Parte então de uma situação enigmática vivida pela analista ao longo dos atendimentos a um paciente psicótico que se expressava com um discurso amoroso. Apresenta uma articulação entre os conceitos psicanalíticos de neurose, psicose e transferência, sobretudo a partir de Freud e Lacan, para contemplar reflexões acerca da singular construção delirante do paciente, incluindo as peculiaridades do amor de transferência na clínica das psicoses e a escuta do psicanalista no encontro com a lógica discursiva delirante.

Palavras-chave: psicose; psicanálise; amor de transferência; Psicopatologia Fundamental.

FREITAS, V. C. (2017). *Transference love in psychosis' clinic*. (Clinical Psychology Master dissertation). São Paulo, SP: Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

ABSTRACT

This dissertation devotes itself to study the elaboration of psychoanalytic treatment for psychotic patients, having in view the impasses regarding the constitution of the transfer in the delusional psychic functioning. It starts from an enigmatic situation experienced by the analyst during her appointments with a psychotic patient who expressed himself by a loving speech. The paper presents an articulation between the psychoanalytic concepts of neurosis, psychosis and transference, mainly from Freud and Lacan, contemplating reflections about the patient's delirious construction uniqueness, in which are included transference love's peculiarities in psychosis clinic and psychoanalyst's listening when facing a delusional discursive logic.

Keywords: psychosis; transference love; Psychoanalysis; Fundamental Psychopathology.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. O MÉTODO CLÍNICO	18
2. CASO CLÍNICO	25
3. NEUROSE E PSICOSE	34
3.1. <i>Neurose e psicose na metapsicologia freudiana</i>	37
3.2. <i>A constituição do sujeito e a psicose na teoria lacaniana</i>	42
3.3. <i>As psicoses para a Psicanálise e a Psiquiatria</i>	53
4. A TRANSFERÊNCIA E A FALA ENDEREÇADA AO PSICANALISTA	57
4.1. <i>Transferência e clínica</i>	59
4.2. <i>Transferência e psicose</i>	66
4.3. <i>O Outro sem alteridade da psicose</i>	75
5. O SINGULAR DELÍRIO DE PEDRO	79
5.1. <i>A metáfora delirante das origens</i>	80
5.2. <i>O delírio de influência</i>	86
5.3. <i>A mãe como Outro absoluto e a lei que retorna no real</i>	94
6. O AMOR DE TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DAS PSICOSES	100
6.1. <i>É preciso ser um para amar outro</i>	101
6.2. <i>Do gozo do Outro à metáfora delirante do amor</i>	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
<i>A escuta do psicanalista no encontro com a lógica discursiva delirante</i>	120
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	131

INTRODUÇÃO

Uma palavra abriu o roupão pra mim.

Ela deseja que eu a seja.

*A terapia literária consiste em
desarrumar a linguagem a ponto que ela
expresse nossos mais fundos desejos.*

(Manoel de Barros)¹

Apresento nesta dissertação o trabalho que desenvolvi durante o Mestrado no Laboratório de Psicopatologia Fundamental², inserido no Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, pelo Núcleo de Psicanálise da PUC-SP³.

O objetivo foi estudar a configuração do tratamento psicanalítico a pacientes psicóticos por meio de um caso clínico, tendo em vista os impasses na constituição da transferência diante do funcionamento psíquico delirante, e, mais especificamente, do amor de transferência.

Adotando como base a metapsicologia freudiana, as formulações lacanianas e o rico campo da Psicopatologia Fundamental, que se debruça sobre os fenômenos psicopatológicos da subjetividade, busquei refletir aqui a respeito das vicissitudes do tratamento do paciente que nomeei Pedro⁴. O tema “amor de transferência na clínica das psicoses” surgiu de um enigma produzido no decorrer dos atendimentos, que

¹ Barros, in *Poesia completa*, 2013, p. 321.

² Para maiores informações sobre o Laboratório de Psicopatologia Fundamental, cf. <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>

³ O Laboratório de Psicopatologia Fundamental, assim como o Núcleo de Psicanálise da PUC-SP foram encerrados após o falecimento do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, Ph.D., em junho de 2016, que foi meu orientador até essa data. Por este motivo, a partir do mês de julho de 2016, a Profa. Dra. Elisa Maria de Ulhôa Cintra passou a orientar este trabalho.

⁴ Contemplando as questões éticas da pesquisa, o nome Pedro é fictício. A escolha do nome é revelada no Capítulo 5.

muito me instigou, levando-me a questionamentos acerca do manejo adotado na clínica das psicoses, bem como do modo de expressão psicopatológica de meu paciente.

Pedro se expressava com falas que poderiam ser compreendidas como amor de transferência. Mas, se, de acordo com Freud, a transferência na clínica psicanalítica ocorre com pacientes neuróticos, o que expressaria o discurso amoroso de Pedro, sendo ele um paciente psicótico?

Segundo a Psicanálise, se existe o amor de transferência, um trabalho analítico é possível. Entretanto, tratando-se da psicose, como se processa a transferência, sendo o tratamento atravessado pelo funcionamento psíquico delirante? Podemos falar em transferência na clínica das psicoses?

Essa complexa trajetória indagativa teve início quando, em uma de nossas sessões, Pedro se referiu a um trecho da música “A Vida é Desafio”, da banda de *rap* Racionais Mc’s, da qual dizia ser fã: “O caminho da cura pode ser a doença”. Vi-me então instigada a compreender o *pathos* de Pedro, quer dizer, aquilo que provocava seu sofrimento e apassivamento diante da vida. Passei então a me indagar sobre o modo de constituição do trabalho clínico e os caminhos possíveis para a transformação, tanto do paciente quanto do clínico, em experiência terapêutica e metapsicológica, tal como a Psicopatologia Fundamental defende.

Constituída por Pierre Fédida durante a década de 1970, na Universidade de Paris 7 – Denis Diderot, a Psicopatologia Fundamental surge como um posicionamento que marca a importância da subjetividade e da singularidade diante do *pathos* psíquico, sendo distinta da Psicopatologia Geral do psiquiatra Karl Jaspers, a qual trata de uma narrativa objetiva das doenças mentais partindo da tradição

psiquiátrica, visando classificar e sistematizar o sofrimento psíquico e diferenciando o normal do patológico.

A Psicopatologia Fundamental parte de Hipócrates, na Grécia Antiga, debruçando-se sobre a investigação do *pathos* psíquico por meio do *logos*, ou seja, do discurso que o fundamenta, privilegiando as questões da subjetividade e do sofrimento psíquico.

Segundo Berlinck, no texto “O que é Psicopatologia Fundamental” (2008), o humano vem ao mundo e se expressa por meio de seu *pathos* – paixões, sofrimento, passividade –, criando, então, um *topos*, ou seja, um lugar singular contemplado pelo aparelho psíquico, o qual se caracteriza por sua qualidade transformadora. O paciente é visto então como um ser mutável, sendo que a clínica trata de um *pathos* que pode ser transformado em experiência por meio do enriquecimento do pensamento. *Pathos* é um fenômeno que, tal como um maestro diante de sua orquestra, rege as ações humanas, podendo então encontrar-se com representações próprias que ofereçam um discurso sobre o sofrimento, as paixões e a passividade.

Berlinck (2008) cita Platão em *O Banquete* ao enunciar que o médico se relaciona constantemente com o amor, pois as paixões (*pathos*) são consideradas evoluções das doenças físicas. “O médico cuida de Eros doente. Terapêia, em grego, é o cuidado exercido sobre Eros doente” (p. 21). Com isso, é no encontro entre médico e o sofrimento de seu paciente que um trabalho terapêutico se efetiva, ou que os cuidados com os fenômenos do amor podem acontecer. Como aponta o autor, “amor de médico é amor justo: estabelece uma contrapartida, um novo equilíbrio com a parte doente de Eros” (p. 21).

No encontro entre o paciente que está em sofrimento e o clínico que oferece sua escuta, existe a possibilidade de as vivências ganharem palavras que as representem, tornando-as experiência compartilhada:

Pathos, então, designa o que é pático, o que é vivido. Aquilo que pode se tornar experiência. “Psicopatologia” literalmente quer dizer: um sofrimento, uma paixão, uma passividade que porta em si mesmos a possibilidade de um ensinamento interno que não ocorre a não ser pela presença de um médico (pois a razão é insuficiente para proporcionar experiência). (...) *Pathos* não pode ensinar nada, ao contrário, conduz à morte se não for ouvido por aquele que está fora, por aquele que, na condição do espectador no teatro de Péricles, se inclina sobre o paciente e escuta essa voz única se dispondo a ter, assim, junto com o paciente, uma experiência que pertence aos dois (BERLINCK, 2008, p. 21).

Em *Delírios e Sonhos na Gradiva de Jensen*, Freud (1907[1906], p. 30) escreve que “não se pode desprezar o poder curativo do amor contra um delírio”. Esta frase é muito significativa para esta pesquisa, pois ressoa na composição do caso Pedro, com o qual busco dialogar no processo desta investigação.

Nessa obra, Freud (1907[1906]) nos conta de um jovem arqueólogo, Norberto Hanold, que descobrira no museu de antiguidades em Roma a escultura de uma jovem caminhando, cujas vestes revelavam os pés calçados com sandálias. Por sentir-se atraído, a copiou em gesso para admirá-la em seu gabinete. Em especial, algo no modo de andar do relevo lhe pareceu enigmático, e Harnold chamou-a então de Gradiva, que significa a jovem que avança. Imaginou como seria sua vida, onde morava, percebia sua fisionomia e especulava a respeito das suas origens. A partir desse encontro, começou a observar outras mulheres e seus modos de andar. Até então, ele só considerava o sexo feminino em esculturas e nunca prestara atenção em suas representantes humanas. Harnold passou a procurar por Gradiva. Via a bela passeando por Pompéia e começou a questionar se poderia ser uma pessoa, um fantasma ou uma alucinação. Até que o encontro acontece e descobre que seu nome é Zoe.

Através da figura de Gradiva, Zoe tornou à vida diante de seu conflito existencial pessoal, aceitou o delírio de Norberto, talvez fazendo isso para libertá-lo. No entanto, ainda assim, o escultor queria saber da natureza corpórea de Gradiva. Buscou traçar seus prováveis caminhos em terra e esbarrou em algumas histórias sobre ela.

Ao reencontrar Zoe-Gradiva, o jovem vive certas experiências que o fazem perceber a realidade, como quando dá um tapa na mão de Zoe e nota que ela está viva, ou mesmo no momento em que ouve dela o verdadeiro motivo por estar em Pompéia. Começa a se ver insensato acreditando no seu delírio, o que parece ser um passo importante para voltar à razão.

Ao final da história, Harnold descobre que conhecia a jovem dos tempos de infância, e que ela o ama. Decidem iniciar um relacionamento, e é Zoe agora quem ganha a admiração do escultor diante do seu modo de andar. Não mais Gradiva.

Freud (1907[1906], p. 30) finaliza a história se referindo ao adoecimento e sua associação aos percalços do apaixonamento:

Se assim for, começaremos a suspeitar certamente que o nosso caso de doença possa acabar numa vulgar história de amor (...) – e acaso a paixão do nosso herói pela sua escultura da Gradiva não possui todas as características de uma paixão amorosa, ainda que paixão amorosa por algo passado e sem vida?

Porém, o delírio de Norberto não pode ser considerado psicótico, na medida em que o jovem se questiona sobre a validade dos seus pensamentos. Na psicose, o conteúdo do delírio não é colocado em dúvida. Ou seja, houve um objetivo a ser perseguido por Harnold e um objeto externo a ser investido. Seu percurso não fora errante, como ocorre na psicose.

No livro intitulado *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*, Calligaris (2013, p. 17) explica que a errância do psicótico tem o “sentido de

atravessar o mundo e seus caminhos”, sem compromisso ou implicação com um tipo de significado. Por isso, percorre qualquer direção por não ter de onde partir, um rumo para seguir e lugar de parada.

Somente quando o arqueólogo, impulsionado por seu delírio, embrenhou-se na busca por saber da existência de Gradiva, é que passou a viver as experiências que o trariam de volta à realidade. Segundo Freud (1907[1906], p. 30),

mesmo o tratamento sério de um caso real de doença desse tipo só poderia ter sequência situando-se inicialmente no mesmo plano da estrutura delirante e passando-se então a investigá-lo o mais completamente possível. Se Zoe for a pessoa indicada para esse trabalho, sem dúvida logo aprenderemos como curar um delírio como o do nosso herói, e também teremos a satisfação de saber como tais delírios têm início.

A associação da ideia desta dissertação com a história da Gradiva de Jensen, somada aos apontamentos de Freud (1907[1906]), se dá, justamente, porque vê-se que Norberto fora tomado por um enigma que se reflete em sua busca por encontrar representação para a vivência de uma possível construção delirante acerca da existência ou não da Gradiva. Em seu caminho de investigação, encontrou-se com Zoe, com quem pôde construir significações próprias e apaziguar seu sofrimento.

Assim como Norberto, com a investigação acerca do enigma que me tomou, pretendi encontrar representações para as obscuridades presentes na transferência com o caso de Pedro. Sendo assim, é no trabalho analítico e em sua possibilidade de promover transformações no modo de expressão do sofrimento psíquico que esta pesquisa se debruça.

Com o intuito de responder às questões que foram surgindo ao longo do estudo, as orientações do Prof. Dr. Manoel Berlinck, os comentários e contribuições dos colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental nas reuniões quinzenais, bem como os apontamentos reflexivos da Profa. Dra. Julieta Jerusalinsky

(componente da banca de qualificação e defesa) foram essenciais para que a vivência do enigma que o originou se transformasse em experiência compartilhada.

A dissertação está organizada da seguinte forma:

No Capítulo 1, intitulado “O Método Clínico”, discorro a respeito da metodologia utilizada nesta pesquisa, tal como proposto pela Psicopatologia Fundamental.

No Capítulo 2, apresento o relato do caso clínico, trabalhado ao longo de toda a dissertação. Trata-se de um paciente psicótico que se expressava por meio de um discurso amoroso a mim dirigido, levando-me a elaborar questões acerca do amor de transferência. O enigma que vivenciei durante o tratamento de Pedro envolveu as peculiaridades do encontro com a singularidade da expressão delirante do paciente e, mais especificamente, com a clínica das psicoses.

O Capítulo 3, “Neurose e Psicose”, traz as origens do conceito de neurose e psicose na metapsicologia freudiana, assim como a constituição do sujeito e a ideia de psicose na teoria lacaniana. É também abordada brevemente a visão psiquiátrica das psicoses.

Em seguida, no Capítulo 4, intitulado “A transferência e a fala endereçada ao psicanalista”, abordo o significado de transferência, segundo a Psicanálise (freudiana e lacaniana); as características da transferência na dinâmica do tratamento a pacientes neuróticos e as diferenças em relação aos psicóticos, o que nos leva à questão do Outro sem alteridade da psicose.

No Capítulo 5, intitulado “O singular delírio de Pedro”, discuto a expressão da subjetividade de Pedro e sua construção delirante, remetendo-me, ainda, à relação entre o filho e a mãe-policial, a qual encarnava o Outro absoluto na dinâmica psíquica de meu paciente.

Ainda a respeito do modo de expressão de Pedro, no Capítulo 6 levanto questões sobre o amor de transferência na clínica das psicoses, chegando ao que a psicose faz exceção em relação ao amor na medida em que é tido como objeto de gozo do Outro.

O trabalho termina com as Considerações Finais, em que busquei refletir acerca das peculiaridades do encontro do clínico com a lógica discursiva delirante.

Situada, então, a estrada pela qual este estudo se propôs a percorrer, afirmo que foi com entusiasmo que empreendi tal viagem investigativa. Em entrevista, Amyr Klink⁵ falou o seguinte sobre as diferenças entre viajar e aventurar-se: “O que acho que diferencia uma viagem de uma aventura, é que uma viagem tem um objetivo muito preciso, ainda que por uma rota imprópria ou vaga ou mutante. E uma aventura não, uma aventura a gente vai à deriva”. Parafraseando o navegador, a ideia desta dissertação parte de uma aventura, de uma vivência a ser transformada em viagem, em experiência.

Então, para esta viagem-pesquisa acerca de um tema tão aventura-enigmático que é o campo da clínica das psicoses, fica ao leitor o convite para trilhar a rota que levará ao preciso objetivo de responder às questões elaboradas. E, mesmo se a rota traçada tenha sido imprópria ou vaga, é imprescindível que tenha a qualidade de mutante para ser (re)pensada, (re)formulada e, o mais interessante e rico dos seus alcances, compartilhada.

⁵ Disponível em: <http://www.rodaviva.fapesp.br/materia/301/entrevistados/amyr_klink_2000.htm>. Acesso em: 25/09/2014.

1. O MÉTODO CLÍNICO

“Psicopatologia” literalmente quer dizer: um sofrimento que porta em si mesmo a possibilidade de um ensinamento interno. Como paixão, torna-se uma prova e como tal, sob a condição de que seja ouvida por alguém, traz em si mesma o poder de cura.

(Pierre Fédida)⁶

Se levarmos a sério o significado da palavra psicopatologia – discurso (logos, logia) da paixão, do afeto (pathos) psíquico seremos, imediatamente, remetidos ao método clínico: espaço percorrido a caminho da palavra representante desse sofrimento.

(Manoel Tosta Berlinck)⁷

A pesquisa científica pode ser comparada a um modo de revivescência da infância, tempo em que a criança depara com um mundo a ser descoberto e pode fazer

⁶ Fédida, in *A clínica psicanalítica: estudos*, 1988, p. 29.

⁷ Berlinck, in “O método clínico: fundamento da psicopatologia”, 2009, p. 441.

uso de sua curiosidade e coragem para se aventurar nas novidades com as quais entra em contato cotidianamente.

Partindo dessa ideia, podemos compreender que a pesquisa faz parte da atividade clínica do psicanalista, processo no qual o paciente também se engaja, obviamente.

No texto “Considerações sobre a elaboração de um projeto de pesquisa em Psicanálise”, Berlinck (2008) ressalta que o trabalho de pesquisa continua ao longo de toda a formação do psicanalista, a qual está apoiada em sua análise pessoal, na supervisão dos casos clínicos e nos estudos que empreende.

Neste contexto, os estudos da presente pesquisa ocorreram na universidade, mais precisamente, no âmbito do Laboratório de Psicopatologia Fundamental, existente até o primeiro semestre de 2016⁸, pelo Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob coordenação do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho tem como base o Método Clínico, tal como proposto pela Psicopatologia Fundamental, e a fundamentação teórica se ancora na Psicanálise, método analítico, terapêutico e que visa à investigação do inconsciente. Como explica Berlinck (2008), a Psicopatologia Fundamental apóia-se na Psicanálise, pois o *pathos* psíquico está diretamente ligado à expressão do inconsciente.

Tendo a Psicanálise como referencial, a pesquisa em Psicopatologia Fundamental parte de um caso clínico e de um enigma ligado a ele, o qual se revela pelo desejo de saber do analista diante de algo que lhe surge como obscuro no caso.

⁸ O Laboratório de Psicopatologia Fundamental, assim como o Núcleo de Psicanálise da PUC-SP foram encerrados após o falecimento do Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck, Ph.D., em junho de 2016.

Na clínica, aquilo que é percebido pelo analista como obscuro e enigmático de um caso surge por meio da transferência⁹, base que sustenta o trabalho analítico. Isso quer dizer que algo que se refere ao *pathos* do paciente toca o analista transferencialmente, provocando-lhe uma vivência enigmática que pode ser transformada em dúvidas e questionamentos a serem desenvolvidos e compartilhados.

O *pathos* psíquico, ou seja, as paixões que afetam o sujeito, tornando-o passivo frente ao sofrimento, pode ganhar palavras que lhe dê uma direção a seguir, um sentido, um discurso – *logos*. Berlinck, no texto de 2009, intitulado “O método clínico: fundamento da psicopatologia”, aponta que *pathos* é sempre coberto por um véu que o mantém na penumbra do obscuro, de modo que os afetos podem ser revelados no caminho da palavra que representa o sofrimento psíquico.

Um modo de efetivação do compartilhamento da experiência do encontro entre *pathos* e *logos*, do discurso acerca das paixões – psicopatologia – ocorre por meio da elaboração de uma pesquisa.

O trabalho com base em um caso clínico torna-se uma extensão da atividade clínica que acontece com a escuta analítica sobre o inconsciente, a qual valoriza a subjetividade do paciente na medida em que este é compreendido como um ser único, assim como seu *pathos* expressa tal singularidade.

Trata-se de pensar a clínica como uma vivência que movimenta questionamentos para serem transformados em experiência compartilhada. Seu pressuposto é a subjetividade, a singularidade do paciente, bem como as peculiaridades do encontro com um sujeito único.

No artigo “O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental” (2012), Magtaz e Berlinck esclarecem:

⁹ Nesta dissertação, o conceito de transferência é apresentado no Capítulo 4.

O caso – como porta-voz de um tema de pesquisa – é um objeto investido libidinalmente pelo pesquisador, instigante e erótico (faz ligações). É preciso formular uma questão enigmática a partir do que o surpreendeu e traçar um caminho a ser seguido para respondê-la, um caminho de ligações. Isso possibilita pensar que o caso é do clínico e não do paciente. É do clínico que se trata quando se trata do caso, do clínico e de seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada por meio de um tema de investigação (MAGTAZ e BERLINCK, 2012, p. 77).

O caso clínico torna-se indispensável para que nos voltemos às origens do pensamento na mesma medida em que nos reconhecemos como ignorantes diante de um sujeito do qual nada sabemos, assim como de algo surpreendente e enigmático que nos atravessa transferencialmente.

Estabelecendo relações, associações e especulando a respeito do material de estudo, vamos abrindo caminho para a transformação de nossas vivências na clínica. Como apontam Magtaz e Berlinck (2012), o enigmático é surpreendente na medida em que tira o clínico da posição de detentor do saber e o coloca frente à dimensão da dúvida, favorecendo o movimento de busca pelo conhecimento.

É importante salientar que a metodologia proposta para esta pesquisa não se restringe a uma anamnese, com descrições de sintomas manifestados pelo paciente, bem como a análise deste. O caso clínico que aqui apresento fala de minha experiência, das indagações que se fizeram presentes no manejo e de minha busca em compreender o fenômeno pesquisado.

Importante ressaltar que o tratamento de Pedro foi finalizado, o que possibilitou a realização da pesquisa, de acordo com o apontamento de Freud no texto “Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise” (1912, p. 128):

Não é bom trabalhar cientificamente num caso enquanto o tratamento ainda está continuando – reunir sua estrutura, tentar predizer seu progresso futuro e obter, de tempos em tempos, um quadro do estado atual das coisas, como o interesse científico exigiria. Casos que são dedicados, desde o princípio, a propósitos científicos, e assim tratados, sofrem em seu resultado; enquanto os casos mais bem sucedidos são aqueles em que se avança, por assim dizer, sem qualquer intuito em vista, em que se permite ser tomado de surpresa por

qualquer nova reviravolta neles, e sempre se o enfrenta com liberalidade, sem quaisquer pressuposições.

Vê-se que Freud (1912) afirma a importância de que o analista não conceba um saber prévio acerca do paciente, advindo de especulações científicas, intuitivas ou teóricas enquanto acontece o tratamento. Desse modo, é possível que o clínico possa surpreender-se com os enigmas de um encontro com o outro que é diferente dele mesmo.

Com a formulação de uma situação clínica problemática reveladora de um enigma por meio do vivido na transferência com o caso, esta pesquisa movimentou-se para a busca de um *logos* que tentasse responder às questões que ressoaram ao longo do estudo sobre o amor de transferência na clínica das psicoses.

Foi a partir do encontro entre analista, paciente e o surgimento de um enigma, que adveio, então, o desejo de construir um estudo a respeito da configuração do tratamento analítico na clínica das psicoses contemplando os impasses frente à transferência.

O tema estudado advém de uma situação problemática, de um enigma que parte da vivência clínica, o qual me provocou inquietações, fenômeno descrito por Berlinck (2008, p. 316) como uma “uma discrepância entre aquilo que é e aquilo que deveria ser”. Essa discrepância pode ser pronunciada da seguinte forma: Pedro, nome fictício, um paciente psicótico que se encontrava em estado delirante depois do desencadeamento de uma crise, durante seu tratamento, enunciava falas que poderiam ser compreendidas como a expressão do amor de transferência. Mas, tendo em vista o conceito freudiano de transferência, o amor de transferência é uma expressão da neurose. O que então o discurso de Pedro revelava de seu *pathos*? E como pode ser compreendido o amor de transferência na clínica das psicoses?

De modo a colocar em palavras o obscuro, desencobrir pela palavra o encoberto, pôr em representação o *pathos* píquico, transformar a vivência do enigma em experiência compartilhada – finalidade do Método Clínico segundo Berlinck (2009) –, busquei desenvolver esta pesquisa, a qual visa “produzir um conhecimento do humano, pois transforma aquilo que é singular e obscuro no que é claro, abrindo oportunidade para o coletivo” (op. cit., p. 443).

Ademais, a Psicopatologia Fundamental não se apoia na existência de um único saber que pretenda dar conta do psiquismo humano, pois ele é móbil, se move em suas manifestações. Com isso, sua posição essencial acerca da subjetividade pode ser somada à consideração de outras formas de contribuição psicopatológicas, tal como as advindas da Psiquiatria, da Filosofia ou mesmo da Literatura.

Não se pretende aqui, no caso da organização psíquica relativa à psicose, realizar o que Serge Leclaire (1958), no texto “Em busca dos princípios para uma psicoterapia das psicoses”, nomeia como “cliniquismo”, termo remetido à redução da experiência clínica ao exercício de explicação “a qualquer preço” (op. cit., p. 82). O autor destaca que a experiência clínica com pacientes delirantes alcança seu pleno sentido por meio de uma ordenação racional, da construção de um pensamento que proporciona um movimento dialético sobre o material oferecido pelo psicótico. Essa concepção pode ser estendida para o trabalho psicanalítico com todas as demandas de pacientes.

Com a escrita desta dissertação direcionada à produção que a seguirá, meu desejo foi promover um espaço de reflexão acerca do amor de transferência na clínica das psicoses, assim como favorecer a construção de um pensamento metapsicológico como experiência compartilhada a partir da vivência inquietante promovida transferencialmente com o trabalho na clínica psicanalítica.

Por isso, o Método Clínico é essencial para o traçado deste caminho, o qual se propõe a um trabalho de construção discursiva que passa da vivência enigmática à representação compreensiva do clínico.

2. CASO CLÍNICO

Certa vez, na instituição psiquiátrica em que trabalhava, recebi a solicitação de um dos técnicos que atua no local para atender um paciente que pediu para conversar com um profissional do serviço de Psicologia. Pedro, nome fictício, me foi descrito como um caso complexo, visto o estado delirante em que se encontrava naquele momento, já tendo recebido os seguintes diagnósticos de acordo com o CID-10¹⁰: “psicose não-orgânica não especificada (F.29)” e “transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos (F.31.2)”.

Encontrei Pedro, um rapaz de vinte e sete, branco, alto, robusto, com algumas tatuagens pelo corpo, sentado na varanda da ala em que estava internado há alguns dias, fumando: “Sou psicóloga da equipe do hospital, fui informada de que quer ser atendido”, me apresentei. Fisicamente agitado, ele logo respondeu: “Você é a psicóloga que vai falar comigo? Eu pedi pra conversar com uma mesmo. Preciso falar com alguém, porque ninguém me entende nessa *porra* desse lugar”.

Então, nos dirigimos à sala destinada aos atendimentos individuais, e logo que entramos, Pedro começou a falar ininterruptamente, mostrando-se muito irritado com o fato de não ser compreendido. Contou que as enfermeiras estavam lhe dando hormônios femininos e que, por isso, cresciam seios em seu corpo; segundo ele, eram os mesmos hormônios utilizados pela mãe. Dizia ser negro, apontando para o braço e repetindo: “olha a minha cor, eu sou preto, todo mundo fala que não sou, mas eu sou da mesma cor que o Mano Brown¹¹”.

¹⁰ Sigla para Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e visa padronizar a codificação de doenças e outros problemas relacionados à saúde.

¹¹ Vocalista da banda de rap brasileira Racionais Mc's.

Perguntei se sabia qual o motivo de sua internação, e mais uma vez me respondeu com uma irritação crescente: “A *filha da puta* da minha mãe me colocou aqui porque eu quis transar com ela. Não, eu acho que bati nela, mas, também, tem a Dilma¹² que quer me pegar porque eu sei de coisas da sociedade e da política que ninguém sabe. A minha mãe também quer me prender porque sou usuário de drogas. Ela é policial e não gosta de *rap*, nem de drogados. Ela pega os *nóias*¹³ e encarcera. O trabalho dela é esse”.

Sorrindo, me mostrou sua tatuagem - um símbolo que fazia referência ao grupo de *rap* Racionais Mc's - e disse que Mano Brown, vocalista do grupo, era seu *brother*, com quem conversava por telepatia e que ajudava Pedro a ficar mais calmo, pois “essa *treta* toda vai acabar logo”. Em seguida, contou que também falava telepaticamente com Obama¹⁴ e o auxiliava a resolver os problemas do governo americano.

Parecendo exausto, Pedro então finalizou nossa primeira conversa por estar “cansado de falar” - disse de sua necessidade de cocaína, acentuando que queria “ficar louco até morrer”.

Os atendimentos ocorriam semanalmente, e meu paciente continuava a falar descompensadamente sobre seus problemas com as drogas, a mãe, que de fato era policial, e as vozes que o perseguiam. Certa vez, na sessão seguinte a uma falta minha, reclamou: “*Porra*, eu achei que você não vinha mais. Eu preciso transar. Faz muito tempo que eu não transo. Você quer transar comigo? E se eu te *xavecar*¹⁵, você transa comigo? Você fica aí me olhando, acho que quer *dar* pra mim. Você me quer,

¹² Dilma Rousseff, presidente do Brasil na ocasião.

¹³ Gíria utilizada para nomear pessoas que fazem uso excessivo de drogas.

¹⁴ Barack Obama, presidente dos Estados Unidos da América na ocasião.

¹⁵ Paquerar, flertar, insinuar-se para uma pessoa com intenções de namoro.

que eu sei. Eu quero fazer sexo. Acho que tentei fazer com a minha mãe, acho que transei com ela. *Putá*, que *merda*, eu não posso ter feito isso!”.

Depois desse dia, Pedro passou a me fazer perguntas do tipo: “você fala com alguém por telepatia? Você transaria comigo? Você acha que eu sou doidão ou que meu problema é com drogas mesmo?”. Passei a ser, então, incluída em seus delírios; e de certa forma, ele me relatava a confusão de seus pensamentos sem receio de ser rechaçado, tal como faziam as outras pessoas. Com frequência, dizia algo, parava, pensava no que acabara de falar e exclamava: “Que *merda*, por que eu fiz isso? Por que fui enfiar o nariz naquela bosta de *pó*?”. Por diversas vezes, comentava em tom de gracejo que me atacaria, beijaria à força, mas, em seguida, sorria: “é somente uma brincadeira”, me assegurando que nunca faria aquilo de verdade e se desculpando por ter sido desrespeitoso.

Nos atendimentos seguintes, Pedro se mostrou mais calmo para poder escutar minhas perguntas e respondê-las sem se sentir perseguido ou atacado; contou-me então que aquela era sua quinta internação. A primeira ocorrera por volta dos 20 anos de idade, depois de fazer uso de bebida alcoólica, e as seguintes se deveram ao uso de drogas. Contou que cheirava as cinzas do cigarro fumado no hospital para suprir a vontade de cocaína, e se referia a si mesmo como um “mano da periferia”, mostrando como era esse estilo fazendo caras, bocas e vozes específicas, representando assim a vida na malandragem.

Em outros momentos, embrenhava-se na formulação de hipóteses para entender o motivo da internação em um hospital psiquiátrico ou por que era “louco” e diferente das outras pessoas que conhecia: “Minha mãe transou com meu avô, que era preto. Por isso eu nasci preto”. Ou: “eu acho que meu pai transou com a minha mãe

pelo *cu* e, por isso, eu nasci do avesso”. E ainda: “eu acho que meu pai abusou de mim, por isso eu fiquei assim”.

Em entrevista com os pais no hospital durante o período de internação de Pedro, a qual fora convocada por mim a fim de obter informações sobre a dinâmica familiar do paciente, a mãe mostrou-se inconformada por Pedro ter feito uso de drogas, já o pai não entendia por que o filho não conseguira se estabelecer em um trabalho.

Pouco menos de dois meses depois de internado, Pedro teve alta médica, e mostrou interesse em continuar o tratamento comigo. Então, logo na semana seguinte, realizei o primeiro atendimento em meu consultório particular. Ele veio acompanhado pela mãe, e ambos discutiram quase todo o tempo da sessão sobre o uso de drogas - ela o culpava e meu paciente retrucava: “Eu não tenho culpa de ter usado, a droga me pegou, eu não peguei ela. Eu não escolhi estar nessa vida agora, ser internado e tomar essas *bostas* de remédios que me dão. Eu usei mesmo, mas a culpa não é minha”.

A mãe do paciente conta que quando Pedro era adolescente, o levou a um presídio para que visse como era a realidade de quem se envolvia com as drogas e a criminalidade. Ela estava desolada com o fato de o filho tê-la desobedecido.

Na segunda consulta, foi o pai quem acompanhou Pedro; abalado, disse ao filho que estavam fazendo o possível “para ter uma vida normal e voltar a trabalhar”. Mas meu paciente insistia em falar da mãe, afirmando que não era culpado por ser viciado e que levava uma vida encarcerada e sem privilégios. O pai entendia que o filho era doente, por isso, gostaria de ajudá-lo a se tornar “um homem normal para poder trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro”. Porém, Pedro reafirmava: “Não vai

adiantar, minha mãe é policial e sempre vai me espionar onde eu estiver. Ela quer me punir e me encarcerar por que ela é policial e eu usei drogas”.

Certa vez, o pai de Pedro pediu para falar comigo em particular. Disse estar preocupado com a possibilidade de o filho se apaixonar por mim, temendo que sofresse uma decepção. Na sessão seguinte, abordei o assunto com Pedro, que, sorrindo, me revelou: “Apesar de eu te achar muito bonita, você não se apaixonaria por mim, porque nunca me deu bola. Gosto de ir até seu consultório por ser divertido, além de você ser jovem, entende a minha linguagem e gosta de *rap*, ao contrário da minha mãe que acha que *rap* é coisa de bandido. Além disso, você não dorme na sessão e não tenta ser minha amiguinha como outros psicólogos fizeram, também não age como as velhas chatas que já me atenderam antes”. Em seguida, começou a fazer comentários do tipo: “você está abrindo as pernas pra eu olhar”; “veio mais arrumada hoje só porque ia me atender, não é?”; “você tem tatuagem que eu sei”. Depois, sorria e dizia estar brincando. Com o tempo, essas situações foram se tornando mais raras, chegaram a não ocorrer mais.

Nas consultas posteriores, Pedro pediu para desenhar - fez corações com as iniciais de nossos nomes, dizendo ser “um coração apaixonado”, e depois, como de costume, desconversava, justificando: “é só uma brincadeira”. Curiosamente, utilizava um desenho específico para representá-lo como assinatura em seus grafites¹⁶: a imagem de um homem com pernas e braços como palitos e, no lugar da cabeça humana, uma tela de televisão com antenas saindo de seu topo. As antenas do homem com cabeça de televisão eram, justamente, receptoras e propagadoras de

¹⁶ O grafite é uma forma de manifestação artística nos espaços públicos, realizada com inscrições nas paredes que expressam ideias de movimentos como o *hip-hop*, o qual trata da contraposição sobre a opressão dos menos favorecidos. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/artes/grafite.htm>> Acesso em: 28/03/2015.

ondas telepáticas utilizadas por Pedro para se comunicar com Brown, Dilma e Obama, habilidade da qual, dizia ele, as demais vozes se aproveitavam para atacá-lo.

Mostrando grande incômodo, meu paciente evitava falar sobre as vozes que o atormentavam, com receio de ser considerado louco e de eu nunca o desejar como namorado: “Fala a verdade, você ficaria com um louco? Namoraria alguém com problemas como os meus, igual a mim? Se eu ficar te falando dessas vozes aí, você não vai querer ficar comigo nunca”. Então, mencionou um trecho da canção de Mano Brown, intitulada: “*Tô ouvindo alguém me chamar*”¹⁷, com a qual possuía certa afinidade, pois entendia que o cantor incentivava o uso de maconha e cocaína ao falar de Guina, “cara *descolado* por usar drogas”, além de mencionar sobre as vozes escutadas. Eis o trecho:

(...) Tô ouvindo alguém gritar meu nome / Parece um mano meu, é voz de homem / Eu não consigo ver quem me chama / É tipo a voz do Guina / Não, não, não, o Guina tá em cana / Será? Ouvi dizer que morreu / Última vez que eu o vi, eu lembro até que eu não quis ir, ele foi / Parceria forte aqui era nós dois / Louco, louco, louco e como era / Cheirava pra caralho, *vixe*, sem miséria / Doido ponta firme (...).

Certo dia, Pedro saiu do consultório por não se sentir bem, pois as vozes haviam voltado com grande intensidade. Entretanto, insistia em afirmar que, apesar disso, estava bem. Uma hora depois dessa sessão, a mãe entrou em contato comigo para me contar que o filho fora internado pela psiquiatria diante de um pedido dele próprio.

Então, fui ao hospital para vê-lo, com a intenção de dar continuidade ao atendimento. Pedro mostrou-se surpreso: “*Caralho*, você me achou aqui [risos]! Eu tive que me esconder nesse lugar porque a Dilma e os políticos aí estão atrás de mim. Eu sei de muita coisa e você não pode estar aqui, senão eles vão te pegar também.

¹⁷ Letra completa da música disponível em: <<http://www.radio.uol.com.br/#/letras-e-musicas/racionais-msc/to-ouvindo-alguem-me-chamar/2479112>>. Acesso em: 30/03/15.

Você fodeu tudo vindo pra cá”. Optei então por intervir com o objetivo de me diferenciar das vozes que invadiam Pedro¹⁸: “Mas ninguém sabe que eu estou aqui. Você esqueceu que eu consigo me infiltrar nos lugares sem que ninguém saiba? Estou segura aqui com você, fique tranquilo que não vou vacilar”. Ele então respondeu: “Beleza, mas fica esperta, por que eu não quero que te façam mal”.

Embora o discurso de Pedro estivesse confuso devido ao estado delirante, me contou que solicitara a internação à psiquiatra para não se jogar da janela, como mandavam as vozes. Estava mais calmo em relação à primeira internação acompanhada, mas ainda se preocupava em falar das vozes comigo, para não ser visto como louco.

Na consulta seguinte, ainda no hospital, com um sorriso tímido, me entregou uma carta em que contava o quanto se sentia confuso sobre sua relação comigo, lembrando que a última vez em que escrevera algo assim fora em sua época de adolescência. Na carta, fazia planos de apresentar sua família à minha, prometia emagrecer, trabalhar e se tornar uma pessoa melhor. Entretanto, revelava o quanto se confundia, pois, apesar de acreditar que eu me esforçava para estar perto dele, suas investidas não obtinham resposta.

Essa situação me gerou muita inquietação; fui acometida por medo e dúvida sobre o que deveria fazer com essas revelações. Afinal, o que representava esse discurso amoroso de Pedro?

Mais três atendimentos e mais três cartas, escritos tratando de dúvidas, angústias e esperança de mudança. Saindo da internação, Pedro retornou ao meu consultório; constantemente, me enviava e-mails e mensagens no celular, contando que estava bem e que eu não precisava me preocupar com ele.

¹⁸ As implicações dessa intervenção são discutidas no desenvolvimento deste estudo.

Com o passar do tempo, começou a frequentar academia de ginástica e a sair, esporadicamente, com colegas do bairro onde residia. Tomou gosto por praticar esporte e manifestou vontade de trabalhar; dizia não mais escutar as músicas de Mano Brown por achar que o teriam influenciado em relação ao uso de drogas. Questionava-se sobre por que não poderia formar uma família, trabalhar, dirigir e viver como muitos dos seus colegas; chateava-se por não namorar e por ainda ser dependente dos pais, permanecendo em casa e aceitando os mandos e as reclamações da mãe. E ainda existiam as vozes, que nunca o “deixam em paz”...

No início de nossas sessões, Pedro sempre indagava sobre minha vida - formulava hipóteses sobre meus gostos e com que tipo de pessoas eu conviveria. Supunha que eu fumava maconha e frequentava bares com amigos *bicho-grilo*¹⁹. Dizia sentir ciúmes e que ficava pensando no que estaria fazendo quando não o atendia. Percebia-se mudado, com mais vontade de fazer coisas diferentes: “Tem aquela música dos Racionais Mc’s que diz que o caminho da cura pode ser a doença. Se eu não tivesse ficado doente, se não tivesse sido internado, não estaria desse jeito hoje, surfando e correndo no parque. É legal ter alguma coisa que te faz querer viver e chegar a algum lugar”.

Em uma das sessões, Pedro se interessou por um jogo que encontrou no armário do consultório: uma caixa contendo cartões com cores variadas e, neles, perguntas sobre diversos assuntos. Começamos a jogar, ele sorteou um cartão e me dirigiu a pergunta: “O que é amor?”. Ficamos em silêncio, até que Pedro, rindo, falou: “Ah, agora eu te peguei! Finalmente consegui te pegar”. A inquietação que eu sentira anteriormente, na internação de Pedro, retornou; me vi novamente diante do

¹⁹ Gíria para *hippies*.

mesmo enigma: o que representava esse discurso amoroso que sempre retornava no tratamento de Pedro?

Compreendi o silêncio e minha dificuldade de responder à pergunta feita por meu paciente como manifestações de algo que ainda não poderia ser nomeado, indicando aquilo que faz enigma dentro de quem vive esse fenômeno e não tem palavras para expressá-lo.

Diante disso, a proposta deste estudo é trazer questões que me remeteram ao *pathos* de Pedro, tema aqui contemplado pelo Método Clínico e direcionado para uma reflexão sobre a clínica das psicoses.

3. NEUROSE E PSICOSE

A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.

(Machado de Assis)²⁰.

O interessante das patologias é que elas frequentemente não passam de traços comuns das pessoas ditas normais, aumentados por meio de uma lupa.

(Rubem Alves)²¹

O discurso médico psiquiátrico se baseia na conceituação psicopatológica realizada por meio da observação e descrição de fenômenos clínicos e evidências sintomáticas comprováveis, apresentados pelos enfermos.

No final do século XIX, com Freud e sua elaboração do método psicanalítico de investigação do sofrimento humano, baseado na escuta sob a transferência, o encontro do médico com a subjetividade e as paixões do paciente se fez presente. As paixões dizem respeito ao *pathos* psíquico, ou seja, ao fenômeno que designa o que é vivido e que rege suas ações.

Diferentemente da Psiquiatria, a Psicanálise busca então compreender os fenômenos tratados na clínica, tendo em vista as manifestações singulares do paciente

²⁰ Fala do personagem Simão Bacamarte no livro de Assis, in *O Alienista*, 2011, p. 28.

²¹ Trecho do texto “O homem que confundiu a mulher com um chapéu”. Alves, in *Pimentas: para provocar um incêndio, não é preciso fogo*, 2014, p. 159.

que produzem seu apassivamento frente ao sofrimento, ao *pathos*. É, pois, no encontro entre psicanalista e *pathos* do paciente que o tratamento analítico se efetiva, de modo a buscar a formulação de um discurso sobre as paixões, transformando em experiência compartilhada aquilo que foi, até então, vivido passivamente.

Em meados dos anos 1980, como um modo de compreensão do *pathos*, Pierre Fédida propõe a Psicopatologia Fundamental, diferenciando-a da Psicopatologia Geral. Coloca então no centro a narrativa que o sujeito traz a respeito de seus sofrimentos e não a observação e descrição do fenômeno psicopatológico. Parte da Psicanálise busca então construir essa vertente para tratar os pacientes que se apresentam na clínica.

Nesta perspectiva, quando o psicanalista toma um paciente em atendimento, considera suas manifestações sintomáticas, mas não pelo viés de uma falha da normalidade e, sim, como uma expressão, como uma resposta psíquica possível produzida a partir de sua singular história libidinal. As manifestações sintomáticas estão, portanto, ligadas à vida sexual do paciente em um sentido amplo. Com isso, a Psicanálise enxerga para além daquilo que pode ser entendido como a “falha” do funcionamento psíquico. Determinada manifestação do sujeito considerada na acepção médica como doença a ser curada pelo uso da medicação, ou outro procedimento da medicina, é apreendida pelo psicanalista como a expressão singular da subjetividade do paciente, possuindo uma coerência interna a ser investigada para traçar a direção do tratamento.

É nesse cenário que a presente pesquisa se desenvolve: trazendo o caso clínico de Pedro, um paciente psicótico atendido na clínica psicanalítica e compreendido a partir do âmbito da Psicopatologia Fundamental. Sendo assim, o trabalho empreendido nessa perspectiva não coloca como foco o diagnóstico de psicose a ele

atribuído, indo além da consideração médica sobre a eliminação dos sintomas. A questão elaborada não se restringe, pois, aos procedimentos para a cura dos delírios de Pedro; trata-se sim de abordar o modo subjetivo e singular como o paciente vinha se expressando no mundo.

A clínica psicanalítica norteou a construção do pensamento acerca da direção do tratamento do *pathos* de Pedro, tendo em vista a clínica das psicoses. Nesse contexto, fui convocada a aprofundar meus conhecimentos a respeito desses quadros, de modo a intervir diante de certas especificidades apresentadas por meu paciente.

Início então este capítulo com uma exposição do pensamento freudiano a respeito dos fenômenos sintomáticos que contemplam o conflito intrapsíquico neurótico, para, em seguida, apresentar o modo de construção psíquica na psicose. Ressalto que, entre os psicanalistas pós-freudianos que trabalharam com a clínica das psicoses, tais como Melanie Klein, que discorre acerca da posição depressiva e a posição esquizo-paranoide, Donald Winnicott, que elabora a questão da regressão aos estágios primitivos, entre outros, optei por situar a compreensão do fenômeno de desencadeamento desse quadro clínico a partir do trabalho de Jacques Lacan.

Diante do panorama de apresentação dos fenômenos relacionados às manifestações neuróticas e psicóticas para constituição psíquica do sujeito, também descrevo brevemente a visão psiquiátrica acerca das psicoses.

Vale ressaltar que a noção de conflito intrapsíquico apresentada neste capítulo se relaciona à compreensão de Freud acerca da expressão do aparelho psíquico diante das vivências e de sua organização defensiva frente ao sofrimento que atravessa o sujeito e o apassiva no mundo.

3.1. Neurose e psicose na metapsicologia freudiana

Ao formular uma metapsicologia acerca dos fenômenos psíquicos, construindo um pensamento acerca dos sintomas apresentados, a princípio, por suas pacientes histéricas, Freud abre caminho para o trabalho com o sofrimento psíquico levando em consideração a subjetividade.

Dentre sua vasta obra, escolhi os textos que tratam pontualmente da diferenciação entre neurose e psicose, a fim de retratar o contraste dessas duas formas de manifestação do conflito intrapsíquico.

No texto “Neurose e Psicose” (1924[1923]), Freud discorre a respeito das manifestações e dos fenômenos intrapsíquicos inerentes à organização neurótica e à psicótica. As raízes dos questionamentos que envolvem o tema estão inicialmente formuladas no escrito “Neuropsicoses de defesa” (1894), prosseguindo em elaboração no texto “A Perda da realidade na neurose e na psicose” (1924).

Segundo Freud (1924[1923]), a neurose é o resultado do conflito entre o ego, instância psíquica mediadora dos excessos advindos das forças internas que se manifestam constantemente, e o id, instância que se expressa por meio dos desejos inconscientes. A psicose, por sua vez, advém do conflito entre o ego e o mundo externo.

No texto intitulado “O ego e o id” (1923), Freud descreve o ego como uma organização de processos mentais com importância funcional no controle do modo de funcionamento psíquico. No caminho para que a neurose se desenvolva, o ego se vale do recalque como mecanismo de defesa, a fim de excluir determinadas tendências da mente. Caracteriza então o recalque como um “estado em que as ideias existiam antes de se tornarem conscientes”, sendo, portanto, um tipo de “protótipo do inconsciente”

(op. cit., p. 28). O recalque assegura que seja mantido em segredo à consciência aquilo que fora vivido no mundo psíquico como insuportável de ser lembrado.

A função do recalque coincide com o surgimento do superego, fruto do Complexo de Édipo. Este, por sua vez, tem início quando o pai é percebido como obstáculo ao desejo sexual da criança pela mãe, tal como Freud (1923) descreve o que ocorre com o menino. O filho passa a desejar se livrar do pai, a fim de ocupar seu lugar junto à mãe e, com isso, a sua relação com o pai torna-se ambivalente. Com a menina ocorre o mesmo, mas a ambivalência de sentimentos se dá com a mãe, pois é a esta que deseja eliminar.

No desfecho do Complexo de Édipo, a catexia objetual com a mãe ou o pai deve ser abandonada. O menino passa a se identificar com o pai e a menina, com a mãe. Nesse contexto, surge do ego uma formação reativa enérgica contra o desejo do id de possuir o pai ou a mãe: o superego.

O superego é formado pelas vozes parentais internalizadas que expressam a proibição da realização dos desejos edipianos. Dessa forma, a relação do ego com o superego ocorre juntamente com o recalque do Complexo de Édipo. Do conflito entre essas duas instâncias, surge o contraste entre o que é da realidade externa e do psíquico.

O material inconsciente cria formas substitutivas para atravessar a barreira do recalque por meio de formações tais como: sonhos, chistes, atos falhos e o sintoma. O ego passa, por exemplo, a lutar contra o sintoma, já que o considera um intruso que ameaça e prejudica sua unidade. Está estabelecida, pois, a organização do conflito neurótico.

Por sua vez, na psicose, como já foi afirmado, o conflito se dá entre o ego e a realidade externa. O mundo externo governa o ego através das percepções atuais e

das lembranças, as quais vão sendo armazenadas e produzem o “mundo interno”. Quando há o desencadeamento de uma crise psicótica, as formações delirantes têm o papel de elaborar outra realidade, a qual está de acordo com o mundo interno do psicótico.

Para Freud (1924[1923]), tanto a neurose quanto a psicose se originam de uma frustração, da não realização de um desejo infantil (de causa sexual) enraizado e que não foi superado. A direção que essa frustração pode tomar irá depender do ego: se ele cede ao id, acaba sendo arrancado da realidade e deflagra a produção de uma psicose. Porém, se ele permanece fiel à sua dependência ao mundo externo e recalca o id, produz-se uma neurose. Nesse texto, pontua que ainda se deve pesquisar por quais meios e circunstâncias o ego pode reconciliar as instâncias que o governam, assim como suas exigências, sem que seja desenvolvida uma doença.

Posteriormente, Freud (1924) apresenta a questão da perda da realidade na neurose e na psicose, bem como o modo de funcionamento (e suas diferenças) de substituição da realidade que vigora nos dois modos de organização psíquica.

Como já explicitado, na neurose, o ego negocia entre os conteúdos recalcados do id e da realidade, fazendo com que predomine a aceitação desta. Já na psicose, o ego está a serviço do id, quer dizer, afasta-se da realidade e acaba por perdê-la, o que leva à predominância do id. Isso não significa que na neurose não haja uma perturbação na relação do sujeito com a realidade, pois, frente ao conflito, é com o fantasiar que a tendência de fuga torna-se possível. No entanto, o ego, contemplando a realidade externa, dispõe-se ao recalque da pulsão.

No texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), Freud escreve que os neuróticos graves padecem de um modo de funcionamento psíquico configurado pelo excesso do recalque. Mediante ao recalçamento de “uma série de

processos, desejos e aspirações investidos de afeto” (p. 155), os quais são retidos no inconsciente, há o surgimento dos sintomas neuróticos, já que tais formações, mesmo no estado de inconsciência, aspiram sua expressão. Com isso, ocorre o que nomeia como “retorno do recaiado”.

Os sintomas neuróticos, portanto, ocorrem pelo excesso de recalcaento, baseando-se no conflito entre as exigências das pulsões libidinosas e o ego que protesta contra elas. As formações do inconsciente na neurose são, portanto, o “retorno do recalcaento”, e é deste conteúdo inconsciente insuportável que o neurótico se defende.

O caso da paciente Frau Elisabeth von R., citado por Freud no texto “Estudos sobre Histeria” (1895), exemplifica bem o processo do recalque. No leito de morte da irmã, Elisabeth é acometida pelo pensamento de casar-se com o cunhado, agora que estariam livres para uma relação amorosa. Essa cena fora esquecida, e o mecanismo do recalque ativado: a paciente afastou-se da realidade reprimindo a exigência pulsional, ou seja, o amor pelo cunhado. Assim, pela via da neurose, adveio a tentativa de solução do conflito intrapsíquico.

Tanto na psicose quanto na neurose, há a rejeição do fato angustiante por duas vias: no primeiro momento, o ego seria arrastado para longe da realidade; no segundo, o dano causado tentará ser reparado pelo reestabelecimento da relação do sujeito com a realidade externa. Esse fenômeno deflagra uma reparação da perda da realidade através da criação de uma nova. A diferença entre neurose e psicose está, pois, no desfecho. Na neurose, um fragmento da realidade é evitado por fuga, pois a neurose não repudia a realidade, mas, sim, a ignora. O trabalho de formulação de uma nova realidade acontece sobre o mundo externo. Já na psicose, após a fuga, acontece um remodelamento da realidade, havendo o repúdio desta e sua substituição, dando-

se a formação delirante; aqui, a transformação da realidade acontece sobre os precipitados psíquicos, ou seja, traços de memória, ideias, julgamentos e experiências inerentes a sua antiga relação com ela, os quais formaram representações mentais. Por meio da alucinação, por exemplo, é possível que haja a construção de uma nova realidade.

Na neurose e na psicose, o fragmento da realidade que é rejeitado se impõe à experiência constantemente. Não obstante, a pulsão reprimida jamais poderá encontrar um substituto completo na neurose; na psicose, a realidade nunca será remodelada de forma inteiramente satisfatória.

Freud (1924) afirma que a sutileza da percepção sobre as diferenças entre neurose e psicose se acentua pelo fato de que, na neurose, também há a tentativa incessante de substituir a realidade por outra que alcance a satisfação do desejo. No entanto, diferentemente da psicose, é pela via da fantasia que isso pode ocorrer, a qual leva ao caminho da regressão a um passado real satisfatório. O mundo da fantasia, então, é um domínio da vida psíquica que ficou separado do mundo externo quando na introdução do princípio de realidade. Evidencia-se o pouco contato do ego com a realidade externa na configuração de uma espécie de realidade deformada por defesas e desejos, mas sem que haja o rompimento com esta. Por meio da fantasia, uma nova realidade psíquica é criada enquanto modo de representação imaginária que o sujeito faz a si mesmo acerca da sua própria história.

Na psicose, não é a fantasia que vigora devido ao rompimento do ego com a realidade externa. Logo, o novo imaginário mundo externo se coloca no lugar da realidade psíquica através do delírio, provocando a sua transformação. Essa tentativa de capturar novas percepções correspondentes à outra realidade é o que, portanto, configura o delírio. Como representa Freud (1923[1924]), uma fenda abre-se na

relação do ego com o mundo externo, levando o sujeito a substituir por outra a realidade até então existente.

O delírio pode ser compreendido como uma tentativa de cura do aparelho psíquico diante do seu rompimento pelos excessos que o mundo externo impõe ao sujeito; uma construção defensiva contra o sofrimento que o torna passivo frente ao mundo. Para sua elaboração, pode contar com manifestações advindas da percepção dos sentidos que são nomeadas pela psiquiatria como alucinações; estas podem constituir-se como auditivas, visuais, táteis e/ou olfativas, por exemplo.

Muitos psicanalistas contemporâneos de Freud se interessaram por esses quadros e trataram das questões que o envolvem na constituição psíquica. A fim de situar o leitor acerca da compreensão psicanalítica escolhida para abordar os fenômenos na clínica das psicoses, discorro a seguir sobre o percurso de Lacan.

3.2. A constituição do sujeito e a psicose na teoria lacaniana

Em 1932, Lacan realizou sua tese de doutorado intitulada *Da psicose paranoica e suas relações com a personalidade*, na qual discorreu sobre a paranoia como um dos modos de psicose. Entre 1955 e 1956, dedicou-se ao estudo que deu origem ao *O seminário, livro 3: as psicoses*, no qual tratou do tema, contemplando suas origens desencadeantes, fenomenologia deste modo de estruturação psíquica e implicações na clínica psicanalítica. No texto “Questões preliminares a todo tratamento possível da psicose”, que se encontra no livro *Escritos* (1957-1958), Lacan buscou se aprofundar nas peculiaridades do tratamento e sua direção na clínica.

As particularidades do caminho para que uma psicose se estabeleça são então explanadas a seguir de acordo com a ideia de constituição do sujeito na teoria lacaniana, sendo que novamente parto da constituição psíquica na neurose para, então, chegar à psicose.

Penso ser essencial iniciar com a explicação acerca dos três registros psíquicos, nomeados por Lacan como simbólico, real e imaginário, bem como um breve passeio pelo campo de compreensão da “linguagem”.

Em 1953, o psicanalista desenvolveu uma conferência intitulada “O Simbólico, o Imaginário e o Real”, aspirando ao objetivo político de fazer da Sociedade Francesa de Psicanálise o lugar de uma nova doutrina freudiana, relativamente esquecida pelas leituras realizadas pelos pós-freudianos, enfrentando, assim, a corrente adaptacionista da psicanálise norte-americana.

Com isso, Lacan marca o movimento de “retorno a Freud”, destacando o valor da linguagem na experiência psicanalítica, tendo em vista não somente a passagem do inconsciente para o consciente, mas, também, do inconsciente estruturado como uma linguagem. Na referida conferência, discorre sobre os três registros – real, simbólico e imaginário – como sendo distintos uns dos outros e de cuja articulação resulta a constituição psíquica.

Entre 1974 e 1975, com o novo título *Real, Simbólico e Imaginário*, Lacan apresenta tais instâncias como não podendo operar isoladas, mas, sim, unidas de modo indissolúvel na topologia do *nó borromeano* – como argolas conectadas umas às outras, de modo que, sendo uma delas cortada, as outras se desprenderiam simultaneamente. O sujeito contempla então a articulação entre o real, o simbólico e o imaginário.

E ainda, tornar-se sujeito implica ser inserido na estrutura da linguagem e fazer uso desta para interrogar-se sobre a existência de seu “eu”. Na teoria lacaniana, o “sujeito” é o “sujeito do inconsciente”, conforme explica Kaufmann, no *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise* a respeito do legado de Freud e Lacan (1996),

(...) dizer sujeito do inconsciente é se dar os meios de falar do inconsciente com o inconsciente, sem contradizer o caráter fundamentalmente elíptico e surpreendente do inconsciente; sujeito é esse “ele” de que fala o “eu” quando quer se designar como inconsciente, um inconsciente que não seja um outro “eu”. Ou melhor, o sujeito é a própria divisão entre esse “eu” e esse “ele”. O sujeito é a própria hipótese. Poderíamos dizer que Lacan retoma literalmente a expressão “hipótese do inconsciente” e substituiu “hipótese” por “sujeito” (KAUFMANN, 1996, p. 502).

O eu pode ser compreendido como um significante que designa o sujeito da enunciação, mas que, sozinho, não significa nada. O inconsciente, por sua vez, é uma cadeia significante à qual o eu se refere enquanto sujeito.

Como afirma Kaufmann (1996), Lacan toma emprestado o termo “significante” do linguista Ferdinand de Saussure, que o define como uma representação psíquica do som, tal como uma imagem acústica. Lacan define o significante como um signo que remete a um outro signo ausente.

No referencial teórico lacaniano, o signo é a unidade fundamental da linguagem, sendo composto por um significante e um significado. O significante, por sua vez, prevalece sobre o significado na medida em que consiste na estrutura da linguagem. Como explica Kaufmann (1996, p. 473), “o significante é, antes de tudo, significante da falta no Outro (...)”.

O que possibilita as substituições de palavras para que uma expressão ganhe sentido é a disposição da própria linguagem em uma trama nomeada como cadeia significante. Os significantes são conectados por meio de um ponto (ponto de *capitonê*) que permite a formação de uma trama, a qual definirá onde se encontra a estrutura psíquica do sujeito.

Neste contexto, a metáfora e a metonímia se fazem presentes para o jogo de sentido entre as palavras. A metáfora determina um processo criador de sentido que substitui um significante pelo outro em uma relação de similaridade. A metonímia substitui significantes na relação de contiguidade.

Ambas se assemelham aos mecanismos de condensação e deslocamento do processo primário inconsciente, identificados por Freud em *A interpretação dos sonhos* (1900). A condensação efetua a fusão de ideias inconscientes para gerar uma única ideia no pensamento consciente, tal como acontece em uma metáfora. Já o deslocamento, de modo associativo, por proximidade e analogia – como ocorre na metonímia – realiza a substituição de um elemento inconsciente importante por outro de menor importância, fazendo com que este apareça na consciência em detrimento do primeiro. Sendo assim, ao ser nomeado pela linguagem, o sujeito passa a ser mais um significante da cadeia, ou seja, ele é fruto desta.

A linguagem é sempre transmitida pelo “grande Outro”, sendo “no” e “pelo” discurso do Outro que o sujeito pode existir e ter um lugar na cadeia significante. Isso quer dizer que o Outro é que sobredetermina o sujeito, sendo uma instância que diz respeito às significações que vêm do mundo externo e que permitem a assunção do sujeito, inicialmente encarnado pelo agente do desejo materno e, posteriormente, pelas leis e normas da cultura.

Na verdade, para que a fala se desenrole, três tempos são necessários: o primeiro tempo se dá como uma relação com o Outro em que este é desejável; o segundo é o da descoberta de que o Outro também deseja, portanto carece por sua vez. O terceiro tempo põe o sujeito e o Outro em equação, na medida em que um e outro desejam (KAUFMANN, 1996, p. 386).

Desta forma, antes de tornar-se sujeito, são necessárias vivências constitutivas. Quando nasce, o bebê vivencia o corpo de um modo fragmentado, já que, inicialmente, como expõe Freud (1905), há uma parcialidade pulsional, quer dizer,

um processo excitatório em um determinado órgão do corpo, nomeado como zona erógena.

Na relação com a mãe, vai ocorrendo uma alienação do bebê sobre a imagem que esta lhe apresenta através do seu olhar. É o imaginário da mãe que antecipará a formação do eu que se apresentará como sujeito do desejo, constituído como ideal. “É o agente materno que, ao tomar o bebê a partir de um desejo não anônimo, sustenta no cuidado com este certas operações constitutivas do sujeito (...)”. Nesse sentido, “(...) é a mãe que, ao encarnar o Outro para o bebê, é, ao mesmo tempo articuladora da inscrição da metáfora paterna e o primeiro objeto que se oferece a ser simbolizado”²².

Com isso, a mãe é o primeiro agente a ocupar o lugar de Outro primordial, comparecendo para o bebê como não faltante, alienando-o na imagem que lhe é destinada através do discurso à medida que dá forma àquele corpo fragmentado. Trata-se do que Lacan nomeia “estádio do espelho”, referenciado no texto “O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica” (1949, p. 97):

Basta compreender o estágio do espelho *como uma identificação*, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem – cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*.

Lacan (1949) continua explicitando que a função do estágio do espelho é de “estabelecer uma relação do organismo com sua realidade” (p. 100). Esse modo de vínculo operará durante toda a vida. Portanto, o sujeito é, inicialmente, definido no registro imaginário, identificando-se com a imago especular advinda dessa relação

²² Sobre as citações literais desse parágrafo, cf. nota de rodapé do livro *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês* (2002), de Julieta Jerusalinsky, p. 63.

alienante com o Outro primordial, até que a metáfora paterna seja inscrita e a mãe advenha como objeto a ser simbolizado.

O registro imaginário vai além das necessidades, apresentando-se na ordem das imagens com a função de localizar o sujeito para si mesmo na lógica discursiva do Outro. Logo, o eu é um produto imaginário singular; determina uma falta originária, uma hiância que virá a ser preenchida pela construção simbólica dos afetos que buscam por representação.

Segundo Lacan (1953), o sistema de parentesco não se limita às relações reais, sendo estas introduzidas no registro simbólico, as quais, por sua vez, são inscritas através da entrada do sujeito na problemática edípica.

A inscrição do registro simbólico permite movimentos transformadores na lógica discursiva do sujeito por meio de novas significações. Trata-se de signos e símbolos organizados na linguagem, funcionando a partir da articulação do significante e do significado. O signo caracteriza uma representação na linguagem, sendo escolhido para nomear algo independentemente de sua significação. O que distingue o símbolo do signo é a sua função de estabelecer relações, tal como os sistemas de relações de parentesco, pai, mãe, filho, etc. As funções simbólicas encontram sua confirmação na realidade, por exemplo: o pai é o genitor, mas é o significante Nome-do-Pai que cria a sua função simbólica como uma metáfora.

Nos sonhos, por exemplo, as imagens ocorrem por uma superposição de símbolos, tal como acontece em uma frase poética com seus tons, trocadilhos, ritmos, estrutura e sonoridade. A linguagem designa uma função, por exemplo, “a linguagem estúpida do amor” (p. 25), citada por Lacan (1953), que qualifica o parceiro com o nome de um legume ou animal e diz respeito a uma função simbólica de reconhecimento.

Para representar o caminho que leva à inscrição do registro simbólico na experiência psíquica do sujeito, Lacan formula o Complexo de Édipo em três tempos, exposto em *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (1957-1958).

O primeiro tempo do Édipo é constituído pelo estágio do espelho através do período identificatório do bebê com a imago antecipatória de si mesmo. Alienado no imaginário da mãe, anseia por ser seu desejo, isso implica em ser o que a mãe não possui – o falo, fazendo com que o bebê o seja.

No segundo tempo do Édipo, com a entrada do pai na relação, há a privação da mãe de seu filho-falo e a este a satisfação imaginária de completude. Agora, o falo está com o pai, aquele que preenche o desejo da mãe; ao impor a lei, a representação do pai passa para o campo do simbólico.

O terceiro tempo se legitima à medida que ocorre a entrada e inscrição do pai como lei da proibição da mãe, substituindo o significante falo pelo Nome-do-Pai. Nota-se que, agora, a lei não mais é de um ou de outro, mas pode circular entre os personagens da trama edípica. A possibilidade de tornar-se transmissor da lei autoriza o sujeito ao desejo.

Lacan (1957-1958) nomeia os representantes do pai e da mãe na vida do sujeito como funções – materna e paterna. Nesse caminho, a função paterna visa elevar a “coisa” chamada “filho” ao status de sujeito. Fazendo um corte nesse “grude” ilimitado entre mãe e filho, cuida para que este corpo seja barrado e não engolido pelo desejo da mãe. Podemos observar então que o autor dá um destaque especial à entrada e permanência da função paterna no processo de subjetivação e constituição psíquica do sujeito. Para tanto, a metáfora do Nome-do-Pai, ou seja, o pai simbólico, é essencial e introduz esse sujeito no campo da linguagem.

Ao mesmo tempo, existem significantes somados intrínsecos a determinadas vivências psíquicas do sujeito que não podem ser significadas, nomeadas ou representadas, as quais se encontram imersas no registro do real. O real remete, pois, ao inacessível de uma vivência traumática impossível de ser simbolizada, constituindo o encontro com os limites da experiência humana. Não podendo ser dito, o real insiste porque *ex-siste*, está fora, não incluído, é inapreensível pelo simbólico.

Vale salientar que o registro do real é diferente do que se chama realidade psíquica. O real se refere a uma dimensão da experiência humana que não se registra, escapa à realidade; já a realidade psíquica contém a inscrição dos três registros - real, simbólico e imaginário.

Neste contexto, a fantasia tem a função de tentar simbolizar o real, sendo construída no plano imaginário. Como já dito, para Freud (1924), a fantasia é um mecanismo do qual a neurose lança mão para se defender dos excessos advindos da realidade e que provocam angústia.

Segundo a formulação lacaniana, para que a fantasia seja um recurso psíquico para lidar com a angústia, é preciso que o sujeito tenha sido capturado pelo significante primordial, tendo como referência um saber inerente ao pai simbólico para orientar-se diante das significações. Caso contrário, o sujeito terá de lançar mão de outros recursos, tal como pode ser observado na construção delirante da psicose.

Como já exposto, na dialética edípica, a criança deve abandonar a posição de objeto do desejo da mãe para, então, habitar um lugar no qual passará a ser sujeito ativo do desejo que contemplará objetos substitutivos. Caso esse processo não chegue a se configurar e o Nome-do-Pai não tenha se inscrito, a psicose pode se estabelecer. Logo, o psicótico estará impossibilitado de se expressar segundo a lógica discursiva do desejo, como propõe Lacan (1957-1958). Isso quer dizer que não há espaço para a

entrada de um terceiro na relação entre mãe e filho; ou seja, a triangulação edípica não se estabelece. O filho permanece como falo da mãe, compartilhando desta ficção com ela, concomitantemente.

Deste modo, Lacan (1955-56) postula que a psicose é desencadeada como um modo de resposta à falta da instauração do significante primordial Nome-do-Pai na constituição psíquica. Se esse significante que permite a entrada do sujeito na linguagem não se inscreve, a articulação simbólica para que se fale em nome próprio e não se assujeite aos desejos e demandas maternas não se faz presente. Esse processo é nomeado como “forclusão” do significante Nome-do-Pai.

O termo forclusão – que tem como sinônimos as palavras suprimir, eliminar, repudiar, rejeitar – foi utilizado por Lacan em 1956 para traduzir o termo *Verwerfung*, o qual representa aquilo que não pode ser simbolizado e que, portanto, manifestar-se-á no real.

A psicose seria, pois, o efeito de uma forclusão: quando ao sujeito é feita a injunção de um significante que exija a referência à amarração central paterna, mas o pai não pode ser simbolizado, este não encontrará um local onde possa se ancorar. Então, ele retornará no real, em que não será possível encontrar uma significação. Dessa forma, sem a possibilidade de ligação deste significante ao Nome-do-Pai forcluído, ocorrerá o desencadeamento de uma psicose e terá início uma construção delirante para tentar costurar esse “buraco” que se fez no psiquismo por meio de significações diversas em que tudo é possível e a lei paterna não vigora.

Em seu livro sobre a clínica das psicoses, Calligaris (2013) discorre acerca das características que a envolvem: a estrutura psicótica fora da crise e as peculiaridades da psicose quando há o desencadeamento da crise.

Vale ressaltar que a concepção lacaniana de estrutura se baseia na ideia freudiana de constituição defensiva do aparelho psíquico para que o sujeito não se perca como objeto de gozo do Outro; trata-se de uma operação que busca pela existência subjetiva do sujeito como singular, para que se torne alguma outra coisa que vá além do real do seu corpo. Para Calligaris (2013), esse processo assemelha-se à constituição de uma metáfora - uma significação subjetiva que prevalece e permite a distinção entre o sujeito e a demanda imaginária do Outro.

Calligaris (2013) elucida que, na neurose, há o ponto de *capiton*, o qual conecta todos os significantes da cadeia e faz valer o significante primordial partindo de um saber suposto ao pai, confia à função paterna o poder de orientação que permitirá a produção de significações como efeito do significante. O neurótico considera o erro frente a um referencial de saber. Já na psicose, o ponto de *capiton* não opera, impossibilitando uma organização centralizada do saber, uma função central que amarre o significante a uma significação. As significações do psicótico são errantes, é como se percorressem um caminho sem direção certa, sem referência a um mapa que localize seu percurso.

Ainda conforme Calligaris (2013), o psicótico fora da crise apresenta-se como um ser errante no mundo. Na estrutura psicótica, as significações não se referenciam ao redor de uma significação central. O psicótico erra no sentido de uma errância, e não do erro, é “(...) um sujeito que *estaria num mundo no qual existe significação. Mas, no final das contas, todas as significações são significações em si mesmas, não se medem a uma significação que distribuem as significações do mundo*” (op. cit., p. 17, grifos do autor).

É nesse sentido que o autor afirma que não se pode dizer enfaticamente que o psicótico não é um sujeito e que não ascendeu ao mundo do simbólico. A questão é

que a articulação simbólica na psicose opera de uma maneira diferente se comparado à neurose; ou seja, o psicótico não está tomado somente pelos registros real e imaginário. O fato de a função paterna não estar simbolizada pelo sujeito “(...) quer dizer que o saber dele não estava orientado ao redor de uma função paterna central” (CALLIGARIS, 2013, p. 42) para que possa obter sua significação de sujeito.

Calligaris (2013) esclarece que a concepção de crise psicótica para a Psicanálise segue uma fenomenologia, assim como há nas descrições clínicas advindas da Psiquiatria: injunção, crepúsculo, alucinação auditiva, tentativa de constituição do delírio ou fracasso do delírio.

Quando fora da crise, o psicótico refere-se a um saber errante; então, chega a injunção que exige sua referência à função paterna. Em termos lacanianos, a palavra injunção reporta a uma imposição diante da referência à função paterna para a organização do saber. Vale salientar que a injunção ocorre em todas as formas de estruturação psíquica, o que muda é o modo como opera em cada uma delas.

No estado crepuscular, há a perda de qualquer significação, e o saber aparece como falta no simbólico da função paterna que não opera. Com isso, surgem as alucinações auditivas que representam o retorno dos significantes falando no real por não encontrarem ancoragem no simbólico. Assim, inicia-se a construção de uma metáfora delirante²³.

Além da fenomenologia que referencia o desencadeamento da crise psicótica, é importante ter ciência de que, tanto para a Psiquiatria quanto para a Psicanálise, a psicose não é única; quer dizer, para além da perda da realidade e da forclusão do Nome-do-Pai, existem modos diferentes de manifestação psicopatológica da psicose.

²³ As peculiaridades desse conceito serão tratadas no próximo capítulo.

A seguir, explicito então, brevemente, a questão que se endereça ao termo psicoses (no plural) por meio das concepções psicanalítica e psiquiátrica.

3.3. As psicoses para a Psicanálise e a Psiquiatria

O título desta dissertação é “O amor de transferência na clínica das psicoses”; mas por que utilizar o plural, se o caso clínico apresentado trata de um único paciente psicótico?

Em primeiro lugar, é importante explicar que o interesse desta pesquisa está nas peculiaridades que envolvem o trabalho com pacientes psicóticos, sejam eles esquizofrênicos ou paranoicos, tal como versa a Psicanálise. Sendo assim, não atribuo um diagnóstico específico ao paciente Pedro, pois o foco encontra-se nas questões transferenciais.

De todo modo, como este trabalho trata das psicoses, a fim de situar o leitor, considere oportuno apresentar brevemente as concepções da Psiquiatria e da Psicanálise acerca desse campo.

Segundo o *Dicionário de Psicanálise* (1998), de Elisabeth Roudinesco e Michel Plon, o termo “psicose” foi introduzido pelo psiquiatra Ernest von Feuchtersleben para nomear os chamados doentes da alma ou doentes mentais - nomeação esta também atribuída no caso de doenças orgânicas. Posteriormente, na Psiquiatria, psicose passou a ter como referência a esquizofrenia, a paranoia e a psicose maníaco-depressiva.

Em 1894, como descrevem os autores, Freud retoma o termo psiquiátrico como conceito para designar a reconstrução psíquica do sujeito como realidade

delirante e/ou alucinatória. Para a Psicanálise, a psicose diferenciava-se da neurose e da perversão.

Em 1911, Freud empreende um estudo sobre a psicose, mais especificamente a respeito da paranoia, por meio do livro de Daniel Paul Schreber, *Memórias de um doente dos nervos*, dando origem ao texto “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia paranoides*)”.

Com o caso Schreber, Freud (1911) define a psicose como uma dissociação entre o eu e o mundo externo. Roudinesco e Plon (1998) apontam que, mais tarde, Freud passou a defender que esse modo de reconstrução psíquica por meio de uma realidade alucinatória tratava-se de um autoerotismo, pois o sujeito tomaria a si mesmo como objeto de amor, sem alteridade possível.

A noção de paranoia adotada por Freud é herança da compreensão de psicose utilizada pelo psiquiatra Emil Kraepelin, a qual compõe a ideia de dissociação da consciência e clivagem do eu. Somente tempos depois Freud integrou a noção do psiquiatra Eugen Bleuler a respeito da esquizofrenia para compor uma nova representação de psicose.

Para a Psiquiatria, a psicose entra no campo dos transtornos mentais. Como explicam Berrios e Porter no livro *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos* (2012), o transtorno mental compreende “(...) condições ‘orgânicas’, psicoses, neuroses e transtornos de personalidade” (p. 423, grifo do autor). Segundo os autores, alguns psiquiatras que fizeram parte da história acerca do trabalho com as psicoses se dedicaram à compreensão do quadro clínico e à criação de critérios classificatórios para os sintomas.

É o caso de Kraepelin, autor do importante manual psiquiátrico da época, intitulado *Compêndio de Psiquiatria*, que, entre o final do século XIX e início do

século XX, trouxe questionamentos importantes para o âmbito das classificações médicas, colocando dúvidas a respeito da distinção entre demência precoce e doença maniaco-depressiva. Isso porque trabalhava, justamente, com o conceito de demência precoce para definir a fenomenologia que envolve a psicose.

As particularidades da demência precoce são trabalhadas por Bleuler no livro lançado em 1911 (mesmo ano em que Freud realizou o estudo do caso Schreber), intitulado *Demência precoce ou o Grupo das esquizofrenias*. Bleuler defende o uso do termo esquizofrenia em contraposição à demência precoce cunhada por Kraepelin. Além disso, para a construção do seu pensamento, foi bastante influenciado por Freud, Carl Gustav Jung e Karl Abraham.

Dentre as noções psiquiátricas sobre psicose, existe o conceito de psicose unitária, o qual defende a existência de apenas um modo de manifestação psicótica por possuir características invariantes de episódio em episódio. Esse conceito se contrapõe à outra noção psiquiátrica, que compreende a fenomenologia psicótica por meio de diversas classificações, tratadas como transtornos mentais.

Outra noção classificatória da Psiquiatria trata das psicoses cicloides, as quais determinam síndromes de natureza endógena que circulam entre sintomas esquizofrênicos e maniaco-depressivos ou afetivos, sem a predominância de um deles.

Hoje, é com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) que a Psiquiatria trabalha para classificar e tratar os transtornos mentais, de acordo com a *American Psychiatric Association* – APA (Associação Americana de Psiquiatria).

A Organização Mundial de Saúde – OMS organiza e publica, realizando revisões periódicas, a Classificação Internacional de Doenças – CID, estando esta em

sua décima revisão (CID-10). O volume sobre a classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 apresenta descrições clínicas e diretrizes diagnósticas que tomam por base a classificação nosográfica do DSM para considerar o sofrimento mental. Segundo descrito na CID-10, o termo

“Psicótico” foi mantido como um termo descritivo conveniente (...). Seu uso não envolve pressupostos acerca de mecanismos psicodinâmicos, porém simplesmente indica a presença de alucinações, delírios ou de um número limitado de várias anormalidades de comportamentos, tais como excitação e hiperatividade grosseiras, retardo psicomotor marcante e comportamento catatônico (OMS, 1993, p. 3).

Aqui, observamos a discrepância entre a proposta classificatória das doenças mentais, tal como trabalhado pela Psiquiatria contemporânea, e a ideia proposta por Freud acerca da Psicanálise, que vai além da descrição do fenômeno.

Vale salientar que Karl Jaspers, ao contextualizar a Psicopatologia Geral no início do século XX, destaca que a narrativa objetiva das doenças contempla o direcionamento de uma disciplina que integra contribuições advindas da Filosofia, Psicologia e Psiquiatria para tratar, de forma sistemática, das questões que envolvem as doenças mentais.

No início do caso clínico apresentado nesta pesquisa, me referi ao diagnóstico atribuído pelo setor de Psiquiatria do hospital a Pedro, que tem como parâmetro, justamente, a CID-10 – psicose não-orgânica não especificada (F.29) e transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos (F.31.2). No entanto, tendo em vista o âmbito em que esta pesquisa é construída, essa descrição psiquiátrica não me serviu de referência, pois o que me importava na condução do tratamento psicanalítico era a subjetividade do paciente, bem como as peculiaridades da transferência na clínica das psicoses, tal como contempladas pela Psicopatologia Fundamental.

4. A TRANSFERÊNCIA E A FALA ENDEREÇADA AO PSICANALISTA

Era um hospício à antiga, mal aquecido, com vento encanado de todos os lados, que aquela sombria noite de inverno tornava ainda mais lúgubre. Enrolada em seu casaco, residente em psiquiatria havia pouco tempo, ela não entendia como o jovem esquizofrênico à sua frente, vestido com uma simples camisa, com o peito descoberto, podia permanecer ali, indiferente ao clima glacial. Tocando o próprio peito, ela perguntou-lhe: “Você não sente frio aqui?”. Ele a olhou longamente... Olhar não é a palavra justa, pois supõe uma reflexão, não havia nenhuma troca entre os dois, ela se sentiu antes atravessada, como se suas pupilas não tivessem o poder, o mesmo poder de um espelho, de devolver o que lhe era assim “dirigido”. Depois, ele estendeu o braço, colocou a mão onde ela havia posto a dela, no peito dela... “Não, não sinto frio aqui”.

(Jacques André)²⁴.

A Psicanálise se debruça sobre a lógica discursiva com a qual um paciente tece determinada coerência sobre o que ocorre em sua vida. Nesse contexto, para que o tratamento psicanalítico aconteça, é essencial a presença da transferência:

²⁴ André, in *Vocabulário Básico da Psicanálise*, 2015, pp. 123-24.

instrumento decisivo para pensar os fenômenos sintomáticos apresentados pelo paciente, funcionando como mola propulsora para a elaboração da direção do tratamento do humano em sofrimento.

No caso clínico apresentado nesta pesquisa, encontrava-me com um paciente psicótico, e desse encontro se produziu um enigma relacionado ao manejo do tratamento correspondente à clínica das psicoses.

A compreensão da dinâmica psíquica de Pedro foi tecida por meio de minha percepção acerca do lugar onde ele me colocou em sua lógica discursiva, a qual se manifestava por construções delirantes. Surgiram então as perguntas: podemos dizer que há transferência quando a figura da analista ganha lugar na lógica discursiva do paciente enquanto delira? A transferência se manifesta no tratamento de pacientes psicóticos da mesma maneira como ocorre diante de pacientes neuróticos? Qual a sua expressão na dinâmica do tratamento de pacientes neuróticos e psicóticos?

Para respondê-las, apresento neste capítulo uma definição de transferência na metodologia psicanalítica de intervenção na neurose para, então, explicitar no que a psicose faz exceção enquanto outra forma de organização psíquica, de forma a levantar as peculiaridades do fenômeno transferencial diante desse quadro, buscando ir além do impacto que o encontro com o psicótico produz no analista.

A qualidade referida à construção desse pensamento se torna efetiva segundo as contribuições da Psicopatologia Fundamental, que propõe o estudo do *pathos*, isto é, da escuta atenta das paixões que tornam o humano passivo frente ao seu mundo. O ato de escutar se torna uma habilidade do clínico, indo além de simplesmente ouvir e entender a fala do paciente, promovendo, inclusive, a identificação daquilo que não se apresenta em palavras, que sofre deslocamentos de lugares, afeta os corpos e permite transformações pela linguagem. Eis a transferência em ação!

4.1. Transferência e clínica

Nem sempre o dizer se utiliza de palavras. Ao clínico que se propõe psicanalisar é imprescindível escutar o paciente para além do circunscrito no domínio das palavras. Nesse sentido, surge a Psicanálise para mostrar que cada um deles possui sua subjetividade, a qual ocupa um lugar central no tratamento das psicopatologias.

De modo a exemplificar essa trama, trago a seguinte situação: o paciente entra na sala, senta-se na poltrona e começa a falar. Enquanto isso, o analista escuta o que ele tem a dizer. É um paciente que fala baixo, parece bastante calmo, assertivo e costuma relatar fatos de seu cotidiano. Certo dia, telefona para o analista dizendo estar muito angustiado e que precisa lhe contar algo muito grave. De repente, o analista é tomado por medo, começa a pensar o que teria acontecido, fantasia até um possível assassinato: “Assassinato? Teria esse paciente, tão aparentemente passivo, coragem de matar alguém? Será que teria coragem de me matar?”. Por que será que o analista sentiu medo?

Então, o paciente chega à sessão. Chorando, conta de uma desilusão amorosa que sofrera e do ódio que sentira da ex-amada. O analista deixa sua apreensão de lado e o escuta livre de pré-conceitos. Começa a perceber que aquele medo que sentira e a fantasia de assassinato estavam ligados ao medo do próprio paciente de sofrer novamente com uma relação amorosa frustrada. Por isso, vinha o desejo de eliminar, ou matar simbolicamente qualquer possibilidade de encontro amoroso, assim como o possível amado. Na atualidade do caso, era o próprio analista quem ocupava esse lugar sem que o paciente tivesse consciência disso.

Trata-se de um episódio entre tantos outros que acontecem durante os atendimentos a diferentes pacientes na clínica psicanalítica. Por diversas vezes, o analista se encontra com inúmeros afetos, amor, raiva, tristeza, dúvidas, desconfortos; pode até sentir no corpo algo que acontece naquele lugar, naquele momento e com aquele paciente. Esse fenômeno é fruto do que Freud denominou “transferência” - é a partir dela que funda a Psicanálise e é nela que a análise acontece.

Mas como é possível surgirem diferentes afetos entre analista e paciente ao longo de uma única sessão? Esse fenômeno soa, no mínimo, enigmático. De fato, Jacques André, no livro *Vocabulário básico da Psicanálise* (2015), nomeia a transferência como um enigma que move e norteia a Psicanálise.

Freud, no texto de 1912: “A dinâmica da transferência”, escreve que, no processo de análise, o paciente dirigirá à figura do médico as vivências dos seus conteúdos conscientes e inconscientes. A esse processo dinâmico de expressão psíquica dá então o nome de “transferência”, um veículo de cura e, também, a forma mais poderosa de resistência ao tratamento.

A transferência entra em ação quando algo no material psíquico que está recalado pode ser transferido para a figura do analista, produzindo uma associação. A resistência ocorre quando há aproximação a um complexo patogênico - parte desse conteúdo inconsciente atravessa a consciência e passa a ser defendido intensamente. Havendo resistência, o conteúdo recalado pode se tornar um problema para o tratamento, já que a carga psíquica para conservá-lo intacto, provavelmente, será maior do que a que se disponibilizará à associação livre de palavras para a sua fluência, por exemplo.

No tratamento psicanalítico, aquilo que está recalado coincide com a figura do analista, podendo aparecer na forma de sentimentos hostis ou afetuosos. Freud

(1912) entende que essa variação entre um posicionamento agressivo ou amoroso vindo do paciente caracteriza a transferência como positiva, que diz respeito ao amor, ou negativa, expressada pelo ódio.

Se o ódio permanece, o tratamento certamente não seguirá seu curso devido ao lugar de odiado onde é colocado o analista. Segundo Freud (1915[1914]), no texto “Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III)”, é a repetição e a reatualização da história dos nossos amores com os novos encontros que vão possibilitar a nomeação dos afetos. Por isso, transferência é fazer amor em forma de palavra.

Quando o amor de transferência acontece, observa-se uma repetição do material psíquico do paciente sobre a figura do clínico, fenômeno que remonta às raízes infantis do amor. Toda uma série de experiências psíquicas é então transferida para o analista, não sendo vivida como algo do passado, mas, sim, atualizada nessa relação, colocando-o, por exemplo, no lugar de figuras significativas correspondentes à história do paciente. Assim, poderá ocorrer o desdobramento das forças em conflito, já que ganham espaço para sua manifestação. Mas, para tanto, é preciso que exista o envolvimento de duas pessoas no trabalho de análise: o paciente transferirá seus afetos ao clínico, e o clínico será receptáculo dessa transferência. É importante ressaltar que, quando Freud fala acerca do amor de transferência, refere-se ao tratamento analítico de pacientes neuróticos.

As repetições vividas na clínica respeitam toda a filogênese do paciente, pedindo a escuta daquilo que não aparece somente na palavra, mas, sim, como Berlinck destaca no texto “Função e campo da transferência na Psicanálise” (2008), na “ausência que se faz presente no corpo e na transferência corpo a corpo” e nas “perturbações da voz” (op. cit., p. 249). O ato falho, por exemplo, denuncia aquilo

que foi vivido nos tempos em que o sujeito ainda não tinha o controle sobre a palavra ou, como explicitado na teoria lacaniana, ainda não estava inserido na linguagem e, portanto, sequer era sujeito. É como se a soma das vivências ao longo da vida se expressassem no corpo “aqui e agora”.

A transferência, o amor de transferência, mas também a neurose de transferência, é, antes de mais nada, corporal, afetando os corpos que nela se engajam – tanto o do sujeito quanto o do psicanalista – e, lançando-os a representação de imagens que pertencem a mundos há muito desaparecidos, mas sempre presentes na representação humana (BERLINCK, 2008, pp. 255-56).

Essas representações imagéticas encarnadas de outras eras configuram o recurso da transferência. Vale salientar que Sandor Ferenczi identificou a transferência como um fenômeno para além da clínica, ocorrendo em todas as formas de relações humanas, como entre aluno e professor ou entre namorados, por exemplo. No escrito “O Interlocutor”, no livro *O sítio do estrangeiro* (1996), Fédida cita as contribuições de Ferenczi ao apontar que a transferência implicaria na expressão de uma hostilidade travestida de afeição frente à memória filogenética referida ao assassinato do pai.

Neste sentido, para Fédida (1996), “transferência é palavra remanescente sofrendo de uma impossível rememoração do passado fugidio que a persegue” (p. 104), aquilo que está longe do contato com a palavra e deflagra a ausência apresentada no corpo, o que não pode ser lembrado e, por isso, é sentido, designando o obscuro e enigmático de um (des)encontro.

Os movimentos transferenciais, por sua vez, equivalem ao deslocamento de um lugar a outro por meio da linguagem. Não é a linguagem explicativa amarrada que faz esse trabalho de transporte, mas, sim, a linguagem formada pelo lugar da fala humana que deslocaliza, irrompendo na dinâmica de um movimento – *translatio* – e na tradução – *traductio* – peculiar a uma herança inserida na memória da alma.

Fédida (1996) relaciona a transferência à presença da *imago* (restituição da presença de uma imagem no presente de uma relação) na prática do luto. Ilustra com a história das famílias patrícias que possuíam em sua casa um *atrium*, cômodo fechado onde habitam cabeças ou bustos dos membros da família, feitas enquanto ainda vivos. De tempos em tempos, acontece um evento nomeado *pompa funebris*, no qual os armários do *atrium* são abertos para a retirada das imagens a serem levadas em procissão. O ritual consiste em mostrar as imagens dos familiares mortos à família viva para reproduzir, transmitir e edificar as virtudes heroicas do morto, fato que ocorre graças às modelagens, ou seja, ao valor que a *imago* preserva. Esse cortejo das imagens representa modo de reanimação por transporte, semelhante ao que se passa quando na atualização do passado via transferência na clínica.

O autor compara esse processo com a transferência, pois ambos dizem respeito à exumação de um morto e sua revivificação para o psíquico. Ao mesmo tempo em que, ao final do cerimonial, a transferência da morte (do morto imortalizado) estará revelada ao vivo, e das máscaras serão extraídos signos de linguagem para sua inscrição nas lembranças, no término de uma sessão de análise, por meio da relação transferencial entre analista e paciente, a este será interpretado o conteúdo que advir do inconsciente para a consciência por meio da linguagem.

A transferência representa, metaforicamente, mudanças de lugares, movimentos de transportes, deslocamentos, translação e tradução. Tudo isso é possível por meio da linguagem, interlocutora entre a memória da ausência e as inscrições que ressoam e ressurgem pela palavra encontrando um lugar. Para Fédida (1996, p. 163, grifo do autor), “um lugar é o instante de um *nome*” que advém pelo ato de nomear e fazer associações.

No poema “Palavras”, Manoel de Barros (2000) ilustra vividamente as desventuras de alguém que se mete a brincar livremente com as palavras, as quais saltam ao pensamento quando menos se espera, permitindo a (des)estruturação da linguagem e sua capacidade de interlocução entre aquilo que surge como estrangeiro ao sujeito e o dito:

Veio me dizer que eu desestruturo a linguagem. Eu desestruturo a linguagem? Vejamos: eu estou bem sentado num lugar. Vem uma palavra e tira o lugar de debaixo de mim. Tira o lugar em que eu estava sentado. Eu não fazia nada para que a palavra me desalojasse daquele lugar. E eu nem atrapalhava a passagem de ninguém. Ao retirar de debaixo de mim o lugar, eu desaprumei. Ali só havia um grilo com a sua flauta de couro. O grilo feridava o silêncio. Os moradores do lugar se queixavam do grilo. Veio uma palavra e retirou o grilo da flauta. Agora eu pergunto: quem desestruturou a linguagem? Fui eu ou foram as palavras? E o lugar que retiraram de baixo de mim? Não era para terem retirado a mim do lugar? Foram as palavras pois que desestruturaram a linguagem. E não eu (BARROS, 2000, p.57).

Neste processo, como expõe Fédida (1996), “o ato de escutar na análise deixa formar-se no vazio da fala o interlocutor do *dito do escutado*” (p. 171, grifos do autor). O dito do escutado pelo clínico é aquilo que não se apresenta em palavras, está ausente e é desvelado na transferência, podendo, então, se ligar a representações.

Com isso, torna-se ilusório entender concretamente o analista como o destinatário da transferência, a qual implicaria na sua identificação com as imagens parentais do paciente. Não é o clínico que desestrutura a linguagem e engendra deslocamentos, mas, sim, a palavra que aparece por meio da relação transferencial.

Berlinck (2008, p. 252) aponta o quão imprescindível é escutar aquilo que compõe a ontogênese da “banalidade expressa pela poesia do cotidiano”, pois carrega consigo a “repetição do mito filogenético da criação da palavra” que remonta aos tempos do não domínio da fala.

É por meio das repetições que acontecem na relação transferencial de uma análise que as mudanças podem acontecer e o tratamento seguirá seu curso, tal como

as águas de um rio que flui livremente. “Repetir repetir – até ficar diferente”, escreve Manoel de Barros (2013, p. 276) no poema “Uma didática da invenção”.

Em 1961-1962, com *O seminário, livro 8: a transferência*, Lacan traz a compreensão da relação transferencial como um fenômeno permeável à ação da fala, a qual é manejável pela interpretação. Sendo a transferência a presentificação do passado em ato “aqui e agora”, observa-se a manifestação viva da criação. Para ele, a transferência não estaria estritamente no campo da repetição, mas, também, na possibilidade do encontro com novas significações. Esse processo se manifesta na relação com a pessoa com quem se fala, de modo que as repetições dizem respeito à cadeia significante do sujeito.

Somado a essa concepção de transferência, em *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, de 1964, Lacan relaciona diretamente a função do analista com a de um lugar em que o paciente transfere seus conteúdos inconscientes. Este lugar pertence ao âmbito do discurso do Outro, desde onde o sujeito pode existir. Na clínica, com o discurso do passado impresso na existência do Outro, se estabelece uma relação transferencial na qual o paciente coloca o analista no lugar do “sujeito suposto saber”, tal como nomeia o autor. O analista torna-se alguém que supostamente detém um saber sobre esse Outro primordial. Com a análise e a relação que ali se constitui, o paciente mantém a ilusão de que poderá alcançar o saber sobre o Outro e acerca de si mesmo. Havendo um analista que ocupa o lugar do sujeito suposto saber, com a articulação da palavra e as interpretações, observa-se a retroação no discurso do paciente na medida em que ele parte de um referencial simbólico para alinhar os significantes que circundam suas experiências, podendo encontrar-se com novas significações.

A transferência, tal como Freud descreve e Lacan expõe posteriormente, segundo as ideias freudianas, é um fenômeno que ocorre na clínica das neuroses; quer dizer, com pacientes que se referenciam a um saber de origem simbólica, que retroagem no discurso enquanto sua fala em análise atualiza o passado na transferência com o clínico, provocando um efeito sobre o presente.

Situadas as bases sobre as quais esta dissertação se apoia para tratar das questões que envolvem a transferência na clínica das psicoses, busco então compreender no que a psicose, enquanto outro modo de organização psíquica, faz exceção ao conceito de transferência tratado até o momento.

Para tal finalidade, é com o caso Pedro, paciente psicótico que me convocou um enigma durante seu tratamento psicanalítico, que desenvolvo uma compreensão a respeito de como a psicose repercute na maneira de o paciente organizar sua lógica discursiva.

4.2. Transferência e psicose

Pedro encontrava-se internado em um hospital voltado à saúde mental devido à ocorrência de uma crise psicótica. Como vimos, manifestou interesse pelo serviço de Psicologia e pediu para ser atendido. Acolhi sua solicitação, e ao encontrá-lo pela primeira vez, Pedro revelou que precisava falar com alguém, pois não se sentia compreendido “nessa *porra* de lugar”. O que exatamente ele solicitara ao serviço de Psicologia? A quem se dirigiu quando se apresentou como alguém que ansiava ser escutado? Quem seria a analista para Pedro? Nesse encontro, houve então o início de

uma ligação entre duas pessoas que abriu espaço para a transferência acontecer? Mas isso garantiria a viabilidade do tratamento psicanalítico?

Essas são questões que os psicanalistas podem elaborar em diversos momentos do tratamento de um único paciente, independentemente da estrutura psíquica que apresente. Além disso, não há como prever se haverá viabilidade para um tratamento analítico em nenhum dos casos, já que não somos detentores de um saber anterior ao encontro com o aquele que nos procura.

Como este trabalho trata da clínica das psicoses, tais questões servem para situar a suposição de que existem peculiaridades na constituição da transferência no tratamento desses quadros. Para a construção desse pensamento, é de grande valia o apontamento de Serge Leclaire (1958) ao ressaltar que no encontro com um paciente psicótico, a princípio, é oportuno saber de quem fala e para quem.

É fato que o analista nada sabe sobre o paciente que se propõe à análise. Quando está à frente de um sujeito neurótico, observamos a existência de um pedido mais ou menos claro - ele sabe que há um sofrimento e alguém que supostamente dará conta de responder ao que necessita, por isso busca por ajuda. No encontro com um psicótico, é possível notar que não há uma demanda, dúvida ou qualquer solicitação formulada que seja baseada em uma determinada angústia em relação ao não saber sobre o Outro.

Quando Freud escreve sobre as parafrenias, em “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914), destaca que, na psicose, não há a possibilidade de abertura para o investimento no outro, ocorrendo um retorno da pulsão para si mesmo. Há uma adesão maciça ao eu ideal, inviabilizando o investimento no objeto externo e fazendo com que a diferenciação entre dentro e fora fique comprometida e confusa no

psiquismo do psicótico. Como investir fora se é dentro que se concentra a energia libidinal?

Para Freud (1914) a diferença entre as parafrenias e as neuroses é que, nas primeiras, a libido liberada não se liga aos objetos externos, pois se retira para o ego; nas segundas, a libido é investida para fora, o que permite ligações com objetos diversos.

Durante a internação, Pedro mostrava-se imerso no período agudo de um estado delirante. Como já explicado anteriormente, de acordo com a compreensão lacaniana acerca do desencadeamento de uma crise psicótica, isso quer dizer que ele não poderia se servir de um significante que tentou ligar-se a um outro significante referencial (Nome-do-Pai) por este estar forcluído, fazendo com que ficasse imerso no real. Quando o significante está forcluído e uma crise psicótica se instalou, aquele que se apresenta como solicitante de uma escuta, assim como fez Pedro, encontra-se impossibilitado de encontrar novas significações que lhe sirvam como referencial, sendo que o significante sozinho – sem ligar-se a um referencial – não significa nada.

Primeiramente, Pedro chamou pelo “serviço de Psicologia”, depois, queria ser escutado pela “psicóloga”. Quem é a psicóloga? Ora, alguém que poderia entendê-lo naquela “*porra* de lugar”. Então, começou a falar descompensadamente a uma psicóloga que, ali e naquele momento, não era outro a quem poderia endereçar suas angústias, compartilhar fantasias, colocar em ato o inconsciente e retroagir no discurso, tal como ocorre na neurose. Falou sem parar, até cansar, e depois de cansado, dispensou a analista, como se dissesse: “Sua função vai até onde isso que fala em mim aguenta”.

Neste sentido, “psicóloga” representa um significante com a significação da realidade própria de Pedro, mas que não poderia ser inserida em um sistema de

significações que remetessem a outros significantes, a outros além de si mesmo. Por isso, enquanto estava tomado pela crise, não se encontrava disponível para fazer uma ligação simbólica a partir das intervenções da analista, tal como se passa na análise de um paciente neurótico. Pedro produziu um monólogo e chamou a psicóloga a testemunhar.

Em um dos últimos escritos de Freud, “Esboço de Psicanálise” (1940[1938]), há a descrição do plano que a Psicanálise segue para a direção do tratamento, o qual se encontra ligado ao trabalho com o ego enfraquecido diante do conflito existente entre forças internas – provindas do id e superego – e as exigências do mundo externo. Nessa dita guerra, o analista entra como aliado do paciente. A respeito de tal processo, Freud (op. cit., p. 188) afirma:

A posição é semelhante à de uma guerra civil que tem de ser decidida pela assistência de um aliado vindo de fora. O médico analista e o ego enfraquecido do paciente, baseando-se no mundo externo real, têm de reunir-se num partido contra os inimigos, as exigências instintivas do id e as exigências conscienciosas do superego. Fazemos um pacto com o outro.

Em termos freudianos, a análise acontece quando o paciente responde com total sinceridade ao pacto selado pela regra fundamental – associação livre – expondo todo o material perceptivo disponível e permitindo a formulação de estratégias para lidar com o conflito intrapsíquico. O analista trabalha com interpretações do material inconsciente a emergir das profundezas do psiquismo, devolvendo ao sujeito o domínio dos territórios perdidos em sua vida mental.

Todavia, Freud (1940[1938]) aponta que o psicanalista pode se perder em seu trabalho, caso carregue a certeza da funcionalidade dessa direção de tratamento quando se encontra com um sujeito com pouco (ou nenhum) contato com a realidade externa - são esses os casos de pacientes psicóticos. Enquanto tomado pelo estado

delirante, o psicótico não se engajará nesse tipo de relação proposto no tratamento psicanalítico.

(...) Muito cedo ter-nos-á abandonado, bem como à ajuda que lhe oferecemos, e nos juntando às partes do mundo externo que não querem dizer mais nada para ele. Assim, descobrimos que temos de renunciar à ideia de experimentar nosso plano de cura com os psicóticos – renunciar a ele talvez para sempre ou talvez apenas por enquanto, até que tenhamos encontrado um outro plano que se lhes adapte melhor (FREUD, 1940[1938], p. 188).

Em termos lacanianos, o psicótico desfruta das palavras assim como utiliza os objetos, sua relação com elas é metonímica; ou seja, a ele não está disponível a possibilidade de metaforização dos afetos pelas palavras em análise.

O contexto tradicional do trabalho psicanalítico apoia-se no âmbito das relações simbólicas. Nos atendimentos a pacientes psicóticos, pode ser observada uma não retroação do seu discurso, sendo que a transferência dos conteúdos psíquicos na figura do analista não se articula. O paciente que se expressa por delírios psicóticos não possui a necessidade de comunicar o sentido de algo, sua fala não remete a uma significação a ser compartilhada, pois não há questão ou dúvida sobre seu conteúdo, embora essa significação esteja no âmbito do seu saber singular: *o que é, é aquilo que é*.

Se, enquanto tomado pelo estado delirante, o psicótico não se liga a um outro, isso não significa que não haja um Outro que lhe ofereça significações diversas em seu cotidiano. Para Lacan (1955-1956), o psicótico seria uma máquina de fala, caso não houvesse o Outro no cenário que o cerca.

A diferença entre essa forma de expressão e o modo como o neurótico se expressa é que o psicótico fala desde o prolongamento da dialética dual que impede a retroação do discurso - ele fala de alguma coisa que lhe falou, explica Lacan (1955-1956). Por isso, esse alinhavo pela via da transferência não é possível quando o

paciente está delirando - ele não transfere, ou seja, não retroage, não faz ligações. A simbolização de uma relação entre o *eu* (paciente) e o *outro* (analista) não está disponível.

No caso clínico aqui apresentado, vimos que Pedro está assujeitado por seu inconsciente. Como delirante, ele não poderia reconhecer um outro diferente de si mesmo; isso não significa que não estivesse operando a tentativa de lidar com aquilo que provocara ao aparelho psíquico o repúdio da realidade externa. Dessa forma, o delírio se dispunha como um modo de tentar solucionar o conflito peculiar à forclusão da função do Nome-do-Pai

A clínica psicanalítica das psicoses faz exceção à operação da transferência em casos de pacientes neuróticos, pois a psicose não legitima um tipo de resolução que incluía a presença do outro para onde destinar as angústias. Em outros termos, na psicose, a pulsão permanece colada ao *eu*, visando a sua autopreservação, e não se desloca para objetos externos nos quais possa encontrar caminhos diferentes para sua sobrevivência.

Neste sentido, Calligaris (2013) reconhece que, diferentemente do neurótico que legitima a existência de um outro que supostamente saiba lidar com as demandas do Outro, o psicótico não está referido a um sujeito suposto saber. Na psicose, o saber advém de um *eu* onisciente, onipresente e onipotente. O neurótico traz um enigma a ser solucionado pelo suposto saber do analista, o psicótico é preenchido pelo saber do Outro e, por isso, não faz enigma. Quer dizer, na neurose, os conteúdos recalçados ficam na superfície da consciência retornando como enigma em determinados momentos da vida, por exemplo, com os atos falhos. Na psicose, vigoram mandatos unívocos de um *status quo* que dele faz objeto atrelado às suas significações.

O desencadeamento da crise psicótica ocorre quando há a injunção de algo que evoca o referencial da função paterna e que não a encontra por estar forcluída, restando-lhe o encontro direto com o registro do real, o qual não lhe oferecerá um lugar propício para organização do saber, ao menos como é o saber neurótico. Dessa forma, os significantes evocados pela injunção falarão no real, fazendo com que surjam, por exemplo, as alucinações auditivas.

Neste momento, resta ao psicótico construir o que Calligaris (2013) chama de uma “metáfora delirante”, a significação singular com recursos próprios da sua estrutura psíquica. Entretanto, essa metáfora é fracassada, já que o psicótico “erra num saber metonímico, embora nessa errância tenha que se produzir um efeito metafórico, se é que o psicótico tem alguma significação” (op. cit., pp. 26-7).

Quando está invadido pela vociferação das vozes, ao psicótico falta a possibilidade metafórica que permite a alguém desenvolver uma margem de negociação para que as transforme em outra coisa, para que, como observado no caso de Pedro, não se lance como um objeto ao Outro.

A metáfora introduz uma indefinição, a complexidade no discurso que não há na psicose. Como os significantes do saber psicótico retornam no real, não há espaço para que um significante represente algo para outro significante, não há simbolização possível para a função paterna. Com a metáfora, abre-se um espaço para que não haja a submissão à significação unívoca, fazendo com que o sujeito possa enunciar suas próprias significações.

O neurótico solicita ao analista que lhe conte sobre o que supostamente sabe sobre ele, orienta-se por um saber que remete à função paterna simbolizada. O psicótico já sabe, não faz um pedido ao analista, seu saber é errante, pois os

significantes encontram-se no real sem a amarragem central da função paterna que não fora simbolizada.

Segundo Calligaris (2013, p. 25), quando o analista se encontra com alguém cujo saber é errante,

(...) nunca é interpelado como sujeito suposto ao saber do paciente, nunca é interpelado na mesma posição na qual o interpela um neurótico. Ele é interpelado talvez como uma rede lateral do saber. Ele mesmo é um pedaço do mapa. E, talvez, o que está sendo interpelado num analista é a psicanálise mesma, como um pedaço de um saber total, através do qual ou pelo qual o psicótico vai passar, como ele vai passar em outros lugares, num caminho de errância do qual também a psicanálise faz parte.

Sabe-se que o tratamento psicanalítico se propõe a promover a articulação significativa, tendo em vista ligações simbólicas através da relação transferencial. Em contrapartida, se no funcionamento psíquico psicótico, a produção de simbolizações por meio da palavra se encontra dificultada, o que vigora?

Esta compreensão sobre o encontro do analista com o paciente psicótico faz pensar sobre a solicitação de Pedro ao serviço de Psicologia do hospital. Pedro não pediu à analista que o escutasse, supondo que ela deteria um saber sobre o Outro e que, assim, poderia ajudá-lo a se organizar. Não buscava entrar numa psicoterapia – queria, simplesmente, ser escutado porque ninguém o fazia. Afinal, ele era um louco! Muito provavelmente, como já circulara por tratamentos psicoterapêuticos anteriormente a essa internação, para Pedro, o psicólogo é aquele que escuta. Ou seja, ele referencia a Psicologia como um saber total.

Enquanto está imerso na construção do delírio, o discurso do psicótico não retroage, não atualiza o passado no presente, não faz ligação e, portanto, a transferência encontra-se impossibilitada de acontecer.

Bem, mas considerar a Psicologia um significante referenciado à escuta já é a abertura para a possibilidade de algo diferente se constituir ao longo do tratamento,

tal como será trabalhado nos próximos capítulos - alguma outra coisa que não o destino do psicótico de estar totalmente submetido às significações unívocas do Outro.

Ao psicanalista cabe escutar seu paciente e produzir interpretações em transferência. Segundo André (2015), o silêncio do analista convida o paciente à liberdade da palavra, permitindo que o inconsciente deste “saia de seu próprio silêncio” (p. 146).

Quando atende um paciente neurótico, o psicanalista propõe a ele a regra fundamental da Psicanálise: a associação livre de palavras. A escuta sobre a fala não deve receber um conteúdo intelectualizado por parte do analista. As interpretações não dizem respeito a uma determinada ordem teórica – embora a teoria faça parte de contexto; isso quer dizer que é a atividade psíquica do paciente, por meio da transferência com o analista, que deve ser levada em consideração.

Na clínica das psicoses, compreende-se que o analista é um outro que possui a função de interlocutor entre o sujeito e a construção do seu delírio, ou melhor, da elaboração singular de outra coisa que faça com que não se perca inteiramente nas demandas do Outro.

Para que o psicanalista seja um outro diferente do *eu* do psicótico, para que não seja mais uma voz vociferante, fato que impossibilitaria qualquer tratamento, é preciso que ele mesmo assuma a posição de interlocutor e não seja mais um que admita que o paciente se entregue enquanto objeto. Nesse sentido, cabe questionar: enquanto o psicótico está tomado pelas vozes, assim como no processo de elaboração do delírio, é possível a percepção de um outro diferente dele mesmo?

4.3. O Outro sem alteridade da psicose

Nos primeiros encontros com Pedro, quando ele estava no período de internação no hospital, observei que ele falava de modo irritado e sem parar, encerrando as sessões depois de parecer muito cansado de tanto falar. Nesse momento, eu estava ali para escutá-lo, assim como solicitou ao serviço de Psicologia, mas isso não quer dizer, como já explicado nos parágrafos anteriores, que o paciente estivesse a demandar, a partir dessa escuta, a produção de um saber sobre seu conflito como enigma endereçado à analista. A condição transferencial aqui é outra, diferente da neurose.

Pedro encontrava-se tomado pelas vozes de Obama, Mano Brown, Dilma e outras que o atormentavam com falas confusas e demasiadamente intrusivas. Quando o significante que faz a injunção não se encontra com a função do significante primordial para se ligar, este retorna no real produzindo o desencadeamento da crise. Ou seja, as vozes que Pedro escutava eram fruto dessa função significante que não poderia ser simbolizada.

Como Lacan (1955-1956) explica, a não distinção entre o outro (com o minúsculo) e o grande Outro é de extrema importância para a compreensão da dialética do delírio. O delírio está situado entre a fala do outro – “o outro que é o eu, fonte de todo conhecimento”, um eu detentor de todo o saber e que não está remetido à realidade, e a de um Outro “enquanto não é conhecido” (p. 53); ou seja, da alteridade. O outro e o Outro se encontram em fusão.

Enquanto delirava, Pedro falava a partir de algo que lhe falou, o circuito de alienação encontrava-se fechado e o sujeito, mergulhado nas demandas do Outro.

Nesse contexto, é possível que o paciente considerasse a analista um outro diferente dele mesmo e não somente uma presença, uma orelha, um saber total da Psicologia?

Antes de responder a esse questionamento, vale pensar o que significa ser o “outro diferente”. Como aponta Serge Leclaire no livro *Escritos Clínicos* (2001), o outro diferente “é alguém que fala outra língua, porque tem outra história e outra mitologia. Tem outras representações de suas moções pulsionais, e elas estão organizadas de outra forma” (p. 85).

Enquanto Pedro falava sem parar à analista, contando sobre as vozes que escutava, ou quando dizia que precisava de cocaína porque queria “cheirar até morrer”, mostrava que não supunha a presença de um outro distinto dele mesmo. A percepção desse paciente sobre o outro passava pelos significantes da sua própria realidade, os quais não promoviam a suposição da existência de um outro diferente. Lacan (1955-56) alerta para que não sejamos tão extremistas a ponto de considerar que o psicótico não tenha a percepção de uma outra pessoa; afinal ele também está inserido no mundo do simbólico. A questão é que este outro é parte do outro que nele fala.

É como se, ao olhar para a analista, Pedro olhasse para um espelho que reflete sua imagem. Vale salientar que este não é o mesmo espelho através do qual olha o neurótico, o qual encara projeções de si e deslocamentos de dentro para fora, *como se fosse* (metaforicamente) um *eu* olhando para um outro *eu*. Quando Pedro olhava para o espelho, via, metonimicamente, sua imagem refletida; ao olhar para a analista, via a si mesmo. Por isso, não havia questionamentos direcionados a mim, no sentido de tentar extrair um saber. Tudo o que Pedro dizia, falava da sua verdade absoluta. Não havia um Outro que representasse alteridade, nem, tampouco, outra verdade possível.

Deste modo, podemos pensar que, enquanto tomado pela crise, o psicótico fica restritamente imerso na tentativa de construção de uma metáfora delirante. Acontece que esse processo não é tão simples - é preciso que estejam presentes condições propícias para que certa organização própria do saber vigore.

No caso de Pedro, algo diferente aconteceu, pois, em um dos atendimentos ocorridos ainda no hospital, a analista fora²⁵ incluída na fala do paciente: Pedro relatou a confusão dos seus pensamentos sem receio de ser rechaçado, tal como ele mesmo relatou que faziam as outras pessoas.

Na sessão seguinte à minha falta, Pedro reclamou: “*Porra*, eu achei que você não vinha mais. Eu preciso transar. Faz muito tempo que eu não transo. Você quer transar comigo? E se eu te *xavecar*, você transa comigo? Você fica aí me olhando, acho que quer *dar* pra mim. Você me quer que eu sei. Eu quero fazer sexo. Acho que tentei fazer com a minha mãe, acho que transei com ela. *Putá*, que *merda*, eu não posso ter feito isso!”. Além disso, a partir desse evento, o paciente passou a me fazer questões, como: “você fala com alguém por telepatia?; você transaria comigo?; você acha que eu sou doidão ou que meu problema é com drogas mesmo?”. Tudo que eu fazia começou a estar diretamente ligado a ele: seus movimentos corporais, seus sentimentos, pensamentos; enfim, eu era ele, ou melhor, me tornei produto do outro que falava nele.

Quando Pedro dizia que queria fazer sexo comigo e, em seguida, mostrava-se assustado com a percepção da possibilidade de ter transado com a mãe, evidenciava-se o caráter obsceno das vozes que tomavam conta de suas verdades - ele estava sendo atravessado por essa obscenidade que irrompia em uma crise e o perturbava todo o tempo.

²⁵ Nesta frase, o uso do verbo “ser” no pretérito mais-que-perfeito, “fora”, ganha também o sentido da palavra “fora” (oposto de “dentro”), ou seja, “a analista fora incluída na fala do paciente” e deixada de fora como alteridade, o que deflagra a questão do Outro sem alteridade da psicose.

À medida que eu ia escutando sua fala, evitando me precipitar em tentar corrigi-lo ou considerá-lo louco, abri espaço para a sua existência, para a construção de uma metáfora delirante. Ao escutá-lo, fiz objeção a tudo que poderia tomar Pedro como objeto - não permaneci no lugar do Outro que devoraria sua possibilidade de tentar ser outra coisa. Possibilitei, assim, uma experiência que acabou por promover certa organização discursiva singular de Pedro.

É importante deixar claro neste trabalho que o fato de não existir transferência na clínica das psicoses, tal como a Psicanálise freudiana explícita, não significa que o tratamento psicanalítico não possa ocorrer. Na experiência dos atendimentos a Pedro, de fato, muito pôde ser escutado a respeito das singularidades de sua construção delirante.

“Todo o ser humano é um estranho ímpar”, escreve Carlos Drummond de Andrade (2014, p. 46) no poema “Igual-Desigual”. Estar em contato e poder perceber os traços singulares do sujeito significa levar em conta a subjetividade para que o trabalho analítico tenha lugar.

Neste contexto, me foi possível identificar momentos de aproximação de Pedro com a realidade externa, fato que contribuiu para a direção do tratamento. Se ele, sendo tomado por delírios, falava a partir de sua pura realidade psíquica, o que pôde ser escutado pela analista? Como se apresentava a subjetividade de Pedro enquanto estava tomado pela crise, ou seja, na tentativa de constituição de uma metáfora delirante?

Tais questões são trabalhadas no próximo capítulo, para maior compreensão do funcionamento psicótico através da singular expressão subjetiva do paciente Pedro.

5. O SINGULAR DELÍRIO DE PEDRO

Pedro gritava “o lobo!”. E todos achavam que ele era louco. Pois não havia lobo algum naquela região. Até o dia em que Pedro foi medicado e se calou.

(Gregório Duvivier)²⁶.

eu fico louco

eu fico fora de si

eu fica assim

eu fica fora de mim

(Arnaldo Antunes)²⁷

Quando iniciamos o trabalho, Pedro tentava construir sua metáfora delirante; sua fala desordenada ia ganhando um contorno singular, incluindo a formulação de afirmações acerca de suas origens e também de sua loucura. Pedro era invadido por alucinações auditivas, com vozes perturbadoras que, durante o período mais comprometido da crise, atacavam-no com brutalidade, por meio do que o próprio paciente nomeava como telepatia. Então, sua mente era tomada por seus algozes e seu

²⁶ Trecho do livro de Gregorio Duvivier, *Perca Tempos* (2015), no qual realiza uma associação entre o famoso conto infantil “Pedro e o Lobo”, de Sergei Prokofiev, e a questão contemporânea dos excessos da medicalização como tratamento daquilo que abala as estruturas da dita normalidade, sendo nomeada como loucura. O nome do paciente referido no caso clínico desta dissertação, Pedro, foi inspirado nesse trecho, com a intenção de marcar o contraste entre o olhar da Psiquiatria que, com suas medicações, pode calar a expressão da singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, e a importância da escuta psicanalítica que privilegia a subjetividade do paciente, promovendo um espaço onde este pode falar e não se calar.

²⁷ Trecho da canção “Fora de si”. Letra completa disponível em: <http://www.arnaldoantunes.com.br/new/sec_discografia_sel.php?id=24>. Acesso em: 15/11/2016.

corpo transformado por essa influência, fazendo com que passasse a ser um estrangeiro para si mesmo, encarcerado na imagem do espelho do Outro.

Neste capítulo, me dedico então a trabalhar a singular “metáfora delirante das origens” de filiação e do adoecimento, construída por Pedro, bem como a elaboração delirante a respeito das vozes, que aqui nomeio de “delírio de influência”. Busco também desenvolver um pensamento sobre as consequências da não inscrição da função simbólica da lei no psiquismo do psicótico. A associação dessa questão é ilustrada com o fato de Pedro encontrar-se, todo o tempo, com uma mãe-policial legisladora e perseguidora, um Outro que era a lei.

5.1. A metáfora delirante das origens

Em meus primeiros contatos com Pedro, observei que a expressão de seu discurso se dava por uma falação fragmentada, reveladora do estado de desorganização psíquica no qual se encontrava. Mesmo diante de sua irritação e agitação física, procurei escutá-lo e não temi seu comportamento agressivo, diferentemente de outras pessoas que, segundo ele, o tratavam como louco. Assim, ofereci a Pedro um espaço onde as singularidades de sua fala puderam ir surgindo e ganhando o formato de sua organização discursiva.

Como já exposto no capítulo anterior, após a injunção que provoca o desencadeamento da crise psicótica, o aparelho psíquico se dedica a construir uma metáfora delirante para tentar costurar o rasgo feito no psiquismo, embora não haja garantia de que o delírio será constituído de fato. Penso então que era nesse tempo do processo delirante que Pedro se encontrava imerso; por isso, a importância da

presença de um outro (mesmo que para o paciente não seja um outro diferente) que possibilitasse um espaço de escuta do que tinha a dizer nesse momento. O tratamento de sua enfermidade aconteceu, então, para além do diagnóstico médico ou da medicação que acabava por calar a expressão de sua loucura e a construção de sua singular metáfora delirante.

A metáfora delirante é uma elaboração psíquica que faz uso dos significantes, os quais são parte da vida do sujeito, remetendo à sua mitologia. No caso do psicótico, como esses significantes não se conectam para encontrar significação, já que a função do significante primordial Nome-do-Pai não está presente para servir como conectora entre eles, é realizado um tipo de construção (delirante) a partir dos recursos existentes no aparelho psíquico. Porém, o fato de o psicótico não ter a função paterna inscrita no psiquismo não significa que ele não saiba que tem um pai - a questão não está na existência ou não de um pai concreto; trata-se, sim, de sua função de corte da relação dual ilimitada entre mãe e filho, intervindo para este não ser engolido pelo desejo da mãe.

O psicótico permanece alienado no desejo imaginário da mãe, preso na imagem de um espelho que reflete o falo que esta deseja ter. Como não há a privação da mãe de seu filho-falo (e vice-versa) devido à não instauração da função do significante Nome-do-Pai, a trama edípica não acontece. Estão em jogo, pois, o filho-falo e o desejo da mãe, enquanto a lei simbólica da função paterna fica de fora.

Acerca desse processo, Calligaris (2013, p. 49) aponta com clareza:

Quando falamos que num paciente psicótico haveria forclusão do nome-do-pai, isso é um efeito da injunção, é algo que aparece no momento da crise. Não estamos falando do fato de que os significantes paternos não seriam simbolizados, que seu saber teria um limite, assim, quando se trata do pai, aí não tem nada. Tanto que qualquer paciente psicótico na verdade pode perfeitamente reconstruir sua história, até edípica. É importante considerar que o que está forcluído não são os significantes relativos ao pai, ao quadro edípico, mas o que está forcluído é a amarragem enquanto tal. Não é que o paciente psicótico não disponha de significantes para falar

de seu pai, da sua família. O problema é que estes significantes não têm a função de amarragem central como uma metáfora neurótica.

Na psicose, todos os personagens da trama edípica se encontram presentes, mas, justamente, não conseguem se encontrar para representar seus papéis a ponto de escreverem o enredo dessa história. Com isso, a construção da mitologia do psicótico fica confusa, embaralhada - tudo pode ser, já que o recalque não opera.

Para ilustrar como funciona o registro das marcas que vão acontecendo no psiquismo ao longo da vida do sujeito, dando origem aos significantes formadores da rede de saber que integra sua história, segue a criativa associação entre um brinquedo e tais marcas psíquicas, realizada por Freud (1925[1924]) no artigo “Uma nota sobre o ‘Bloco Mágico’”. Trata-se de uma prancha de cera com borda de papel; sobre a prancha, uma folha fina transparente, presa na parte superior e aderida na inferior sem estar fixada. Quando algo pontiagudo e pulsante é calcado na superfície da folha transparente, há uma inscrição ou escrita. Quando essa folha é levantada, apaga-se o que foi escrito nela e, assim, novamente limpa, pode receber novas inscrições. Sob o papel da prancha de cera, repousam todas as inscrições já feitas, umas sobrepondo-se às outras.

Freud (1925[1924]) compara o sistema de funcionamento do Bloco Mágico com o aparelho psíquico: a parte encerada da prancha seria o inconsciente, protegido pela folha de papel que é o pré-consciente e, por sua vez, recebendo estímulos vindos da folha transparente na superfície, ou seja, a consciência. Embora aquilo que fora inscrito no consciente desvaneça, essas impressões são preservadas no inconsciente de modo ilegível. O psiquismo torna-se uma superfície de inscrições; no inconsciente, todas se misturam, gerando a perda da sua legibilidade. Essa ilustração remete ao nível de proteção do psiquismo de cada sujeito frente à desintegração: uns podem

proteger-se das demandas insuportáveis, por exemplo, escondendo cada marca em seu inconsciente com o mecanismo do recalque; outros parecem não possuir essa camada protetora e todas as inscrições emergem de modo ilegível, provocando uma espécie de encontro incessante com seu inconsciente a céu aberto.

Tanto na neurose quanto na psicose, o inconsciente se mostra, quer dizer, emerge à superfície. Acontece que, como vimos, na neurose, ele advém como enigma a ser descoberto entre hesitações e ambiguidades, a partir do comparecimento das formações do inconsciente (chistes, sonhos, atos falhos e sintomas), cujos conteúdos sofrem deformações a fim de atravessar a barreira do recalque, irrompendo a lógica racional da consciência e produzindo um efeito de não saber sobre si mesmo que divide o neurótico. É nessa condição que se produz a transferência na neurose, pela qual o paciente supõe ao analista um saber sobre o que ele mesmo não sabe de si.

Já na psicose, o inconsciente não opera com o recalque, não há enigma que possa emergir, pois aparece no psiquismo como um mandato unívoco advindo do saber que não passou pelos filtros das simbolizações. Logo, não havendo organização simbólica que sustente o saber, o que vigora dependerá da metáfora delirante a ser construída ou não.

Pedro, por exemplo, falava... falava..., mas o que ele queria dizer? Precisamente, nada, ou tudo! “Como assim?”, o leitor poderia se perguntar. A fala é um aspecto singular da língua e revela algo sobre quem a emite; por isso, jamais deve ser ignorada ou rechaçada, tal como ocorre diante daqueles considerados loucos.

Um modo de demonstrar a importância da escuta no caso de Pedro foi quando ele elucubrava acerca de suas origens, durante os primeiros atendimentos, buscando entender por que teria sido internado e insistindo em dizer que sua pele era negra: “Minha mãe transou com meu avô que era preto. Por isso eu nasci preto; ou eu acho

que meu pai transou com a minha mãe pelo *cu* e, por isso, eu nasci do avesso. Eu acho que meu pai abusou de mim, por isso eu fiquei assim”. Aqui, vemos que Pedro estava tomado por um discurso imaginário ininterrupto, composto por diversos significantes não convergidos para um sistema simbólico que lhe permitisse o encontro com sua mitologia.

Segundo Leclaire (1958), para haver a experiência de realidade de um objeto, é preciso situá-lo como imagem e lhe dar um nome para integrá-lo a um sistema que enseje sua entrada na linguagem. No caso do psicótico, a experiência de realidade em relação aos objetos formadores do discurso diz respeito a um tipo de realidade psíquica que encontra um nome (o Nome-do-Pai) que o situe no campo das simbolizações.

Enquanto delirava, Pedro fazia uso de significantes da sua experiência que não confluíam para originar um significado próprio que organizasse e desse contorno ao seu discurso. Na expressão da fala psicótica tudo é permitido e violável, não existindo regra e um sentido que toque o enunciador da palavra.

Deste modo, como enunciava Pedro, ele nascera “do avesso”, quer dizer, louco, porque poderia ter sido gerado “pelo *cu*”. Outra hipótese que lançava era de que enlouquecera porque teria sido abusado pelo pai. Além disso, se via como negro porque sua mãe teria transado com seu avô, que era negro, segundo ele. Ou seja, no discurso psicótico todos os recursos significantes que se encontram disponíveis na história do sujeito podem ser utilizados para a construção do seu delírio, fato que evidencia a lógica discursiva com a qual se expressa.

Mesmo que o significante “pai” na frase estivesse justaposto em uma construção com determinado sentido para quem a escuta, ele pode ser usado em qualquer situação sem o envolvimento do enunciador com o enunciado, deflagrando a

inexistência da função paterna operando. Aliás, o pai poderia ser qualquer um, inclusive o “avô preto”.

As hipóteses de Pedro acerca de seu nascimento e da origem de sua loucura ilustram o funcionamento da lógica discursiva do psicótico, a qual se expressa pela não retroação do discurso - essa é uma das consequências inerentes à não operação da função da metáfora do Nome-do-Pai. O discurso que não retroage possui característica fragmentária na medida em que o sujeito diz tudo e não diz nada, caminha sem um referencial simbólico e funciona pela justaposição de partes que, entre si, não se alinham.

O mesmo ocorreu quando Pedro tentou contar por que estava internado no hospital: “A *filha da puta* da minha mãe me colocou aqui porque eu quis transar com ela. Não, eu acho que bati nela”. Aqui, fica perceptível o quanto Pedro procurava uma explicação para seu problema, mas, mesmo assim, tudo poderia ser: transar com a mãe ou agredi-la era tão viável quanto cinza de cigarro substituir cocaína na sua realidade.

Paralelamente, a palavra “culpa” também não possuía efeito de pesar frente a uma transgressão. Quando Pedro disse não ser culpa sua ter sido internado no hospital, admitiu saber que o uso de drogas é crime, mas concluiu que não fez uso de cocaína por escolha própria, evidenciando sua passividade frente às significações que lhe eram atribuídas pelo Outro, no caso, a mãe-policia que encarcerava quem transgredia a lei. “Eu não tenho culpa de ter usado, a droga me pegou, eu não peguei ela. Eu não escolhi estar nessa vida agora, ser internado e tomar essas *bostas* de remédios que me dão. Eu usei mesmo, mas a culpa não é minha”.

De acordo com Leclaire (1958, p. 117, grifos do autor), a vivência psicótica é amputada da formulação dialética. Como a forclusão resulta em um buraco no significante,

(...) uma espécie de *buraco original* que nunca seria suscetível de *reencontrar sua própria substância já que esta nunca foi outra senão substância de buraco*; ele só poderia, esse buraco, ser preenchido, sempre imperfeitamente, por um “remendo” (...).

Como a fenda se abre antes de qualquer possibilidade de negação da realidade ou recalçamento dos elementos que impõem ao sujeito a necessidade de uma resposta, o que resultaria na experiência neurótica, ao psicótico ocorre a possibilidade de construir uma metáfora delirante singular devido ao repúdio da realidade externa.

Escreve o poeta Manoel de Barros (2013, p. 319) num verso do poema “O livro sobre nada”: “Não pode haver ausência de boca nas palavras: nenhuma fique desamparada do ser que a revelou”. Enquanto Pedro emitia suas palavras, revelava uma fenda entre elas, pois não dispunha de significantes que se conectassem; eram como versos desamparados em busca de uma organização singular que lhe permitisse ser outra coisa que não aquilo que o Outro lhe impunha.

5.2. O delírio de influência

No período da internação de Pedro no hospital psiquiátrico, tomado pelas consequências delirantes da injunção, me contou com convicção que as enfermeiras estavam lhe injetando hormônios femininos, por isso cresciam seios em seu corpo. Outro componente do delírio dizia respeito à cor de sua pele, que ele dizia ser negra: “olha a minha cor, eu sou preto, todo mundo fala que não sou, mas eu sou da mesma cor que o Mano Brown”. Embora não fosse negro, considerava-se íntimo de tudo o

que representa a cultura negra, como os cantores de *rap*. No corpo, trazia ainda tatuagens símbolos do *hip-hop*, estilo musical que afirmava ser apreciado por criminosos, e odiado pela mãe: “A minha mãe também quer me prender porque sou usuário de drogas. Ela é policial e não gosta de *rap*, nem de drogados. Ela pega os *nóias* e encarcera. O trabalho dela é esse”. Aliás, uma de suas tatuagens fazia referência ao grupo de *rap* Racionais Mc’s, cujo cantor, Mano Brown, dizia ser seu *brother*, com quem falava por telepatia e que o ajudava a se acalmar.

Mais uma faceta do delírio de Pedro aludia à grandiosa autoridade dos presidentes do Brasil e Estados Unidos da América, Dilma e Obama. No período mais afetado da crise, comunicava-se com tais eminências por telepatia. Dilma o perseguia, tramava contra ele por saber de segredos que a interessavam (“tem a Dilma que quer me pegar porque eu sei de coisas da sociedade e da política que ninguém sabe”). Já Obama era auxiliado por Pedro na resolução dos problemas políticos de seu país. Nesses momentos, meu paciente parecia estar sobrevivendo no inferno devido ao horror causado pela perseguição vivida em sua realidade psíquica. Independentemente de onde, sobrevivia apesar da fúria com que a injunção o invadia, tendo a possibilidade de tentar construir uma significação para sua história através do delírio.

Lacan (1955-56) representa a significação como sendo o próprio discurso do psicótico no período delirante: “qual, ele não o sabe, mas ela vem no primeiro plano, ela se impõe, e para ele ela é perfeitamente compreensível” (p. 32). Por mais absurdo que se apresentasse o discurso de Pedro, para ele, tratava-se de uma verdade incontestável.

Os fragmentos do caso aqui citados revelam um ímpeto de perseguição e dominação expressadas pelo paciente, que produz um jogo de influência, o qual pode

ser associado ao fenômeno que Victor Tausk²⁸ nomeia como “aparelho de influenciar” no ensaio publicado em 1919: “Da gênese do ‘aparelho de influenciar’ no curso da esquizofrenia”.

Neste texto, Tausk (1919) desenvolve suas investigações a respeito da loucura através de um caso clínico que acompanhou, o qual suscitou o trabalho sobre este fenômeno alucinatório nomeado como “aparelho de influenciar”. Eis as características elementares desse aparelho:

- 1) Ele apresenta imagens aos doentes. Trata em geral de uma lanterna mágica ou um aparelho de cinema. As imagens são vistas em um só plano, projetadas em paredes ou vidros; não são tridimensionais como as alucinações típicas.
- 2) O aparelho produz e furta pensamentos e sentimentos, graças a ondas ou raios, ou pelas forças ocultas, coisa que o doente não pode explicar pelos conhecimentos físicos. Neste caso, o aparelho de influenciar é também chamado de “aparelho de sugestão”. O mecanismo é inexplicável, mas a função é de permitir ao ou aos perseguidores transmitir ou furta pensamentos e sentimentos.
- 3) O aparelho produz ações motoras no corpo do doente, ereções, poluções. Estas últimas têm como finalidade privar o doente da sua força viril e enfraquecê-lo. Este efeito pode também se produzir pela sugestão, por correntes atmosféricas, elétricas, magnéticas ou de raios X.
- 4) O aparelho produz sensações, mas algumas não podem ser descritas pelo doente, porque lhe são totalmente estranhas, enquanto outras são sentidas como correntes elétricas, magnéticas ou atmosféricas.
- 5) O aparelho é também responsável por outros fenômenos somáticos nos doentes: erupções cutâneas, furúnculos e outros processos mórbidos (TAUSK, 1919, p. 41).

Encontro nesse trecho de Tausk (1919) algo familiar associado à construção delirante de Pedro. De fato, o corpo de meu paciente sofria influências diretas de tudo aquilo que nele falava, ou seja, estava alienado nas significações do Outro.

Como bem destaca Calligaris (2013, p. 18), a psicose se estrutura no sujeito como defesa “contra o que seria, imaginariamente, o seu destino se ele não se

²⁸ Tausk foi um dos discípulos de Freud, integrante do movimento psicanalítico de 1908 a 1919, versando principalmente sobre a problemática da loucura. Seu percurso na psicanálise foi interrompido, pois, em 1919, suicidou-se com uma corda enlaçada no pescoço. Há indícios de que a motivação de sua morte, tão bem prevista e calculada, possui similaridade com as manifestações do que ele mesmo definira como um “aparelho de influenciar” (BIRMAN, 1990).

defendesse se estruturando: ser – reduzido ao seu corpo – o objeto de uma Demanda imaginária do Outro, se perder como objeto do gozo do Outro”.

Pedro foi enredado nas significações presentes em seu cotidiano, as quais advinham da sua relação com um Outro perseguidor. Como policial, a mãe foi apresentando ao filho as imagens de tudo àquilo que ela perseguia, como bandidos tatuados que gostavam de *rap*. Inclusive, ela o levou para conhecer um presídio, a fim de mostrar a ele tudo o que não deveria ser. Acontece que o “não”, termo que deveria barrar a transgressão, não fez função, ou ao menos não teve a função pretendida por ela. Logo, Pedro tornou-se o negativo do reflexo do espelho do Outro, tal como o negativo de uma fotografia que inverte as cores da imagem, assim como a sua pele, que dizia ser “negra”.

Interessante o fato de o paciente trazer em seu corpo tatuagens representativas do universo de criminosos, e também de se referir a si mesmo como um “mano da periferia”, fazendo caras, bocas e vozes específicas para representar a vida na malandragem. Minha hipótese é de que Pedro buscava, assim, imprimir em si mesmo as marcas do que a mãe perseguia, legitimando-se como objeto dela.

Então, quando estava tomado pela crise, todos esses significantes que faziam parte de sua realidade ficavam mais evidentes. Como não se encontravam com a função que promoveria simbolizações, eram atirados no real e retornavam como as vozes da autoridade perseguidora – Dilma – e daquelas que solicitavam sua ajuda – Obama e o amigo *rapper* Mano Brown.

Neste sentido, enquanto delirava, Pedro estava em contato com a rede de significações intrínsecas à demanda da qual se escudava – defendia-se para não ser engolido pelas significações demandantes do Outro, pois “o Outro quer isso, e ele

quer sobretudo que se saiba disso, ele quer significar”, é o que refere Lacan (1955-56, p. 226, grifos do autor) sobre o início do delírio.

Assim, as modificações sentidas no corpo e na mente do paciente, reconhecidas no contexto da crise, possuíam influência direta das imposições advindas do Outro. Pedro, então, passava a ser um estrangeiro para si mesmo, pois na carne estava impressa a cor negra, assim como sentia crescer seios em seu corpo devido à injeção de hormônios dada pelas enfermeiras. Um corpo que não era seu, mas, sim, entregue como objeto do Outro. Era no real do corpo que retornavam tais significantes da sua realidade.

Vale salientar que Pedro tornou-se conselheiro de Obama, sendo igualmente uma pessoa superestimada, ou seja, também seria um influenciador, um sábio de importância ímpar, e, por isso, acreditava não tem como passar ileso diante dos holofotes. Se, sabendo demais, era perseguido, por saber demais, tornava-se um influenciador. De fato, é perseguido quem não passa despercebido... Por isso, o modo de relação delirante evocado pelo paciente traria sempre a dominação do outro – do si mesmo que é estrangeiro – como panorama.

Tausk (1919, p. 43) considera o fenômeno de estranheza do paciente sobre o próprio corpo e personalidade como a decorrência de uma força hostil:

(...) sentimentos de perseguição em que o sentimento de transformação é atribuído à ação de uma pessoa estranha, por “sugestão” ou “influência telepática”. Em outros casos, vê-se a ideia de perseguição e de influência desembocar na construção de um aparelho de influenciar.

Neste sentido, a metáfora delirante que Pedro vinha desenvolvendo assemelhava-se ao aparelho de influenciar, o qual é construído como forma de sustentação do aparelho psíquico, impedindo que este seja dizimado pelos ataques sofridos pelos perseguidores.

Vale salientar que as transformações no corpo do paciente pelos hormônios femininos que faziam crescer os seios, os mesmos utilizados pela mãe, segundo ele, deflagravam a aproximação com o período coincidente à constituição do narcisismo primário – ter seios seria análogo a transformar-se em “mãe”, ou seja, indiferenciar-se de quem já lhe oferecera um estado nirvânico de totalidade.

Freud (1914) aponta que, tomado pela plenitude proporcionada por um eu sublime – o eu ideal –, “o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação de que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância (...)” (p. 100). Esse estado de completude estrangulador da singularidade faz parte da estruturação psicótica.

De fato, Pedro era arrebatado por uma grande confusão, e a construção do delírio persecutório de influência vinha para tentar lhe dar uma ordem possível. Isso resultou no não afogamento de Pedro na profundidade encantadora e violenta da demanda do Outro, que poderia levá-lo ao desaparecimento, tal como os tripulantes dos navios que se entregavam ao sedutor canto das sereias e acabavam morrendo afogados²⁹.

No momento da crise, algo advindo do Outro, aquele que é tudo para o psicótico e o mantém alienado em sua demanda de significação e totalidade, o invade e se apropria dele como objeto. Logo, para manter-se minimamente preservado, o aparelho psíquico envolve-se no trabalho de construção do delírio.

No texto “A paixão da causalidade: uma fala em causa?” (1998), Roland Gori realiza um contraponto entre a necessidade de qualquer pessoa em encontrar uma etiologia psíquica para os fenômenos corporais e a ideia do “aparelho de influenciar” elaborada por Tausk (1919).

²⁹ Referência à passagem da obra de Homero, *Odisseia*, que conta do encontro de Ulisses com o perigoso canto das encantadoras sereias.

A respeito das transformações sentidas pelo psicótico, tal como é relatado por Pedro, conforme Gori (1998), “alienando sua experiência corporal assim como seus atos ou seus pensamentos em um aparelho de influenciar, os doentes se tornam estrangeiros de si mesmos” (p. 67). Esse estrangeiro seria análogo ao que Freud trata como *unheimlich*³⁰, no escrito “O Estranho” (1919). O sinistro trata-se de algo secretamente familiar ao sujeito que faz enigma a ele em determinado momento da sua vida, “(...) é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar” (FREUD, 1919, p. 238).

Esse algo fora vivenciado internamente em algum tempo da infância e se tornou estranho pelo efeito do recalque. O retorno do sinistro ao longo da vida se dá quando, por uma situação demandante, descobre-se um afeto relacionado à experiência de algo fantástico vivido com estranheza e que continua existindo em algum lugar dentro de si, embora seja considerado impossível de acontecer conscientemente, tal como ocorre com o pensamento mágico característico da infância.

Na neurose, esse fenômeno ocorre com o regresso do que fora recalcado. Associando o que Gori (1998) nomeia como estrangeiro e a ideia de Freud (1919) sobre o sinistro, podemos entender que as transformações sentidas no corpo do psicótico advêm do retorno dos efeitos de uma experiência ocorrida em tempos remotos da vida do sujeito. Portanto, o material da construção delirante estaria tomado por esse fenômeno.

Tausk observa que o corpo próprio se acha, originalmente, considerado como um mundo externo que, por seu automatismo e maquinismo, escaparia à vontade da criança, que atribui, então, os efeitos de que é objeto de uma vontade outra que não a sua. A formação delirante constituiria a reminiscência desta experiência sob um modo alucinatório. A máquina de influenciar nos permite compreender que ao comparar o interior de nosso corpo, e o corpo em sua totalidade, a uma máquina

³⁰ Referido nesta dissertação de acordo com as diferentes traduções dessa palavra do dialeto alemão, como “estranho, sinistro, inquietante ou estrangeiro”.

misteriosa, participamos apenas metaforicamente da verdade que a psicose testemunha em uma *execução literal e sensível*: nosso corpo nos parece estranho, exterior, regido pelo Outro (GORI, 1998, p. 67).

Interessante lembrar, tal como relatado no caso, que Pedro assinava seus desenhos com a imagem de um homem com pernas e braços desenhados em formato de palito e, no lugar da cabeça humana, uma tela de televisão com antenas saindo de seu topo. A televisão poderia ser considerada então uma “máquina de influenciar”, por fazer o tentador convite ao telespectador de alienar-se diariamente em suas imagens, uma “caixa mágica” provocadora de identificações diversas diante de uma gama repleta de entretenimento - um espaço aberto para a invasão de olhares atentos, de imaginários diversos e de atravessamentos de significações indiscriminadas.

A representação imagética feita por Pedro sobre si diz desse corpo tomado por um Outro que nele fala. Quando descreveu o desenho, disse que as antenas do homem com cabeça de televisão eram receptoras e propagadores de ondas telepáticas, a mesma telepatia que ele mesmo utilizava para se comunicar com Brown, Dilma e Obama; habilidade também utilizada pelas demais vozes para atacá-lo.

Segundo Tausk (1919), o aparelho de influenciar em seu formato de aparelho de sugestão permite aos perseguidores transmitir ou acessar pensamentos e sentimentos do paciente graças aos raios ou forças ocultas, assim como Pedro retratava o desenho do homem com cabeça de TV.

Para Gori (1998, p. 68), a máquina é construída no momento em que o paciente fala dela, constituindo a “reminiscência alucinatória da origem da linguagem, considerada pela criança como uma imensa ‘máquina de influenciar’ (...)”.

À medida que Pedro ia utilizando em seu discurso os significantes que faziam parte da sua realidade para dar conta da situação de estrangeiro em si mesmo, pôde

elaborar sua metáfora delirante e ir encontrando significações próprias a fim de dar contorno a sua confusão psíquica. Como esses significantes não se amarravam pelo fato de um não representar nada ao outro, tudo poderia acontecer enquanto habitavam a mesma casa e não se comunicavam para encontrar uma solução em comum, quer dizer, uma formulação simbólica.

5.3. A mãe como Outro absoluto e a lei que retorna no real

Na metáfora delirante construída por Pedro, estavam presentes os significantes: mãe, policial, *rap*, encarceramento, presidente, drogas, influência, poder, entre outros registros da linguagem que circulam pela cultura e remetem, para cada pessoa, a sua realidade. No caso do paciente, todos os significantes citados remetiam ao contexto da “lei” e sua transgressão.

Paralelamente, penso que Dilma, diferentemente de Obama ou Mano Brown, configurava a algoz de Pedro. Havia nessa representação delirante uma referência à mãe do rapaz, principalmente por ser policial, aquela que encarcera e aniquila os bandidos e drogados com estilo *hip-hop*. Pedro relacionava-se, pois, com um Outro poderoso, perseguidor e que tudo sabia.

Aliás, em seu delírio, ele mesmo tornava-se um negro, drogado, amigo de traficantes, frequentador da favela e que gostava de *rap*, tal como ia se automeando. Pedro trilhava um caminho que o levava ao encontro da demanda do Outro, instância determinante que carregava consigo significantes peculiares à cultura e desencadeadores da injunção.

A lei para Pedro estava presente enquanto saber total do Outro, por isso não operava como função organizadora do seu próprio saber. Inclusive, fica evidente que, mesmo que o pai de Pedro aparecesse em sua história de vida, em nenhum momento surgia como legislador, quer dizer, como um pai que fizesse o corte, a separação entre Pedro e as demandas engolidoras da mãe.

As particulares vivências de Pedro diante da lei que não fazia função tornavam o Outro um verdadeiro carrasco, fazendo com que a crise psicótica remetesse o sofrimento aos delírios violentos de invasão e influência sobre seu corpo, por exemplo, lugar sem defesas contra o sinistro invasor.

Segundo Calligaris (1998), a crise é imposta de maneira brutal, arrancando o sujeito de si mesmo. Esse processo se dá como um retorno dos significantes do contexto familiar, aos quais deve se referir, no real, inclusive no real do corpo.

(...) Então o que aparece é isto: significantes de uma grande brutalidade, que estão escrevendo o destino do sujeito. Não estão abrindo um espaço de significação, mas determinando diretamente um destino, justamente porque os significantes que estamos ouvindo estão para o sujeito no Real. Eles são o forcluído ao qual ele tenta se afiliar, do qual ele espera que surja para ele uma significação, mas que no caso só lhe impõe no Real (CALLIGARIS, 1998, p. 34).

A lei para Pedro era outra coisa, diferente da lei inscrita e simbolizada que representa a ordem, as regras, a autoridade. Esse significante não se encontrava registrado simbolicamente como um terceiro que fazia o corte na relação simbiótica entre dois, o qual instauraria a função paterna. Logo, a diferença que faz a separação entre um corpo e outro não se fundou. O corpo de Pedro estava aberto à autoritária demanda do Outro, bem como a vozes da função paterna não simbolizada que retornavam no real.

Como Berlinck (2008, p. 165) expõe no texto “O eu e as paixões”, “quando um outro-estrangeiro se introduz no espaço do corpo, há uma forte perturbação que

ameaça de extinção essa unidade”. Desse modo, é por meio da elaboração da metáfora delirante que o psicótico terá a oportunidade de se defender desse estrangeiro que o habita e enlouquece.

Pedro pôde ir trilhando um caminho para tentar organizar-se acerca, por exemplo, do uso de drogas enquanto desencadeador da crise que o levava às internações. Nos primeiros atendimentos, ele trouxe a questão do uso de drogas como uma imposição a ele vinda de não sabe onde e nem de quem. Usar drogas trazia a possibilidade de ser encarcerado pela mãe: “Não vai adiantar, minha mãe é policial e sempre vai me espionar onde eu estiver. Ela quer me punir e me encarcerar por que ela é policial e eu usei drogas”.

Quando já atendido em meu consultório, mencionou uma música que dizia ser a principal influência para o uso de cocaína: “Tô ouvindo alguém me chamar”, do grupo Racionais Mc’s. Pedro entendia que Mano Brown, o cantor, escutava vozes. Segue o trecho citado por ele:

(...) Tô ouvindo alguém gritar meu nome / Parece um mano meu, é voz de homem / Eu não consigo ver quem me chama / É tipo a voz do Guina / Não, não, não, o Guina tá em cana / Será? Ouvi dizer que morreu / Última vez que eu o vi, eu lembro até que eu não quis ir, ele foi / Parceria forte aqui era nós dois / Louco, louco, louco e como era / Cheirava pra caralho, vixe, sem miséria / Doido ponta firme (...).

Pedro falava de Guina, “um doido *ponta firme*”³¹, personagem a quem esta música se refere. Cara “descolado”³² no meio onde vive e a cocaína o ajuda a manter essa imagem. Ser descolado não é para qualquer um, é preciso ter algo que se destaque na multidão. Nas sessões, o paciente se lembrava, algumas vezes, do tempo em que frequentava festas, fumava maconha, cheirava cocaína e parecia livre do controle total da mãe.

³¹ Expressão popular que revela uma pessoa de confiança, a qual está sempre pronta para ajudar.

³² Segundo dicionário da língua portuguesa Larousse Cultural (1992), a palavra descolar significa despegar, desunir o que estava colado, descolar e despegar-se.

Entretanto, a dinâmica de adoecimento provocava um descolamento da realidade e não do controle da mãe-policial. A expressão do negativo travestido de rebeldia deflagrou a faceta da psicose que não se encontrava com a lei simbólica, como evidencia Calligaris (2013, p. 34), “o psicótico não está legislando. Então, se para ele não há lei, (...) a relação com essa lei é muito diferente, não é uma relação conflitual”.

Como todos os signos da vida psíquica de Pedro não faziam a função de unir os significantes inscritos aos significados advindos da cultura, ao remeter-se às drogas e ao *rap*, encenaria a provocação da mãe-policial para um encarceramento deliberado, já que, segundo ele, a polícia persegue drogados e bandidos para enviá-los à prisão. Pedro se oferecia à mãe como objeto. De fato, o psicótico se dá como objeto ao Outro.

Não havendo outra possibilidade além daquela que remete à existência do significante no real, o trabalho clínico com pacientes psicóticos depara com a dificuldade frente à promoção da rede de significações diante dos signos explorados na vida psíquica. Envolvidos pelo discurso que não segue uma cronologia da própria história, o inconsciente abre passagem de forma avassaladora.

Além disso, durante o tratamento do psicótico, o analista corre o risco de ser confundido com o perseguidor em seu delírio, sendo incluído, por exemplo, no conjunto de vozes atormentadoras. Desse modo, um tratamento não vigorará. Afinal, não existe ódio de transferência. Como já exposto no Capítulo 3, Freud trata, sim, do amor de transferência, é com ele que o trabalho analítico pode acontecer, ao menos quando diz respeito ao tratamento a pacientes neuróticos.

Felizmente, a história clínica com Pedro não teve esse destino - não me tornei mais uma voz que atormentava o paciente, o outro real persecutório; nem sequer uma

das psicólogas que tentaram ser suas “amiguinhas” ou mesmo como as “velhas chatas” que o atenderam antes, como me contou.

Foi justamente a forma como se configurou o conteúdo do discurso de Pedro em relação à analista que fez surgir esta pesquisa. O paciente passou a questionar por qual razão não poderia formar uma família, trabalhar, dirigir e viver como muitos dos seus colegas viviam. Mostrava-se chateado por não namorar, por ser dependente dos pais, ficar em casa aceitando os mandos e as reclamações da mãe.

Pedro não estava em torno de um conflito neurótico, não trazia um enigma, mas era evidente o quanto seu discurso encontrava-se mais organizado em relação ao tempo em que esteve internado. É fato que o delineamento de sua metáfora delirante lhe ofereceu outra oportunidade, assim como o encontro com uma analista que abriu seus ouvidos para escutá-lo sem temê-lo ou classificá-lo como louco lhe permitiu essa elaboração.

Voltando ao enigma deste trabalho, lembro que Pedro continuava a fazer comentários direcionados ao corpo da analista, como: “você está abrindo as pernas pra eu olhar”, “veio mais arrumada hoje só por que ia me atender, não é?”, “você tem tatuagem que eu sei”. Depois, sorria e dizia estar brincando. Fazia desenhos de corações com as iniciais de nossos nomes, dizendo ser “um coração apaixonado”. Então, a lógica discursiva de Pedro incluía a figura da analista na produção de um discurso com conteúdo amoroso.

No estudo da transferência, já foi explicitado que, na dinâmica delirante, não há a possibilidade de retroação do discurso. O psicótico não projeta simbolicamente no analista as relações com figuras amadas no passado; para que isso aconteça, é necessário que o sujeito reconheça a presença de um outro diferente dele mesmo.

Sendo assim, como se dá a questão do amor na clínica das psicoses? É viável algo como o amor de transferência? Como é possível amar, em um universo discursivo em que há vozes imperativas? No próximo capítulo, abordo então o núcleo gerador do enigma desta pesquisa, e que tanto me tocou.

6. O AMOR DE TRANSFERÊNCIA NA CLÍNICA DAS PSICOSES

Não se pode desprezar o poder curativo

do amor contra um delírio.

(Sigmund Freud)³³

Fazer o amor, como o nome indica, é

poesia. Mas há um mundo entre a poesia

e o ato.

(Jacques Lacan)³⁴

Como vimos no relato do caso, em vários momentos Pedro se dirigiu a mim com um discurso amoroso, e isso desde os primeiros atendimentos, ainda enquanto estava internado na instituição psiquiátrica.

Na clínica, como apresenta Freud (1915[1914]), o amor se expressa em transferência - o amor de transferência representa o enamoramento do paciente pelo clínico, induzido pela situação analítica. Tendo esse conceito como norte para a direção do tratamento de Pedro, a expressão “amorosa” que me dirigia muito me inquietava. Afinal, o que exatamente representava esse discurso aparentemente articulado segundo as qualidades do amor, considerando, como já visto nos capítulos anteriores, que na psicose há um tipo de funcionamento psíquico delirante, bem como o retorno do investimento libidinal do mundo externo para o ego?

De fato, enquanto o psicótico delira as relações com os outros estão impossibilitadas de acontecer, pois o eu toma conta de todo o espaço psíquico. Será

³³ Freud, in *Delírios e sonhos na Gradiva de Jensen*, 1907[1906], p. 30.

³⁴ Lacan, in *Seminário, livro 20: mais, ainda*, 2008, p. 78.

então que, durante o tratamento, Pedro pôde me reconhecer como diferente dele mesmo, quer dizer, me reconhecer em minha alteridade? Afinal, escreve Roland Barthes no livro *Fragmentos de um discurso amoroso* (2003, p. 101), “ninguém tem vontade de falar do amor se não for para alguém”.

Antes de discorrer acerca das questões propostas neste capítulo, considero então essencial aproximar o leitor do que estou chamando de “amor” nesta dissertação. Do amor falam os poetas, os romancistas, os músicos. O amor está na boca do ser apaixonado. Mas o que está em jogo no discurso amoroso? Como a Psicanálise compreende o amor?

Estas questões serão trabalhadas a seguir, as quais se direcionam ao caso Pedro e, logo, à questão do amor de transferência na clínica das psicoses.

6.1. É preciso ser um para amar outro

O amor é um tema que circula amplamente no cotidiano, manifestando-se por meio das mais diversas formas. Amor entre pais e filhos, entre amigos e amantes; também podemos amar um ofício, um lugar, enfim... O amor está nos livros, nos filmes, nas canções, nos lares e, também, em nossos consultórios.

Mas do que se trata quando alguém diz que “ama” algo ou alguém; e, mais especificamente, como a Psicanálise compreende o amor? O discurso amoroso é enigmático, é a matéria do que se quer conhecer: o amor. O que é o amor? Ora, aquilo que só é visto em existência, não em essência, escreve Barthes (2003).

Ao longo da obra de Freud, podemos notar que ele foi um grande interessado no tema amor. Com seu estudo escrito em 1929 e publicado em 1930, intitulado “O

mal-estar na civilização”, discorre com clareza sobre as representações do amor na vida humana.

Segundo Freud (1930[1929]), o amor é um dos fundamentos da civilização, fazendo com que o homem renuncie à mulher como seu objeto puramente sexual, e que a mulher, por sua vez, situe o filho como parte separada de si. Paralelamente, para atender às necessidades civilizatórias, o homem precisou se organizar para o sustento da sua família, surge então o trabalho. “Eros e Anake [Amor e Necessidade] se tornaram os pais também da civilização humana” (op. cit., p. 106).

Entre o amor e a necessidade, encontra-se a eterna busca do homem pela sensação de pleno prazer, a qual se configura na representação da busca pela felicidade. Freud (1930[1929]) chama de felicidade as manifestações episódicas da satisfação de necessidades intensamente represadas que provocavam o estado de desprazer.

A necessidade da busca pelo prazer se funda com a vivência do desprazer; esse movimento ocorre à medida que o sofrimento se torna parte do repertório psíquico, com as experiências adversas que atravessam o humano desde seu nascimento, e que o acompanham até o final da vida. De acordo com Freud (1930 [1929], pp. 84-5), o sofrimento parte de três direções:

(...) de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens.

O psicanalista também afirma que, para evitar o sofrimento, o homem lança mão de inúmeros artifícios defensivos, elencados por ele como: a intoxicação do corpo que amortece as preocupações; o domínio do ego sobre as pulsões por meio, por exemplo, da prática da *yôga* que visa à quietude da mente; a sublimação pela arte,

ciência, entre outros modos de deslocamento de libido; a fuga pela fantasia e imaginação; a rejeição da realidade e seu remodelamento, que acaba por tornar o homem um louco, um delirante; a fruição da beleza pela atitude estética do artista que se intoxica por sua arte, por exemplo; e o amor pela vivência de uma relação emocional prendendo-se aos objetos pertencentes ao mundo externo.

Observa-se que, dentre tais técnicas da arte de viver, está o amor. A aposta na busca pela felicidade por meio da ligação com alguém, e que leve à relação amorosa, configura uma “modalidade de vida que faz do amor o centro de tudo, que busca toda satisfação em amar e ser amado” (FREUD, 1930[1929], p. 89), mas, ao mesmo tempo, ressalta, pode tornar-se fonte do mais penoso sofrimento.

O amor cria novidades ao amante; com ele, faz-se ligações. O amor tem a finalidade de unir pessoas. Mas, para que haja o encontro entre duas pessoas, é preciso que, antes, o sujeito seja um. O que quer dizer “ser um”?

Freud (1914) aponta que as escolhas objetais têm como base as experiências inerentes à formação do narcisismo primário e secundário na vida psíquica do sujeito. É no processo da constituição narcísica que o “ser um” advém.

O narcisismo primário diz respeito à relação do bebê com seu primeiro objeto de amor (o seio materno) que ainda não é diferenciado dele mesmo, sendo o “eu ideal” fonte de toda a satisfação libidinal. Enquanto não há distinção entre o ego e o mundo externo, o bebê vive puramente regido pelo Princípio do Prazer, na plenitude do júbilo. Enquanto a mãe realiza os cuidados cotidianos com seu bebê, está também expressando ternura e, como bem destaca Freud (1905), o está ensinando a amar.

À medida que vai experimentando estímulos e sensações de prazer e desprazer, principia o contraste entre dentro e fora, interno e externo, eu e não-eu. Logo, o objeto passa a ser reconhecido como externo ao eu; sendo assim, o Princípio

de Realidade começa a fazer parte da constituição psíquica, de modo que o ego passa a se ligar ao mundo externo. Então, com o narcisismo secundário, a libido passa a ser direcionada para os objetos idealizados. A função de satisfazer o eu é destinada, agora, ao objeto amado e idealizado, o qual deixa de ser o eu ideal para tornar-se ideal do eu.

De acordo com Freud (1905), no processo de constituição psíquica, se a barreira do incesto for inscrita, tendo em vista a passagem do sujeito pelo Complexo de Édipo, a ternura dos pais cumpre sua tarefa de orientar esse filho na escolha do objeto para onde será direcionada sua libido.

Vale salientar que esse processo ocorre na constituição psíquica neurótica. Para que aconteça a vivência do amor de um por outro, é preciso que haja a diferenciação entre o eu e o primeiro objeto de amor. Na psicose, esse processo fica impedido, já que a libido não circula do eu para os objetos e impossibilita o encontro com o outro (da alteridade) objeto (de amor).

Na neurose, ser amado é finalidade da escolha objetual narcisista. Acontece que, quando alguém se apaixona, despoja-se de uma parte de seu narcisismo e o substitui pelo amor do outro. Através do amor, o neurótico pode reviver parcialmente a experiência primitiva intensa de satisfação e completude com o primeiro objeto de amor. Conforme Freud (1930[1929], p. 75) escreve, “no auge do sentimento de amor, a fronteira entre ego e objeto ameaça desaparecer”.

Vale ressaltar que não é somente por meio de uma relação amorosa que o sujeito consegue alcançar a vivência simbiótica com o objeto amado. Esse processo também ocorre na experiência religiosa, como explica Freud (1930[1929]). Ele nomeia como “sentimento oceânico” (p. 73) uma sensação de satisfação sem fronteiras, a qual busca sempre pela restauração do narcisismo primário.

O amor é um tipo de memória do futuro, pois vive a reconsiderar as lembranças do passado, por isso, como já abordado, segundo Barthes (1993), só é vivido em experiência, e não em essência. Nesse sentido, as primeiras vivências de afeto com os pais (ou quem exerce sua função) são de extrema importância para o destino amoroso do sujeito, já que este as atualizará no presente por meio dos seus relacionamentos.

Podemos então associar esse pensamento ao que o poeta Carlos Drummond de Andrade (1985) anuncia no título de seu livro: *Amar se aprende amando*. Todo esse caminho descrito até aqui, o qual contempla as peculiaridades do encontro amoroso de acordo com a concepção freudiana, está no poema de Drummond intitulado “Amor” (op. cit., p. 20):

O ser busca outro ser, e ao conhecê-lo
acha a razão de ser, já dividido.
São dois em um: amor, sublime selo
Que à vida imprime cor, graça e sentido.

Com o amor, as relações entre os pares acontecem. Entretanto, o problema do investimento na dependência do objeto amado para a busca da felicidade, como destacado por Freud (1930[1929], p. 90), “é que nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desamparadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor”. Para amar outro, é preciso ser um e, quem ama, vive constantemente a iminência da perda do outro, mas, também, de si mesmo.

É comum escutar das pessoas apaixonadas a frase: “Ele ou ela me completa”. No Seminário 20, nomeado “Mais, ainda” (1972-1973), Lacan destaca que o amor parte da ideia: “nós dois somos um só”: “todo mundo sabe, com certeza, que jamais aconteceu, entre dois, que eles sejam só um, mas, enfim, *nós dois somos um só*” (p.

52, grifos do autor). Este “dois em um” forma o que o psicanalista nomeia como “Um”, miragem do que se acredita ser através deste estado de completude. Assim, o que conduz os sujeitos no amor é o desejo de ser Um, mas isso jamais acontece de fato; ou seja, a falta está sempre presente, já que o primeiro objeto de amor fora perdido para sempre.

É por isso que Lacan (1972-1973) afirma que não há relação sexual. Quer dizer, não existe relação de complementaridade - a busca pela vivência de unidade com o primeiro objeto amado é contínua e nunca satisfeita. Com isso, a relação sexual fica inscrita na ordem do impossível, quer dizer, do real, expressando a inviabilidade da inscrição do encontro sexual em um sistema de representações. Sendo assim, o amor só existe entre dois, mas quer deles fazer Um. Como o Um nunca é efetivamente inscrito, o amor se torna um enigma nunca decifrado inteiramente: “(...) o amor é impotente, ainda que seja recíproco, porque ele ignora que é apenas o desejo de ser Um o que nos conduz ao impossível de estabelecer a relação dos... A relação *dos* quem? – *dois* sexos” (op. cit., p. 13, grifo do autor).

Não possuímos um manual para lidar com o amor, mas fomos agraciados com a linguagem. Frente ao impossível da relação sexual, Lacan (1972-1973) explica que o amor, mais especificamente, o amor cortês, entra como uma criação do homem que faz suplência para sua saída “com elegância da ausência da relação sexual” (p. 75). Ou seja, o amor romântico é metáfora que se cria para tentar representar um encontro que jamais se inscreve; é por isso que tanto falamos, escrevemos e cantamos o amor.

A palavra amor representa a tentativa de simbolizar um afeto. Leclaire (2001), no texto intitulado “Amar. Simbolizar o real”³⁵, nomeia afeto como, “um movimento, uma emoção, que excede, ultrapassa, transborda o que poderia contê-lo” (p. 84).

³⁵ Este texto encontra-se no livro *Escritos Clínicos* – cf.: referência bibliográfica.

Afeto é expressão de *pathos*, dos excessos, das paixões, da passividade frente ao desejo que atravessa o sujeito. Isto posto, podemos pensar que, quando alguém pronuncia a palavra “amor”, busca por uma contenção ou representação deste afeto imerso no real, mergulhado no enigmático (a)mar do afeto indizível.

Assim sendo, aquilo que o amor tenta representar fica mudo se não se ligar a outras representações – o significante amor só faz função se ligado a outros significantes – sendo a poesia um instrumento criado pelo homem para tentar fazer isso falar, isso que é o real e não possui palavra para contê-lo. Conforme Lacan (1955-1956, p. 96), a poesia é o assentimento a “uma nova ordem de relação simbólica com o mundo”.

Como vimos, Freud ressalta que o amor é fonte de sofrimento, e Lacan (1972-1973) compreende que isso ocorre devido ao fato de o amor ser demandante, “(...) o amor demanda amor. Ele não deixa de demandá-lo. Ele o demanda... *mais... ainda*” (p. 12, grifo do autor).

Ninguém percebe o que só o amor vê, por isso se diz que ele é cego. Mas, caso sua demanda não seja correspondida conforme as idealizações do amante, a figura do amado começa a se desfigurar; um estranhamento se faz presente, já que a imagem deste se mostra diferente das idealizações.

O amor não suporta a alteridade, sua medida é a imaginação. Assim se dá o sofrimento neurótico diante do amor. Quer dizer, se o amado responde de acordo com as expectativas do amante, sua imagem ideal fica garantida; se isso não ocorre, marca-se uma diferença, uma desilusão da imagem. Assim, a experiência relacionada ao rompimento do Um (imaginário) se faz iminente. O sofrimento vem à tona, passa a fazer parte da realidade do amante, e a transbordante sensação de prazer se esvai.

Nesta perspectiva, o amor está mais próximo do ódio do que se pode imaginar. Lacan (1972-1973) cria o termo “*hainamoration*”, traduzido como *amódio*³⁶ para caracterizar essa relação entre amor e ódio. O ódio seria, então, tratado como um distanciamento do amante da atribuição de suposição do saber do outro sobre o si, a qual acontece enquanto está ligado ao amado. Ou seja, o ódio aparece quando o amante quer o bem, mas o amado não quer saber desse bem.

Esse fenômeno que faz de amor e ódio faces da mesma moeda pode ser associado ao que ocorre na clínica quando o amor de transferência está operando no tratamento analítico. Como já dito no Capítulo 4, quando o amor do paciente pelo analista aparece em análise, significa que a atualização da relação deste com seus primeiros objetos de amor está em ação.

Freud (1912) é enfático ao apontar que não há tratamento possível se o ódio passa a existir transferencialmente e toma conta do contexto analítico sem possibilidade de retorno ao amor. Em termos lacanianos, isso significa que, caso aconteça do ódio se sobrepor permanentemente ao amor, o paciente deixa de atribuir ao analista o suposto saber sobre ele (e o Outro). Logo, a função da análise tornar-se-á inoperante.

Porém, todo esse processo descrito ocorre no tratamento de pacientes neuróticos. É na neurose que, com o amor, se faz metáfora. A psicose faz exceção à fenomenologia do amor neurótico, pois, com o funcionamento psíquico delirante, não é possível conhecer o outro da alteridade - já que o um não se fez em existência, o psicótico permanece preso à imagem do espelho do Outro.

³⁶ Cf. verbete “Amor” no *Dicionário Enciclopédico de Psicanálise: o legado de Freud e Lacan*, editado por Kaufmann (1996).

Se o amor cortês e metafórico não é alcançado pelo psicótico, o que podemos pensar acerca das vicissitudes do amor na psicose? É possível o amor de transferência operar na clínica das psicoses?

É com o caso Pedro que, a seguir, reflito sobre tais questões.

6.2. Do gozo do Outro à metáfora delirante do amor

Em várias passagens relatadas do caso Pedro, há manifestações do paciente com relação à analista que se assemelhavam a um conflito amoroso deflagrado na clínica.

Um exemplo ocorreu no atendimento seguinte à minha falta na sessão da semana anterior: “*Porra*, eu achei que você não vinha mais”, reclamou, “eu preciso transar. Faz muito tempo que eu não transo. Você quer transar comigo? E se eu te *xavecar*, você transa comigo? Você fica aí me olhando, acho que quer *dar* pra mim. Você me quer que eu sei”. E, então, depois desse dia, Pedro passou a me dirigir perguntas, como: “você fala com alguém por telepatia?”; ou “você transaria comigo?”. E também, por diversas vezes, comentava com tom de gracejo que me beijaria à força e, em seguida, sorria dizendo ser “somente uma brincadeira, pois nunca faria aquilo de verdade”, desculpando-se por “ter sido desrespeitoso”. Outra expressão de Pedro nesse sentido aconteceu quando evitou falar sobre as vozes que o atormentavam, com receio de que eu o considerasse louco e, por isso, nunca quereria namorá-lo: “Fala a verdade, você ficaria com um louco? Namoraria alguém com problemas como os meus, igual a mim? Se eu ficar te falando dessas vozes aí, você não vai querer ficar comigo nunca”.

Pedro também me escreveu cartas, falando dessa dúvida, se eu o namoraria ou não, e dos planos de me apresentar a sua família, prometendo emagrecer, trabalhar e tornar-se uma pessoa melhor. Já nos e-mails e mensagens no celular que me enviava, para me contar que estava bem e que eu não precisava me preocupar com ele, havia claramente a manifestação de um conflito amoroso, que também aparecia nos comentários a respeito de meus sentimentos em relação a ele: “você está abrindo as pernas pra eu olhar”, “veio mais arrumada hoje só por que ia me atender, não é?” – salientando sempre, em seguida, estar apenas brincando.

E, ainda, formulava ideias a respeito de meu modo de vida, hipotetizando sobre meus gostos e com que tipo de pessoas eu convivia; dizia ter ciúmes e que ficava pensando no que eu estaria fazendo quando não o atendia. Nos desenhos de corações, grafava as iniciais de nossos nomes, nomeando-os de “corações apaixonados”. Ademais, até os pais do paciente mostraram preocupação com a possibilidade de o filho se apaixonar por mim, temendo que sofresse uma desilusão amorosa.

Por fim, no jogo dos cartões com perguntas de diversos assuntos, Pedro me dirigiu, justamente, a seguinte: “O que é amor?” – e, diante de meu silêncio, rindo, advertiu: “Ah, agora eu te peguei! Finalmente consegui te pegar”.

Naquele momento, me vi tomada por um enigma ainda sem palavras para ganhar corpo. Hoje, depois de a vivência enigmática ter sido nomeada, poderia ter pensado: “Sim, Pedro, você me pegou. Por algum motivo, me escolheu como alguém em que poderia confiar para dizer daquilo que lhe aparece como loucura, dessas vozes que seus pais e seu psiquiatra insistem em se livrar por deflagrarem a sua singular forma de se expressar. Surge a esta analista que vos escuta um enigma acerca do modo como você se expressa a cada sessão. Entre nós, há um tipo de laço único

que diz algo sobre a sua lógica discursiva, uma conquista sua frente à armadilha (do Outro) na qual está preso e da qual pode se defender com a construção de suas metáforas delirantes”.

A fala de Pedro poderia ser tomada, então, como um conjunto de palavras representativas de um discurso amoroso que ansiava por uma resposta de minha parte a respeito de suas ditas investidas. A forma como se expressava poderia ser escutada como um conflito neurótico, tendo ele o desejo de quebrar a barreira do incesto ao desejar sustentar um relacionamento amoroso comigo, sua analista, figura que, naquele momento, encarnaria transferencialmente seus primeiros objetos de amor.

Entretanto, a fala de Pedro não expressava a configuração do amor de transferência, pois o jogo do espelho na psicose não comporta a imagem idealizada do outro (da alteridade), de modo que sobrevém, tão somente, o eu que é falado pelas vozes que o habitam.

Assim, o amor de transferência não acontece na clínica das psicoses tal como na neurose, tendo em vista que, na psicose, não há o registro de uma falta a se fazer presente com a atribuição de um sujeito suposto saber, ou mesmo a atualização das lembranças pela palavra à medida que a barreira do recalque vai sendo ultrapassada.

A associação que pode ser realizada entre a clínica das neuroses e das psicoses, tratando-se da transferência, é que, em ambas, há o retorno, no presente de uma sessão, das experiências vividas na história do sujeito; é no aqui e agora de uma sessão que o psicótico também expressa sua dinâmica psíquica através da lógica discursiva com a qual tenta tecer uma coerência própria.

Na psicose, há a construção delirante; há a lógica discursiva metonímica que ganha a possibilidade de transformar-se em metáfora delirante; outro tipo – não

neurótico – de organização discursiva para tentar cozer o rasgo feito no psiquismo com o desencadeamento da crise psicótica.

No caso de Pedro, havia as vozes do Outro que nele falavam; uma tomada integral do inconsciente a céu aberto, uma caminhada sem o referencial simbólico paterno do qual o neurótico lança mão para lidar com seus conflitos inerentes às formações do inconsciente.

A dinâmica do delírio responde ao impasse que provocou a irrupção da crise psicótica, como discorre Lacan (1955-1956, p. 105):

Eis o que, absolutamente não num momento deficitário, mas ao contrário num momento culminante de sua existência, se revela para ele sob a forma de uma irrupção no real de alguma coisa que ele nunca conheceu, de um aparecimento de uma estranheza total, que vai progressivamente acarretar uma submersão radical de todas as suas categorias, até forçá-lo a um verdadeiro remanejamento de seu mundo.

O fato de ter advindo como questão enigmática a situação em que Pedro leu a pergunta da carta do jogo (“o que é amor?”) revela meu reconhecimento (em forma de estranhamento diante do que se fez obscuro) do que este paciente vivia ao ser confrontado com algo que não poderia ganhar um enlaçamento simbólico, surgindo como total estranhamento.

O amor (de transferência) fez enigma à analista. Afinal, ao neurótico o amor diz sempre de um saber do qual nunca se sabe inteiramente. Em outras palavras, como compreende Lacan (1972-1973), o amor faz suplência à não existência da relação sexual, a qual gera angústia no neurótico por demandá-lo infinitamente e não conseguir inscrevê-la plenamente em uma ordem simbólica.

Na psicose, com a injunção da crise, assume-se uma concepção de mundo que remete ao que pôde ser alcançado segundo a própria existência do sujeito; produção esta na qual tudo é arranjado e encontra explicação, não há dúvidas e nem, por exemplo, o movimento do poeta de tentar representar simbolicamente um afeto com a

palavra amor, admitindo uma nova dimensão da experiência, por exemplo. O psicótico não se implica com os referenciais do amor cortês. Na psicose, o amor só pode existir sem um outro suposto enquanto tal e na medida em que este é abolido. “Mas esse amor é também um amor morto”, aponta Lacan (1955-1956, p. 296), ou seja, sem função simbólica.

Neste caso, a diferença é que o neurótico demanda algo que já viveu e fora perdido para sempre com o primeiro objeto de amor; já o psicótico não pôde reconhecer seu primeiro objeto de amor, aliás, ele nunca o perdeu ou fora separado deste, pois ele mesmo o é – enquanto objeto para o Outro. Por isso, Pedro se expressava por meio desse discurso que o atirava como objeto ao Outro, assim como um bebê que se oferece à mãe como objeto fálico para dar conta da sua falta.

Esse pensamento se afirma pelo fato de o delírio de Pedro me incluir como alguém que “o quer”, tendo em vista que ele tinha certeza de que eu desejava namorá-lo, inclusive me dirigindo até o local onde estava internado para vê-lo e atendendo-o no consultório porque queria transar com ele. Pedro não tinha dúvidas sobre meu amor, semelhante à aflição, vivenciada na neurose, do amante esperando pela resposta do amado, a fim de saber se seu sentimento é correspondido. Na psicose, a realidade não se encontra em causa, pois o fenômeno se esculpe na ordem do real, da própria realidade delirante do psicótico, ressalta Lacan (1955-1956).

No momento em que não aceitei o paciente como objeto, ou seja, transferencialmente não respondi à sua dinâmica psíquica, expressa por sua lógica discursiva delirante, a dúvida passou a recair sobre o porquê não o namorava, como se pensasse: “Oras, ela quer. Por que não o faz?”. E, mesmo quando afirmou ser “somente uma brincadeira”, a cada vez que se manifestava com essas ditas investidas, persistia na certeza de um namoro.

À medida que Pedro pôde falar daquilo que lhe surgia, utilizando os significantes que estavam disponíveis em sua história, sem temer rechaços por ser considerado louco, a possibilidade de ele encontrar seus próprios referenciais se tornou mais próxima. Segundo Lacan (1955-1956, p. 48),

(...) o único modo de abordar conforme à descoberta freudiana é o de pôr a questão no próprio registro em que o fenômeno nos aparece, isto é, no da fala. É no registro da fala que cria toda a riqueza da fenomenologia da psicose, é aí que vemos todos os seus aspectos, as suas decomposições, as suas refrações.

Quando Pedro considerava um namoro com a analista, na medida em que estava certo de que ela o queria, dizia desde o lugar da sua manifestação delirante, deflagrando a problemática psicótica do não estabelecimento da barreira do incesto e da consequente não instauração da função significante do Nome-do-Pai, fazendo com que aquilo que não alcançava simbolização aparecesse no real.

Lacan (1955-1956) cita a seguinte frase de Freud: “o psicótico ama seu delírio como a si próprio” (p. 297); e explica: “ali onde a fala está ausente, ali onde se situa o Eros do psicotizado, é ali que ele encontra seu supremo amor” (p. 297). Trata-se de um saber absoluto e sem brechas para dúvidas. Na psicose, o amor existe então em seu estado bruto, quer dizer, no real do corpo que encarna o gozo do Outro como o alcance da plenitude do prazer e, para tanto, precisa fazer-se objeto. De acordo com Lacan (1972-1973), o gozo diz respeito ao Outro, e o gozo do Outro não é signo do amor.

Kaufmann (1996) descreve, em termos freudianos, que o gozo se refere à repetição inconsciente, ao esforço de reencontro do neurótico com o primeiro objeto de amor.

Reportando-se a Freud, a teoria lacaniana define o gozo como “(...) tudo que diz respeito à distribuição do prazer no corpo” (KAUFMANN, 1996, p. 222). Na

neurose, “o saber é o preço da renúncia ao gozo (...)” (p. 223); ou seja, para que o gozo seja interrompido, é preciso querer saber. Para isso, é necessário que estejam em jogo: uma falta (remetida ao objeto de amor para sempre perdido), um enigma e um outro que saiba, supostamente, o que o sujeito quer saber.

O neurótico vai do gozo ao desejo, tornando-se sujeito na linguagem, tão logo o objeto de interesse torna-se o objeto do desejo do Outro: “O sujeito humano desejante se constitui em torno de um centro que é o outro na medida em que ele lhe dá a sua unidade, e o primeiro acesso que ele tem do objeto, é o objeto enquanto objeto do desejo do outro” (LACAN, 1955-1956, p. 52).

Se na neurose o amor é um gozo sempre adiado – que não se realiza plenamente – e que faz enigma ao sujeito que quer saber, na psicose o amor é puro estado de gozo. O psicótico é o objeto de gozo do Outro, sua verdade é falada pelo Outro absoluto por meio do outro que se apresenta através das vozes que nele falam.

No caso de Pedro, ter como verdade que a analista o queria evidencia esse estado de certeza delirante, falada pelo outro. “Então, é preciso ser louco para acreditar que alguém o ama?” (p. 47) - Gori apresenta essa questão no livro *Lógica das paixões* (2004), ao tratar do termo “erotomania”, utilizado pelo psiquiatra Gaëtan Gatian de Clérambault como referência para identificar as psicoses passionais. Gori (2004, p. 48, grifos do autor) assim define o delírio passionai – erotomania:

A erotômana oferece-se na certeza de ser o objeto indispensável ao Outro: “Sou aquela que o Outro ama”. Esta certeza constitui o próprio objeto da busca do apaixonado, que tenta desesperadamente obter as provas de amor e garantir assim uma convicção desesperadamente marcada pela vida. O que separa o delírio erotômano do amor apaixonado é toda a distância que separa a *certeza postulada* e a *convicção intimamente procurada* de que a transferência seria a verdade. (...) Esta paixão se alimenta pela necessidade insaciável de ser amado para preencher as faltas do Outro; processos aos quais o interdito edípico faz barragem e objeção.

O delírio de Pedro de que eu certamente o *queria* aproxima-se das manifestações inerentes à erotomania, tendo em vista que ele tentava,

insistentemente, se dar como objeto ao Outro, no caso, à analista que existia em seu delírio. A diferença entre um delírio erotômano e um delírio psicótico é, segundo Gori (2004, p. 63), que “na erotomania ainda há dúvida e equívoco”, enquanto que na psicose a verdade é absoluta. Pedro não empreendia uma busca por afirmar-se como objeto de amor da analista, por exemplo, ele simplesmente o era em sua construção delirante.

Pedro se oferecia como objeto de gozo à analista, esta que não encarnava o sujeito suposto saber, um outro que dele poderia saber e para quem destinava a sua demanda de amor – como acontece no amor de transferência. Na psicose, o analista é sabido pelo saber do paciente que tudo sabe. Pedro sabia que a analista o queria. O que ocorreu a Pedro é que ele pôde construir uma metáfora delirante do amor.

Como visto no caso, quando começou a ser atendido, direcionou a mim uma fala tão somente sobre meu corpo: “Você fica aí me olhando, acho que quer *dar* pra mim. Você me quer que eu sei. Eu quero fazer sexo”. Com o passar do tempo e do tratamento, adquiriu recursos para tentar sair dessa ânsia por ser o gozado pelo Outro. Ele pôde localizar suas referências e incluir em sua lógica discursiva outros artifícios – significantes da sua história – na tentativa de se fazer sujeito na linguagem com o outro que não este que nele falava, mas, sim, um outro reconhecido enquanto diferente dele mesmo.

Então, Pedro foi saindo do “acho que quer *dar* pra mim”, “você me quer que eu sei” ou “eu quero fazer sexo” para formular outra fala: “Tem aquela música dos Racionais Mc’s que diz que o caminho da cura pode ser a doença”, lembrou em uma de nossas sessões, “se eu não tivesse ficado doente, se não tivesse sido internado, não estaria desse jeito hoje, surfando e correndo no parque. É legal ter alguma coisa que te faz querer viver e chegar a algum lugar”.

Do gozo do Outro à metáfora delirante do amor, a Pedro foi sendo aberto um espaço para a tentativa de alcance de suas próprias referências, a fim de que tivesse em vista a possibilidade de falar em nome próprio.

Por meio do caso Pedro, podemos pensar que, quando o psicótico se encontra com um analista que lhe possibilita ter uma experiência de encontro com recursos próprios, mesmo que isso não vá ter o efeito de mudar sua estrutura psíquica, ele passa a circular por trechos mais amplos na vida e pode ir estabelecendo referências simbólicas as quais percorrer sem se precipitar como um objeto para o Outro.

Como descrito no caso, com o passar do tempo, Pedro começou a frequentar a academia de ginástica e a sair, esporadicamente, com colegas do bairro onde residia. Tomou gosto por praticar esporte e manifestou vontade de trabalhar. Deixou de escutar as músicas de Mano Brown por achar que o teriam influenciado em relação ao uso de drogas. Perguntava-se por que não poderia formar uma família, trabalhar, dirigir e viver como muitos de seus colegas. Chateava-se por não namorar, ser dependente dos pais, ficar em casa aceitando os mandos e as reclamações da mãe. Não ficava mais receoso por falar das vozes e ser considerado louco.

Com o aumento da extensão do seu discurso, através da construção de suas singulares metáforas delirantes, Pedro não se oferecia mais como “bandido” (negro, que gosta de *rap* e usa drogas) a ser encarcerado pela mãe policial, ou uma pessoa sã para a analista querer namorá-lo. Passou a achar “legal ter alguma coisa que te faz querer viver e chegar a algum lugar”.

De fato, o dever de ser o objeto de gozo do Outro é uma violência contra o amor, é compactuar com um tipo de aventura errante para responder ao desejo do Outro. Se, na clínica das psicoses, o analista responder transferencialmente ao lugar deste Outro absoluto, que violenta a possibilidade de o sujeito vir a ser por si próprio

no mundo, ele assujeitará o paciente ao seu desejo, colocando-o no lugar de objeto. Nesses termos, o tratamento não encontrará caminho algum, já que se dará a repetição do gozo do Outro.

Enquanto o psicótico delira sem um espaço onde possa ser escutado e não estando presente um outro que possa escutá-lo, fica distante a chance de que ele se encontre com outros recursos de que dispõe para lidar com a não existência da função do significante primordial.

Para que o tratamento analítico aconteça, é preciso haver um clínico atento às manifestações do paciente, sem colocá-lo na posição de objeto, para que não responda ao apelo mortífero do psicótico de ser constantemente falado, significado pelo Outro.

No próximo capítulo, abordo então a escuta do clínico que atua na clínica das psicoses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Se não conseguimos ver as coisas
claramente, pelo menos veremos
claramente quais são as obscuridades.*

(Sigmund Freud)³⁷

*Que artista teria inventado o nosso ponto
de interrogação?*

*Ele já tem a forma de uma orelha que
escuta.*

(Mário Quintana)³⁸

O psicanalista está sempre diante de enigmas em sua clínica, seja quando atende neuróticos, psicóticos ou perversos, em suas mais variadas manifestações sintomáticas e transferenciais. De fato, pouco ou nada sabemos a respeito de nossos pacientes. Diante disso, um espaço analítico de escuta sem pré-conceitos pode surgir quando compreendemos que as teorias das quais nos utilizamos são apenas recursos para o trabalho e não verdades absolutas.

Como exposto nos capítulos anteriores, segundo a teoria lacaniana, o psicanalista é colocado transferencialmente pelo paciente neurótico no lugar de sujeito suposto saber, para que responda às suas demandas. É com a regra

³⁷ Freud, in “Inibições, Sintomas e Ansiedade”, 1926[1925], p. 124.

³⁸ Quintana, in *Porta Giratória*, 2007, p.113.

fundamental da associação livre que as formações do inconsciente ganham espaço para serem trabalhadas em análise.

Já na clínica das psicoses, o paciente não opera com a suposição do saber endereçada transferencialmente ao analista, pois não há enigma dirigido a este - a verdade é absoluta e advinda das significações do Outro. Mas como escutar um paciente que não considera um outro diferente dele mesmo e que está habitado por falas que retornam para ele no real, ou seja, que tropeça na impossibilidade de simbolização de diversos conteúdos psíquicos que comparecem em suas formações delirantes?

Diante desta questão, assim como depois de todo o estudo e escrita desta dissertação, para finalizar o trabalho, considero de extrema importância abrir espaço para a reflexão acerca da escuta do psicanalista na clínica das psicoses.

A escuta do psicanalista no encontro com a lógica discursiva delirante

Para refletirmos a respeito das implicações da escuta na clínica das psicoses, penso ser de extrema importância retomar o enigma inicial que deu origem a esta pesquisa: o que representava o discurso dito amoroso que sempre retornava como temática do tratamento de Pedro? Esse enigma pôde ser colocado em palavras depois que fui acometida por questionamentos relativos às minhas intervenções no caso, o que me levou a ficar mais cautelosa, de modo a evitar dizer algo que pudesse provocar a perda do trabalho que vínhamos realizando até o momento. Temia justamente lhe oferecer um excesso de representações que se sobreporiam à sua fala

delirante, me colocando no lugar do Outro absoluto a quem o psicótico tenta se oferecer como objeto.

Penso que essa forma de proceder, ousando representar o delírio em lugar de considerar o que é necessário na direção do tratamento da psicose, diz muito mais respeito à resistência do clínico posta a serviço de defender-se da própria angústia frente à lógica discursiva delirante, a qual inclui a fragmentação, a falta de encadeamento, o excesso de sentido fixado e o sentido literal assumido pelas palavras.

Tais representações podem surgir de diversas maneiras - uma delas advém da pura teorização do clínico que se propõe ao “psicanalisar”, como se isso consistisse em aplicar uma teoria de modo a produzir uma compreensão. Se o analista “compra” cegamente a teoria, ludibria-se por preceitos, pré-conceitos e passa a dar significado prévio a qualquer ação ou palavra do paciente, tal como é indicado por este ou aquele autor.

Conforme Leclaire escreve no livro *Psicanalisar* (2007), o psicanalista trabalha com os tropeços da língua enquanto o paciente vai colocando em palavras aquilo que pretende expressar. Para ele, “psicanalisar” consiste em nada esperar de quem se apresenta como analisante, pois dele nada é sabido:

Basta confiarmos naquilo que acreditamos saber da estrutura psíquica ou da técnica de tratamento, para ver logo que essas referências se revelam inoperantes na prática pelo simples fato, por exemplo, de o paciente participar mais ou menos desse pretenso saber. Se não se toma cuidado com a importância desta referência comum – implícita ao saber – a psicanálise se instala, bem depressa, no desconhecimento do fato dessa cumplicidade teórica, atingindo os efeitos mais radicalmente obstrutivos, para não dizer alienantes (LECLAIRE, 2007, p. 16).

Outra faceta das representações apressadas a respeito da fala do outro acontece com o trabalho diante da pura intuição do clínico. Ainda de acordo com Leclaire (2007, p. 16):

Inversamente, ao se deixar guiar pelo relâmpago da intuição, percebe-se bem depressa, conservando um mínimo de lucidez, que a pretensa intuição não passa muitas vezes da projeção de um elemento privilegiado do saber ou da fantasia inconsciente do analista.

Esta ânsia por representações integra o que pode ser vivido transferencialmente pelo analista diante da expressão de um paciente que anseia por ser representado, que se dá ao Outro como objeto a se representar. Paralelamente, a fala delirante do psicótico, contendo todas as peculiaridades já citadas em sua estrutura, afeta o clínico na medida em que pode lhe provocar um movimento defensivo diante dessa grande alteridade apresentada (que é a lógica discursiva psicótica).

No texto “Fundamentos teóricos de uma psicoterapia da esquizofrenia”, Perrier explica (1958, p. 257) que a comunicação verbal do esquizofrênico: “(...) não remete de fato a uma significação, mas a uma tecla de piano, a um som, a uma frequência de vibração sonora, quer dizer, simplesmente ao real e, aliás, a todas as palavras que poderíamos colocar sobre a melodia solfejada, se quiséssemos compor”. O que toca o analista quando atende o paciente psicótico é a melodia dos significantes que retornam no real, a qual escutará por meio de uma canção delirante.

Logo, qual é a posição subjetiva do clínico diante do seu encontro com um discurso que está remetido ao real e, portanto, não está habilitado ao sentido e às significações? Talvez a resposta pudesse ser: tentar compor outra melodia com o paciente, algo que soe diferente das vozes que lhe invadem.

No texto “O sentido perdido ou o ‘schizo’ e a significação”³⁹ (1990, p. 36), Piera Aulagnier compreende que a loucura “(...) tal como uma Esfinge que renasce

³⁹ Este texto encontra-se no livro *Uma intérprete em busca de sentido, II* (1990) – cf.: referência bibliográfica.

sempre, se dirige periodicamente para a encruzilhada do saber para lhe colocar seu enigma”. Vale salientar que esse enigma não é expressado pelo psicótico, pois, como visto, na psicose não há o direcionamento de uma dúvida ao sujeito suposto saber. O enigma referido pela autora é gerado no neurótico quando depara com a alteridade de um mundo psíquico ao qual não possui acesso, porque é diferente do mundo que ele mesmo habita.

Como vimos, tanto neuróticos quanto psicóticos se encontram circulando entre os registros simbólico, real e imaginário. A diferença é que, na psicose, os significantes que se encontram com esses registros não possuem um referencial (simbólico) a partir do qual podem construir um enigma; ou seja, a verdade é absoluta e não há a busca pelo saber. Já o neurótico se debate entre dúvidas e, por isso, vai à busca de preencher um saber.

Desta forma, para o neurótico, a grande alteridade apresentada pelo funcionamento psíquico delirante da psicose faz com que ele se encontre constantemente com o seu “não saber” sobre este outro. E com o psicanalista que atua na clínica das psicoses não é diferente. Diante de Pedro, inúmeros foram meus questionamentos sobre como direcionar o tratamento de um paciente que não falava a minha “língua”, ou seja, que não se expressava por meio da mesma lógica discursiva e não lançava mão dos mesmos recursos psíquicos para lidar com as demandas da realidade.

Relembro então de uma situação vivida com Pedro na ocasião de sua reinternação, após o segundo episódio de desencadeamento da crise: “*Caralho*, você me achou aqui [risos]!”, exclamou, “Eu tive que me esconder nesse lugar porque a Dilma e os políticos aí estão atrás de mim. Eu sei de muita coisa e você não pode estar aqui, senão eles vão te pegar também. Você *fodeu* tudo vindo para cá”.

Respondi, então, com o objetivo de me diferenciar das vozes que invadiam o paciente: “Mas ninguém sabe que eu estou aqui. Você esqueceu que eu consigo me infiltrar nos lugares sem que ninguém saiba? Estou segura aqui com você, fique tranquilo que não vou vacilar”.

Porém, embora tivesse a pretensão de apaziguar a manifestação amedrontada de Pedro com relação às vozes, ao dizer que conseguia me infiltrar nos lugares sem que ninguém soubesse, penso hoje que me apressei na intervenção, o que poderia ter trazido consequências, tal como provocar um processo persecutório do paciente em relação a minha figura – supostamente onipotente.

Para Aulagnier (1990), o esforço de significação – do neurótico – sobre a loucura ocorre perante a esperança, porventura vã, de não cadaverizar a palavra do louco, tratada como objeto meramente utilizável de seu mundo – sem valor metafórico.

No caso, procurei responder a partir de meu próprio sistema de representações para lidar com uma situação que me demandou uma intervenção, já que o paciente temia “ser encontrado por Dilma e os políticos” que o perseguiram e, sem ser chamada, eu poderia fazer com que ambos fossem “encontrados e perseguidos”. De fato, trabalhando a partir do seu próprio sistema de representações, o clínico pode cair na armadilha de repetir um tipo de construção delirante – ou fantasiosa – que produz uma nova realidade – ou irreabilidade.

Lacan (1957-1958) destaca a importância de o analista levar em consideração a alteridade que a posição do significante na psicose lhe apresenta, a fim de escutar aquilo que o paciente traz além da loucura a qual seu discurso está imerso.

O que afirmamos aqui é: ao se reconhecer o drama da loucura, põe-se a razão em pauta, *sua res agitur*, porque é na relação do homem com o significante que se situa esse drama.

O perigo que evocaremos, de delirar com o doente, não é para nos intimidar, como não intimidou a Freud.

Com ele, sustentamos que convém escutar aquele que fala, quando se trata de uma mensagem que não provém de um sujeito para-além da linguagem, mas de uma fala para-além do sujeito (LACAN, 1957-1958, p. 581).

Dirigir um tratamento é, pois, muito diferente de dirigir um paciente. No caso da clínica das psicoses, não se trata de dizer o que ou quem o paciente é, mas sim de lhe proporcionar um espaço para que possa se diferenciar das vozes que o atormentam, a fim de que reconheça que não precisa obedecê-las em suas mais variadas formas de mandatos.

Retomando a intervenção citada acima, ofereci uma representação própria para o paciente diante do terror em relação às vozes. Assim, acabei reproduzindo com ele esse modo de relação com o grande Outro, na qual existe uma ordem absoluta do saber. Além disso, minha intervenção denotou meu esforço de defesa diante de uma angústia provocada pela situação que me levou ao encontro com a alteridade que a fala delirante evocou (ao neurótico).

Se a realidade do psicótico é tomada pelo retorno dos significantes no real, ao neurótico fica o esforço de simbolizá-los. Entretanto, se o processo da lógica discursiva do psicótico implica que o significante seja lançado no real, ali onde o sistema de representações não opera, fica ao clínico a tarefa de não atribuir outra realidade à realidade do psicótico, quer dizer, de não introduzir significantes que não façam parte da história do paciente na esperança de que sejam simbolizados. Aliás, isso não estaria na direção do “psicanalisar”.

De fato, frente à fala delirante do psicótico, é muito frequente que diferentes profissionais do campo da saúde tentem lhe atribuir uma significação com o intuito de organizá-la dentro de uma suposta realidade que, na verdade, diz respeito às próprias questões fantasmáticas do profissional. Essa postura parece revelar um

esforço para não deparar com a própria angústia frente à tentativa de oferecer um tratamento que não sustenta a relação com a alteridade. Ao responder desse modo, aquele que deveria escutar o paciente acaba por se colocar no lugar do Outro que fala por ele, exercendo uma violência através das significações atribuídas e que se sobrepõem à fala do psicótico, que, por sua vez, se oferece a ele (ao Outro) como objeto. Com isso, acaba por impedi-lo de encontrar a autoria dos seus próprios enunciados.

A mãe (ou quem assume essa função) é o primeiro agente das interpretações, exercendo uma violência inicial necessária para que, como exposto por Aulagnier (1990, p. 56), “(...) o grito se torne apelo, e não puro barulho, o sorriso, sinal de amor e não simples jogo de músculos, o alimento, desejo de fazer viver e não pura oferta de calorias”. Acontece que essa “violência inicial” pode acabar se tornando uma forma coercitiva de apagamento do sujeito que desejaria algo distinto daquilo imposto pelo Outro. Consequentemente, nessas condições, não é outorgado ao filho o direito de criar ou se encontrar com significados próprios de seu mundo, pois a mãe sempre tenderá a interpretá-lo com suas verdades. Em contrapartida, o filho a ela se dará como objeto para ser representado.

Ainda segundo Aulagnier (1990, p. 57, grifos da autora):

Numa primeira etapa da vida, o acesso do sujeito ao sentido está então clivado em dois campos de *significação igualmente arbitrários e alienantes*: um, onde toda palavra e todo gesto (os seus) retornam-lhe em forma de uma significação imposta pela onipotência interpretativa da mãe, um outro, onde toda palavra e todo gesto – do Outro – vêm significar aquilo que só o desejo inconsciente do sujeito põe em cena sem nenhuma preocupação com a relação da encenação com a verdade do texto.

A autora elucida que a palavra vai se tornando um meio de comunicação autoral à medida que o sujeito adquire certa autonomia no campo das significações,

quando puder renunciar à onisciência projetada sobre a fala materna utilizada para significar seu mundo.

Porém, o caminho de independência da língua do psicótico é repleto de pedras que dificultam a sua jornada; a principal é a não instauração da função do significante primordial Nome-do-Pai, a qual possibilita a articulação significativa, o estabelecimento de relações simbólicas entre palavras e, conseqüentemente, o reconhecimento do eu e do outro enquanto alteridade.

Podemos dizer então que o psicótico sofre de uma disfunção lírico-afetiva, pois, enquanto delira, vive um mundo “mágico” em que tudo é virtualmente possível, inclusive os neologismos, o amor, a poesia, ou qualquer tipo de manifestação dos afetos dita através da lógica discursiva delirante. Contudo, nada disso pode ser alcançado na realidade, já que a palavra não é utilizada para fundar uma relação com o outro.

Representar o discurso delirante como encantador, incrível, criativo, etc., faz parte desse jogo de significação, mas a ideia apresentada neste trabalho, por meio do caso Pedro e do estudo da clínica das psicoses, é de que o analista tenha a oportunidade de se pensar desde o lugar onde possivelmente pode responder, para que não se lance na armadilha de objetizar o paciente cumprindo o lugar de Outro absoluto.

Para Lacan (1955-1956), o trabalho do analista inclui cuidados para que não haja o desencadeamento de uma crise no paciente, ao abordar a palavra ou propor a circulação de um significante que demande uma simbolização impossível de ser alcançada.

(...) A partir do momento em que ele é intimado a pôr-se de acordo com esses significantes, é preciso que ele faça um esforço de retrospectiva considerável, que redunde em coisas, palavra!, extraordinariamente abiloladas, e que constituem o que se chama o desenvolvimento de uma psicose (LACAN, 1955-1956, p. 371).

O psicótico não fala a mesma língua do neurótico – embora ambos habitem o mesmo campo simbólico e imaginário – e, por isso, seria inútil a esta clínica o esforço de traduzir um dialeto não alcançado – pelo neurótico. Lacan (1955-1956, p. 371, grifos do autor) salienta:

(...) É preciso saber o que se diz. Não basta fazer intervir os significantes desta forma: *Eu lhe dou um tapinha nas costas... Você é gentil... Você teve um papai ruim... Isso vai se arranjar...* É preciso empregá-los com conhecimento de causa, fazê-los ressoar de outro modo, e saber ao menos não empregar alguns deles. As indicações negativas que concernem a certos conteúdos de interpretações são postas através de uma tal perspectiva no primeiro plano.

Para Perrier (1958, p. 254), quando se propõe a atender psicóticos, inicialmente, o clínico buscaria por uma “vocação de curandeiro”. Assim, diante do desejo de ser eficiente, compreender, tratar e curar a psicose, pode envolver-se apressadamente em um *furor curandis*. Diante dos excessos de representação, essa ação poderia ser tão desnecessariamente violenta quanto aquela advinda da mãe onisciente, a qual representa tudo e detém todo o saber sobre o filho, do Outro que o torna objeto do seu gozo.

Ao atuar nesse plano, o psicanalista estaria respondendo transferencialmente à dinâmica psicótica de oferecer-se como objeto de gozo do Outro. Em outras palavras, igualmente ao psicótico, o clínico não estaria tratando o outro enquanto outro diferente dele mesmo, mas, sim, agindo de acordo com uma dinâmica em que o próprio psicótico é colocado na relação com a mãe, respondendo a essa não-diferenciação, tratando-o igualmente como objeto de gozo. E isso não é fazer Psicanálise.

É importante não responder com a violência das significações às palavras do paciente, a fim de que não se faça o papel de porta voz da ânsia do gozo do Outro. Deste modo, direciona-se o tratamento no sentido de que o próprio paciente se livre

da violência a que ele mesmo submete as próprias palavras – e que também é submetido pelas vozes que o violentam.

Tendo o psicanalista recursos para não imergir na loucura do paciente, separando-se desta no momento em que cessa de se defender representando a fala do outro, poderá, então, iniciar um trabalho que facilite o acesso deste às próprias significações. Para Aulagnier (1990, p. 56, grifos da autora), “um *poder de significação* que permite que retornem ao sujeito como o sentido que ele terá que se apropriar e do qual o reconhecimento é portador”.

Foi nos atendimentos a Pedro, somados ao enigma surgido como motor de pesquisa acerca da clínica das psicoses, que deparei com a oportunidade de pensar o trabalho clínico com pacientes psicóticos. Nesse caminho, como apresentado, encontrei-me com pré-conceitos próprios acerca da psicose e com o fato de perceber-me significando a fala de Pedro de acordo com tais representações. Paralelamente, identifiquei no tratamento desse paciente a existência de momentos hábeis para a tentativa da quebra de repetição das vozes que nele falavam, desse discurso “cadaverizado” que sempre vai ao encontro do gozo do Outro, apagando as diferenças. São brechas que podem fazer a diferença no tratamento e que precisam da sensibilidade do analista com relação à escuta da lógica discursiva do paciente.

Escutar a fala de um paciente delirante não é tarefa fácil, pois tudo é possível. Ou seja, aquilo que a neurose recalca, o delírio realiza. Por esse motivo, é preciso estar disponível à escuta das manifestações do paciente, pois é por meio desta que ele poderá compartilhar as vicissitudes da sua estrutura psíquica.

É certo que uma transferência no formato tradicional da Psicanálise não ocorrerá nos atendimentos ao paciente psicótico, pois este não assume

simbolicamente uma relação que vigora como fenômeno de repetição dos conflitos, como opera a neurose.

Sendo assim, na clínica das psicoses, é essencial que o psicanalista trabalhe no sentido de marcar as diferenças, enquanto diz “outra coisa” que não as representações alheias que nele se instalam. Com isso, abre-se um espaço para que o paciente não utilize os reflexos ou as sombras do verbo ditado pelas vozes invasoras, mas, sim, tenha a oportunidade de habitar a linguagem em sua singularidade reconhecida pelo outro.

Para finalizar esta reflexão, cito o trecho do poema “Uma didática da invenção”, de Manoel de Barros (2013, pp. 276-77) que ilustra, com toda a espontaneidade criativa da poesia, o caminho de algo que surge de uma vivência enigmática e pode transformar-se em experiência autoral a ser compartilhada.

No descomeço era o verbo.
Só depois é que veio o delírio do verbo.
O delírio do verbo estava no começo, lá
Onde a criança diz: Eu escuto a cor dos
passarinhos.
A criança não sabe que o verbo escutar não
Funciona para cor, mas para som.
Então, se a criança muda a função de um
Verbo, ele delira.
E pois.
Em poesia que é a voz de poeta, que é a voz
De fazer nascimentos –
O verbo tem que pegar delírio.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVES, R. *Pimentas: para provocar um incêndio, não é preciso fogo*. 2 ed. São Paulo: Planeta, 2014

ANDRADE, C. D. de. *Amar se aprende amando: poesia de convívio e de humor*. Rio de Janeiro: Record, 1985.

ANDRADE, C. D de. *A paixão medida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

ANDRÉ, J. *Vocabulário Básico da Psicanálise*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2015.

ASSIS, M. de. *O Alienista*. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2011.

AULAGNIER, P. *Uma intérprete em busca de sentido, II*. São Paulo: Escuta, 1990.

BARROS, M. de. *Ensaaios fotográficos*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

BARROS, M. de. *Poesia completa*. São Paulo: LeYa, 2013.

BARTHES, R. *Fragmentos de um discurso amoroso*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BERLINCK, M. T. O que é Psicopatologia Fundamental. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINCK, M. T. Insuficiência imunológica psíquica. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINCK, M. T. Reflexões sobre a regra fundamental. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINCK, M. T. Catástrofe e representação. Notas para uma teoria geral da Psicopatologia Fundamental. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINCK, M. T. Função e campo da transferência na psicanálise. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINCK, M. T. O eu e as paixões. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINCK, M. T. Considerações sobre a elaboração de um projeto de pesquisa em Psicanálise. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.

BERLINCK, M. T. O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 441-444, setembro 2009.

BERRIOS, G. E.; PORTER, R. *Uma história da psiquiatria clínica: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos. As psicoses funcionais*. Vol. 2. São Paulo: Escuta, 2012.

BIRMAN, J. Memória, silêncio e esquecimento. Em: BIRMAN, Joel (Org.) *Tausk e o aparelho de influenciar na psicose / Victor Tausk, Chaim Samuel Katz*. São Paulo: Escuta, 1990.

BLEULER, E. (1911). *Demencia precoz el grupo de las esquizofrenias*. 2.ed. Buenos Aires: Hormé, 1993.

CALLIGARIS, C.. *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

DUVIVIER, G. Percatempos: tudo o que faço quando não sei o que fazer. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

FÉDIDA, P. O interlocutor. In: *O sítio do estrangeiro*. São Paulo: Editora Escuta, 1996.

FÉDIDA, P. *A clínica psicanalítica: estudos*. São Paulo: Editora Escuta, 1988.

FREUD, S. (1895). Estudos sobre Histeria. In: *Obras Completas*, v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1894). Neuropsicoses de defesa. In: *Obras Completas*, v. 3. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos (I). In: *Obras Completas*, v. 4. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras Completas*, v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1907[1906]). Delírios e sonhos na *Gradiva* de Jensen. In: *Obras Completas*, v. 9. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1911). Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (*Dementia paranoides*). In: *Obras Completas*, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1912). A dinâmica da transferência. In: *Obras Completas*, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: *Obras Completas*, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Obras Completas*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1915[1914]). Observações sobre o amor transferencial (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise III). In: *Obras Completas*, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1919). O Estranho. In: *Obras Completas*, v. 17. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1923). O ego e o id. In: *Obras Completas*, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1924[1923]). Neurose e Psicose. In: *Obras Completas*, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose. In: *Obras Completas*, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1925[1924]). Uma nota sobre o 'Bloco Mágico'. In: *Obras Completas*, v. 19. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1926[1925]). Inibição, sintomas e ansiedade. In: *Obras Completas*, v. 20. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: *Obras Completas*, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1940[1938]). Esboço de Psicanálise. In: *Obras Completas*, v. 23. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GORI, R. A paixão da causalidade: uma fala em causa? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo: v. 1, n. 2, p. 59-84, março 1998.

GORI, R. *Lógica das paixões*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico, 2004.

JERUSALINSKY, J. *Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador, BA: Álgama, 2002.

KAUFMANN, P. Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

LACAN, J. (1932). Da psicose paranoica em suas relações com a personalidade; seguido de primeiros escritos sobre a paranoia. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2011.

LACAN, J. (1949). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. (1953). O simbólico, o imaginário e o real. Em: *Nomes-do-pai*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LACAN, J. (1955-1956). *O seminário, livro 3: as psicoses*. 2 ed. revista. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LACAN, J. (1957-1958). Questões preliminares a todo tratamento possível da psicose. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, J. (1957-1958). *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

LACAN, J. (1961-1962). *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LACAN, J. (1964). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

LACAN, J. (1972-1973). *Seminário, livro 20: mais, ainda*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAROUSSE CULTURAL. *Dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1992.

LECLAIRE, S. (1958). Em busca dos princípios para uma psico-terapia das psicoses. In: KATZ, Chaim S. *et al. Psicose: uma leitura psicanalítica*. 2 ed. São Paulo: Escuta, 1991.

LECLAIRE, S. *Psicanalisar*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

LECLAIRE, S. *Escritos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

MAGTAZ, A. C. M.; BERLINCK, M. T. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 71-81, março 2012.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10: Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PERRIER, F. (1958). Fundamentos teóricos de uma psicoterapia da esquizofrenia. *A formação do psicanalista*. São Paulo: Escuta, 1993.

QUINTANA, M. *Porta Giratória*. 2 ed. São Paulo: Globo, 2007.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

TAUSK, V. (1919). Da gênese do ‘aparelho de influenciar’ no curso da esquizofrenia. In: BIRMAN, Joel (Org.). *Tausk e o aparelho de influenciar na psicose / Victor Tausk, Chaim Samuel Katz*. São Paulo: Escuta, 1990.