

**Coordenadoria Geral de Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão da
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Especialização em Teoria Psicanalítica**

Vanessa Silva dos Santos

- A Clínica Psicanalítica das Psicoses -

São Paulo

2010

Vanessa Silva dos Santos

- A Clínica Psicanalítica das Psicoses -

Monografia apresentada à COGEAE-PUC-SP
como requisito parcial à conclusão do curso
de especialização em Psicologia Clínica:
“Teoria Psicanalítica”.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Rabello

São Paulo
2010

Dedicatória

Para os que buscam por intervalos.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à Profa. Silvana Rabello por sua orientação cuidadosa e incentivadora.

Também agradeço aos professores e colegas do curso “Teoria Psicanalítica”, pela riqueza das reflexões e debates.

Agradeço aos colegas de trabalho pelas trocas intelectuais e afetivas, em nosso cotidiano sempre tão intenso. Agradeço em especial à Olga Kertzman, pelo apoio cuidadoso e carinhoso na revisão deste trabalho.

Agradeço à Ana Rosa Sancovski, por testemunhar o processo de construir esta monografia, desde as primeiras idéias.

Agradeço à minha família, pelo apoio e por tolerar minhas ausências em momentos de introspecção para dedicação à produção e escrita deste trabalho.

Por fim, agradeço especialmente aos pacientes, pelo aprendizado constante.

“É preciso barrar o gozo do Outro, criando intervalos nos quais o sujeito possa se alojar. Seja pela via imaginária, seja pela via simbólica, seja pela via real, orientar-se pelo estilo de construção de respostas de cada sujeito é o vetor que orienta a clínica das psicoses.”

Andréa M. C. Guerra

Resumo

O presente trabalho objetiva aprofundar a discussão a respeito da possibilidade de tratamento psicanalítico das psicoses, destacando a questão da transferência.

Para tanto, foi apresentado um caso clínico e também foi realizada uma revisão do pensamento freudiano a respeito das psicoses. Embora Freud pouco tenha se dedicado à clínica das psicoses, é evidente que a psicanálise muito tem a contribuir com essa clínica tão singular.

No que diz respeito ao caso clínico, destaco a noção de “intervalo”: trata-se de um lugar onde o psicótico pode se refugiar e torna-se o lugar onde o analista pode trabalhar. Para finalizar, apresento brevemente algo do pensamento de Lacan sobre a psicose, em especial no que diz respeito à transferência psicótica.

Sumário

Introdução	08
Capítulo 1. O Caso C.	12
Capítulo 2. Compreensão Freudiana da Psicose	16
2.1 Primeiras Considerações sobre a Psicose	16
2.2 Narcisismo e Psicose	17
2.3 As Palavras e as Coisas na Psicose	21
2.4 A Psicose na Segunda Tópica Freudiana	23
2.5 Psicose: um Novo Tipo de Organização Psíquica	26
Capítulo 3. Buscando um outro plano	30
3.1 O intervalo	31
3.2 Construindo a própria história	32
Discussão Final	36
Bibliografia	42

Introdução

Em sua origem, a psicanálise freudiana dedicou-se ao entendimento das neuroses, em especial das histerias. Embora pouco tenha se dedicado à clínica das psicoses, Freud tentava buscar respostas teóricas a esse enigma, em especial às paranóias.

Em relação à psicose, Freud baseou-se inicialmente em princípios fundamentados nas neuroses como forma de entender esse tipo de organização. Abordava essas duas estruturas psíquicas a partir dos mesmos pressupostos, dos mesmos mecanismos. Paulatinamente, contudo, foi revendo e ampliando seus conceitos.

Em seu grande estudo sobre um caso de psicose, o caso de Daniel Paul Schreber, realizado a partir da leitura de suas memórias (*“Memórias de um doente dos nervos”*), Freud enunciou uma teoria completa sobre o mecanismo da paranóia, e enunciou esta como seu modelo estrutural das psicoses (assim como a histeria era o modelo prototípico das neuroses). Esse estudo ajudou Freud a enunciar a psicose como um distúrbio entre o eu e o mundo externo.

Aos poucos, a psicose foi despontando como um tipo de estrutura diferente das outras duas: neurose e perversão. No interior do conceito de psicose foi possível ainda distinguir três subtipos: a paranóia, a esquizofrenia (parafrenia ou demência precoce) e a melancolia-mania. A psicose, de maneira geral, foi definida como uma tentativa de reconstrução de uma realidade alucinatória na qual o sujeito volta-se para si, refratário à realidade externa. Desta forma, o acesso ao psicótico seria muito difícil, e a possibilidade de transferência seria praticamente nula. Deste ponto de vista, por não haver possibilidade de transferência, não haveria também possibilidade de análise, portanto, não seria possível uma clínica das psicoses.

O fenômeno da transferência foi reconhecido por Freud como um componente essencial da psicanálise. O emprego da transferência como instrumento de cura no tratamento das neuroses foi uma inovação freudiana. Pode-se dizer que a transferência existe em todas as relações humanas; porém fazer uso desta constatação dentro do processo analítico foi uma

descoberta da psicanálise. Podemos definir “transferência” como um termo que designa “um processo constitutivo do tratamento psicanalítico, mediante o qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos” (Roudinesco, 1998, p. 766). Ou seja, é como se, na figura do analista, o analisando reatualizasse experiências vividas anteriormente (na fantasia ou não), que até então se mantiveram inconscientes. Para Freud, esses sentimentos inconscientes do paciente para com o analista são manifestações de uma relação recalçada com as imagos¹ parentais. Em “A Dinâmica da Transferência” (1912), distingue o que seria a “transferência positiva” (relações afetuosas com o a figura do analista) e a “transferência negativa” (sentimentos hostis direcionados ao analista). No mesmo artigo, subscreve a transferência ao campo das neuroses.

Em uma das “Conferências Introdutórias sobre Psicanálise”, a “Conferência XXVII” (1917), Freud trata novamente do tema da transferência. Desta vez, discorre um tanto a respeito da impossibilidade do fenômeno na psicose:

“Existem, entretanto, outras formas de doença nas quais, malgrado as condições sejam as mesmas, nossa conduta terapêutica jamais obtém êxito. Nelas também tem se verificado que houve um conflito básico entre o ego (eu) e a libido, que acarretou a repressão (recalque) – embora esse fato possa necessitar de uma descrição topográfica diferente; nelas, ademais, é possível determinar os pontos de vista do paciente, nos quais ocorreram as repressões; utilizamos o mesmo procedimento, estamos prontos a fazer as mesmas promessas e oferecer a mesma ajuda apresentando idéias orientadoras; e também nesse ponto, o tempo transcorrido entre as representações e a época presente favorece um resultado diferente para o conflito. Ainda assim, não conseguimos remover uma única resistência ou suprimir uma única repressão (recalque). Esses pacientes, paranóicos, melancólicos, sofrendores de demência precoce, permanecem, de um modo geral, intocados e impenetráveis ao tratamento psicanalítico”. (Freud, 1917, p. 440).

¹ “Termo introduzido por C.G.Jung, em 1912, para designar uma representação inconsciente através da qual um sujeito designa a imagem que tem de seus pais”. (Roudinesco, 1998, p. 371).

No trecho acima, podemos notar que a abordagem freudiana das psicoses ainda acontece de modo aproximado às neuroses. O “setting” e a disposição do analista seriam os mesmos. Freud começa então a questionar se o mecanismo do recalque seria mesmo o melhor mecanismo para descrever o que acontece nas psicoses.

Mais tarde, no mesmo artigo, retoma o assunto:

“Prometi fazê-los entender, mediante o auxílio do fato da transferência, por que nossos esforços terapêuticos não têm êxito nas neuroses narcísicas². Posso explicá-lo em poucas palavras, e os senhores verão com que simplicidade o enigma pode ser solucionado e como tudo se ajusta bem. A observação mostra que aqueles que sofrem de neuroses narcísicas não têm capacidade para a transferência ou apenas possuem traços insuficientes da mesma. Eles rejeitam o médico, não com hostilidade, mas com indiferença. Por esse motivo, tampouco podem ser influenciados pelo médico; o que este lhes diz, deixa-os frios, não os impressiona; conseqüentemente, o mecanismo de cura que efetuamos com outras pessoas – a revivescência do conflito patogênico e a superação da resistência devido à regressão – neles não pode ser executado. Permanecem como são. (...) Com base em nossas impressões clínicas, temos sustentado que as catexias (investimentos) objetais dos pacientes devem ter sido abandonadas, e que sua libido objetal deve ter-se transformado em libido do ego (eu). Através dessa característica, nos os distinguimos do primeiro grupo de neuróticos (os quais sofrem de histeria, histeria de angústia e neurose obsessiva). Essa suspeita agora se confirma frente aos nossos esforços de tratá-los. Não manifestam transferência, e, por esta razão, são inacessíveis aos nossos esforços e não podem ser curados por nós”. (Freud, 1917, p. 447).

De fato, se era a partir de um modelo de tratamento para neuróticos que se inferia uma abordagem aos psicóticos, essa tarefa parecia mesmo não funcionar. Em decorrência desse insucesso, Freud realizou modificações em seu entendimento das psicoses, mas ainda não foi possível debruçar-se sobre um novo tipo de técnica, uma abordagem diferente para alcançar as psicoses.

² Aqui o termo “neuroses narcísicas” é usado ainda em equivalência às psicoses, e está em oposição ao termo “neurose de transferência”. Mais tarde, Freud restringirá o termo “neurose narcísica” à melancolia – diferenciando-o assim das “neuroses de transferência” e das “psicoses”.

O enigma da psicose permanece: seria possível uma clínica psicanalítica das psicoses? É possível falar de uma escuta e da busca de sentido na fala do psicótico? Embora Freud não tenha encontrado saídas para esse enigma, muitos que vieram depois dele se empenharam em buscar alternativas e construir novas trilhas, diferentes contribuições para o manejo desta clínica tão singular.

As observações de Freud a respeito das dificuldades inerentes ao tratamento das psicoses podem parecer desanimadoras, mas são também, de alguma forma, alentadoras. Pois, tratar um psicótico, eis uma tarefa difícil; nisso podemos concordar com Freud. Mas não impossível: há que se buscar saídas.

Já há alguns anos, tenho realizado experiências de trabalho em instituições especializadas no tratamento das psicoses, e os problemas são muitos. O acesso inicial ao paciente pode ser complicado, seja pela dificuldade de aproximação, seja pelo teor muitas vezes desconexo ou repetitivo de sua fala. Se inicialmente possa parecer não haver demanda ou desejo, devagar, conforme nos aproximamos, os elementos do universo do psicótico podem aparecer.

O objetivo deste trabalho é aprofundar a discussão a respeito da possibilidade de tratamento psicanalítico das psicoses, a partir da apresentação de um caso clínico. Dentre os dispositivos a serem aprofundados, destaca-se o conceito de transferência, na tentativa de responder à questão: é possível a transferência psicótica?

Capítulo 1. O caso C.

A partir de meu contato com diversos pacientes psicóticos, em diferentes contextos institucionais, apresento a seguir um caso não-identificado que chamarei de C.:

C. era um jovem cujos pais buscaram tratamento em instituição especializada com queixas de que o filho apresentava impulsos de fazer coisas “estranhas” (ingestão de fezes e urina, masturbação excessiva, impulsos libidinosos, condutas inadequadas diante de mulheres).

C. residia com os pais e um irmão mais novo. Família era evangélica e, segundo eles, foi no início da juventude que C. começou a apresentar isolamento, esquecimento, depressão. Buscaram então ajuda especializada e C. recebeu um diagnóstico de *esquizofrenia paranóide* (F20.0 – CID X). Na época, foi medicado. Após algum tempo, houve agravamento dos sintomas; já não sabia o que fazia, não vestia roupas, não tomava banho, não conseguia mais sair sozinho. Nesse período, contou aos pais a respeito de uma relação homossexual ocorrida alguns anos antes, o que desencadeou o início do tratamento institucional.

Na instituição, C. participava de grupos de terapia e de atividades. Frequentemente referia alucinações auditivas (que chamava de “clamores”), vozes imperativas que diziam para se ajoelhar e se humilhar. Às vezes imaginava que as vozes eram do “espírito santo”, às vezes do “demônio”. Quando em crise, referia “pensamentos canalhas”. Falava do desejo de ter uma mulher, mas Deus não lhe daria uma, pois Deus não o perdoaria por pensar muitas coisas ruins. Nunca teve relacionamento sexual com mulheres.

Fora da crise, C. costumava ser bastante afetivo com toda a equipe e demais pacientes. Encantava-se com algumas pacientes da instituição, e eventualmente tentava aproximações de cunho amoroso.

Foi proposto pela equipe um espaço de atendimento individual para C.. No início dos atendimentos, C. apresentou-se solícito, porém com um forte tremor nas pernas, algo que não podia disfarçar nem controlar. Quando lhe era pedido que falasse de si, contava uma espécie de “história pronta” a seu

respeito. Geralmente iniciava a conversa dizendo que estava “tudo bem”, contava coisas cotidianas (“fui ao culto”, “ajudei minha mãe”), falava de uma família perfeita e feliz, não aprofundava muito os assuntos. Chegava a falar da relação homossexual que havia tido no passado, e do desejo que tinha de ter uma namorada. Nessas ocasiões, geralmente C. falava em tom mais baixo, como se estivesse se censurando ou se escondendo.

Embora tivesse sido feito um trato de sigilo, dizia que contava tudo o que falava na sessão para sua mãe. Algumas vezes, o tremor nas pernas era tão forte que dificultava seguir com o atendimento. Não eram incomuns as faltas às sessões.

Parecia que algo da aflição de C. tinha a ver também com a presença da analista. Muitas vezes, enquanto falava, inclinava-se na mesa de forma a se aproximar excessivamente; outras vezes, ao contrário, parecia querer manter grande distância.

Quando, em algumas ocasiões, a analista interrogava alguns aspectos daquilo que C. dizia, na tentativa de promover intervenções em sua “história pronta” ou no “tudo bem”, era nítido que a ansiedade de C. aumentava muito, e a sessão acabava se encerrando. Quando começava a sentir-se angustiado no atendimento, pedia para sair, sempre perguntando: “já acabou o tempo?”.

O tempo de duração das conversas, no começo, nunca era maior que 30 minutos: geralmente, após o 15º minuto da conversa, C. perguntava se já havia acabado o tempo, ou se já podia ir.

Após poucas semanas de atendimento individual, C. expressou desejo de retornar ao atendimento em grupo, dizendo “não se sentir digno do privilégio de ser atendido individualmente”. Parecia que a situação de atendimento individual era extremamente aflitiva para ele. Da parte da analista, era preocupante a ansiedade que a situação mobilizava no rapaz, havia dúvida se o atendimento individual era uma a melhor estratégia. Havia um temor de que a ansiedade pudesse precipitar uma crise. Diante da dificuldade em “quebrar” a rigidez que C. apresentava, de desmontar um pouco da história pronta que ele trazia, houve momentos em que o atendimento parecia impossível, como se não houvesse “brecha” para uma aproximação. Era como se não houvesse

demanda para atendimento, já que não havia conflito verbalizado e ainda mais porque C. havia expressado seu desejo de abandonar o atendimento individual e retornar ao grupo.

C. tinha um costume de pedir para ir ao banheiro imediatamente antes da sessão, como se fosse um movimento de esquiva ou de busca de alívio da ansiedade. Parecia que a conversa frente-a-frente configurava-se num embate insuportável; dessa forma, devagar foi se delineando a necessidade de algo que pudesse mediar a conversa, algo para aliviar a tensão.

Assim, diante de todas essas dificuldades, houve uma mudança na forma como o atendimento acontecia. Foi proposta uma nova técnica, o desenho-história (desenho livre acompanhado de uma história sobre o mesmo).

Foi surpreendente a seqüência dos “desenhos-história” de C.. No primeiro desenho, apareceu sua mãe. Nos atendimentos seguintes, veio o pai, depois o irmão, depois a família toda, os avós, a casa, etc. As histórias geralmente contavam de vivências concretas e impressões de C. a respeito de seu entorno. Pode-se afirmar que ali estava inaugurado um acesso, uma via até os conteúdos de C., que tinha certa lógica: era como se a cada desenho ele apresentasse algo novo de seu universo.

A partir do desenho, C. pareceu sentir-se mais à vontade para falar de si, de suas aflições. Talvez dessa forma o contato com a analista e com seus próprios conteúdos não parecesse mais tão ameaçador. Continuava sempre ressaltado o trato de sigilo. Ainda que, algumas vezes, as histórias parecessem tão rígidas quanto os primeiros relatos de C. no início dos atendimentos (tudo bem, pai perfeito, mãe perfeita, tudo perfeito), devagar outros elementos foram aparecendo, e C. pode falar das adversidades da família, de seus medos, de seus sonhos, de suas decepções, de angústias, desejos, conflitos.

Já não apresentava mais os tremores fortes nas pernas. Costumava vir a todas as sessões; se antes era a analista quem o procurava para o atendimento, agora era C. quem aparecia pontualmente em seu horário. Dizia já não contar coisas dos atendimentos à mãe.

Com o passar dos meses, e através dos desenhos, C. conseguiu diminuir sua autocensura para falar do desejo por sexo, do desejo pelas mulheres, da masturbação excessiva, da ingestão de fezes, urina e esperma, etc. Falava também das alucinações auditivas. Por muitas vezes negou ouvir vozes, pois as próprias vozes diziam para não dizer que as ouvia. Certo dia, conseguiu revelar esse segredo, apesar do pânico que isso despertava: desobedecer aos comandos das vozes implicaria ser amaldiçoado e perder a mulher que Deus prometeu a ele.

Contava também de suas fantasias sobre sua doença, acreditava que se tratava de um castigo pelas “coisas erradas” que fez (aqui incluída a relação homossexual do passado).

Foi somente após cerca de um ano de atendimento que C. foi conseguindo relativizar um pouco seus pontos de vista sobre si e sobre as coisas. Se antes falava de uma família perfeita, de uma vida perfeita, passou a conseguir falar de coisas que o incomodavam e assim perceber-se de uma forma diferente (se antes insistia em dizer que estava tudo ótimo, passou a conseguir perceber e sinalizar quando não estava bem).

Este é o recorte que pretendo trabalhar. No princípio, chegava a concordar com Freud e pensava: não há acesso, é tudo muito rígido, concreto, repetitivo. Posteriormente, novas idéias foram surgindo. Talvez, no caso das psicoses, seja improvável pensar num tipo de transferência análoga à transferência neurótica. Talvez a transferência na psicose seja de um tipo diferente, mais concreta talvez. Penso que a vinculação com o psicótico nem sempre é fácil, pode não ser imediata, mas uma vez estabelecida, nos coloca em algum lugar de seu mundo interno que permite que algo opere no sentido de alguma mudança.

Antes de discorrer mais a respeito do caso C., vale realizar uma “retrospectiva” do pensamento de Freud sobre as psicoses.

Capítulo 2. Compreensão Freudiana da Psicose

Antes de iniciar este capítulo, devo fazer uma ressalva de caráter mais técnico. Como veremos, em muitos dos grandes artigos de Freud aparecem referências à problemática do tratamento das psicoses. Apresentarei a seguir (como já foi feito na introdução deste trabalho) alguns trechos do texto freudiano que, embora possam parecer extensos, têm a intenção de resgatar seu pensamento sobre a psicose. Numa espécie de “licença poética”, esse “método” foi deliberadamente escolhido como forma de presentificar a fala de Freud sobre o tema. Dito isto, podemos seguir adiante.

2.1 Primeiras Considerações sobre a Psicose

O termo “psicose” apareceu na obra de Freud pela primeira vez em 1894. A princípio, o tema da psicose foi desenvolvido dentro do escopo da teoria das neuroses, e aparecia como uma “neuropsicose de defesa”. Em “As neuropsicoses de defesa” (1894), Freud fala da psicose como uma “confusão alucinatoria” resultante de um recalque a algo considerado incompatível com o eu. Em “Observações adicionais às neuropsicoses de defesa” (1896), destaca a paranóia como a principal “psicose de defesa”. Citando Freud (1896):

“Parti do pressuposto de que nesse caso de paranóia, exatamente como nas outras duas neuroses de defesa³ com que eu estava familiarizado, devia haver pensamentos inconscientes e lembranças recalçadas que poderiam ser trazidos à consciência do mesmo modo que naquelas neuroses, superando-se uma certa resistência” (p.176).

Até então, Freud estimulava a aplicação da psicanálise aos casos de paranóia. A partir da elucidação de elementos recalçados, seria possível eliminar as alucinações, da mesma forma como se eliminam os sintomas em casos de neurose (pois as alucinações seriam também uma forma de “retorno do recalçado”). Ou seja, até aqui, esse tipo de psicose seria “tratável”.

³ Histeria, Neurose-obsessiva.

Em 1911, no artigo sobre Schreber, Freud passa a rever sua teoria sobre a paranóia até então. A partir da análise de elementos da dinâmica de Schreber, chega a algumas conclusões: fala das fantasias de desejos homossexuais na paranóia (e nesse sentido, apresenta um entendimento da paranóia como defesa contra a pulsão homossexual), e explica o funcionamento da projeção, “característica mais notável da formação de sintomas na paranóia” (1911, p. 73). A projeção seria o mecanismo de defesa primordial da paranóia, na qual o desejo torna-se perseguição. Diferentemente das neuroses, nas quais o desejo se mantém em segredo, na paranóia o desejo se revela no próprio ato da projeção, embora não reconhecido como parte do eu do paranóico.

Vemos que Freud separa cada vez mais o que seria do campo da neurose e da psicose. Apresenta-nos, pouco a pouco, diversos contrapontos entre as estruturas. Traça um paralelo, por exemplo, entre o trabalho de elaboração onírica e a formação dos delírios: no neurótico, esse “delírio noturno” se encerra quando o sujeito abre os olhos; já o psicótico, acaba se “perdendo” no mundo fantástico de seu delírio.

2.2 Narcisismo e Psicose

Freud vale-se também do conceito de Narcisismo para explicar a relação do psicótico com suas fantasias. Na paranóia, em especial, o conceito de narcisismo aparece em destaque. Citando Freud:

“O que acontece é o seguinte: chega uma ocasião, no desenvolvimento do indivíduo, em que ele reúne seus instintos sexuais (que até aqui haviam estado empenhados em atividades auto-eróticas), a fim de conseguir um objeto amoroso; e começa por tomar a si próprio, seu próprio corpo, como objeto amoroso, sendo apenas subseqüentemente que passa daí para a escolha de alguma outra pessoa que não ele mesmo, como objeto.” (1911, p. 68).

Esse narcisismo primário faz parte do desenvolvimento libidinal normal de todos nós. Porém, o que se observa na paranóia é que ocorre uma

regressão e fixação a esse estágio, por causa de algum tipo de fracasso no recalque de conteúdos conflituosos do psiquismo. E é daí que surgiria o mecanismo da projeção, a partir desse “retorno do recalçado”. Citando Freud:

“Podemos dizer, então, que o processo da repressão (recalque) propriamente dito consiste num desligamento da libido em relação às pessoas – e coisas – que foram anteriormente amadas. Acontece silenciosamente; dele não recebemos informações, só podemos inferi-lo dos acontecimentos subseqüentes. O que se impõe tão ruidosamente à nossa atenção é o processo de restabelecimento, que desfaz o trabalho da repressão (recalque) e traz de volta novamente a libido para as pessoas que ela havia abandonado. Na paranóia, esse processo é efetuado pelo método da projeção. Foi incorreto dizer que a percepção suprimida internamente é projetada para o exterior; a verdade é, pelo contrário, como agora percebemos, que aquilo que foi internamente abolido retorna desde fora” (1911, p. 78).

Podemos notar que, assim como a histeria tornou-se para Freud um protótipo da neurose, a paranóia tornou-se um modelo estrutural da psicose em geral. Até aqui, o entendimento de Freud das psicoses dizia respeito a um desligamento da libido objetal e uma regressão para o eu, ou seja, está falando de um distúrbio entre o eu e o mundo externo. Além da paranóia, Freud fala também da parafrenia (demência precoce ou esquizofrenia) como um tipo clínico independente, e diferencia esses dois tipos pelo ponto de fixação do recalçado que retorna: quanto mais precoce estiver esse ponto de fixação, mais grave a patologia.

No caso da parafrenia, Freud situa o ponto de fixação num momento anterior à escolha objetal, num retorno ao auto-erotismo infantil; seria, portanto, mais grave que a paranóia. Para Freud, se na paranóia o mecanismo de defesa é a projeção, na parafrenia seria um “mecanismo alucinatório (histérico)”. Freud conclui o artigo sobre Schreber dizendo que a paranóia e a parafrenia podem se combinar:

“Podemos compreender como um quadro clínico como o de Schreber pode ocorrer e merecer o nome de demência paranóide, a partir do fato de que, na produção de uma fantasia de desejo e alucinações, ele apresenta traços parafrenicos, enquanto que, na causa ativadora, no emprego do mecanismo da projeção, e no desfecho, exhibe um caráter paranóide” (1911, p. 84).

Após essa conclusão sobre “o caso Schreber”, vale lembrar que é ainda baseado no mecanismo das neuroses que Freud explica as psicoses.

Em 1914, Freud publica seus estudos sobre o narcisismo, onde retoma os assuntos anteriormente apresentados e aponta que as tentativas de compreender a demência precoce (termo de Kraepelin) ou esquizofrenia (termo usado por Bleuler) é que o fizeram ocupar-se da idéia de um narcisismo primário e normal. Citando-o:

“Esses doentes, para os quais prefiro a designação de parafrênicos, exibem dois traços fundamentais de seu caráter: o delírio de grandeza e o desligamento de seu interesse pelo mundo exterior (pessoas e coisas). Em conseqüência desta última alteração, tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e não podem ser curados por nossos esforços.” (1914, p. 98).

Freud explica que esse afastamento do mundo exterior também pode ocorrer em alguns casos graves de neurose, mas o neurótico conserva de alguma forma as pessoas e coisas em sua fantasia. Se o psicótico consegue esse tipo de substituição de pessoas e coisas na fantasia, isso já seria um movimento reparatório, “uma tentativa de cura que busca conduzir a libido de volta ao objeto” (1914, p. 98). Ou seja, se a fantasia surge no psicótico, já seria um mecanismo secundário.

Freud coloca a questão: “Qual é o destino da libido que foi retirada dos objetos na esquizofrenia?”. E responde:

“O delírio de grandeza próprio desses estados nos aponta aqui o caminho a seguir. Ele surgiu, provavelmente, à custa da libido objetal. A libido retirada do mundo exterior foi redirecionada ao Eu, dando origem a um comportamento que podemos chamar de narcisismo. Na verdade, o delírio de grandeza em si não é nenhuma criação nova, mas, como sabemos, a amplificação e explicitação de um estado que já existia antes. Assim, esse narcisismo, que se constitui ao chamar de novo para si os investimentos anteriormente depositados nos objetos, pode ser concebido como um narcisismo secundário, superposto ao outro, primário.” (1914, p.98).

Vemos que, a partir do estudo do campo do patológico, pode-se inferir como se dá o funcionamento na normalidade.

No artigo sobre o narcisismo, Freud desenvolve a noção de “ideal do eu”. Trata-se de uma instância no psiquismo que substitui o narcisismo perdido da infância, no qual o indivíduo era seu próprio ideal. Como nos explica Freud:

“Não seria de admirar se encontrássemos uma instância psíquica especial que, atuando a partir do ideal de eu, se incumbisse da tarefa de zelar pela satisfação narcísica e que, com esse propósito, observasse o eu atual de maneira ininterrupta, medindo-o por esse ideal. Contudo, se existir uma instância como essa, é claro que será impossível descobri-la de fato; poderemos apenas distingui-la e demarcá-la. Nesse sentido, se atentarmos para o fato de que aquilo que habitualmente designamos consciência moral possui exatamente as características da instância que descrevemos, poderemos considerar que tal instância existe e atua. Isto nos permite compreender o chamado ‘delírio de estar sendo notado’, ou melhor, ‘delírio de estar sendo observado’, que aparece tão nitidamente na sintomatologia das doenças paranóides. Esse delírio às vezes também aparece na forma de doença isolada ou como elemento incluído em uma neurose de transferência. Os doentes se queixam de que todos os seus pensamentos são conhecidos, de que todos os seus atos são vigiados e supervisionados, de que vozes o informam da atuação dessa instância e, ainda, de que essas vozes lhe falam, caracteristicamente, na terceira pessoa (‘agora ela está pensando nisso de novo’; agora ele vai embora’). Essa queixa é justificada, ela descreve a verdade; um poder como esse, que observa todas as nossas intenções, tem acesso a elas e as critica, de fato existe, está presente na vida normal de todos nós.” (1914, p. 113-114).

Ou seja, podemos descrever o ideal de eu como um outro dentro de nós mesmos, que nos faz exigências e aparece em nossos desejos, pensamentos e ações - trata-se de um protótipo do supereu. Na paranóia, esse “outro” é capaz de causar danos irreparáveis, tamanha a sua exigência, e o ideal de eu do paranóico permanece sempre frustrado. Segundo Freud, o ideal de eu é herança da influência crítica dos pais, a que mais tarde se somam a influência de educadores, professores e sociedade em geral. Ainda é obscuro dizer por que o ideal de eu do psicótico somente é reconhecido como algo externo, como se não fizesse parte de seu eu.

No artigo “O Inconsciente” (1915a), Freud retoma e amplia a noção de retorno da libido ao eu nas psicoses. Sobre a esquizofrenia, diz:

“...após o processo de recalque, a libido retirada do objeto não mais procura um novo objeto, mas se recolhe para o eu, ou seja:

desiste-se de investir carga no objeto e restabelece-se um estado de narcisismo primitivo, sem objeto. A incapacidade desses pacientes de executar uma transferência – a qual depende da extensão do processo da doença – e a conseqüente falta de respostas à terapia, assim como sua singular rejeição ao mundo externo, os sinais de haver uma camada de sobreinvestimento de carga aplicada ao próprio eu e, por fim, sua apatia total, todas essas características clínicas parecem reforçar a suposição de que nesses quadros ocorre uma desistência do sujeito de investir no objeto.” (1915, p. 45).

Assim, de acordo com Freud, a psicanálise não poderia ser aplicada aos psicóticos, pois, devido a sua ruptura com o mundo externo, não seriam capazes de realizar laços, e por isso não seria possível estabelecer uma transferência.

2.3 As palavras e as Coisas na Psicose

Em “O Inconsciente” (1915a), Freud continua contrapondo a neurose e a psicose. Sobre o inconsciente, aponta que “muitos dos aspectos que na esquizofrenia se expressam de forma consciente, nas neuroses de transferência só podem ser encontrados através da psicanálise no inconsciente” (1915a, p. 45). Ou seja, a neurose diz respeito a elementos escondidos, enquanto que a psicose apresenta elementos escancarados e desconexos.

No citado artigo, Freud destaca a questão da *fala* do esquizofrênico, sua desorganização peculiar bastante intrigante, a ponto de que seu discurso possa ser considerado absurdo ou enigmático. Comenta, no texto, sobre uma paciente de Tausk (Dr. Victor Tausk, de Viena), queixosa de que seus olhos estivessem tortos. Ao mesmo tempo, queixava-se também de seu amante, dizendo que ele era um “*augenverdreher*” (do alemão, entortador de olhos, no sentido literal; enganador, no sentido figurado). Freud fala aqui da “linguagem dos órgãos”, que diz também de uma percepção corporal toda peculiar do esquizofrênico. Freud concorda com Tausk quando coloca que “a relação da

paciente com o órgão (neste caso, com o olho) substitui todo o conteúdo e passa a representar seus pensamentos” (1915, p. 46). E explica ainda mais:

“No caso da esquizofrenia, as palavras são submetidas ao mesmo processo que também transforma os pensamentos oníricos latentes em imagens oníricas. Trata-se do que chamamos de processo psíquico primário. Neste, as palavras são condensadas e transferem integralmente uma à outra suas cargas de investimento, deslocando-as. O processo pode chegar ao ponto de uma única palavra assumir a representação de toda uma cadeia de pensamentos, devido às múltiplas relações que mantém com outros elementos”. (1915a, p. 47).

Aqui, Freud está revendo sua teoria. Vê-se obrigado a reformular sua hipótese de abandono do investimento nos objetos, pois o que se percebe é que o investimento nas representações mentais das palavras é mantido. Explica ainda mais:

“Aquilo que antes chamávamos de representação mental do objeto ou idéia consciente de objeto, ou seja, representação de objeto, agora se subdivide em representação de palavra e representação de coisa. Esta última consiste no investimento de cargas – se não as imagens diretas da lembrança de coisa – nos traços de lembrança que estão mais distantes e derivam dessas lembranças. Fica agora então claro como uma idéia consciente se diferencia de uma inconsciente. (...) Uma representação consciente abrange a representação de coisa acrescida da representação de palavra correspondente, ao passo que a representação inconsciente é somente a representação de coisa.” (1915, p. 49).

Assim, a representação de coisa caracterizaria mais o modo de funcionamento inconsciente e a representação de palavra, quando ligada à representação de coisa, diria respeito ao registro consciente. Esse sobreinvestimento de cargas (“palavras” + “coisas”) é o que possibilita a substituição do processo primário pelo processo secundário na consciência (“uma organização psíquica mais elevada”). Na neurose, o que ocorre é que, ao rejeitar uma idéia ou representação, há uma recusa em aceitar sua tradução em palavras, pois essas palavras estão associadas às coisas. Então, o que é recalçado é a representação não revestida de palavras. Já na psicose, há uma regressão a um modo de funcionamento inconsciente, e, dessa forma, as palavras são tomadas como se fossem coisas.

Para Freud, o entendimento da esquizofrenia faz-se indispensável para entender o funcionamento do inconsciente. E, a partir de sua investigação da esquizofrenia, chegou a uma questão importante:

“... vemo-nos levados a indagar se o processo que denominamos recalque ainda tem alguma coisa em comum com o recalque do qual falamos quando discorremos sobre as neuroses de transferência. Certamente a fórmula segundo a qual o recalque é um processo entre o sistema lcs e Pcs (ou Cs), resultando no afastamento da consciência (1915b, p. 178), necessita de uma modificação, para que possa abarcar o caso da ‘dementia paecox’ e outras afecções narcísicas. Contudo, a tentativa de fuga do eu, que se expressa na retirada do investimento de carga consciente, mantém-se como elemento comum” (1915a, p. 50).

Vemos aqui que a tentativa de explicar as psicoses também a partir do mecanismo do recalque, como nas neuroses, mostra-se cada vez mais desconfortável. Nas psicoses, a representação de palavras parece escapar ao recalque, conforme coloca Freud:

“... nesses casos, o investimento de carga da representação de palavra não faz parte do ato de recalcar, mas representa a primeira das tentativas de produção ou cura que predominam tão evidentemente no quadro clínico da esquizofrenia. Esses esforços visam a recuperar os objetos perdidos, e pode bem ser que, nesse intuito, eles sigam o caminho em direção ao objeto por meio da parcela desse objeto composta pela palavra; no entanto, ao seguirem por essa via, terão de se contentar com as palavras em vez das coisas.” (1915a, p. 51).

Freud conclui o artigo em questão, dizendo que, na esquizofrenia, há a tendência de tratar as coisas concretas como se fossem abstratas.

2.4 A Psicose na Segunda Tópica Freudiana

No artigo de 1924, “Neurose e Psicose”, Freud retoma alguns conceitos apresentados em “O Eu e o Id”, de 1923, no qual apresenta seu novo modelo do aparelho psíquico (segunda tópica). E fala da idéia de aplicar essa nova concepção ao tema da psicose. Sobre a diferenciação entre neurose e psicose, formula Freud: “a neurose seria o resultado de um conflito entre o eu e o id

(isso), ao passo que a psicose seria o resultado de uma perturbação nas relações que o eu mantém com o mundo externo.” (p. 95).

Para exemplificar o mecanismo que opera nas psicoses, Freud fala da “Amênciã de Meynert”, uma forma extrema de confusão alucinatória aguda, na qual o sujeito parece não perceber o mundo externo. O mundo externo nos é acessado, em geral, por duas vias: através de nossas percepções ou através de nossas lembranças de percepções passadas. Na amênciã, há uma recusa da aceitação de novas percepções e também um desinvestimento do mundo interno. Lembrando que o mundo interno é uma cópia do mundo externo, com a função de representar internamente a realidade externa. Na psicose, Freud explica que:

“...o eu cria onipotentemente um novo mundo externo e interno. Assim, dois aspectos ficam claros no quadro da psicose: primeiro, esse novo mundo é erguido conforme os desejos do id (isso), e, segundo, a razão para a demolição do mundo externo são os duros impedimentos que a realidade impõe à satisfação do desejo, pois o psicótico sente tais impedimentos como intoleráveis”. (1924a, p. 97).

Essa cisão com a realidade se expressa também no embotamento afetivo apresentado pelo psicótico, em especial na esquizofrenia. As formações delirantes do psicótico são modos de “reconstruir” uma realidade mais tolerável, ou seja, “o delírio se apresenta como um remendo aplicado no lugar onde originalmente havia surgido uma fenda no relacionamento do eu com o mundo externo” (Freud, 1924a, p. 97).

Nesse artigo, apesar das diferenças que vai estabelecendo, Freud situa ainda uma etiologia comum entre neuroses e psicoses: a *privação*, a não-realização de desejos infantis, seja por circunstâncias externas ou internas (situadas no supereu, o representante interno do mundo externo). E continua:

“O efeito patogênico dessa privação dependerá do eu. É preciso saber se, em uma situação de tensão causada por um conflito, ele permanecerá fiel à sua dependência do mundo externo e tenta silenciar o id (isso) ou se ele se deixa subjugar pelo id (isso), e dessa forma, desgarrar-se da realidade.” (1924a, p. 97).

Aqui, Freud introduz a instância do supereu como um complicador, pois “unifica influências tanto do id (isso) quanto do mundo externo”, e assim, torna-se um modelo ideal do eu. E assim, aperfeiçoa a fórmula inicialmente postulada sobre a diferenciação entre neurose e psicose a partir da segunda tópica: “a neurose de transferência corresponde a um conflito entre o eu e o id; a neurose narcísica⁴, um conflito entre o eu e o supereu; e a psicose, a um conflito entre o eu e o mundo externo”. (1924a, p. 98).

Freud finaliza este artigo com uma questão que já vinha se anunciando desde os artigos anteriormente citados: “Qual seria o mecanismo, análogo ao recalque, pelo qual o eu logra se desprender do mundo externo?” (1924a, p. 98).

Elabora uma tentativa de resposta no artigo do mesmo ano, “A Perda da Realidade na Neurose e Psicose” (1924b), no qual continua às voltas com as diferenciações entre neurose e psicose. Citando Freud:

“...enquanto na neurose a fuga é utilizada para evitar uma parte da realidade, na psicose essa parte é simplesmente reconstruída. Ou seja, na psicose, a fuga inicial é seguida por uma fase ativa de reconstrução; na neurose, a obediência inicial é seguida por uma tentativa de fuga posterior. Ou, dito ainda de outro modo: a neurose não renega a realidade, ela somente não quer tomar conhecimento dela; a psicose renega-a e procura substituí-la.” (1924b, p.129).

Ou seja, tanto na neurose quanto na psicose observa-se um movimento de fuga da realidade, porém o mecanismo pelo qual isso se dá e as conseqüências decorrentes são bastante diferentes. Na neurose, há um momento inicial de recalque e posteriormente o surgimento da neurose propriamente dita pelo fracasso do recalque, que gera conflitos e formação de sintomas, e o afrouxamento da relação com a realidade é uma conseqüência desses processos. Vemos que o recalque por si só não basta para constituir uma patologia. Já na psicose, o afastamento da realidade constitui-se no primeiro movimento, seguido de tentativas de reparação, a partir da criação de novas realidades (formações delirantes), menos impactantes do que a

⁴ Melancolia.

realidade repudiada ou rejeitada. Essa parte rejeitada da realidade, por sua vez, tenta continuamente se reimpor ao psiquismo; desta forma, o trabalho de reparação do psicótico é constante. Assim, na psicose, é a primeira fase que é por si só patológica, é a rejeição da realidade que funda o núcleo da patologia.

Freud comenta a respeito do “mundo da fantasia” do neurótico, em paralelo com o “mundo fantástico” do psicótico, e fala de uma parte da realidade que chama de *simbólico*, que seria o arcabouço desse material que alimenta a construção de novas realidades, formado a partir de reminiscências de épocas anteriores da vida. A diferença aqui entre neurose e psicose seria que a fantasia neurótica repousa ainda sobre parte da realidade externa, e na psicose, isso não acontece.

Embora ainda não utilize termos precisos para responder sua questão colocada anteriormente, Freud já destaca termos como *rejeição* ou *recusa* para tratar do modo como o eu do psicótico “rompe” com a realidade externa, e o termo *recalque* fica cada vez mais restrito à neurose. Aqui, a psicose vai adquirindo formas que a diferenciam das neuroses de transferência.

2.5 Psicose: um Novo Tipo de Organização Psíquica

Em “A Cisão do Eu no Processo de Defesa” (1938), Freud aborda a questão do fetiche e da divisão do eu oriunda do fenômeno da *castração*. No artigo, fala da reação de uma criança que sofreu uma ameaça de castração quando flagrada masturbando-se:

“Por um lado, com o auxílio de certos mecanismos de defesa, ela **rejeita** a realidade e **recusa** quaisquer proibições; por outro, ao mesmo tempo, ela reconhece o perigo que emana da realidade, acata dentro de si esse medo. Em princípio, essa é uma solução bastante engenhosa. Ambas as partes em disputa recebem seu quinhão: permite-se à pulsão obter a satisfação almejada e, ao mesmo tempo, tributa-se à realidade o respeito necessário. Mas (...) esse resultado tão bem sucedido só foi alcançado ao preço de um rompimento na tessitura do eu, a qual não mais cicatriza, ao contrário, só aumenta à medida que o tempo passa. Assim, as duas reações opostas com as quais o eu respondeu ao conflito passam a subsistir como núcleo de uma cisão no eu.” (1938, p. 174).

O conceito de cisão do eu é importante não só para explicar o fetichismo (rejeição da percepção de que a mulher não tem pênis, concomitantemente ao reconhecimento do mesmo fato); também pode ser ampliado para o entendimento das neuroses e psicoses, especialmente a partir do entendimento do “complexo de castração”.

Laplanche & Pontalis sugerem, no “Vocabulário de Psicanálise” (2008, p. 74), que o complexo de castração indica sempre uma situação de perda ou separação. Isso vale para o temor infantil de perder o pênis, mas também remete à retirada do seio da mãe após a amamentação do bebê (castração primária). Para Laplanche, essa castração primária seria “a única experiência real capaz de traduzir a universalidade do complexo de castração” (2008, p. 75). Citando Freud, em “Esboço de Psicanálise” (1940, p. 202):

“O primeiro objeto erótico de uma criança é o seio da mãe que a alimenta; a origem do amor está ligada à necessidade satisfeita de nutrição. Não há dúvida de que, inicialmente, a criança não distingue entre o seio e seu próprio corpo; quando o seio tem que ser separado do corpo e deslocado para o “exterior”, porque a criança tão freqüentemente o encontra ausente, ele carrega consigo, como um “objeto”, uma parte das catexias (investimentos) libidinais narcísicas originais.” (1938, p. 202).

A partir da primeira mamada do bebê, funda-se um estado originário de fusão entre mãe e bebê, que é fundamental para a estruturação do psiquismo infantil. Existe também, originariamente, um estado de fusão entre o eu e o isso. Devagar, ao longo do processo de desenvolvimento normal do aparelho psíquico, o eu vai se diferenciando do isso (e concomitantemente o bebê deve se diferenciar do corpo de sua mãe). Na psicose, há falhas nesse processo.

Retomando a explanação dada por Freud em “Esboço de Psicanálise”, temos que há um estado inicial “em que a energia total disponível de Eros, a qual, doravante, mencionaremos como “libido”, acha-se presente no ego-id (eu-isso) ainda indiferenciado e serve para neutralizar as tendências destrutivas que estão simultaneamente presentes”. (1940, p. 162). Ou seja, é inicialmente dentro do isso que operam os instintos orgânicos (Eros e destrutividade). O eu desenvolve-se a partir da camada cortical do isso, que estaria em contato

direto com o mundo externo, e seria responsável pela mediação entre as demandas instintuais do ego e as exigências da realidade externa (*princípio de realidade*). Citando Freud:

“Repetidamente tivemos que insistir no fato de que o ego (eu) deve a sua origem (...) à sua relação com o mundo externo real. Estamos assim preparados para presumir que os estados patológicos do ego (eu), nos quais ele mais se aproxima novamente do id (isso), fundamentam-se numa cessação ou num afrouxamento dessa relação com o mundo externo. Isto harmoniza-se muito bem com o que aprendemos da experiência clínica – a saber, que a causa precipitadora da irrupção de uma psicose é ou que a realidade tornou-se insuportavelmente penosa ou que os instintos se tornaram extraordinariamente intensificados – ambas as quais, em vista das reivindicações feitas ao ego (eu) pelo id (isso) e pelo mundo externo, devem conduzir ao mesmo resultado” (1940, p. 215).

Podemos pensar no fenômeno da cisão do eu como constitutivo do ser humano. No processo de constituição de um sujeito, espera-se que, após um primeiro período de indiscriminação, devagar se delineiem as fronteiras entre o interno e o externo. Dessa forma, se essa divisão não se estabelece ou se é diluída ao longo do processo, aí pode surgir a doença. Ou seja, na psicose, assim como na perversão, há uma rejeição da castração que a realidade impõe, rejeição da separação eu-isso e também podemos falar de uma rejeição à separação mãe-bebê. O delírio no psicótico seria uma tentativa de cura, uma tentativa de restabelecer os limites, as fronteiras, a diferença imposta pela castração.

Nesse ponto, Freud responde à questão anteriormente colocada: o mecanismo, análogo ao recalque, que explica as psicoses seria a rejeição ou recusa. É então abandonada a noção de psicose como mecanismo de defesa, com funcionamento análogo às neuroses; a psicose ganha aqui o status de um novo tipo de organização psíquica.

Ao longo de sua obra, Freud explorou o fenômeno da psicose, tentando explicá-la e tentando extrair de sua compreensão elementos para explicar os processos não-patológicos do desenvolvimento humano. Mas, até o final de sua obra, Freud parecia ainda muito pessimista a respeito da possibilidade de

um tratamento psicanalítico para as psicoses. Em “Esboço de Psicanálise” (1940), diz:

“Se o ego (eu) do paciente vai ser um aliado útil em nosso trabalho comum, deve – por mais árdua que tenha sido a pressão das forças hostis – ter conservado uma certa coerência e algum fragmento de compreensão das exigências da realidade. Mas isto não é de se esperar do ego (eu) de um psicótico; ele não pode cumprir um pacto desse tipo; na verdade, mal poderá engajar-se. Muito cedo ter-nos-á abandonado, bem como à ajuda que lhe oferecemos, e nos juntado às partes do mundo externo que não querem dizer mais nada para ele. Assim, descobrimos que temos que renunciar à idéia 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”. (1940, p. 188).

Muitas foram as contribuições de Freud para compreender o fenômeno da psicose. Como vimos, foram necessárias incessantes revisões em sua teoria para tentar dar conta de algo tão complexo. Mas muitas questões permaneceram sem respostas. Freud dedicou-se a compreender analiticamente a formação da estrutura psicótica, mas para ele, não havia a possibilidade de uma clínica das psicoses. Especialmente pela dificuldade ou impossibilidade do estabelecimento de uma transferência pelo psicótico (pelo retorno da libido ao eu e desligamento do mundo externo), parecia não haver esperanças de que houvesse um tratamento possível, e ainda menos, de uma cura possível – conforme a citação acima. Assim, torna-se cada vez mais claro que, para tratar as psicoses, é necessário sim “um outro plano”.

Capítulo 3. Buscando um outro plano

Num artigo de 1905, “Sobre a Psicoterapia”, Freud apresenta um otimismo incomum em sua obra, a respeito das psicoses. Discorrendo sobre as indicações e contra-indicações do tratamento psicanalítico, aponta que:

“Quando se quer trabalhar em segurança, deve-se restringir a escolha a pessoas que tenham um estado normal, pois é neste que nos apoiamos, no procedimento psicanalítico, para nos apropriarmos do patológico. As psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada (tóxica, eu poderia dizer), por conseguinte, são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contra-indicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses.” (1905, p. 250).

Assim, é preciso levar em conta que para cada estrutura corresponde uma intervenção apropriada. Faz-se necessário, portanto, algumas adaptações da técnica psicanalítica para tornar a psicanálise acessível ao psicótico.

Retomo aqui a questão da transferência conforme a formulação de Freud. Trata-se de um fenômeno, a princípio circunscrito ao campo das neuroses, no qual são reatualizados, na relação com o analista, desejos inconscientes ou conflitos infantis. Na neurose, o analista aparece como um objeto, onde pode ser projetada a problemática do paciente. Na psicose, a transferência parece ocorrer de forma diversa.

Através dos trechos destacados dos textos freudianos ao longo deste trabalho, pudemos observar o quanto Freud fala da “indiferença” do psicótico, ressaltando a ausência de investimento objetal. Ampliando esse entendimento, pode-se pensar que o investimento na relação com o analista ocorre de forma diversa do que ocorre na neurose. De que forma se daria, então, a transferência na psicose?

Podemos afirmar que a problemática central aqui concerne à dificuldade do analista de acesso ao psicótico. Retomando o caso C., podemos localizar essa dificuldade seja na grande ansiedade manifestada por ocasião das sessões, seja pelo discurso repetitivo e pouco aprofundado. Era como se C.

não quisesse ser incomodado, protegendo-se de uma invasão. Mas, já não seriam essas dificuldades manifestações de um certo tipo de transferência? Não seriam respostas a um “incômodo” externo, naquele contexto representado pela figura do analista?

Daí podemos pensar que refinar e/ou autorizar essa transferência é parte do processo analítico. Podemos também formular que a postura do analista que pretende tratar as psicoses talvez seja de uma busca ou aproximação, no sentido de encontrar um caminho, uma linguagem. E esse caminho se configura de acordo com cada relação, a partir das singularidades do par estabelecido. No caso clínico apresentado neste trabalho, o desenho-história mostrou-se uma boa estratégia, como veremos mais detalhadamente a seguir.

3.1 O Intervalo

Refletindo sobre o caso, pode-se dizer que, a partir dos primeiros contatos com C., foi instalada uma busca. Busca por uma brecha, por um elemento mediador que possibilitasse uma aproximação, e que permitisse que C. se autorizasse a contar a própria história.

Pensando na dificuldade de discriminação do psicótico (*o que é de dentro? o que é de fora?*), era nítida uma ambivalência, o tempo todo, entre aproximação e distanciamento, entre certa curiosidade e algum temor. Além disso, a conversa frente-a-frente denotava um “confronto” verbal gerador de grande inquietação. Diante destas dificuldades, foram necessárias adaptações na técnica. O desenho-história surgiu então como a possibilidade de brecha buscada.

Podemos falar nos desenhos-história como propiciadores de um **intervalo** psíquico, que permitia a C. se apresentar sem tanto temor, sem tanta ansiedade, sem tanta indiscriminação. Esse intervalo possibilitou o devir, o emergir do sujeito. Criou-se, a partir do desenho, um intervalo entre C. e a analista, e assim a aproximação tornou-se possível, assim como o estar na sessão, perceber-se, discriminar, sinalizar, falar de si. O intervalo foi criado

também entre C. e sua mãe (o que pode se manifestar a partir da preservação do sigilo das sessões), e, principalmente, criou-se um intervalo entre C. e o mundo externo – como um anteparo que discrimina o que é de dentro e o que é de fora. Dessa forma, podia aparecer o que era de C. sem o temor de que se dissolvesse no ar, e podia também apreender o que era do exterior, sem temer ser invadido pelas coisas mundanas. Foi criado um limite; dessa forma, o “intervalo” foi fundante dos contornos de sua subjetividade e propiciou que a demanda pelo atendimento se apresentasse tão claramente. Podemos afirmar que o “intervalo” definido pelo desenho-história tornou-se propiciador de investimentos, possibilitou o estabelecimento de laços. Podemos também pensar que esse intervalo delimita um lugar onde o psicótico pode se refugiar e, ao mesmo tempo, torna-se o lugar onde o analista pode trabalhar.

3.2 Construindo a própria história

É próprio da psicose um afrouxamento dos limites corporais (limites eu – mundo externo / dentro – fora). Lacan falava da psicose como “inconsciente a céu aberto” – e aí fica claro pensar nessa questão do limite do corpo. Se o indivíduo (do latim, *indivisível*) não se percebe como tal (indiviso), se não se percebe como unidade, como poderia lidar com o mundo externo, relacionar-se com as pessoas, perceber-se como sujeito? Pois ao sujeito fragmentado, tudo pode parecer ameaçador, daí a dificuldade do psicótico em estabelecer laços / transferência.

Como metáfora, podemos imaginar um país cujas fronteiras estão descobertas; em conseqüência, fica fácil qualquer invasão estrangeira. E, de outro lado, fica difícil delimitar qual o território sob jurisdição daquele governo. Os sintomas do psicótico têm relação com essa dificuldade na delimitação do território. É então que o que é de dentro parece vir de fora, o que é de fora parece sempre uma iminente invasão e o que está dentro parece sempre prestes a transbordar.

Devagar, o intervalo proposto pelo desenho-história foi possibilitando a demarcação de algumas fronteiras: talvez instáveis, mas mesmo assim,

delimitadoras. Estamos aqui falando da incursão de uma esfera simbólica na psicose, da construção de um espaço neutro – o simbólico – onde se pode falar, pensar, existir.

Cabe retomar a observação de Freud (1920) de seu neto brincando de “*Fort-Da*”⁵: a criança jogava um carretel amarrado a um cordão para longe de seu berço, para a seguir puxá-lo novamente. A brincadeira completa consistia no desaparecimento (*Fort*) e retorno (*Da*) do objeto. A partir desta cena, Freud fala (dentre outras coisas) do surgimento do processo de simbolização. O carretel representava a mãe do bebê; lançar ou recolher o carretel simbolizava a ausência e presença da mãe. A partir da repetição da brincadeira, a criança consegue simbolizar a falta e, portanto, tolerá-la. Podemos supor que, no caso de C., houve falhas justamente nesse processo.

Se não há falta, nem representação da falta, o que sobra é indiscriminação, indiferenciação. E nessas condições, não há possibilidade de subjetivação.

Retomando a questão da cisão do eu, temos que na psicose se evidencia uma fusão mãe-bebê. Paralelamente, evidencia-se uma fusão eu-isso, refratária ao mundo externo. Essa fusão, ou recusa da separação, é própria da psicose. Diante disso, pode-se concluir que romper com a fusão é estruturante ao psiquismo, ou seja, a cisão do eu é constitutiva do ser humano. A cisão é que possibilita a discriminação do dentro/fora. No caso apresentado, o dispositivo desenho-história criou um intervalo que funcionou como uma barreira que possibilitou ao eu emergir, diferenciar-se do isso, ou seja, foi um meio concreto interposto entre o dentro e o fora.

No caso de C., o que se buscou foi recuperar (ou melhorar) seu investimento no mundo exterior, tornando-o menos ameaçador. Se é possível estabelecer as fronteiras, é possível também relativizar o que é de fora e o que é de dentro. Nesse sentido, o ideal de eu torna-se menos rígido. É como se o analista emprestasse ao psicótico um modelo que também pode ser internalizado como parte de um ideal de eu menos rigoroso, o analista funciona como um contraponto. Talvez esse seja um modelo de transferência psicótica.

⁵ *Fort*: “foi embora”; *Da*: “está aí”.

Em um tratamento psicanalítico de um psicótico, o que se busca é a capacidade de (re)investimento nos objetos. Ou talvez uma reconexão entre o “objeto coisa” e o “objeto palavra”, e o intervalo proposto se torna esse elo que reconecta, que permite a simbolização.

A técnica do desenho-história é bastante interessante nesse sentido. Desenhar tem a ver com uma representação, uma simbolização. Contar a história pode denotar uma elaboração. Não há tanto a necessidade de interpretação, pois o processo é em si promotor de mudanças, de movimentos, de reorganização psíquica.

O desenho história pode trazer concretude àquilo que é abstrato. Trata-se de uma nova maneira de (re)construir a realidade, que é também uma tentativa de cura, assim como o delírio. É como se o psicótico ganhasse novas ferramentas, novos recursos para reconstruir seu mundo. Cria-se um remendo onde havia uma fenda.

A construção de histórias, a partir dos desenhos, foi devagar substituindo a história contada por outros, por uma história cujo autor era C.. Sua história foi retomada e cada palavra era usada como tijolos que devagar (re)construíam algo que parecia perdido. Foi possível (re)construir uma realidade, que não era absoluta, era simbólica! Talvez este tenha sido o grande trabalho, recuperar a capacidade de simbolizar, de relativizar, de construir metáforas.

Uma última ressalva. Não se trata aqui de afirmar o desenho-história como uma técnica amplamente indicada para o trabalho com psicóticos. O desenho-história foi um recurso eficaz no caso de C.. Isso não quer dizer que deve funcionar em todo caso, ou que todo psicótico manifeste essa dificuldade no “intervalo”. Trata-se apenas de uma teorização levando em conta um caso clínico. De geral, o que se pode extrair disso é que cada encontro exige estratégias singulares, que só podem ser desenhadas ao longo do processo, como uma construção daquele par.

Voltando à questão da transferência na psicose, podemos sinalizar que a possibilidade de “transferir” significa já algum êxito no tratamento. Dito de outra forma, a possibilidade de tratamento psicanalítico confunde-se com a

possibilidade de transferência, à medida que a construção de laços é terapêutica. De alguma forma, quando o psicótico permite ao analista uma aproximação, ele o autoriza a intervir. E passa a transferir maciçamente elementos de seu universo ao analista, que se torna depositário de um tesouro, torna-se testemunha viva daquilo que o psicótico tem a dizer/mostrar.

Discussão Final

Ao longo deste trabalho, foi possível expor o pensamento freudiano acerca da psicose e construir o entendimento de um caso clínico a partir dos conceitos apresentados pela psicanálise.

Verificamos que Freud tem muito a dizer sobre a psicose. Por outro lado, ele freqüentemente destacava as dificuldades da clínica com psicóticos, apontando para uma impossibilidade de tratamento. Tal apontamento teria sido desanimador, não fosse a noção de que havia outros caminhos possíveis, outros planos para se buscar. E esta noção surge, principalmente, a partir das pistas deixadas pelo texto freudiano. Como vimos no capítulo anterior, é a própria psicanálise que já apresenta os elementos que orientam um tratamento possível das psicoses.

Nesta discussão final, gostaria de apontar para uma direção que oriente uma continuação destes estudos, introduzindo um pouco do pensamento de Jacques Lacan a respeito da psicose.

Ao longo de sua obra, Freud caminhou no sentido de entender a psicose como um tipo de organização psíquica diferente da neurose ou da perversão; dessa forma, cada estrutura seria definida por mecanismos próprios. Na psicose, Freud postulou o mecanismo da rejeição ou recusa para explicar a ruptura do psicótico com o mundo externo. Lacan, ampliando o entendimento freudiano a respeito, fala da **foraclusão**. Trata-se de um mecanismo específico da psicose, que consiste na “rejeição primordial de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito” (Roudinesco, 1998, p. 246).

De acordo com Lacan, os significantes foracluídos retornam em forma de alucinação ou delírio, invadindo a percepção do sujeito. O que seria foracluído, o “significante fundamental”, seria o “Nome-do-Pai”, ou seja, a função paterna, que “não é outra coisa senão o exercício de uma nomeação que permite à criança adquirir sua identidade” (Roudinesco, 1998, p. 542). Assim, na estrutura psicótica, há algo que fundamentalmente falta, a “foraclusão do Nome-do-Pai” não tem cura. Não podemos manter ao psicótico a mesma promessa de eficácia terapêutica da psicanálise que oferecemos ao

neurótico. Dessa forma, numa análise, não se trata de pretender transformar em neurótico um sujeito psicótico.

Segundo Quinet (2009), o sintoma do neurótico e o delírio do psicótico diferem quanto ao tratamento a ser dado à sua dimensão de ciframento, mas ambos comportam um valor de verdade para o sujeito. Se o trabalho com a neurose implica no desvelamento do sintoma, na psicose isso não se sustenta, à medida que, na psicose, o sintoma (o delírio) é o alicerce da existência do sujeito. O delírio faz uma função de suplência àquilo que falta ao psicótico (o “Nome-do-Pai”). Citando Quinet:

“O psicanalista, ao deixa-se guiar pela estrutura, deve aprender com o delírio que é uma tentativa de cura. O curável na psicose é equivalente a tentar barrar, delimitar, temperar, apaziguar o gozo que invade o sujeito” (2009, p. 100).

Parece que, na psicose, há sempre uma invasão iminente. Quinet afirma que “a posição prototípica do psicótico é a de objeto do Outro” (2009, p. 125). O analista que pretende tratar da psicose, portanto, deve estar muito atento a esse fato, pois é delicado o lugar que pode ocupar.

Há motivos diversos pelos quais um psicótico busca tratamento; ao analista, cabe detectar a demanda que lhe é dirigida. Quinet fala de duas vertentes dessa demanda. Na primeira, o psicótico dirige-se ao analista “porque emergiu em sua vida uma ou diversas significações sob as quais ele tende a sucumbir” (2009, p. 127). Explicando: o neurótico busca análise com questões; o psicótico pode chegar ao analista com uma resposta, colocada antes mesmo de uma questão. Quinet complementa:

“Essa resposta constitui uma significação, por exemplo, enigmática como a intuição ou fixa como a idéia delirante que ele traz ao analista para fazê-lo testemunha ou para que a caucione. Havendo uma multiplicação de significações, ele vem pedir ao analista a significação derradeira para que possa fazer cessar o sem-fim do significante e a perplexidade que se abate sobre o sujeito” (2009, p. 127).

Aqui, o analista está no lugar de testemunha; nesse sentido não lhe cabe desvendar o delírio, mas sim favorecê-lo. Na segunda vertente, o pedido feito pelo psicótico ao analista é de:

“fazer barreira ao gozo do Outro – barreira ao outro que o persegue, que fala na sua cabeça, que o manipula, que o olha na rua. Trata-se de um pedido de asilo para exilar-se do Outro. Esse pedido também é feito ao asilo, ao hospício, onde a barreira é de concreto como se o Outro pudesse ser barrado na porta” (2009, p. 127).

Ou seja, o analista pode ocupar também um lugar protetor ao psicótico. Em ambos os casos, parece que a transferência por si mesma provoca um efeito terapêutico, no sentido em que a presença do analista abre a perspectiva de uma saída do impasse criado pelo sintoma.

Segundo Lacan, quando em análise, o neurótico dirige-se a um “sujeito suposto saber” (representado na figura do analista). Na psicose, há uma equivalência entre o “sujeito suposto saber” e o “sujeito suposto gozar”. Quinet explica: “na relação do psicótico, principalmente do paranóico, com o Outro, não há mediação: o sujeito sente-se radicalmente preso nas malhas do Outro como um objeto. O outro tudo sabe a seu respeito e isso para ele é coisa certa” (2009, p. 128). Assim, onde na neurose há uma suposição, na psicose há uma certeza.

É comum que o analista ocupe os pensamentos do analisante. Na neurose e na psicose isso se dá de forma diversa: o neurótico pode pensar em seu analista; o psicótico pode pensar que o analista está falando dentro de sua cabeça. Segundo Lacan, o analista pode ser colocado pelo psicótico na posição de objeto de uma erotomania mortífera. Pois, se o psicótico percebe o analista falando de dentro de sua cabeça, de alguma forma este passa a fazer parte do delírio. Essa posição não deve ser aceita pelo analista; implica em manter o analisante numa posição de objeto de gozo do Outro e, ao analista, é como se aceitasse ocupar o lugar de um supereu implacável e gozador.

Sobre a questão da transferência na psicose, diz Quinet:

“manobrar a transferência é dirigi-la com o objetivo estratégico de barrar o gozo do Outro que invade o sujeito na psicose. Quem faz essa manobra é o analista pelo seu ato e, como tal, ele não se deixa manobrar pelo paciente que o colocará, por decorrência lógica da estrutura, na posição de objeto de uma erotomania mortífera. Para tanto, é necessário que o analista apreenda sempre em que lugar o analisante o situa. Por intermédio de seu ato, o analista se contrapõe à manobra do analisante com uma

outra manobra, para que este se instaure como sujeito e não como objeto de gozo do Outro” (2009, p. 130).

Ou seja, ao analista cabe fazer a função paterna, função esta que não foi inscrita na pré-história do sujeito, e o analista auxilia o sujeito na busca por essa suplência.

Lacan propõe que o papel do analista e daqueles que pretendem tratar a psicose, seja de “secretário do alienado”: isso implica em ouvir o que ele nos conta sobre seu modo de se relacionar com o Outro. Quinet, porém, nos faz um alerta: “entre a posição de testemunha e a posição de perseguidor, entre ser seu secretário e ser o objeto de sua erotomania, não há efetivamente uma distância muito grande” (2009, p. 132). Se, na transferência, é no lugar de Outro absoluto que o analista pode ser colocado pelo psicótico, a manobra da transferência implica em não aceitar esse lugar absoluto sem, contudo, perder o laço analítico. Dito de outra forma, o analista encontra-se num lugar perigoso, mas também privilegiado para manobrar a transferência. Desse lugar, esse Outro, presentificado pelo analista, pode ser esvaziado. Citando novamente Quinet: “Trata-se para o analista de orientar a direção da cura do psicótico no sentido de passar do Outro não barrado ao Outro barrado” (2009, p. 132). Isso denota que o Outro se torne menos implacável, menos absoluto, mais humanizado; significa provocar a falta no Outro, isto é, fazer a metáfora paterna.

De acordo com Calligaris (1989), é a maneira como é estabelecida a transferência que possibilita realizar um diagnóstico estrutural. Deste ponto de vista, é a fala do sujeito que desdobra sua estrutura, na qual o analista está também incluído. Assim, um diagnóstico estrutural se faz a partir do reconhecimento do analista do lugar onde ele é situado pela fala do paciente.

O modo como o analista é percebido pelo psicótico pode dar pistas da direção do tratamento. Calligaris afirma que:

“no quadro da cura deveria ser possível ao analista, passando por essa função, se dar conta se as suas palavras estão sendo recebidas como alucinações auditivas pelo paciente ou como significantes” (1989, p. 75).

Assim como Quinet, Calligaris também aponta para diferentes posições transferenciais possíveis no trabalho com psicóticos. Primeiramente, fala da psicose fora de crise; nesse caso, o analista é interpelado como um saber sem agente (um saber sem “suposto saber”): como se o analista encarnasse a própria psicanálise, e o psicótico consulta a psicanálise não como algo que poderia organizar seu saber, mas como parte integrante de um saber total. Calligaris chama isso de “pedido pedagógico” do psicótico, um pedido que só pode ser aceito, mas com precauções no sentido de evitar pretensões de normalização ou de cura: “nesse caso, uma intervenção do analista que empurre o paciente na direção da necessidade de estruturar seu saber, pode desencadear uma crise” (1989, p. 101).

A seguir, Calligaris fala de dois tipos de transferência do paciente cuja crise já foi instalada. No primeiro tipo, quando o paciente ainda não conseguiu organizar uma metáfora delirante,

“vai necessariamente organizar uma transferência em relação à posição imaginária de um grande Outro devorante. Assim, a única transferência que ele vai poder estabelecer é uma relação direta, mortal, com a Demanda do Outro” (1989, p. 77).

Nesse caso, o psicótico está completamente indefeso em relação às demandas externas, é como se tivesse seu corpo oferecido ao sacrifício do gozo do Outro.

A segunda modalidade de transferência do paciente em crise é chamada pelo autor de “retorno da instância paterna no Real”; nesse caso, o analista é escutado pelo paciente como se fosse uma alucinação auditiva. Trata-se de um lugar estratégico importante ao analista, que, colocado nesse lugar, pode falar ao paciente de modo a facilitar (ou não) o trabalho do delírio, ou seja, a construção de uma metáfora.

Segundo Calligaris, essas duas posições transferenciais são dialéticas:

“quer dizer que, no espaço de uma sessão, o analista pode estar às vezes aqui e às vezes ali. (...) Para o analista isto é problemático, pois o que ele pode falar desde o lugar paterno no Real, por exemplo, é algo que certamente não se aventuraria a falar do outro lugar, já que as conseqüências não seriam as mesmas.” (1989, p. 81).

Retomando o caso C., vale pensar que o intervalo proporcionado pelo desenho-história tornou-se um dispositivo de barreira ao gozo do Outro; funcionou como um delimitador do território, permitindo ao mesmo tempo que C. pudesse se refugiar, e que a analista pudesse se aproximar. C. encontrava-se imerso na demanda do Outro, em posição de objeto deste gozo. E o trabalho foi realizado no sentido de que pudesse encontrar uma posição de sujeito. Desta forma, podemos apontar que o intervalo proposto funcionou como manobra transferencial, que realocava o lugar onde C. se encontrava e também onde colocava a analista. Dito de outra forma, se inicialmente C. parecia não demonstrar demandas ou se parecia não oferecer acesso (como forma de se proteger), devagar pôde encontrar e apresentar sua singularidade; paralelamente, a analista também pode encontrar um lugar confortável para trabalhar, fugindo do lugar de Outro absoluto.

Para finalizar, vale pensar numa nova definição de transferência nas psicoses. Se no neurótico, a transferência fala de uma reatualização de experiências vividas anteriormente, talvez na psicose estejamos falando da possibilidade de proporcionar experiências de relação, na qual o psicótico se encontre no papel de sujeito.

Isto é o que pudemos desenvolver até aqui. Ampliar a discussão a respeito da natureza da transferência na psicose e da compreensão lacaniana da psicose, essas questões ficam como tema para trabalhos futuros.

Bibliografia:

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

FREIRE, Joyce C. G. “Uma reflexão sobre a psicose na teoria freudiana”. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 1, nº 1, março/1998.

FREUD, Sigmund (1894). “As neuropsicoses de defesa”. *Obras Completas de Sigmund Freud (vol. III)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1896). “Observações adicionais às neuropsicoses de defesa”. *Obras Completas de Sigmund Freud (vol. III)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1905). “Sobre a Psicoterapia”. *Obras Completas de Sigmund Freud (vol. VII)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1911). “Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (*Dementia Paranoides*)”. *Obras Completas de Sigmund Freud (vol. XII)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1912). “A Dinâmica da Transferência”. *Obras Completas de Sigmund Freud (vol. XII)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1914). “À guisa de Introdução ao Narcisismo”. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud (vol I)*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund (1915a). “O Inconsciente”. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud (vol. II)*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund (1915b). “O Recalque”. *Obras Psicológicas de Sigmund Freud (vol. I)*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund (1917). “Conferência XXVII: Transferência”. *Obras Completas de Sigmund Freud (vol. XVI)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund (1920). "Além do Princípio de Prazer". *Obras Psicológicas de Sigmund Freud (vol. II)*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund (1924a). "Neurose e Psicose". *Obras Psicológicas de Sigmund Freud (vol. III)*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund (1924b). "A Perda da Realidade na Neurose e Psicose". *Obras Psicológicas de Sigmund Freud (vol. III)*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund (1938). "A Cisão do Eu no Processo de Defesa". *Obras Psicológicas de Sigmund Freud (vol. III)*. Rio de Janeiro: Imago, 2007.

FREUD, Sigmund (1940). "Esboço de Psicanálise". *Obras Completas de Sigmund Freud (vol. XXIII)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GUERRA, Andréa M.C. *A Psicose*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

LAPLANCHE & PONTALIS. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

QUINET, Antonio. *Teoria e Clínica da Psicose*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.